BLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 5, DEUXIÈME SÉRIE,

(1843)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

E

F

G

H

I

K

L

M

T

U

V

Y

Paris. — Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 5 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 2, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
eaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
eaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 4 JANVIER.

y a un fait que les ennemis du mouvement ne pourront et encore moins comprimer : c'est le mouvement médic'est l'activité, et nous pourrions dire l'agitation des nes qui produisent, qui améliorent, ou, si l'on veut, qui utionnent. Cet esprit d'instabilité pour les uns, d'amélioration selon les autres, a besoin d'un organe qui suive ses lsations si précipitées, et qui les fasse retentir partout. Ce mouvement abattra des institutions qui se prêtent d'ailleurs admirablement à leur ruine. Ainsi, quand dans une Faculté on peut dire aux élèves que la saignée c'est de l'eau distillée, et l'antimoine de l'eau distillée ; quand cela surtout est dit en hermine, en présence du conseil et par son approbation, en présidence du doyen, et aux élèves qui viennent vous demander précisément ce que c'est que l'antimoine, la saignée et la manière de s'en servir ; après une pareille séance, on peut juger du reste et de la durée d'une institution qui en est arrivée là.

Ce n'est pas seulement à Paris que l'institution craque. Une célèbre école, respectable par son ancienne splendeur, et surtout par son attachement aux principes, vient de tomber d'Hippocrate jusqu'à Hahnemann. Qui a donné la main à l'homœopathie pour l'introduire dans la chaire de Barthez ? est un professeur nommé sans concours et contre toute justice. Le journalisme peut compléter la chute, la rendre plus meurtrière pour l'institution, en dévoilant de pareils faits : il l'a fait et a eu raison de le faire. Quelle gravité auraient-ils s'ils se passaient dans un amphithéâtre désert, et s'ils n'avaient d'autre retentissement que celui des leçons habituelles du professeur qui a si bien servi à Montpellier l'esprit révolutionnaire.

Nous savons aussi que l'Académie peut se passer de nous pour arriver à n'être plus qu'un rendez-vous d'honorables praticiens qui viennent savoir l'heure précise des consultations qu'ils se sont mutuellement procurées, ou bien un terrain neutre sur lequel se rencontrent des rivalités qui ont à se nuire ou à se dire des aménités peu académiques.

La discussion sur la ténotomie, qui n'a pas été complètement dépourvue d'intérêt scientifique, et que nous résumerons bientôt, cette discussion, au point de vue académique, est un malheur que nous n'aurions pas osé prédire à l'Académie, nous qui savons à peu près tout ce que lui prépare son mauvais [illegible]ie. Là, sur ce terrain neutre, comme l'a dit un acadé[illegible], là ont eu lieu des rencontres et se sont produits des faits, qui prouvent en même temps ce que c'est que la Faculté, ce que c'est que l'Académie. Deux professeurs de la Faculté, contre deux professeurs de la Faculté, puis un académicien qui proclame un succès en pleine Académie, et répond qu'il montrera ses malades à tout le monde, excepté à une commission académique, excepté à l'Académie en tant qu'Académie.

Cette institution est donc en méfiance avec elle-même, et si un membre d'une société a quelque raison de s'en méfier, quelle confiance peut-elle inspirer aux étrangers, aux travailleurs, aux hommes qui n'ont ni parole ni appui pour se défendre, pour être protégés ? La presse, largement entendue, donne la parole et l'appui à tous ; elle est plus juste et moins lente que les commissions ; elle a d'ailleurs un contrôle en elle-même, car la presse est justiciable de la presse. Aussi cette institution survivra à toutes les autres, et peut remplacer, provisoirement du moins, toutes les autres ; ce qui le prouve, c'est que malgré le Bas-Empire, dans lequel l'Académie et les Facultés se trouvent, le progrès marche et marche avec une rapidité incroyable.

Ce n'est pas seulement de Paris qu'il part ; Montpellier, Lyon, Strasbourg, Aix, Bordeaux, Toulouse, enfin les principales villes de France, ont des écrivains qui rendent quelquefois à Paris plus qu'ils n'y ont puisé. M. Serre, publie son *Traité des difformité de la face*, ouvrage où Delpech revit avec les doctrines chirurgicales qu'il a puisées dans Hunter ; Bonnet fait connaître son *Traité des sections tendineuses*, ouvrage dont la donnée est d'un ordre secondaire, mais qui décèle cependant un esprit supérieur qui peut s'exercer et qui s'exercera sur de plus grandes questions.

M. Baumès porte dans la syphilographie un esprit d'analyse et une hauteur de vues qu'on n'était pas habitué à trouver chez les modernes qui ont traité ces questions. M. Sédillot, avec son bon sens et sa droite raison, éclaire une question de chirurgie très importante, celle de l'emboitement herniaire. M. Goyrand donne aux opérations sous-cutanées une extension capable de leur valoir des lettres de naturalisation dans la grande chirurgie. Les hydarthroses graves, si souvent rebelles à tous les moyens thérapeutiques, ces hydarthroses cèdent aux ponctions habilement faites et d'après le procédé du chirurgien provençal. Le professeur Velpeau comprend l'importance de ce procédé, le complète et, dans certains cas, quand la stimulation de la synoviale n'est pas suffisante pour empêcher la reproduction de l'hydropisie, le professeur de Paris fait des injections iodées, et réussit dans des cas où on échouerait sans complément du nouveau procédé.

M. Goyrand, de plus, met à profit les idées de Dieffenbach, et aux succès de MM. Ségalas et Ricord en autoplastie ajoute un autre succès. A Bordeaux, M. Moulinié, après avoir publié deux volumes sur des faits pratiques, fait paraître le *Bonheur de la chirurgie*, et meurt après. Marseille, cependant, reste immobile, muette.

Ceci n'est qu'un aperçu du mouvement provincial, qui certainement ne se serait ni développé, ni même produit, s'il n'y avait eu pour stimulant que les institutions officielles, et pour correspondants que des professeurs et des académiciens.

A Paris, l'activité est à son comble : à peine a-t-on désiré un livre sur les maladies des enfans qu'il en naît quatre; rien ne faisait sentir le besoin d'un nouveau livre d'accouchements, il en paraît trois, et un quatrième est sur le chantier, dit-on. Le traitement de la folie est repris avec des idées qui ne sont pas neuves, mais qui deviennent plus réalisables ; dans cette spécialité se sont jetés des esprits jeunes, forts, et qui ont besoin de produire. La folie, non contente des moyens multipliés de publicité, va faire son journal, comme l'orthopédie a le sien, comme l'obstétritie a le sien, comme l'ophthalmologie a le sien. Ces journaux, comme ceux des autres spécialités, qui décèlent un ardent amour et un pressant besoin de publicité, viennent tôt ou tard se fondre dans les journaux qui peuvent réunir toutes les spécialités, les seuls qu'on lise réellement. C'est ainsi qu'on ne lit pas les journaux spéciaux de musique, et on lit ce qui est dit de la musique dans les journaux qui s'occupent de tous les arts et de la politique. Le lecteur aime la variété, l'actualité, parce que le lecteur, avant tout, a peur de l'ennui, même le lecteur le plus sérieux, parce qu'il est généralement le plus ennuyé. D'ailleurs, un journal spécial ne peut résister au mouvement qui s'opère dans la direction des esprits les plus actifs. On voit en effet les plus encyclopédistes se spécialiser et les plus spécialistes se généraliser. Ainsi, on peut citer un auteur de toute une chirurgie qui entre en pleine syphiliographie, tandis que deux lithotriteurs entreprennent des travaux de physiologie et de thérapeutique chirurgicale dans tout ce que cette partie de la science a de plus universel. Ce double mouvement qui se fait du centre à la circonférence, de l'analyse à la synthèse, oblige à la recherche d'un plus grand nombre de faits, à l'exploration de toutes leurs parties.

De là, si les individus ne gagnent rien à ces transformations qu'ils se permettent, la science en général ne peut que faire de nouvelles acquisitions, car les faits lui reviennent de droit, et elle en tire tôt ou tard un véritable profit. Eh bien ! ce mouvement ne peut s'opérer que dans un journal accessible à toutes les doctrines, à toutes les idées, à toutes les entreprises de l'esprit, dont l'essence est de se mouvoir continuellement. Seulement, quand toutes les doctrines auront passé, quand tous les esprits auront reçu l'hospitalité, on permettra à celui qui l'accorde de prendre la parole et d'exprimer son opinion. C'est ce que nous ferons dans les articles que nous placerons en tête de notre Journal, comme nous l'avons déjà fait plusieurs fois.

Institutions médicales, Facultés, Académies, doctrines, faits importants, tout ce qui nécessitera réflexion, considération, intérêt, recevra ici mention distincte ou développements convenables. Si les *Premiers Paris* étaient moins déconsidérés, nous dirions que nous allons en écrire pour nos abonnés.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Deux cas de choléra sporadique.

Nous avons observé dans le service de M. Chomel deux cas

FEUILLETON.

DEUXIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE (1).

> « C'est notre malheur que les vérités et les découvertes en tout genre essuient long-temps parmi nous des contradictions. »
> (VOLTAIRE, *Eloge de Louis XV*.)

Je me propose aujourd'hui, cher confrère, de rechercher par quel mécanisme ou quel enchaînement d'idées, et surtout de passions. s'est développé le génie médical, ou mieux, s'est établie l'*idiosyncrasie* médicale de notre époque ; ce dernier mot d'abord est plus technique, et l ne peut être question de génie alors que tous les esprits gravitent vers le chaos.

Il y a vingt ans environ qué florissait un grand homme, quoi qu'on en dise. Les niveleurs de l'époque se liguèrent pour l'effacer. Il n'y a point là de critique personnelle, c'est la simple histoire du cœur humain ; l'égalité est inscrite en caractères éternels au fond des âmes : « Il s'agissait donc de renverser Broussais comme Broussais avait renversé Pinel. » Dieu soit loué ! voilà le grand mot lâché, et ce n'est pas par moi : je n'en eusse jamais eu le courage. Grâces en soient rendues à notre honorable confrère le docteur Tessier, qui, tout récemment, dans un intéressant travail sur la *phlébite*, a proféré ces paroles mé[illegible]ables (*Gaz. méd.*, n° 51, 1842). Il faut qu'elle soit bien impérieuse [illegible]e voix de la conscience et de la vérité, pour arracher de pareils [illegible]ux à un jeune savant qui, certes, n'est pas de l'école de Broussais, [illegible]ne dut jamais rien à Broussais (non plus que moi, du reste), et [illegible], pour le moment, si je ne me trompe, est suppléant, à l'Hôtel-Dieu, [illegible]. Récamier...

[illegible]roussais avait suffi pour renverser Pinel, mais lorsqu'il se fut agi [illegible] renverser Broussais, les iconoclastes eurent fort à faire, et pour consommer l'œuvre ils se formèrent en phalange serrée, ils se cotisèrent pour compléter la monnaie du colosse. « Broussais était solidiste, ajoute M. Tessier, on lui oppose l'humorisme. La phlébite fut une bonne fortune... Qu'était-il besoin d'observer ? Il s'agissait seulement de publier des observations, afin que cela eût l'air d'être établi sur les faits. » (Ib.) Voilà toute la théorie de la triste révolution qui s'opère aujourd'hui. Broussais était solidiste, on lui opposa l'humorisme ; c'est-à-dire qu'on se montra beaucoup plus humoriste que lui, car Broussais était de l'école de Bichat, et il savait « que toute théorie exclusive est un contre-sens pathologique. » (Anat. génér.) Il était humoriste par un point, ses rivaux se firent humoristes *in extenso*. Poursuivons le parallele.

Broussais était dogmatiste, on se fit d'abord éclectique. Il vous souvient, cher confrère, de ces vives discussions qui remplissaient les journaux, il y a dix ou douze ans, et qui envahirent jusqu'à la tribune académique. On feignait d'ignorer alors que l'éclectisme n'est point, à vrai dire, une doctrine, car pour *choisir*, il faut être mû par un principe résultant du dogmatisme ou de l'empirisme ; l'éclectique sacrifie tantôt à l'un, tantôt à l'autre : mais, dans un cas donné, il est toujours pour l'un ou pour l'autre. Quoi qu'il en soit, l'éclectisme était un heureux *mezzo termine*, une transition habile pour arriver graduellement au but. Tant que Broussais a vécu, sa mâle vieillesse a suffi pour contenir le mouvement dans des bornes modérées ; harcelé, captif dans un cercle d'ennemis, comme Annibal il leur imposait par sa seule présence ; mais aussitôt que la mort eut « délivré les Romains d'un vieillard dont l'ombre seule leur faisait peur, » la réaction ne connut plus de bornes ; le torrent s'épandit, balayant tout ce qui restait de germes semés par le reformateur sur le sol de la science. On dispensait l'injure à l'homme vivant, on prodigua le dédain et l'outrage au cadavre inanimé ; au point que c'est faire acte de courage que d'écrire aujourd'hui le nom de Broussais, que d'invoquer une de ses maximes. Broussais était rationnaliste exagéré, l'on s'est fait empyrique pur ; c'était là que tendait cet éclectisme transitoire.

Broussais avait réduit la thérapeutique à une extrême simplicité, on se fit polypharmaque, et ici l'inclination secrète des esprits servit merveilleusement l'opposition. Qu'est-ce, en effet, qu'un médecin ? c'est un distributeur de drogues, pour le peuple, cet aveugle sultan qui nous dispense la vie, trop souvent aux dépens de la sienne propre. Pour lui, et même pour beaucoup de nos confrères qui sont peuple sur ce point, le grand praticien est celui qui a toujours dans sa gibecière une multitude de recettes pour toutes les maladies et pour tous les symptômes de maladies. Or, c'est au peuple qu'il faut plaire puisque c'est le peuple qui paie ; cela est tout-à-fait constitutionnel. Au malade il faut des remèdes nouveaux, au médecin des formules nouvelles, sans quoi le premier se croira maltraité et le second croira sa réputation compromise, sans parler du besoin de se concilier la sympathie du pharmacien, notre complice naturel. Aussi notre époque peut-elle passer pour l'âge d'or des formulaires.

De cette mutation devait résulter une autre révolution morale. Pinel, Bichat, Broussais surtout, avaient ennobli la philosophie, les systèmes, les théories. La *nosographie universelle* fut accueillie comme l'aurore d'une époque féconde et glorieuse ; glorieuse et féconde, en effet, puisqu'elle devait engendrer Bichat et Broussais. Tous les esprits alors étaient tournés à la *philosophie*, à l'analyse, etc. Eh bien ! brisant l'idole qu'on encensait la veille, à dater de Broussais, les noms de philosophe, de systématique, de théoricien deviennent presque une injure, sunt un titre assuré à la réprobation et au mépris. Tout, dès-lors tourne à la *pratique ;* on voit pleuvoir des traités, des monographies, des dictionnaires *pratiques*, et Dieu sait s'ils diffèrent en rien de leurs aînés. Mais l'empire des mots exerce un prestige remarquable, une puissance éternelle sur les idées. Dans la ferveur de son radicalisme, l'opposition ne veut admettre aucun mélange adultère. Il y a quelques années qu'un auteur eut la malheureuse idée d'intituler un livre : Traité *philosophique* de médecine *pratique ;* l'auteur et le livre ont succombé sous les sifflets. Car il est bien entendu qu'un praticien ne doit pas être philosophe, que le raisonnement ne sert à rien, que la pratique a tort de viser à la sagesse..... Nous assistons au martyre du bon sens, au suicide de l'intelligence.

Broussais avait fait de la médecine une *science* appuyée sur de larges bases, on a sapé les bases pour faire écrouler la science et pouvoir dire enfin qu'il n'y a plus de science, que la médecine est un *art*, et rien de plus. Tel est le digne couronnement de cette œuvre machiavélique et barbare. Ne devons-nous pas de belles actions de grâces à ceux qui nous ont rayé du catalogue des savans, pour nous réduire à la condition d'artistes, on n'ose dire de manœuvres ? Après tout, on discute

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 26 décembre 1842.

de choléra-morbus sporadique sur lesquels ce professeur a appelé notre attention. Si nous en croyons le rapport de quelques praticiens, on en aurait observé aussi quelques cas en ville; mais nous nous hâtons d'ajouter que ces affections n'ont rien de commun avec le choléra asiatique.

Première observation. — *Symptômes cholériques survenus à la suite d'une digestion troublée par une émotion vive. Guérison.*

Au n° 8 de la salle Saint-Bernard, est couchée une vieille femme âgée de soixante-douze ans. Il y a trois jours, d'après ce qu'elle nous raconte, après nous avoir fait un léger déjeûner, elle éprouva de vives contrariétés et se sentit aussitôt prise d'un malaise général avec pesanteur et douleur aiguë à l'estomac, bientôt suivis de vomissements répétés, d'évacuations alvines fréquentes et de crampes aux membres inférieurs. Ces symptômes allant rapidement croissant, cette femme tomba en peu d'instants dans un grand état de faiblesse accompagné d'un refroidissement général considérable. Ajoutons aux symptômes précédents, qu'au milieu des évacuations alvines abondantes, on ne trouvait pas du tout d'urine. La malade resta dans cet état durant deux jours, pendant lesquels on se borna à employer quelques simples moyens adoucissants. Au bout de ces deux jours elle se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut reçue dans nos salles le 13 décembre.

A son entrée elle nous a présenté le cortége des symptômes que nous venons d'exposer : douleur épigastrique très vive; vomissements et selles répétées; crampes presque continuelles dans les jambes; absence d'excrétion urinaire; prostration considérable, facies hippocratique, peau froide, pouls petit, misérable, etc.

Il est aisé de reconnaître là tous les caractères du choléra sporadique ordinaire. On peut, suivant toute apparence, en attribuer le développement au chagrin violent dont cette femme a été frappée au moment où l'estomac venait d'être chargé d'aliments. C'est là, en effet, l'une des causes les plus ordinaires de cette affection, surtout dans la saison froide et humide où nous sommes. L'usage d'aliments d'une digestion un peu difficile, ou pris dans des circonstances peu favorables au travail de la digestion, comme, par exemple, lorsque l'esprit est en proie à un chagrin vif, ou à une forte émotion morale survenant soudainement pendant la digestion; telles sont les causes les plus communes du choléra sporadique automnal ou hivernal. Dans ce cas les aliments, quoique n'ayant point en eux-mêmes de propriétés malfaisantes, agissent à la manière des substances vénéneuses; ils deviennent incapables d'être digérés et assimilés, et sont rejetés immédiatement par des vomissements et des selles en très grand nombre, avec tous les symptômes d'un véritable choléra.

Cette affection se présente assez souvent, dans notre pays comme dans tous ceux qui sont placés dans les mêmes conditions atmosphériques et topographiques, pendant les plus fortes chaleurs de l'été; mais alors elle se développe sous l'influence de la chaleur ardente accompagnée de quelques circonstances hygiéniques particulières, plutôt que par les causes que nous venons d'énumérer. Sydenham avait déjà fait cette observation; il avait remarqué qu'en Angleterre le mois d'août se distinguait entre tous les autres par la fréquence de ces affections cholériformes. Cette espèce de choléra est bien différente, par son intensité et ses conséquences, du choléra asiatique qui a si gravement sévi sur l'Europe il y a quelques années. Celui-ci est presque toujours mortel, surtout au début de l'épidémie. Lorsqu'il parut au milieu de nous, les personnes qui en furent frappées les premières succombèrent presque toutes sans exception. Sur 100 sujets qui, dans le principe, furent transportés à l'Hôtel-Dieu, deux ou trois seulement échappèrent à la mort, et il est probable même que ces deux ou trois malades ne furent point véritablement atteints du choléra. Il y a, comme on le voit, une grande différence à cet égard entre le choléra asiatique et le choléra sporadique, dans lequel la mort est en quelque sorte l'exception; aussi portons-nous un pronostic favorable pour cette malade.

Le 15 décembre la malade va mieux. Les selles sont infiniment moins nombreuses. Le refroidissement de la peau est diminué; le pouls s'est relevé; il reste encore quelques légères crampes.

Le 17, les selles sont devenues à peu près normales; les crampes ont cessé entièrement; il ne reste plus qu'un état de faiblesse considérable et un peu de refroidissement aux extrémités des membres; mais plus de doute sur un prochain rétablissement.

Le 20, la malade est en complète convalescence.

Deuxième observation. — *Symptômes cholériques causés par une indigestion. Entrée en convalescence. Invasion subite de phénomènes cérébraux et pneumoniques graves. Mort.*

Le second malade affecté de la même maladie est un homme âgé de soixante-cinq ans, journalier, d'une constitution sèche, mais forte, habituellement bien portant, sujet seulement de temps en temps à de mauvaises digestions, résultant d'une alimentation grossière et mal préparée dont il faisait habituellement usage, mais n'ayant jusque-là jamais altéré sa santé. Il y a trois jours, après avoir mangé des haricots mal cuits et mal assaisonnés, il a éprouvé des coliques très vives bientôt suivies de vomissements et d'évacuations alvines très abondantes. Il fut pris en même temps de crampes, et les excrétions urinaires furent supprimées. Il se coucha; mais à chaque instant il était obligé de se lever pour aller à la garderobe; il évalue à cent-cinquante à peu près le nombre de selles qu'il eut dans les vingt-quatre heures. Les crampes étaient si vives, que plus d'une fois en descendant du lit pour se placer sur le pot, les jambes ne pouvaient pas le porter, et il serait tombé s'il n'avait été soutenu par un assistant.

Le lendemain matin mêmes symptômes; la faiblesse devint extrême, la voix s'éteignit presque complètement, la peau se refroidit; il resta deux ou trois jours chez lui dans cet état, après quoi il entra à l'Hôtel-Dieu.

Lors de son entrée, l'interne de garde le trouvant froid, le fit réchauffer par tous les moyens qu'il crut convenables, et on lui administra des lavements opiacés. Sous l'influence de ces premiers moyens le pouls se releva un peu, le froid de la peau diminua et les selles devinrent moins nombreuses.

Le lendemain nous le trouvâmes dans un état meilleur que la veille; pourtant la peau était toujours froide, l'excrétion urinaire était totalement supprimée depuis trois jours; les selles étaient toujours fréquentes; la position du malade présentait toujours néanmoins une grande gravité.

Nous avons commencé par faire placer le malade dans un grand bain chaud général. C'est le moyen le plus sûr et le plus prompt pour rappeler à la peau la chaleur qui semble s'en être retirée; car les couvertures, les linges chauds se refroidissent vite, et n'enveloppent d'ailleurs jamais parfaitement les malades et ne répartissent pas la chaleur aussi uniformément que le fait un bain chaud. Après le bain on l'a mis dans un lit bien chauffé. Nous lui avons ensuite administré de l'opium à dose assez élevée. On a appliqué des cataplasmes sinapisés sur les jambes; des lavements opiacés ont été donnés, et pour boisson une infusion de tilleul bien chaud. Ces moyens ont paru produire quelque effet. La circulation s'est ranimée. Aujourd'hui la peau est encore froide, mais cependant moins que les jours précédents; le pouls est plus relevé; la voix est revenue en partie, mais toujours point d'urine. Les selles sont beaucoup moins fréquentes: elles sont réduites à huit ou dix dans les vingt-quatre heures; on y trouve encore des débris de haricots et d'autres aliments mangés quelques jours avant que ces accidents cholériformes fussent survenus. Il y a en tout une assez grande amélioration.

Le 16 décembre, l'amélioration que le malade avait éprouvée les jours précédents n'a pas été de longue durée. Cet homme a succombé hier à l'invasion de nouveaux symptômes qu'il est important de rappeler pour bien juger de la marche de l'affection et des causes qui en ont amené l'issue funeste.

Il y a deux jours, à la visite du soir, ce malade était soudainement tombé dans un état de léthargie extraordinaire; son pouls était très faible, et battait 84 pulsations. Il toussait et avait un peu de dyspnée. L'auscultation n'avait révélé, la veille, qu'un peu de râle crépitant vers la base des deux poumons. Les autres symptômes avaient d'ailleurs beaucoup diminué; il n'éprouvait plus que de très légères crampes de temps en temps; les selles étaient très peu fréquentes et abondantes; mais pendant que les symptômes cholériques allaient manifestement en décroissant, les nouveaux symptômes qui s'étaient déclarés du côté des poumons et de l'encéphale allèrent en augmentant d'une manière effrayante dans la nuit du 13 au 14, et le 15 au matin il a rapidement succombé, un instant avant la visite.

Autopsie. — Nous nous sommes attachés immédiatement à connaître les lésions anatomiques que le cadavre de ce malheureux nous présenterait, pour chercher s'il y avait quelques complications qui pussent nous expliquer d'une manière satisfaisante une mort aussi rapide.

Tube digestif. Nous avons trouvé l'estomac rempli d'une grande quantité de liquide jaunâtre et blanchâtre. En débarrassant de ce liquide on trouvait sa muqueuse ecchymosée çà et là, avec des points rouges gros comme des lentilles; elle était aussi très ramollie, réduite en une espèce de gelée qu'on enlevait très facilement.

Les intestins grêles contenaient une matière verdâtre, poisseuse, en médiocre quantité, sans présenter aucune trace des lésions organiques qu'on y observe dans le choléra asiatique. Le gros intestin était aussi exempt de lésions, il offrait seulement un rétrécissement sensible de son calibre, produit par des plis nombreux de la muqueuse.

Les désordres trouvés dans le tube intestinal étaient évidemment trop peu considérables pour pouvoir servir à expliquer l'issue funeste de la maladie. En tournant alors nos recherches du côté des autres organes, nous y avons trouvé des lésions bien autrement importantes.

Poitrine. Le poumon gauche était entièrement hépatisé dans son lobe inférieur; son parenchyme est converti en une substance molle dans laquelle le doigt s'enfonce très facilement, et par la pression on en exprime une grande quantité de sérosité sanguinolente mêlée d'un peu de pus. Il y avait quelques points où il se formait déjà un travail de suppuration véritable. Le poumon droit était aussi en voie de splénisation; il n'était pas aussi mou, aussi gorgé de matière sanguinolente que le gauche, mais il était très lourd, dur à sa base, et se précipitait au fond d'un vase plein d'eau. Ce sont les altérations qu'on observe dans les phlegmasies qui se développent et marchent avec une telle rapidité qu'elles échappent souvent à l'observation des médecins. Effectivement, ici les signes de la pneumonie étaient à peu près nuls. Ce n'a été seulement que la veille de sa mort que nous avons pu reconnaître un peu de râle crépitant à la base de ce poumon. Il est très probable que cette phlegmasie s'est développée d'une manière subite qu'elle ne s'est point révélée par des symptômes extérieurs appréciables.

Cerveau. Le cerveau devait appeler particulièrement notre attention, à cause des symptômes d'assoupissement survenus dans les derniers moments. A peine avions-nous incisé la dure-mère qu'il s'en est échappé une grande quantité de sérosité. Ayant fendu cette membrane dans toute son étendue, nous avons trouvé toute la surface du cerveau couverte de cette sérosité, qui formait une espèce de couche transparente comme une gelée; elle s'infiltrait même jusque dans les circonvolutions cérébrales. Cette infiltration séreuse était moins abondante dans les autres parties; il n'y en avait guère que deux cuillerées à café environ dans les deux ventricules. La substance cérébrale, à l'extérieur, était injectée, mais sans adhérence avec la pie-mère, qui se détachait assez facilement. En l'incisant, on y voyait une surface très rouge, couverte de sang qui jaillissait des petits vaisseaux divisés. Bientôt le sang s'écoulant, laissait voir la substance blanche un peu piquetée. C'était une véritable congestion sanguine très prononcée.

Ainsi, en résumé, nous avons trouvé dans le tube digestif quelques lésions peu importantes et aucunement comparables à celles qu'on observe dans le choléra asiatique. Point de ce liquide blanchâtre et ressemblant à la décoction de riz; pas de ces gonflements des follicules qu'on trouve dans l'intestin des cholériques; mais en revanche des désordres très prononcés du côté de l'appareil respiratoire et du cerveau, désordres survenus évidemment dans les derniers jours de la maladie.

---

beaucoup sur la *science* et sur l'*art*, je crains bien, Dieu me pardonne! qu'on ne s'entende guère sur la signification de ces deux mots. Récemment encore un journal de médecine se livrait à de profondes considérations dans le but d'*éclairer* cette question : or, je confesse avec humilité n'y avoir rien compris. Pour mon gros bon sens, la science est le *principe*, l'art en est l'*application*. A ce compte, il y a de la science dans presque tous les arts et réciproquement. Ne dit-on pas tous les jours que tel peintre possède la science du dessin, du coloris, etc.? Ne dit-on pas la science musicale, la science de l'agriculture? Si ce sont là des *lapsus*, cela du moins prouve que la distinction n'est pas si naturelle et si facile, on s'en aperçoit aux logomachies des métaphysiciens ou de ceux qui se croient tels : « Mala et inepta verborum » impositio miris modis intellectum obsidet, et homines ad inanes » controversias deducit, » a dit Bacon (Nov. org., aph. 43). Or, selon nous, s'il existe des principes, des règles *à priori* d'après lesquelles un praticien doive se guider, un cas étant donné, la médecine est une science en même temps qu'un art lorsqu'elle arrive à l'application. Ce n'est donc là, je le répète, qu'une question de sens commun. Ceux qui ne sont pas de notre avis seraient très mortifiés si l'on négligeait d'accoler à leurs noms le titre de savant, celui d'habile étant sujet à des interprétations peu flatteuses.

Les grands fondateurs de systèmes et les hommes culminants en général subirent la plupart le même sort que Broussais, comme on peut en juger par les récriminations disséminées dans leurs livres : tels furent Sydenham, Fréd. Hoffmann, Dehaën, Zimmermann, etc. Aussi l'histoire de notre époque est-elle celle de tous les âges, car partout et toujours l'homme se retrouve le même; il n'y a que les noms propres de changés.

Aujourd'hui donc que le maître est mort et bien mort, les tapageurs prennent leurs ébats; et bien leur advient de mettre le temps à profit, car les hommes passent, mais les principes sont éternels, et l'excès du désordre engendre la fatigue et le repentir. Il nous semble entrevoir le crépuscule de cette période si désirable pour l'humanité, comme pour la science française, qui, après avoir éclairé les autres nations, menace d'en devenir le rebut et l'esclave. Les rivaux de Broussais ont dressé des élèves dociles à courir sus à l'ennemi commun; mais l'ardeur s'amortit en raison des générations successives. Bientôt arrivera la froideur, puis la réflexion; puis on s'avisera de chercher si dans ce fumier d'Ennius, comme on l'a dit, ne se trouvaient pas quelques perles, et le fumier sera consumé que les perles brilleront encore (1).

C'est assez dire, cher courère, qu'en défendant Broussais, dans ce fragment d'histoire, je n'ai pas prétendu le sauver tout entier des griffes de la haine et du naufrage des temps. Le plus grand tort de cet homme de génie est d'avoir eu l'orgueil et l'injustice de dire : « La science, c'est moi. » S'il eût eu la politique de présenter ses idées comme le produit naturel et à terme des siècles passés, il eût produit moins d'effet peut-être, mais il eût trouvé plus de créance et suscité moins de rivalités. Il lui est arrivé ce qui arrive à tous les novateurs petits ou grands : on leur dénie d'abord la réalité de leurs découvertes; puis, obligé de les admettre, on les transforme en plagiat. Sydenham se plaignait amèrement de ce qu'on critiquait et lui disputait ses dogmes, par cela seul qu'il en était le créateur. Or, Broussais eût pu facilement se borner au rôle glorieux d'architecte, qui lui appartient en effet, et laisser au passé la propriété des matériaux qu'il a mis en usage. Ainsi :

1° Pour démontrer l'unité de l'irritation comme principe de la plupart des maladies, il pouvait s'appuyer sur Hippocrate lui-même, qui a émis quelque part ce singulier aphorisme : « Omnium morborum » modus unus, locus differentiam facit. »

2° Pour faire saillir l'utilité de la localisation, il eût pu, en outre, invoquer Celse, qui a dit : « Facilius omnium interiorum morbi cura» tionesque in notitiam veniunt, si prius eorum sedes breviter osten» dero. » (*De re med.*, lib. IV.)

3° Pour démontrer la nature inflammatoire des fièvres, il eût pu remonter jusqu'à Erasistrate, qui, au dire de ce même Celse, prétendait qu'il n'existait aucune fièvre sans inflammation : « Erasistratus febrem » nullam sine hâc (inflammatione) esse dixit. » (*Ibid.*, lib. III, cap. 2.)

4° Pour prouver la nature primitivement inflammatoire de la plupart des lésions organiques et des maladies chroniques en général, il eût pu mettre en avant beaucoup de témoignages, notamment celui de Bordeu, qui a parfaitement fait saillir cette étiologie.

5° Pour appuyer l'autocratie de l'appareil digestif dans les maladies, il pouvait, entre autres autorités, mettre en avant celle de Fréd. Hoffmann, qui a dit en plusieurs endroits : « Il n'y a point de partie dans tout le corps qui ait une sympathie aussi étroite et aussi évidente avec tout le reste des organes que l'estomac, de sorte que si quelque partie, même des plus éloignées du ventricule, est affectée contre nature, aussitôt l'estomac s'en ressent et en est dérangé...... Il n'y a point de partie dans tout le corps qui suit le foyer de plus de maladies que le canal alimentaire. » (Méd. raisonnée.)

6° Pour combattre les spécificités, les constitutions médicales et autres arguments en faveur des médications spéciales, il eût pu mettre en avant, par exemple, cette énergique sentence de Zimmermann : « Une pleurésie qu'il faudrait traiter par le vin et la thériaque, est encore plus rare qu'un enfant à deux têtes. » (De l'Expérience.)

7° Pour faire ressortir la nécessité de combattre l'inflammation partout où elle existe, il eût pu s'étayer de ce précepte de Stoll : « Dans toute maladie, quelle qu'elle soit, le premier soin qu'on doit avoir, c'est de l'inflammation. » (Méd. pratique.)

8° Enfin, pour démontrer l'utilité de la saignée dans la pluralité des maladies, il eût pu rappeler que du temps même de Celse, on a recommandé d'en généraliser l'emploi. (*De re med.*, lib. II, cap. ...) Et pour en constater l'excellence dans certaines maladies graves, dont la nature inflammatoire est contestée (rhumatisme, fièvre typhoïde, exanthèmes fébriles, etc.), il pouvait cumuler en sa faveur les témoignages de tous les grands observateurs de tous les siècles, Hippocrate, Galien, Baillou, Sydenham, Dehaën, Stoll, Borsieri, Jos. Frank, etc.

En procédant ainsi, il eût été en droit de dire à ses adversaires : « Ce n'est pas à moi que vous faites la guerre, c'est aux grands génies pour lesquels vous avez professé jusqu'ici le plus de vénération. »

(1) Au moment où j'écris ces lignes, je reçois un journal tout nouveau, contenant un travail de M. Trousseau où je lis ce remarquable passage : « A vrai dire, je suis aujourd'hui un peu de l'avis de Broussais; je commence à croire ce qu'il a dit depuis long-temps, que les tubercules sont un produit d'inflammation spéciale, etc. » Vous voyez que cela commence. M. Trousseau aurait pu ajouter que Sydenham, Stoll, Hufeland et autres pensaient de même avant Broussais.

et qui ont été la cause de son issue fatale. Les phénomènes cholériformes observés au commencement, et par lesquels la maladie avait débuté, allaient en diminuant, et sous ce rapport le malade avait des chances de guérison, lorsque sont survenus d'une manière foudroyante les phénomènes pneumoniques et cérébraux. Nous ne pouvons pas voir ici plusieurs maladies qui se seraient développées les unes après les autres. Nous y voyons une seule maladie, une seule cause morbide qui, après avoir agi assez violemment sur l'appareil digestif, s'est jetée sur les poumons et sur l'encéphale au moment où les symptômes du côté du tube intestinal diminuaient, et a mis rapidement fin à la vie de ce malheureux.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Deux cas de chaudepisse tombée dans les bourses, faussement appelée ORCHITE. *Traitement de cette affection.*

Aux n. 15 et 16 de la salle des hommes nous avons deux malades affectés de ce que l'on appelle communément *chaudepisse tombée dans les bourses*. Je conserve à dessein cette dénomination peu scientifique, parce que, ainsi que je le démontrerai tout à l'heure, elle est peut-être dans sa trivialité plus exacte que beaucoup d'autres dénominations introduites récemment dans la science.

Le malade du n° 16 est un homme d'une quarantaine d'années, qui nous dit avoir eu, il y a un an environ, une première blennorrhagie, à la suite de laquelle se déclara un gonflement testiculaire du côté droit, qui après un traitement assez long a fini par disparaître. Il y a un mois, un gonflement semblable se manifesta au testicule gauche, et c'est pour en être traité qu'il est entré à l'hôpital. Nous étions persuadé [illegible] que le gonflement actuel reconnaissait la même cause [illegible] précédent, c'est-à-dire une nouvelle blennorrhagie; mais nous avons voulu nous en assurer par quelques questions directes: le malade a commencé par nier avoir eu aucun écoulement urétral depuis le premier, mais il a fini par en convenir.

A son entrée, il n'y avait plus d'écoulement; tout se bornait au gonflement du testicule gauche qui avait à peu près le volume du poing; le testicule semblait être formé de deux tumeurs, l'une, postérieure et inférieure, ayant assez bien la forme d'un casque, qui embrassait la seconde placée supérieurement et en avant, et d'un volume plus considérable que la première. Au-dessus de cette double tumeur on sentait le cordon plus gros qu'à l'état normal et sensible à la pression. On distinguait aussi très aisément le canal déférent offrant un développement anormal.

Nous avons fait raser la partie du scrotum correspondant au cordon, et nous avons fait appliquer à trois reprises des sangsues sur son trajet; nous avons fait recouvrir cette partie de cataplasmes émollients, et les bourses ont été maintenues relevées sur le ventre par un simple bandage contentif, que nous préférons dans cette circonstance au suspensoir ordinaire qui ne saurait convenir lorsque les malades sont couchés.

La maladie a perdu de son acuité sous l'influence de ce traitement.

Ces jours derniers, nous avons vu encore en arrière cette espèce de casque, qui évidemment n'est autre chose que l'épididyme dans un état de gonflement inflammatoire. En avant on ne trouve plus qu'une tumeur mollasse et demi-transparente, qui est constituée par un épanchement de liquide mi-opaque. Au-dessous on sent une partie plus ferme, sensible à la pression; c'est le testicule lui-même. Tel est l'état que nous avons observé dès les premiers jours qui ont suivi le traitement.

Depuis quelques jours l'écoulement urétral a reparu pendant que les symptômes du côté du testicule ont, ainsi que nous venons de le voir, perdu de leur intensité. C'est là, en effet, ce qui arrive le plus ordinairement. Lorsque, à la suite d'une blennorrhagie, un gonflement testiculaire se développe avec des caractères inflammatoires, le plus souvent l'écoulement cesse, et il reparaît quand l'inflammation des bourses est à son déclin.

L'autre malade, celui du n° 15, est un jeune homme qui nous assure n'avoir jamais eu qu'une seule blennorrhagie datant de quinze jours environ. Il nous dit qu'en même temps que cette blennorrhagie s'est montrée, il s'est développé des douleurs au scrotum, douleurs qui se propageaient à la région pelvienne et inguinale du même côté. Peu après il s'aperçut que le testicule était gonflé, ce qui le détermina à entrer à l'hôpital.

Lors de son entrée, la douleur de la région pelvienne et inguinale avait disparu, elle s'était concentrée dans les bourses. Cette circonstance explique très bien la marche de cette maladie, et nous avons à dessein insisté sur ces renseignements que le malade nous a fournis avec une apparence de franchise qui ne nous permet pas de douter de sa bonne foi, parce qu'ils nous semblent être d'une grande importance pour expliquer l'évolution de cette maladie.

Le 14 décembre, en examinant de nouveau le malade, nous avons vu en arrière cette même petite tumeur en forme de casque que nous signalions tout à l'heure chez le malade précédent: c'est l'épididyme tuméfié; en avant une tumeur molle et transparente; un peu plus en arrière et en bas le testicule qui conserve son volume normal et sa sensibilité habituelle.

Ces deux malades ont évidemment une même affection, et cette affection est, à n'en pas douter, une chaudepisse tombée dans les bourses, ainsi que nous le disions tout à l'heure. Qu'est-ce que cela veut dire? Examinons un peu en quoi consiste cette maladie

L'observation minutieuse nous a conduit à la découverte de deux tumeurs doubles; l'une d'elles est incontestablement constituée par un gonflement de l'épididyme et du canal déférent. Tel est en effet le trajet que la maladie, développée d'abord dans le canal de l'urètre, semble avoir parcouru en se propageant dans les bourses. L'inflammation de l'urètre a de proche en proche gagné le canal déférent et l'épididyme. C'est là un fait que j'espère faire admettre avec moi. Quant à la partie antérieure de cette tumeur, par quoi est-elle constituée? par le testicule enveloppé d'une certaine quantité de sérosité épanchée dans la tunique vaginale. L'épanchement de cette sérosité n'est pas un phénomène constant dans cette affection. On voit souvent la tunique vaginale entièrement dépourvue de liquide. Cependant il ne faut pas s'y méprendre ici, car souvent ce liquide existe et reste inaperçu, nos moyens d'investigation ordinaires échouant le plus souvent, à cause de l'opacité de ce liquide. Nous en avons un exemple chez le malade du n° 16, chez lequel pourtant l'opacité n'est pas complète. Nous avons donc ici affaire à une inflammation de l'épididyme et du canal déférent.

Il y a long-temps que nous avons émis par écrit nos opinions à cet égard, en appelant *épididymite* ce qu'on appelle communément *orchite*, inflammation du testicule. Cette épididymite peut, du reste, être produite par une blennorrhagie ou par toute autre cause non spécifique, car on peut y donner lieu par l'introduction répétée des sondes dans le canal; on la produit assez souvent par les manœuvres auxquelles on est obligé de se livrer dans les opérations de lithotritie, et elle peut être facilement produite aussi par l'usage de la bière, des alcooliques ou de toutes autres boissons excitantes. Je me suis élevé contre la dénomination d'orchite, parce que je la crois inexacte et propre à donner une idée fausse de la maladie, et parce que je suis convaincu qu'il y a dans tous ces cas inflammation de l'épididyme seulement et non du testicule. D'ailleurs, il n'est pas difficile de comprendre que la phlegmasie développée dans l'urètre se transmette plus facilement à l'épididyme et au canal déférent, qu'au testicule. Il suffit pour cela de se rappeler les rapports anatomiques intimes qui existent entre ces parties, de savoir que les injections arrivent très facilement et directement des vaisseaux de l'urètre à ceux de l'épididyme, tandis qu'elles n'arrivent que beaucoup plus tard au testicule. Pourquoi, dès lors, supposer plutôt malade un organe qui a avec l'urètre, siége primitif de la maladie, des rapports moins intimes que l'épididyme?

On a dit, en outre, et c'est M. Rochoux qui a publié cette opinion dans les *Archives*, que ce que l'on nomme chaudepisse tombée dans les bourses n'est ni une épididymite, ni une orchite, mais un épanchement séreux de la tunique vaginale; que c'est par conséquent une affection de cette tunique elle-même. M. Rochoux n'a observé dans cette circonstance qu'un seul des phénomènes de la maladie, mais il ne s'est pas élevé à la considération de la maladie elle-même; son observation a été incomplète. De ce qu'il a vu que presque toujours il y a dans cette affection, un épanchement séreux dans la tunique vaginale, il a conclu, un peu trop légèrement, à l'existence d'une espèce d'hydropisie idiopathique de cette tunique. Mais d'abord cet épanchement n'existe pas toujours, et dans ces cas pourtant la maladie n'en existe pas moins. D'un autre côté, cet épanchement ne s'observe pas dans toutes les périodes de la maladie. On ne le voit pas toujours au début; il cesse d'exister vers la fin, et la maladie néanmoins se manifeste toujours avec ses symptômes principaux. L'épanchement de la tunique vaginale n'est donc qu'un épiphénomène, qu'un effet plus ou moins fréquent de la maladie principale; mais on ne saurait le regarder comme l'essence même de cette maladie. Il en est de même, s'il m'est permis d'emprunter une comparaison à une maladie toute différente, de ce qui se passe dans le cancer de l'estomac. On observe souvent, dans ce cas, une hydropisie péritonéale qui complique ces cancers, et pourtant on ne considère point cet épanchement comme la cause de la maladie dont le siége est dans l'estomac.

Il importe beaucoup dans ces circonstances, d'insister sur l'examen minutieux des testicules, afin de pouvoir en déduire avec certitude les conséquences auxquelles nous sommes arrivé. Il s'est élevé à ce sujet, dans le temps, une discussion au sein de l'Académie de médecine. Les uns disaient, avec M. Rochoux, qu'il n'y avait dans ce cas qu'un épanchement séreux; d'autres, le plus grand nombre, voulaient que ce fût une orchite; un petit nombre, auquel j'appartenais, soutenait que ce n'était qu'une simple épididymite; d'autres, enfin, admettaient la coexistence de toutes ces lésions. Il suffit, je pense, de voir et d'examiner de près pour être de mon avis. Il faut, je le répète, avoir observé d'une manière bien légère la marche et la liaison de tous les phénomènes morbides avec leur cause, pour soutenir une opinion contraire.

Mais j'aborde un point plus important, le traitement. Après avoir employé avec plus ou moins d'énergie, selon les circonstances, le traitement antiphlogistique, l'inflammation une fois vaincue, on doit continuer à faire garder au malade le repos absolu, au lit; c'est une condition indispensable, plus nécessaire encore pour les affections du testicule que pour celles d'autres parties, y compris même les membres inférieurs. Cette précaution est motivée par une considération anatomique. Les veines qui parcourent les membres sont, comme chacun le sait, munies de valvules à l'aide desquelles la circulation peut se faire, même dans la position verticale, ainsi que l'absorption. Mais les veines testiculaires et celles des parties qui environnent les testicules sont dépourvues de valvules. Alors si ces parties ne sont pas maintenues dans une position horizontale, l'absorption des liquides qui s'y trouvent épanchés se ferait très difficilement. Il est donc important que les malades conservent la position horizontale, les bourses étant relevées sur le ventre.

Quand la maladie est arrivée à la seconde période, après la disparition des symptômes inflammatoires, nous employons les résolutifs et principalement les frictions avec la pommade mercurielle à haute dose sur les bourses, puis l'application de l'emplâtre de Vigo. Par ce moyen, employé avec persévérance, nous triomphons ordinairement de la maladie. Si quelques malades, malgré ce traitement rationnel, n'atteignent pas une guérison parfaite, on peut sans hésiter en rejeter la faute sur le malade ou le médecin qui n'ont sans doute pas apporté dans le traitement la constance nécessaire; car, pour nous, nous n'avons jamais échoué. Quelquefois cependant, et ce sont heureusement des cas exceptionnels, des abcès se forment qui exigent une ouverture; des fistules peuvent s'établir à la suite de ces abcès: la maladie peut, dans ce cas, devenir très longue, très pénible et difficile à guérir.

Il y a des médecins qui ont pour pratique de faire la ponction de la tunique vaginale, soit dans le but de constater la

---

Mais loin de chercher des appuis dans l'antiquité, Broussais en a fait saillir les erreurs et les vices pour se donner la gloire d'un facile triomphe qu'on lui fait cruellement expier.

Une autre erreur de Broussais et qui lui est commune avec tous les chefs de secte, c'est d'avoir exagéré dans son propre sens. En exagérant le solidisme, il a fait tort a l'organicisme bien entendu, lequel tient compte de tous les éléments de l'économie. En généralisant trop l'irritation, il a méconnu l'essence actuelle de plusieurs maladies qui ne sont pas ou ne sont plus elle. En exagérant la susceptibilité du tube digestif, il a outré la vérité et brisé des armes précieuses dans les mains du praticien. Mais une plus grande erreur encore, c'est d'avoir rigoureusement conclu de la nature de la maladie à la nature du traitement; d'avoir pris trop à la lettre l'axiome trompeur: *Contraria contrariis curantur*, axiome que ses adversaires ont retourné contre lui, ainsi que cet autre aphorisme non moins fallacieux: *Naturam morborum ostendunt curationes*. J'insiste sur ce point, car là me paraît résider le nœud des difficultés, le mot des dissidences qui, de tout temps, ont surgi des systèmes généralisateurs. Non, une maladie d'apparence donnée ne guérit pas toujours par les moyens contraires en apparence: « Qui secundis aliquandò frustrà curatus est, contrariis » sæpè restituitur » (Celse, lib. I); car nous ne savons pas au juste et toujours quels sont les contraires, et puis il peut exister dans les maladies des éléments accessoires qui emportent le fond: « Neque, Her» cule, satis est ipsas tantùm febres medicum intueri, sed etiam totius » corporis habitum et ad eum dirigere curationem. » (Celse, lib. III, cap. 2.)

Vous voyez, cher confrère, que je ne crains pas de porter la main sur celui qu'on pourrait croire mon idole sacrée. Non, je vénère Broussais comme un grand homme méconnu et calomnié, mais je confesse ses erreurs ou plutôt ses exagérations, dont plusieurs, du reste, furent le produit obligé de son époque: ainsi son solidisme outré, qu'il ne fit qu'emprunter à Pinel, qui est le premier coupable. Quant à sa thérapeutique étroite, elle découlait nécessairement de son diagnostic rétréci, comme nous venons de le dire. Peut-être aussi le grand homme a-t-il pensé qu'il fallait frapper fort pour frapper juste, et a-t-il demandé beaucoup pour obtenir quelque chose. Ajoutons que Broussais est peut-être moins connu par ses œuvres personnelles que par celles de ses nombreux adeptes ou de ses imitateurs; or, ainsi que l'a dit Cabanis, « les sectateurs sont toujours bien plus portés que les inventeurs à pousser les idées systématiques jusqu'à leurs extrêmes. Leibnitz riait quelquefois avec ses amis intimes des monades et de l'harmonie préétablie. Stahl se moquait assez librement des applications indiscrètes que plusieurs de ses disciples faisaient de son système; il les admirait d'être plus Stahliens que lui-même. » (*Révol. de la méd.*) Nous avons vu Broussais à l'œuvre au Val-de-Grâce, en consultation verbale; nous avons vu de ses consultations écrites, et nous affirmons qu'il n'était pas ce qu'on dit qu'il fut, ni dans ses écrits, ni dans sa pratique. Broussais subit le plus grand malheur qui puisse advenir aux grands penseurs, c'est de n'être pas lu ou d'être incompris par ceux qui se font leurs juges. « Jamais, dit un historien (Quinte-Curce), la renommée ne rapporte exactement les choses telles qu'elles sont; » et « quasi toutes les opinions que nous avons sont prises par autorité et à crédit. » (Montaigne.) D'où résulte que la nouvelle génération a une idée tout à fait fausse de Broussais travesti par les exagérations, travesti par le temps, travesti plus encore par la haine et l'envie. Or, ce qui doit survivre à l'envie, à la haine, aux exagérations et au temps lui-même, c'est la puissante impulsion qu'il a donnée aux études organiques dont les plus beaux monuments contemporains sont un écho de ses doctrines, ou même un produit des efforts qu'on a faits pour s'armer contre lui: dans l'un et l'autre cas, ce fut lui qui les inspira. C'est d'avoir fait ressortir le rôle de l'inflammation dans une foule de cas où on la soupçonnait à peine, et, sous ce rapport, ses ennemis les plus acharnés s'inclinent devant son génie, sinon par leurs paroles, du moins par leurs actes, ce qui est plus significatif encore: il est certain, par exemple, qu'aujourd'hui même où la réaction antibroussaisienne est à son apogée, il se répand bien plus de sang que du temps de Pinel. C'est d'avoir appelé l'attention sur les altérations fréquentes et nombreuses de l'appareil digestif, dont les empiriques actuels tiennent plus de compte que les empiriques d'autrefois, et dans un sens bien différent. C'est d'avoir dissipé les nuages qui enveloppaient une foule de maladies prétendues vitales, générales, humorales, essentielles, spécifiques, etc., auxquelles il a fait subir le joug indéclinable de la localisation; fait avoué par cela même que c'est moins la localisation qu'on poursuit aujourd'hui que l'étroitesse prétendue des vues thérapeutiques des localisateurs. En somme, retranchez de Broussais la moitié, les trois quarts de son individualité, il restera de lui suffisamment encore pour qu'il ait droit à l'immortalité, à la reconnaissance des praticiens présens et futurs. Il n'est en la puissance de personne d'effacer le profond et large sillon qu'à son passage il a creusé dans le champ de la science. Si tous les hommes de toute une époque s'efforçaient de le combler, l'avenir le déblaierait à la gloire du grand homme et à la confusion de ses rivaux impuissants.

La moralité qui ressort de tout ceci, cher confrère, c'est que l'esprit humain est exagérateur de sa nature; c'est qu'une fois lancé dans la voie, fût-ce la bonne, il court, se précipite et dépasse toujours le but. La réaction contre Broussais, légitime sous quelques rapports, a dégénéré en une déplorable orgie qui, nous l'espérons, trouvera son remède dans ses excès même; et alors, revenus de cet état momentané d'ivresse, auteurs et praticiens cimenteront de nouveau l'étroite alliance du raisonnement et de l'observation, de la théorie et de la pratique, de l'art et de la science, divinités éternellement unies et révérées, entre lesquelles et contre lesquelles des hommes insensés et profanes s'efforcent d'allumer et d'entretenir une guerre impie.

L'opposition suscitée par Broussais n'est sans doute pas la seule cause de la réaction actuelle; mais elle en est, sans contredit, le mobile principal, le germe et l'aliment. Pour ceux qui voudraient prendre une idée des *causes de la diversité des opinions en médecine*, généralement considérées, ils pourraient consulter notre petit mémoire sur ce sujet. Nous ne pouvons dans cette lettre, déjà trop longue, qu'effleurer les sommités. Dans ma prochaine, cher confrère, j'aurai l'honneur d'entrer au fond du sujet et d'analyser les produits réels de la thérapeutique moderne.

Agréez, etc.

FORGET,
Professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

présence de la sérosité, ou même comme moyen de traitement. Nous croyons cette pratique inutile et même dangereuse ; inutile, car on peut très bien constater l'existence de la sérosité à l'aide de la lumière, ainsi que nous l'avons fait chez nos deux malades ; inutile aussi comme traitement, parce que nos moyens résolutifs ont toujours suffi à faire disparaître cet épanchement. J'ai dit aussi dangereuse, car, et l'expérience est là pour le démontrer, on peut, par la ponction qu'on pratique, arriver facilement avec le troquart jusqu'au testicule, et, quoi qu'on fasse, pour éviter cet accident, on y retombera assez souvent, soit à cause de l'opacité de la sérosité, de la tension et de la rénitence de la tumeur qui ne permettent pas de s'assurer de la position du testicule, ou bien parce que, lors même que la sérosité est transparente, les signes d'après lesquels nous déterminons la situation du testicule à travers la sérosité même, sont souvent trompeurs. En outre, il n'est pas rare de voir des phénomènes inflammatoires assez violents survenir à la suite de ces ponctions, bien qu'elles puissent avoir été très habilement pratiquées. Dans un cas particulier de ce genre, ayant fait une ponction pour retirer la sérosité épanchée dans la tunique vaginale, je vis se développer le lendemain une inflammation violente, qui m'obligea à pratiquer une large ouverture sous la tunique même, et, quoique le malade soit guéri, il n'en est pas moins vrai qu'il en a subi une maladie beaucoup plus longue et plus compliquée que si je l'avais traité par les moyens plus simples que j'indiquerai tout-à-l'heure. Cette ponction, soit exploratrice, soit curative, est donc, je le répète, non seulement inutile, mais même dangereuse.

Paraphymosis consécutif à un phymosis naturel. Opération. Guérison.

Au n° 30. de la salle Saint-Jean, est couché un jeune homme qui est affecté d'un paraphymosis consécutif à un phymosis naturel. Au moment de la visite, ce jeune homme a été trouvé ayant la verge dans une état de gonflement très considérable. Le gland était tuméfié, gorgé de sang et d'une couleur violette ; il était étranglé à sa base par le prépuce, qui l'étreignait comme une corde tendue. Le prépuce aussi était boursoufflé, œdématié par un épanchement de sérosité dans les mailles de son tissu cellulaire sous-cutané ; derrière ce boursoufflement énorme, on voyait une espèce de rainure profonde qui circonscrivait et limitait toutes les parties tuméfiées. Au-delà de ce point la verge était dans son état normal. Ayant interrogé ce jeune homme sur l'état des parties avant cet accident, il nous a dit qu'il avait toujours eu l'ouverture du prépuce tellement étroite qu'elle ne permettait que très-difficilement de découvrir le gland ; qu'il existait en un mot chez lui un phymosis congénital. De là une disposition à contracter un paraphymosis consécutif toutes les fois qu'il exerçait les tractions violentes sur le prépuce pour découvrir le gland. L'acte du coït suffisait seul souvent pour amener ce résultat. Dans cet état, il devenait extrêmement difficile de ramener le prépuce sur le gland.

Au premier examen, avant d'avoir bien réfléchi sur l'état des parties, on eût dit que l'on avait à agir sur le gland qui se montrait énormément tuméfié et congestionné ; mais en y regardant de plus près, on voyait que ce gonflement du gland n'était que consécutif, qu'il résultait de la constriction que le prépuce exerçait sur sa couronne. Il était aisé d'en conclure que c'était sur cet étranglement même qu'il fallait agir, comme sur la cause de tous les accidents. Le paraphymosis avait succédé ici à un état physiologique des organes génitaux, à l'érection. Quelquefois le paraphymosis est le résultat d'une maladie du gland ou du prépuce, tel que le gonflement considérable qui accompagne parfois les chancres, ou la blennorrhagie du prépuce, connue sous le nom de balanite. Si le prépuce se trouve être retiré en arrière du gland, au moment où celui-ci vient à se tuméfier, le prépuce ne pourra plus être ramené en avant, et il se produira un paraphymosis. Cette espèce de paraphymosis est très différente de celle à laquelle nous avons affaire, tant par sa cause que par ses conséquences.

Qu'avons-nous à faire ici pour remédier à cet énorme gonflement du gland et du prépuce ? Fallait-il débrider cette espèce de corde qui étranglait le gland ? C'était bien là le moyen le plus efficace. Mais avant d'opérer nous avons voulu essayer un autre moyen qui réussit souvent très-bien et qui prévient la nécessité d'une opération sanglante. Ce moyen consiste à comprimer pendant quelque temps les parties engorgées, dans le but de faire refluer dans d'autres points le sang et les fluides qui stagnent dans les aréoles et dans les capillaires du tissu spongieux du gland, et puis à ramener le prépuce au-dessus du gland dès que ce premier obstacle est surmonté. C'est ce que nous avons fait chez ce jeune homme et avec un plein succès. Nous avons embrassé à pleine main le gland et le prépuce, que nous avons pressés pendant quelques instants avec force. En agissant ainsi nous avons fait refluer les liquides qui stagnaient dans ces parties, et nous les avons dégorgées. Ensuite, embrassant la totalité de la verge d'une main, et poussant de l'autre sur l'extrémité du gland en sens opposé, nous sommes parvenu au bout de quelques minutes de tentatives à ramener le prépuce au-devant du gland.

Après ces manœuvres, qui ont eu un plein succès, le malade a gardé le lit, sa verge étant maintenue relevée et appliquée sur le ventre, précaution nécessaire pour prévenir le retour d'un engorgement ou d'un œdème consécutif qui pourraient se reproduire par le seul fait de la position déclive du membre, surtout après la compression violente que cet organe venait de supporter.

Le surlendemain (9 décembre), ce jeune homme va bien ; l'engorgement a disparu, le gland reste recouvert par le prépuce. Tous les accidents se sont dissipés. Mais, ainsi que je l'ai fait remarquer lors de la précédente visite, ce malade reste toujours exposé au retour des mêmes accidents, tant que le phymosis naturel, prédisposition incessante à ces accidents, ne sera pas corrigé. Or, ces accidents sont assez graves ; car, supposez qu'après le dernier accident qu'il vient d'essuyer, ce jeune homme n'eût pas eu la prudence de réclamer les soins d'un chirurgien, ou qu'il se fût trouvé dans cet état éloigné de tout secours immédiat et bien dirigé, il courait le risque de voir son gland frappé de gangrène. Les exemples d'aussi fâcheuses conséquences ne sont pas très rares. Afin de prévenir toute possibilité de semblables accidents à l'avenir, nous allons remédier de suite à la disposition vicieuse dont ce jeune homme est affecté. De quelle manière procéderons-nous à cette opération ? C'est ce que nous allons examiner.

Il y a une méthode qui est connue depuis long-temps, et qui est le plus communément usitée, c'est celle qui consiste à faire une incision longitudinale sur la partie antérieure du prépuce, et s'étendant depuis son bord libre jusqu'à sa base. C'est la méthode que nous suivons habituellement et dont nous nous trouvons bien en général. On lui a adressé cependant quelques reproches. On a dit qu'à la suite de cette opération on avait deux bourrelets latéraux formés par les lambeaux du prépuce divisé, bourrelets qui sont très gênants dans l'acte du coït, et qui ont, en outre, ajoute-on, l'inconvénient de laisser séjourner dans leurs replis les humeurs sécrétées par ces parties. Mais nous avons à répondre à cela que nous prévenons la formation de ces bourrelets par notre manière de panser qui consiste à bien retrousser les bords du prépuce, à les comprimer exactement par une bande roulée circulairement et à laisser agir ce bandage compressif pendant un temps suffisant. A la faveur de ces précautions les bords de la plaie se cicatrisent sans faire de saillie, et les inconvénients signalés n'ont point lieu.

Dans le but d'éviter ces mêmes inconvénients, on a proposé de pratiquer l'incision à la partie postérieure du prépuce, au lieu de la faire à sa partie antérieure. Ce procédé, qui se trouve décrit dans les ouvrages de Celse, a été préconisé par M. Cloquet. Ce procédé ne met pas à l'abri des inconvénients que l'on cherche à éviter. On ne peut pas, en outre, en agissant ainsi, diviser le prépuce aussi bien que par l'autre procédé ; car on doit nécessairement s'arrêter au frein, et l'on n'a par conséquent qu'un débridement beaucoup moins complet et souvent insuffisant. Enfin, dans ce procédé, on s'expose, au moment de l'incision, à tomber avec le bistouri dans le canal de l'urètre par le méat urinaire ; car en incisant en bas on agit nécessairement un peu à tâtons, et il peut arriver, surtout lorsque le prépuce adhère au gland par l'intermédiaire de la matière sébacée condensée, ou bien par des fausses membranes, ce qui n'est pas rare chez les enfants, il peut arriver, dis-je, qu'on pénètre dans le canal de l'urètre sans s'en apercevoir.

Il est des chirurgiens qui dans ce cas excisent une portion du prépuce, dans une étendue suffisante pour découvrir le gland. Cette méthode est fort vicieuse, car l'incision ne se cicatrisant qu'assez tard, la difformité peut se reproduire avant que la cicatrice soit achevée.

Il y a enfin une quatrième méthode, c'est celle de M. Ricord, qui consiste à réunir la circoncision ou incision circulaire du prépuce à l'incision longitudinale ordinaire. On a pensé, par ce procédé complexe, remédier plus sûrement aux inconvénients signalés plus haut. Nous avons exposé tout à l'heure un moyen tout aussi certain de se mettre à l'abri de ces inconvénients, sans être obligé de recourir à une double incision ; nous croyons par conséquent inutile d'insister plus long-temps sur ce sujet.

M. Blandin, après ces considérations, a procédé à l'opération de la manière que nous avons exposée. Il a surtout, en pratiquant l'opération, insisté sur une précaution indispensable pour son succès et qu'il recommande expressément de ne pas perdre de vue, c'est de tirer la peau du prépuce vers la base de la verge avant de faire l'incision ; sans quoi l'on s'exposerait à diviser la peau dans une plus grande étendue qu'il ne faut, et en même temps à ne pas comprendre suffisamment dans l'incision la muqueuse sous-jacente.

Le 11 décembre, le malade va bien ; il n'y a pas eu de gonflement du prépuce. On continue toujours le pansement compressif.

Le 15, le bandage compressif, quoique médiocrement serré, n'a pas produit de gonflement œdémateux du prépuce, ainsi qu'il arrive quelquefois ; on a la précaution de maintenir toujours la verge relevée et appliquée sur le ventre.

Le 17, la cicatrisation des bords de la plaie faite au prépuce, se fait bien ; les bords sont déprimés, ainsi qu'on s'attendait à les trouver, à la suite du pansement employé. Tout fait espérer que le résultat sera complétement satisfaisant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier. — Présidence de M. P. Dubois.

Après la lecture des procès-verbaux des deux dernières séances, et la communication de la correspondance, M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Londe. Le Bulletin que publie l'Académie a quelques abonnés. J'en connais un.... (Hilarité.) Donc, en dehors de ses lecteurs obligés, qui sont les membres de l'Académie, il en a d'autres qui n'assistent pas aux séances, et qui ne peuvent connaître ce qui s'y passe que par les compte-rendus du Bulletin. Comment se fait-il alors que M. le secrétaire annuel, dont les lumières et la capacité ne peuvent être mises en doute, se soit borné, dans le procès-verbal de la dernière séance extraordinaire, à indiquer les noms des orateurs et l'ordre dans lequel ils se sont succédé, sans aucune sorte de développement ? Cette innovation est contraire aux usages et aux précédents de l'Académie. Je demande qu'on y revienne.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel. Le procès-verbal n'est pas imprimé tel qu'il est dans le Bulletin. Pour celui-ci, nous profiterons des discours tels qu'ils ont été imprimés dans les journaux auxquels les orateurs eux-mêmes les ont communiqués.

M. Adelon. Je ne veux suspecter ni la fidélité, ni l'impartialité des journaux ; mais il me semble qu'il est peu convenable que l'Académie aille puiser à d'autres sources que les siennes pour la rédaction du Bulletin.

M. Pariset. Le Bulletin ne donnera que les discours communiqués par les orateurs eux-mêmes.

M. Moreau. Il y a là un danger : la rédaction peut être tout autre que ce qui aura été dit dans cette enceinte. Les discours prendront une longueur démesurée ; il faut s'en tenir aux usages.

M. Dupuy. C'est parfaitement juste. Dans la question de *l'entraînement* on a imprimé, dans le Bulletin, tout autre chose que ce qui avait été dit.

M. Dubois (d'Amiens). Nous nous en rapporterons à la décision de l'Académie ; qu'elle remarque cependant que les secrétaires ne sont pas des sténographes, qu'ils ne peuvent pas prendre à la volée tout ce qui se dit ici, et qu'ils sont obligés d'avoir recours aux communications directes.

M. Boullay veut que les secrétaires soient responsables de leur rédaction.

M. Londe. Ce ne serait pas comprendre les fonctions de secrétaire que d'avoir toujours recours aux communications officieuses. On peut le faire, mais il serait honteux de le dire.

M. J. Guérin. Il y a des inconvéniens à confier aux auteurs la rédaction de leurs discours. Il pourrait arriver que l'un répondît à ce que l'autre aurait supprimé, et qu'ainsi les argumentations n'eussent aucun sens. Il faut nécessairement que les secrétaires prennent des notes pour contrôler la rédaction des auteurs.

L'innovation proposée par les secrétaires, et qui consistait à ne plus faire que des indications sommaires dans le procès-verbal, est mise aux voix et rejetée à une immense majorité.

— *M. Paul Dubois*, président, lit un discours dans lequel il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait de l'élever à la présidence.

Il propose de voter des remerciemens à M. Fouquier, président sortant, et à M. Gérardin, ancien secrétaire annuel.

Ces propositions sont unanimement adoptées.

— *M. le président* donne communication du discours qu'il a adressé au roi à l'occasion du nouvel an, et la réponse du roi.

— *M. Bricheteau* fait un rapport sur des observations de dysenterie épidémique faites à l'hôpital militaire de Versailles, par M. Alquier.

Entre autres faits contenus dans ce travail, l'auteur dit avoir observé des lésions des plaques de Peyer et des ulcérations de l'intestin grêle sur des sujets morts dans la dernière période de la dysenterie. Il a fait aussi une analyse du sang des dysentériques, sur laquelle le rapporteur n'a pas cru devoir insister.

Conclusions : renvoi au comité de publication.

M. Louis. Il y a de l'intérêt dans ce travail, mais il y a bien des choses à désirer. L'auteur a parlé des ulcérations de l'intestin grêle, mais il ne dit rien des ganglions mésentériques. Il est probable qu'il aura eu affaire à quelques cas de fièvre typhoïde mêlés à des cas de dysenterie. J'ai observé pareille chose dans l'épidémie de fièvre jaune de Gibraltar, où quelques cas d'ulcérations intestinales avaient fait admettre des exceptions à la loi des altérations anatomiques spéciales à la fièvre typhoïde. Des renseignements plus précis, des observations mieux faites, démontrèrent que ces cas rentraient dans la loi générale. Je crois qu'il en est de même pour l'épidémie de Versailles, et que l'observateur aura pris pour des cas de dysenterie des cas de fièvre typhoïde.

M. Rochoux. Je suis tout à fait de cet avis. Mais il est un autre point de ce travail que le rapporteur a négligé, bien à tort selon nous ; c'est celui des altérations du sang prouvées par l'analyse, sujet à l'ordre du jour et qu'on devait aborder dans ce rapport. M. Rochoux rappelle qu'il y a plusieurs années qu'il a appelé l'attention de l'Académie sur les altérations des humeurs dans les maladies. M. Bricheteau s'éleva alors contre ses opinions. Aujourd'hui il semble fuir la discussion sur ce point, et c'est sans doute parce que son solidisme passe condamnation.

MM. Nacquart, *Dupuy* et *Desportes* parlent dans le même sens, et insistent sur la nécessité qu'il y avait à s'occuper de l'analyse du sang.

M. Capuron. Ce travail ne m'instruit pas. Tout y est vague. Il n'y a pas d'observations ; on ne sait à quelles périodes de la maladie l'auteur a eu recours aux traitements divers dont il parle. Je ne peux en tirer des conclusions, ni aucune conséquence pour la pratique.

M. Bricheteau. M. Capuron est dans l'erreur, il y a quatre observations ; les périodes de la maladie sont indiquées, ainsi que l'époque où tel ou tel traitement a été administré. Quant au reproche d'avoir négligé l'analyse chimique du sang, est-ce que la commission pouvait se livrer à ce travail ? Elle a dit ce qu'avait fait M. Alquier, elle a borné son rôle à celui d'historien.

M. Castel se plaint que l'auteur de ce travail ait payé son tribut à la direction actuelle de la science pratique. Tout progrès de la maladie est aujourd'hui une complication. Les périodes diverses qu'il a établies ne sont qu'un progrès de la maladie qui reste une, mais qui s'étend de plus en plus. Dans tous les cas, le traitement employé ne lui paraît pas un succès, car on a perdu un malade sur trois.

M. Ollivier (d'Angers) voudrait que le rapporteur modifiât son rapport dans le sens indiqué par M. Louis.

M. Bouillaud. Je partage tous les doutes de M. Louis. J'ai lu ce mémoire, qui ne contient que trois observations au lieu de quatre ; elles sont incomplètes ; il n'y est pas question une seule fois de l'état du pouls ; il n'y a pas d'ouvertures de cadavres. Par ces motifs, je crois qu'il n'y a pas lieu de renvoyer ce travail au comité de publication.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et rejetées.

— *M. Jolly* lit un rapport sur un mémoire sur les syphilides, par M. Gibert.

Conclusions : renvoyer au comité de publication, donner des encouragements à l'auteur, et lui tenir compte de ce travail pour sa candidature.

M. Royer-Collard. Il y a un fait important dans ce travail et qui mérite des éclaircissements. Il est dit que le siége de la blennorrhagie, chez la femme comme chez l'homme est l'urètre. Est-ce une assertion formelle de l'auteur ?

M. Jolly. Oui, il dit presque toujours.

M. Royer-Collard. Le bon sens indique que le vagin doit être primitivement atteint.

M. Delens. Il y a transmission de l'urètre au vagin.

M. Castel. C'est la proposition inverse qui est la vraie ; il y a transmission du vagin à l'urètre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Ségalas* présente l'appareil urinaire d'un enfant qui a offert long-temps les symptômes de l'affection calculeuse sans avoir ni pierre ni gravelle. (Nous publierons cette communication dans un prochain numéro.)

La première livraison de La Bibliothèque du Médecin-Praticien est mise en vente, demain 5 janvier. Elle a pour sujet *les maladies des femmes*, et comprend les maladies de la vulve et du vagin. Un ouvrage complet sur cette partie de la science manquait ; *la Bibiothèque* va donc, dès le début, combler une lacune. Nous reviendrons sur ce livre et sur le plan général de l'ouvrage. Il faut que les praticiens en comprennent le but et l'utilité.

Le prix de la livraison, qui contient autant de matière qu'un volume in-8° ordinaire, est de 3 francs. Le prix du volume est de 8 fr. 50 c.

On souscrit à *la Bibliothèque du Médecin-Praticien*, au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24, et rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

— L'Athénée royal a rouvert ses cours le lundi 26 décembre. Au nombre des cours que nous avons remarqués, nous citerons celui de chimie appliquée à la salubrité publique, professé par M. Jules Rossignon. Tous les mercredis à huit heures et demie du soir.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 7 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 3, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 6 JANVIER.

D'une lettre de M. Trousseau sur la coqueluche.

Dans le discours que M. Trousseau a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de Paris, on a vu surtout une sortie contre la statistique. Mais aujourd'hui, ce savant professeur fait paraître dans son journal une lettre à M. Bretonneau qui prouverait ou que le discours n'exprimait pas complétement l'idée de l'orateur, ou que cette idée a été mal comprise. Quoi qu'il en soit, la Lettre sur la coqueluche est pleine de statistique et de raisonnements basés sur elle. Nous allons voir comment M. le professeur manie ces deux moyens de progrès.

M. Trousseau commence par annoncer à son maître qu'il se propose de lui faire connaître l'histoire d'une petite épidémie qui s'est développée chez les enfants de son service au commencement de l'année 1841. L'auteur, dès son entrée en matière, nous paraît être tombé dans une grave erreur en donnant le nom d'*épidémie* à la maladie dont il rapporte l'histoire. Qu'est-ce, en effet, qu'une épidémie? Voici ce que nous répond l'auteur de l'article *Epidémies* dans le Dictionnaire de médecine. «Quand une affection *produite par des causes générales* règne passagèrement sur un grand nombre d'individus, on dit qu'il y a épidémie.» En a-t-il été ainsi dans la maladie qu'a observée M. Trousseau? Laissons-le parler lui-même. «...... Dans les premiers jours de janvier 1841, » je reçus à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, où il y a » onze berceaux, un enfant atteint de coqueluche.— Il s'était » à peine écoulé quinze jours que déjà presque tous les autres » enfants avaient la toux convulsive. Une autre salle occupe » l'étage inférieur; elle contient treize berceaux; pendant » près d'un mois elle n'eut pas d'enfants atteints de coqueluche; » mais bientôt un premier prit la maladie, et avant le milieu » de février les deux tiers de mes petits malades subissaient » l'influence épidémique, etc.» Sur quoi se fonde-t-on pour voir là une épidémie? Est-ce sur l'existence d'une cause générale? mais cette cause existait si peu que, pendant un mois, une salle, située au-dessous de celle où sévissait la maladie, a pu être préservée, et n'a été envahie que lorsque la contagion a pu s'effectuer. Se fondera-t-on sur le nombre considérable des individus atteints, qui s'élève à 17? mais cette considération est tout-à-fait insuffisante pour caractériser l'épidémie: comment veut-on que la coqueluche, maladie éminemment contagieuse, se borne à un seul ou à quelques cas, quand un grand nombre d'individus, *susceptibles de la contracter*, s'exposent à l'action de la contagion? Ce serait une chose qu'on ne comprendrait pas. Aussi le judicieux auteur de l'article *Coqueluche* dit-il: «La coqueluche, *même quand elle est sporadique*, attaque ordinairement à la fois un assez grand nombre d'individus.» (Dict. de méd., art. *Coqueluche*, par M. Blache.) Si l'on voulait considérer comme épidémiques toutes les maladies qui affectent un grand nombre d'individus, la vérole serait une épidémie permanente. La seule raison que l'auteur puisse donner pour établir le caractère épidémique de la maladie, c'est que vers la fin de février le mal se calma, «bien » que les berceaux se renouvelassent toujours et que les con- » ditions pour la contagion fussent sensiblement les mêmes.» A cela nous répondrons qu'il n'est pas dit, fort heureusement, qu'une maladie contagieuse une fois développée ne puisse jamais s'éteindre; où en serions-nous si, à mesure qu'une maladie contagieuse apparaît, elle s'établissait en permanence! Et puis, est-il bien certain que les conditions pour la contagion fussent en effet *sensiblement* les mêmes? Les enfants entrés vers la fin de février n'avaient-ils pas eu déjà la coqueluche? Renseignement important que l'auteur a oublié de nous donner.

Si nous insistons tant sur le caractère de la maladie que l'auteur a observée, que l'on ne croie pas que ce soit sans de bonnes raisons et dans le vain plaisir d'arguer sur des mots; car, amoureux qu'il est des génies épidémiques, saisonniers, sidéraux, etc., si l'auteur observe ou croit observer des faits différents de ceux recueillis par d'autres observateurs; si d'autres observent des faits différents des siens, il ne fera point de difficulté pour mettre sur le compte des génies une foule de différences qui ne seront dues le plus souvent qu'à des erreurs d'observation; et il n'y a plus de raison pour que les erreurs les plus grossières, introduites dans la science, ne soient, grâce au patronage des génies, considérées comme des vérités d'autrefois.

Nous avons dit que l'auteur avait fait usage de la statistique; il est juste d'ajouter qu'il ne l'a fait qu'à regret, comme un rebelle dominé par la force des lois, mais qui, insoumis encore au fond du cœur, n'en veut pas comprendre la légitimité; qui les applique mal et en prend prétexte pour se livrer contre elles à d'injustes récriminations. Prenons un exemple: Comme tout le monde le sait, la coqueluche commence par un simple rhume, qui peut durer plus ou moins long-temps avant la manifestation de la toux caractéristique. M. Trousseau veut étudier s'il n'y aurait pas un rapport entre la durée de ce rhume ou période catarrhale et la durée de la maladie tout entière; rien assurément n'est plus louable qu'une pareille intention, ce qui ne l'est pas autant, c'est le procédé mis en usage pour la remplir. En effet, M. Trousseau n'a pas voulu nous tromper, ce que nous aimons à croire; il faut qu'il se soit trompé lui-même, et, comme ceci est grave, rapportons les paroles de l'auteur avant toute critique.

«De nos 17 petits malades, 6 ont guéri à l'hôpital, 5 sont morts, 6 sont sortis non guéris.

» Chez ceux qui ont guéri, la coqueluche a duré: 1 fois, 3 jours; 2 fois, 11 jours; 1 fois, 14 jours; 1 fois, 19 jours; 1 fois, 20 jours.

» Des 5 qui sont morts, 2 ont succombé à la phthisie pulmonaire tuberculeuse compliquée de pulmonie, le 30e et le 36e jour de la maladie; 2 à une pneumonie aiguë le 8e et le 18e jour; et le 5e à une gastro-entérite chronique, 28 jours après le début de la coqueluche.

» Les 6 dont nous n'avons pas pu constater la guérison, sont sortis 12, 18, 23, 27, 30 et 44 jours après le début de leur maladie.

«Cependant, la rapidité de la période catarrhale semble ne pas être sans influence sur la durée de la maladie et sur la facilité de la curation. Ainsi, il résulte de nos relevés que la toux initiale a duré, en moyenne, 4 jours chez ceux dont la guérison a été la plus rapide, et 7 chez ceux qui sont restés long-temps malades; de sorte que si l'observation que j'ai faite dans l'épidémie de l'hôpital Necker se confirmait ultérieurement, on serait en droit d'espérer une guérison d'autant plus rapide que la période de catarrhe aurait été plus courte. J'ai dit qu'on serait en droit d'espérer, mais non pas d'affirmer; car bien que chez *ceux qui ont guéri*, la durée moyenne du catarrhe initial n'ait été que de 4 jours, tandis qu'elle a été de 7 *chez les autres*, je dois dire que dans la première série, chez l'un de nos enfants, la toux initiale n'a duré que quelques heures, et 15 jours chez l'autre, et que, dans la deuxième série, la période catarrhale a manqué chez deux malades, et a duré 80 jours chez un autre; exemples qui font voir combien il serait absurde de considérer les moyennes comme l'expression de la vérité, tandis qu'elles ne sont qu'une formule propre à indiquer un certain degré de probabilité.»

Il y a dans ce dernier paragraphe plus d'une distraction dans le raisonnement; nous hésiterions à les signaler, s'il n'était possible de les mettre hors de toute espèce de doute pour le lecteur qui voudra bien nous prêter un peu d'attention. — Ne perdons pas de vue le but que l'auteur se propose, qui est d'étudier les rapports de la durée du catarrhe initial avec la durée de la maladie. Rien n'est certainement plus simple que cette question. Pour la résoudre deux données du problème doivent nécessairement être connues, savoir: la durée du catarrhe et la durée de la maladie. Serait-il croyable que l'on eût fait entrer dans le calcul les morts et ceux qui sont sortis pendant la guérison, c'est-à-dire des cas dans lesquels on ne connaît pas la durée de la maladie, et d'après lesquels cependant on veut étudier la durée de la maladie? C'est pourtant

FEUILLETON.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN.

Lettre à M. le Dr Fabre, *directeur de cet ouvrage.*

Mon cher et honoré confrère,

Il y a quelques jours, j'ai eu l'honneur de vous écrire pour vous demander si la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* verrait enfin le jour, et si notre longue attente aurait bientôt un terme. Pour toute réponse, vous m'avez envoyé la première livraison de cet ouvrage.

Après l'avoir lue, et quoique rien ne rende exigeant comme l'attente, j'ai compris et j'ai approuvé votre prudent retard. D'abord, l'importance et la gravité de cet ouvrage exigeaient une grande sévérité dans le choix des matériaux, une parfaite précision et une grande clarté dans l'exposition, toutes conditions qui demandent beaucoup de temps, beaucoup de réflexions, des essais, des tâtonnements, car en pareille matière on ne peut arriver d'un seul jet et d'emblée à la forme la plus convenable. Puis, navigateur prévoyant, vous n'avez pas voulu quitter le port sans que l'approvisionnement pour un si long voyage vous fut bien assuré; en d'autres termes, vous n'avez livré vos premières feuilles qu'après être certain que vous pourriez donner à votre publication une périodicité fixe, exacte comme celle du *Dictionnaire des Dictionnaires* qui, prenez-y garde, nous a gâtés sur ce point. Ces motifs sont légitimes et seront sentis de vos souscripteurs. L'envoi de cette livraison dissipera les appréhensions suscitées, vous savez par qui, à l'endroit de cette publication. A entendre certaines gens dont les intérêts sont trop évidemment en cause pour qu'ils ne cherchent pas à vous nuire, vous aviez abandonné votre projet, votre ouvrage ne verrait jamais le jour, vous reculiez devant les difficultés d'exécution, et autres balivernes dont ils ne se faisaient faute. Vous avez dédaigné cette petite et impuissante conspiration du quartier des Cordeliers, et vous avez sagement fait. Ces messieurs, d'ailleurs, ne vous pardonneront jamais la révolution que vous avez faite en librairie médicale. Publier de beaux et de bons livres, les publier vite, et les vendre bon marché, voilà ce qui ne s'était jamais vu dans le quartier des Cordeliers, voilà ce qui a offusqué ses habitants plus encore que la clarté du gaz à laquelle ils ne sont pas encore habitués, voilà des griefs contre lesquels la rancune boutiquière est énergique et durable. Mais vous leur pardonnerez leurs colères presque justes, car enfin vous les attaquez dans leur endroit sensible, ils combattent *pro aris et focis*, et toute arme est bonne à qui combat ainsi. Du reste, l'artillerie qu'ils dirigent contre la *Bibliothèque* ils l'avaient déjà braquée contre le *Dictionnaire*, et ils savent si elle a fait peur à vos souscripteurs. Ce qu'ils avaient allongé, délayé en 60, en 25, en 15 volumes, vous avez su le contracter en huit. C'est là un éminent service rendu à vos confrères qui sont loin d'être riches, et qui ont su apprécier votre sollicitude pour leurs intérêts pécuniaires comme pour leurs intérêts intellectuels.

Vous voilà maintenant lancé dans une nouvelle et bien grande entreprise qui, menée à bonne fin, sera un service plus important encore que celui que vous avez rendu par votre Dictionnaire. Donner aux praticiens, à bas prix et en peu de volumes, une bibliothèque complète, une exposition pratique de la science telle que l'ont entendue les grands médecins de tous les temps; mettre en regard, comparer et juger les opinions des auteurs anciens et modernes sur telles ou telles branches de l'art de guérir; fouiller dans des milliers de volumes pour en extraire la substance, le suc pratique, si je peux ainsi dire, et les faire revivre en conservant leur langage, en citant leurs propres expressions avec fidélité et impartialement; recueillir dans les journaux de toutes les langues les observations importantes qui s'y trouvent enfouies, les leçons cliniques qui n'ont jamais été réunies en corps d'ouvrage; voilà, mon cher confrère, vos promesses et le but que vous annoncez vouloir atteindre.

Ce but est assurément d'une importance extrême; vous l'atteindrez, car vous comprenez la gravité de votre œuvre et la haute mission que vous vous êtes imposée. J'en ai pour garant la première livraison, qui m'a satisfait sur tous les points.

Cette première livraison se compose de quatorze feuilles formant 222 pages imprimées sur deux colonnes. L'exécution matérielle est convenable; le papier est blanc et fort, les caractères sont nets, très lisibles et ne fatiguent pas la vue. Cette condition était de rigueur pour un ouvrage compacte, dont chaque page contient beaucoup de matières.

Vous avez ouvert les séries de votre publication par un Traité sur *les maladies des femmes*. La couleur pratique que vous voulez donner à cette *Bibliothèque* se montre déjà par le choix du sujet. Il n'en est pas, en effet, de plus essentiellement pratique, et pour lequel le médecin soit plus souvent consulté. Les maladies propres aux femmes sont si nombreuses, si fréquentes, si variées, elles ont donné lieu à des publications si diverses, et le choix à faire parmi les publications est si difficile et si hasardeux, que je me félicite, pour mon compte, que vous ayez commencé par là.

Le livre premier contient les maladies des parties génitales de la femme. Dans le premier chapitre, vous traitez des maladies des parties externes de la génération, et dans autant d'articles vous examinez les vices de conformation du clitoris, des grandes et petites lèvres, du méat urinaire; les contusions, les plaies, les déchirures de la vulve; les tumeurs sanguines de cette partie, ses hernies, ses névralgies, sujet tout à fait neuf pour lequel M. Lisfranc et M. Tanchou vous ont offert des documens précieux; les irritations et inflammations de la vulve, parmi lesquelles vous établissez trois divisions importantes pour la pratique, la simple irritation ou prurit, la vulvite, la vulvite folliculeuse, les maladies cutanées et les symptômes syphilitiques qui y ont leur siége; l'œdème de la vulve, les abcès de la vulve et les fistules vulvo-rectales, sujet déjà traité à fond par M. Vidal; les kystes, l'hypertrophie de la vulve, qui est simple, ou à l'état éléphantiasique; les tumeurs érectiles, les varices de la vulve, ses polypes, son cancer, les vers qui peuvent s'y rencontrer, enfin les insectes qui vivent dans le système pileux qui entoure les parties externes de la génération.

Dans le second chapitre, vous traitez des déchirures du périnée, parmi lesquelles vous admettez les divisions suivantes: ruptures incomplètes, ruptures complètes, les perforations par rupture. Le traitement de cet accident a été exposé d'une manière beaucoup plus complète que dans aucun auteur spécial. Vous dites d'abord les moyens auxquels on doit avoir recours avant d'en venir à la cautérisation et à la suture, dont vous avez discuté les divers procédés en les faisant connaître. Ce chapitre, je vous le dis avec plaisir, m'a donné une très bonne opinion de l'ouvrage; il m'a appris tout ce qu'un praticien doit savoir sur ce sujet important, toutes les opinions des auteurs, et m'a mis en mesure de faire au besoin un choix des moyens divers qui ont eu cours dans la pratique.

Dans le chapitre troisième, vous exposez les maladies des parties internes de la génération; le morceau capital de ce chapitre est l'article des fistules vésico-vaginales, sujet ardu, difficile, sur lequel les opinions sont aussi diverses que nombreuses, et d'après lequel aussi on pouvait prendre une idée de l'ouvrage, Ce point important a été traité avec tous les développemens convenables; toutes les opinions, toutes les tentatives, tous les essais, tous les procédés y sont exposés avec une parfaite impartialité. Ce n'est pas votre faute, mais celle de l'art, si le résultat de cette longue discussion conduit nécessairement le lecteur à la presque négation des succès vantés par quelques chirurgiens. Du reste, telle est aussi votre opinion, et je me plais à vous dire que le passage suivant sera approuvé de tout véritable praticien:

«Notre opinion, un peu fataliste sur cette question, devrait, il semble, nous conduire à la négation de toute médecine opératoire dans les cas de fistule du bas-fond de la vessie: elle semblerait en même temps une critique amère de l'étendue, de l'importance que nous avons donnée à cette question dans un livre qui s'adresse surtout aux praticiens. Nous ne le pensons pas, parce que nous ne croyons pas que ce qui a été impossible jusqu'à présent le soit toujours; ainsi, nous ne croyons pas à l'incurabilité de ces fistules, mais nous prétendons que cette cure est on ne peut plus difficile, et que le bon moyen n'est pas encore complétement trouvé. Il naîtra des efforts des chirurgiens modernes et des

ce qu'a fait l'auteur, et, quoiqu'il ne l'ait pas dit explicitement, cela ressort évidemment de ses moyennes, attendu que s'il n'avait fait usage que des 6 cas de guérison, d'après les explications qu'il donne sur la durée de la période catarrhale chez 5 malades les moyennes seraient fausses.

Mais je suppose que la durée de la maladie de tous les cas analysés fût connue, comment l'auteur a-t-il déterminé cette durée? Est-ce à partir du début du catarrhe, ou seulement à partir de l'apparition de la toux convulsive? C'est un renseignement qu'il a oublié de nous donner. Nous aimons à croire que cela suffira pour montrer à l'auteur que s'il veut appliquer la statistique à l'analyse de ses observations, il ne doit le faire qu'avec des précautions indispensables, précautions qui ne sont pas d'une difficulté insurmontable.

Nous n'avons pas craint de nous appesantir sur l'esprit général du mémoire au lieu de faire connaître en détail les résultats qu'il renferme. Ces résultats sont d'accord avec tout ce que l'on sait sur la coqueluche. L'auteur a seulement insisté sur un phénomène intéressant qu'il a remarqué, c'est que dans *tous les cas*, une fièvre ou une phlegmasie intercurrente modifie la marche de la maladie. Tantôt elle la diminue, tantôt elle la suspend momentanément, jusqu'à la solution de la maladie incidente, tantôt elle la guérit d'une manière définitive. A ce propos l'auteur rappelle l'aphorisme d'Hippocrate : *Febris spasmös solvit*, et s'élève contre ceux qui *méprisent ou déprisent stupidement* le sage vieillard.

« La thérapeutique, dit M. Trousseau, est presque impuissante»; cependant sur 9 fois que l'ipécacuanha fut administré à la dose de 4 à 5 décig. suspendu dans du sirop, et donné en 3 ou 4 fois à 10 minutes d'intervalle, il paraît avoir produit 4 fois des effets assez rapides pour inspirer une certaine confiance, et surtout pour justifier de nouvelles tentatives. Voici le résumé de ces 4 cas :

1[er] cas, 50 quintes; le surlendemain des vomitifs, 23 quintes.

2[e] cas, 17 quintes; le lendemain du 1[er] vomitif, 7; le lendemain du 2[e] vomitif et les jours suivants, 0.

3[e] cas, 11 quintes; après le 1[er] vomitif, 5; après le 2[e], 0.

4[e] cas, 12 quintes; après le 1[er] vomitif, 15; après le 2[e], 1, 1, 0, 0.

L'auteur recommande ici, avec raison, de tenir compte de l'apparition d'un mouvement fébrile avant de se prononcer sur l'utilité du médicament, puisque ce phénomène paraît avoir la propriété de modifier avantageusement la coqueluche.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Phlegmasia alba dolens survenue quinze jours après les couches. Considérations générales sur cette affection, et sur la phlébite en particulier.

Une femme sortie de la Maternité le neuvième jour après ses couches, ressentit, sous l'impression du froid, une douleur vive au côté, qui la détermina, au bout de trois semaines, à entrer à l'Hôtel-Dieu. Cette douleur se dissipa sous l'influence d'une application de ventouses, mais il survint aussitôt après une douleur accompagnée de gonflement à la partie supérieure de la cuisse droite. Ce gonflement s'est étendu progressivement tout le long du membre inférieur de haut en bas, jusqu'au pied, en suivant une marche inverse à celle que suit l'œdème symptômatique des affections du cœur, par exemple. Ces symptômes étaient accompagnés d'un état fébrile prononcé, mais n'ayant point d'autres caractères que ceux de la fièvre symptômatique des inflammations : fréquence du pouls, chaleur à la peau, etc. Point de symptômes graves d'ailleurs, pas de délire, de vomissement ni de hoquet. On avait donc affaire ici à une *phlegmasia alba dolens* des plus simples, et d'autant moins grave qu'elle n'était survenue que quinze jours environ après les couches.

La phlegmasia alba dolens qui survient deux ou trois septenaires après les couches, est en effet beaucoup moins grave que celle qui suit immédiatement l'accouchement. Celle-ci est ordinairement précédée de frissons, de refroidissement de la peau et d'un cortége de symptômes beaucoup plus sérieux qu'on ne retrouve pas ici. Les symptômes, dans ce cas, n'ont ni cette régularité, ni cette simplicité que l'on observe chez notre malade. L'empâtement des parties est plus considérable; il est ordinairement accompagné d'érythème à la peau, et se termine presque infailliblement par suppuration, tandis que cette terminaison est beaucoup plus rare dans le premier cas. En définitive, bien que ce soit deux affections de même nature, et qui occupent le même siége, elles ont, en réalité, un génie différent. Aussi, les indications elles-mêmes sont-elles différentes. Dans un cas, elles exigent des moyens actifs et énergiques; dans l'autre, des moyens antiphlogistiques simples, tels que les bains et les applications émollientes joints au repos, suffisent le plus souvent.

Cependant chez la malade en question, après l'usage de ces moyens simples employés pendant quelques jours, la maladie a cédé à droite, et elle a aussitôt paru sur le côté gauche; elle a eu de ce côté la même marche qu'au membre droit; d'abord des douleurs au-dessus de la région inguinale, propagées de là à la partie supérieure de la cuisse; ces douleurs sont très vives, surtout à la partie moyenne et interne de la cuisse, où l'on sent un cordon assez épais, un peu noueux, et sur lequel roule le doigt. Ici nul doute que c'est la veine elle-même qui est affectée.

Nous disons que c'est la veine qui est affectée; mais nous ferons remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi; car quelquefois ce sont les vaisseaux lymphatiques, d'autres fois le tissu cellulaire seulement, qui sont le siége de la maladie. De là l'inconvénient d'attacher à cette maladie une dénomination dont la signification est exclusive et arrêtée, telle que celle de *phlébite*, qu'on a voulu lui donner dans ces derniers temps; car, bien que ce soit toujours la même maladie, qu'elle ait les mêmes caractères, elle n'affecte pas toujours les mêmes parties. Lorsque les vaisseaux du membre malade sont volumineux, tendus, rénitents, douloureux à la pression, vous pouvez dire que c'est la phlébite. Dans le cas contraire, il faut en rechercher le siége, soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans le tissu cellulaire. Dans le premier cas, la maladie débute ordinairement par un œdème des parties supérieures du membre. Cela tient à ce que l'œdème n'affecte que les parties auxquelles se distribuent les radicules veineuses partant du point oblitéré, tandis que les radicules inférieures trouvent des anastomoses pour rétablir le cours du sang veineux pendant un temps plus ou moins long; de sorte que si l'oblitération de la veine a lieu à l'aine, par exemple, l'œdème aura lieu à la cuisse, immédiatement au-dessous du point oblitéré; si l'oblitération a lieu à la cuisse, l'œdème sera à la jambe, ainsi de suite. Pour comprendre la production de ces phénomènes, il faut savoir ce qui se passe dans le caillot obturateur.

Il y a une chose qui se passe dans tous les caillots, soit avec, soit sans inflammation, et qu'il est important de connaître. Tous les caillots présentent extérieurement une petite membrane, puis des couches stratifiées concentriques. Ce qui est le plus important à considérer dans cette structure, c'est cette membrane externe qui est parfaitement distincte, et peut être isolée du caillot, comme la membrane qui recouvre le sang dans une poëlette. Supposons un de ces caillots formés dans une veine; il est étalé et enveloppé dans cette membrane comme dans une espèce de kyste : il arrivera de deux choses l'une, ou qu'il s'organisera complétement, ou bien qu'il sera peu à peu résorbé. S'il s'organise, le calibre de la veine restera complétement oblitéré. S'il est repris par l'absorption, il se fera une adhérence des parois du caillot aux parois de la veine, par suite un retrait de celles-ci sur elles-mêmes; puis à la longue le caillot devenant très exigu, la membrane se détachera partiellement, n'adhérant plus à la veine que par un de ses côtés seulement, et la circulation pourra être rétablie. Mais s'il survient de la suppuration, voyons ce qui se passera.

Dans les veines comme dans les artères, le premier phénomène de l'inflammation, de quelque nature qu'elle soit, suppurative ou résolutive, c'est toujours la formation d'un caillot. Or, la suppuration survenant, où se formera le pus? Où se forme le pus dans un phlegmon quelconque? se forme-t-il au centre ou à la circonférence? C'est un fait bien connu que la suppuration dans le phlegmon procède toujours du centre à la circonférence. Ce sera donc au centre du foyer phlegmasique, c'est-à-dire dans le point de la veine correspondant à la partie moyenne du caillot, que se formera le pus. Eh bien, il y a une chose qui frappera toujours le médecin qui observera avec attention et sans préoccupation, c'est la manière dont se forme et se comporte le pus dans une veine. Au lieu de regarder ce qui se passe dans cette circonstance, on a voulu expliquer, et les explications ont toujours été à côté de la vérité. Les uns ont dit que le pus était sécrété par les parois mêmes de la veine, et épanché dans le calibre du vaisseau. Mais où pourrait se faire cet épanchement, puisque le calibre de ce vaisseau est entièrement oblitéré par un caillot, que la veine n'a plus de cavité?

Une seconde théorie consiste à dire que le pus est sécrété par une fausse membrane de nouvelle formation. Il faudrait commencer par démontrer l'existence de cette fausse membrane. Je vois là un caillot; mais de fausse membrane, point.

Suivez ce qui se passe : vous trouverez du pus dans le centre du caillot et à la périphérie du caillot, quelquefois entre le centre et la périphérie, mais le plus souvent au centre et à la périphérie seulement. Il n'est pas possible d'arguer ici de l'imbibition de la périphérie au centre, puisque dans la plupart des cas on ne trouve point de pus dans les points intermédiaires. Le pus est donc toujours renfermé dans le kyste du caillot; il y a toujours, dans ce cas, une phlébite adhésive qui précède et limite la phlébite suppurative. Ainsi, formation préalable du kyste autour du caillot et évolution de toutes les périodes de l'inflammation dans ce kyste, tels sont les phénomènes qui se passent dans la phlébite. Lorsque les choses ne se passent point ainsi, ce ne sont plus des phlébites, ce ne sont plus des phlegmons, c'est un phénomène d'un tout autre ordre, c'est du pus formé de toutes pièces dans la circulation; c'est ce que l'on voit dans quelques cas de morve; c'est ce qui existait chez cette femme observée par M. Rostan, chez laquelle on trouva du pus dans tous les vaisseaux, sans aucune trace de phlegmasie locale; ce sont, en un mot, des faits de formation spontanée de pus, faits d'observation irrécusables et qu'il faut bien admettre, n'en déplaise aux théories mécaniques impuissantes à les expliquer.

Phlébite accompagnée de symptômes graves. Diathèse purulente. Abcès métastatiques. Douleurs consécutives. Guérison.

A côté de cette malade, au n° 25, est couchée une autre femme qui présente seulement en ce moment des douleurs au sein gauche. Son histoire offre un grand intérêt; nous allons la rappeler en quelques mots.

Cette femme était entrée dans un autre hôpital pour un rhumatisme articulaire très simple. Le bras droit, deux fois saigné pour cette affection, devint, à la seconde fois, le siége d'une douleur vive suivie peu après de l'écoulement d'une petite quantité de pus que l'on en faisait jaillir en pressant légèrement sur tout le trajet de la veine céphalique. Puis la tuméfaction s'était étendue jusque sous l'aisselle, avec œdème, mais avec un œdème qui se présentait avec cette rougeur partielle caractéristique dont il était question tout à l'heure. En même temps se sont développés des symptômes généraux d'une grande gravité : frissons répétés, teinte jaune paille de la face, langue sèche, délire, chaleur et fréquence du pouls, diarrhée fétide. Il est aisé de voir que ces symptômes ne peuvent nullement être attribués au rhumatisme articulaire. D'ailleurs, les phénomènes dont il vient d'être question, et les symptômes rhumatiques, loin d'avoir une marche parallèle, ont une marche inverse; ceux-ci se dissipant et cessant graduellement pendant que les premiers acquéraient plus d'intensité. Le diagnostic ne pouvait être douteux; on avait évidemment affaire à une phlébite déterminée par la saignée et survenue sous l'influence de cette opération pendant le cours d'un rhumatisme aigu.

M. Tessier prescrivit à cette malade un traitement énergique. Il fit faire des applications de sangsues réitérées sur le membre matin et soir; bain de bras continu.

Pendant que l'on combattait ainsi la maladie locale, les indications générales furent remplies avec vigueur. Bien que la fièvre n'eût point les caractères d'une fièvre périodique, intermittente, comme elle se manifestait cependant par des frissons irréguliers avec redoublement revenant à des intervalles assez éloignés, M. Tessier crut devoir prescrire le sulfate de quinine à la dose de 15 centigr. d'abord, puis 50, et graduellement portée jusqu'à 1 gramme.

Sous l'influence de ce double traitement local et général ainsi combiné, les symptômes généraux ne tardèrent pas à s'amender; le frisson, le délire, en un mot les phénomènes les plus graves, furent dissipés en peu de jours. Quant à la maladie locale, elle était aussi notablement diminuée. Le membre n'était plus douloureux du tout; seulement il restait le siége

---

lumières déjà répandues sur cette question. C'est pour cela que nous avons cherché à rassembler le plus de ces lumières, avec l'impartialité sans laquelle on ne fait rien d'important en pratique. Ceux qui connaissent le nombre des malheureux dont les jours sont abreuvés d'amertume par cette dégoûtante infirmité, nous pardonneront les longueurs de cette partie de notre ouvrage. » (p. 187 et 188.)

Et plus bas, pour prouver que votre livre n'est pas une stérile et fastidieuse compilation, qu'elle pourra contenir, au besoin, des vues neuves et qui sont propres à la rédaction de cet ouvrage, vous ajoutez, avec un grand sens selon moi :

« Les praticiens, après avoir vu échouer à peu près tous les moyens que nous venons de faire connaître, retourneront sans doute comme nous aux principes, et se demanderont comme nous si, en soumettant ces fistules aux règles de médecine opératoire qui nous dirigent dans les procédés par incision de la fistule anale, on n'obtiendrait pas enfin des résultats meilleurs que ceux qui nous sont offerts tous les jours. Ainsi, selon nous, on pourrait inciser le pont qui existe entre la perforation du bas-fond de la vessie et le méat urinaire, et diriger la cicatrisation d'arrière en avant, comme l'avait proposé Dupuytren pour réunir les divisions du voile du palais..... Ainsi on ferait l'opération comme celle de la fistule à l'anus; ici on coupe le sphincter anal, dans les cas de fistule vésico-vaginale, on coupe le sphincter de la vessie; seulement le pansement diffère... Ce procédé serait surtout applicable dans les cas de fistules longitudinales. » (*Ibid.*)

Toujours est-il que si l'expérience manque encore à votre procédé, il a pour lui le bon sens et la raison qui sont bien quelque chose.

Cette livraison se termine avec le commencement des maladies de l'utérus. Vous débutez avec juste raison par exposer les procédés d'exploration à employer pour aider au diagnostic des maladies de cet organe. Vous avez consacré un bon article au toucher, où j'ai retrouvé tous les bons préceptes donnés par les praticiens, préceptes que là seulement on peut voir réunis et mis en regard les uns des autres. Enfin vous arrivez au spéculum, et les premières pages consacrées à cet article nous promettent une bonne dissertation sur ce point important.

J'ai voulu vous prouver, cher confrère, que j'avais lu et bien lu votre première livraison. Continué sur ce plan, avec cet esprit de haute impartialité, de justice loyale que j'ai remarqué dans vos premières feuilles, cet ouvrage se conciliera certainement l'estime et la faveur du public. Le succès vous attend, j'ose le prédire. succès de bon aloi, car il reposera sur une utilité réelle que tous vos lecteurs apprécieront.

Recevez, avec mes complimens sincères l'expression de mon dévoûment.

Paris, le 6 janvier 1843. Un de vos souscripteurs.

Note du Rédacteur. — Nos lecteurs nous pardonneront l'insertion de cette lettre un peu trop louangeuse; mais elle répond avec tant d'à-propos aux sourdes attaques des boutiquiers, aux mensonges sans nombre qu'ils ont débités et débitent journellement, que nous avons cru pouvoir, pour une fois au moins, mettre de côté la modestie et laisser exprimer en toute liberté la bienveillance de notre souscripteur.

Statistique médicale de Paris.

L'Almanach général de médecine pour 1843 que vient de publier M. Domange, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris, présente, comme dans les éditions précédentes, une statistique intéressante du corps médical de Paris.

Le chiffre des docteurs en médecine résidant en ce moment à Paris s'élève à 1423; il était en 1841 de 1360, en 1839 de 1310, en 1836 de 1220, et en 1823 de 1090. Il y a donc depuis 10 ans une augmentation de 333 docteurs, nombre qui est hors de proportion avec l'accroissement de la population de la capitale. Cette population étant évaluée à 950,000 âmes et le chiffre des praticiens exerçant, y compris 170 officiers de santé étant de 1593, il en résulte qu'il y a un médecin pour 590 habitans. En province, la proportion est généralement d'un médecin pour 1200 habitans.

La mort a atteint durant ces deux dernières années 36 docteurs en médecine, dont 14 étaient membres de la légion-d'honneur.

32 médecins reçus dans des universités étrangères exercent à Paris en vertu d'ordonnances royales.

Il y a eu, en 1842, 278 thèses soutenues à la Faculté de Paris; il y en avait eu 481 en 1837, 376 en 1838, 434 en 1839, 385 en 1840, et 289 en 1841.

235 premières inscriptions ont été prises en 1842; ce chiffre avait été exactement le même en 1841.

M. Domange rend un véritable service au corps médical de Paris par la publication de son travail, qui se distingue des ouvrages de la même nature par le soin extrême avec lequel chacun y est classé selon son titre, avantage précieux qui met les praticiens à même de se connaître entre eux; aussi est-ce avec toute confiance que son livre est consulté par les médecins et les pharmaciens, auxquels il est indispensable pour les nombreux renseignements qui s'y trouvent. Nous ajouterons que les renseignements concernant le personnel des facultés de Strasbourg, de Montpellier, et des écoles préparatoires de médecine, sont complets dans le travail de M. Domange.

d'un œdème tellement considérable que les doigts en étaient entièrement cachés. On avait, en d'autres termes, substitué un simple œdème à un phlegmon diffus.

Il était survenu en même temps un petit phlegmon à l'aisselle qui s'est résolu depuis.

Au bout de dix jours tous ces symptômes étaient presque entièrement dissipés, lorsqu'il survint spontanément de la douleur et du gonflement au sein, douleur et gonflement qui se dissipèrent une première fois, mais qui reparurent peu de temps après, et cette fois avec une fluctuation évidente qui nécessita une ponction. L'ouverture de l'abcès fut faite; il fallut pour cela introduire un bistouri à cinq ou six lignes de profondeur dans la glande. A la suite de cette ponction l'état de la malade est devenu de plus en plus satisfaisant. Le vingt-cinquième jour environ elle est sortie de l'hôpital guérie; mais deux mois après elle y est rentrée pour des douleurs qu'elle éprouve dans le sein qui a été le siége de l'abcès. C'est pour ces douleurs seulement qu'elle est actuellement dans nos salles. Ces douleurs sans aucun doute cèderont en peu de temps sous l'influence d'onctions huileuses, des calmants et du repos.

— Il était important, fait remarquer M. Tessier, de suivre la marche et de comparer les caractères de ces deux affections. La première observation nous offre un cas de *phlegmasia alba dolens* idiopathique ou essentielle simple, sans complication générale, sans aucun phénomène qui révèle l'existence d'une diathèse. La seconde, au contraire, nous montre un exemple de phlébite symptômatique d'une diathèse purulente très manifeste. La constatation seule des symptômes et de la marche de la maladie, dans ce second cas, suffit à elle seule pour démontrer l'impossibilité de toute explication des phénomènes par des théories mécaniques. Comment expliquerait-on, en effet, par ces théories, l'apparition et la résolution rapides de ces phlegmons et de ces abcès qui se forment et parviennent à la suppuration ou à la résolution en un seul jour, quelquefois en quelques heures, sans qu'on ait pu apercevoir, et qu'il ait pu exister préalablement la plus légère inflammation?

La considération de ces phénomènes n'est pas moins importante au point de vue pratique. Supposez que dans une circonstance semblable, croyant arrêter la progression de la suppuration dans le calibre de la veine enflammée, on fît une compression; il y a tout à parier qu'on aurait bientôt une suppuration diffuse énorme, comme celles qu'on observe si fréquemment dans les salles de chirurgie. Aussi nous bornons-nous, dans ces cas, à rechercher les indications fournies par la maladie, tant locale que générale, sans chercher une explication, le plus souvent impossible, du mécanisme et de l'engendrement des symptômes.

Je ne terminerai pas, ajoute M. Tessier, sans dire, à l'occasion de cette dernière malade, un mot touchant une question importante, celle des phénomènes consécutifs qui n'entrent point dans la marche naturelle des maladies. Telles sont, par exemple, les perforations qui surviennent à la suite des fièvres typhoïdes, les anasarques à la suite de la scarlatine, etc. Tout ce qui sort de la marche régulière, de la durée et du cours parfait de la maladie, doit être considéré comme phénomènes consécutifs, par opposition à tout ce qui survient au contraire pendant la durée de l'ensemble des symptômes de cette maladie. Il ne faut pas confondre ces symptômes consécutifs avec les symptômes persistants d'une maladie décroissante. Supposez, par exemple, que vous ayez affaire à un rhumatisme, que sous l'influence d'une méthode de traitement, quelle qu'elle soit, les douleurs soient amoindries, en partie dissipées, mais qu'il reste encore un peu d'endolorissement, une sorte d'engourdissement de la partie affectée; direz-vous que la maladie est guérie, et que ce n'est là qu'un épiphénomène consécutif? Non, sans doute; c'est encore la maladie elle-même. Mais supposez qu'une maladie ait été jugée complétement, soit par résolution, soit par crise, et qu'à la suite il persiste ou se manifeste de nouveau quelque phénomène morbide; c'est là ce que nous considérons comme des phénomènes consécutifs. De cette nature sont, pour nous servir du même exemple, ces douleurs arthrodyniques si fréquentes qui se reproduisent chez les rhumatisants à chaque changement de temps. Tel est aussi le caractère des douleurs vagues qui sont survenues, après la guérison de la phlébite, chez la deuxième malade dont nous avons tracé l'histoire. Il est important, au point de vue thérapeutique, de ne pas confondre ces phénomènes consécutifs avec les phénomènes de la maladie elle-même.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Clinique des maladies des enfants.)

Ophthalmies. Variétés. Traitement.

Pendant les quatre derniers mois de l'année 1842, nous avons eu de nombreuses ophthalmies dans notre service d'enfants; mais tandis qu'au commencement de l'année, à l'époque où la fièvre puerpérale sévissait avec violence dans les hospices de la Maternité et de la Clinique d'accouchements de la Faculté, l'ophthalmie purulente s'observait plus spécialement et frappait presque exclusivement les enfants du premier âge dont les mères étaient accouchées dans les hospices; à la fin de l'année, l'épidémie de fièvre puerpérale s'étant un peu amendée, l'ophthalmie purulente fut un peu moins commune et même disparut presque entièrement, et nous vîmes régner une ophthalmie catarrhale épidémique connue vulgairement sous le nom de *cocote*, et quelques autres ophthalmies, tenant les unes à l'extension d'une maladie de la peau des paupières à la membrane muqueuse oculaire, les autres à la fluxion et à la dentition.

Et comme, dans l'espace de peu de jours, vous avez pu voir en même temps quelques exemples de diverses ophthalmies, je profiterai de cette circonstance pour vous rappeler en peu de mots les préceptes pratiques qui doivent ressortir de l'étude de ces faits.

Je n'ai pas à vous tracer ici le tableau complet des ophthalmies de l'enfance; je n'ai pas à faire aujourd'hui une leçon de pathologie, mais bien un enseignement clinique. Aussi me bornerai-je à vous parler de ce que nous avons vu ensemble, de ce que nous avons traité et guéri ensemble, restant exclusivement au point de vue pratique, autant du moins que la chose me sera possible.

Pour la gravité, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés tient le premier rang. Elle attaque presque exclusivement les enfants âgés de quelques jours à un mois. Cette époque passée, l'ophthalmie a moins de gravité, et offre véritablement des caractères communs avec ceux du catarrhe oculaire de l'adulte.

L'ophthalmie des nouveau-nés, bien qu'ayant chez presque tous les enfants des symptômes assez identiques, je veux parler surtout du gonflement et de la rougeur des paupières, de l'écoulement mucoso-puriforme, est bien loin de présenter toujours une même gravité. Tantôt, en effet, elle détruit la cornée dans l'espace d'un à trois jours, tantôt elle persiste pendant plus d'un mois sans amener la moindre lésion de la cornée, bien que, dans l'un comme dans l'autre cas, cette membrane baigne dans le pus. On remarque maintenant que les ophthalmies purulentes sont ordinairement plus sévères pendant les épidémies de fièvre puerpérale que lorsque les nouvelles accouchées n'éprouvent pas d'accidents; qu'elles sont plus graves dans les hôpitaux que dans la ville; dans la classe pauvre que dans la population riche de nos grandes cités.

Je me suis alors demandé quelles pouvaient être les causes d'une semblable différence, et j'en suis venu aux opinions suivantes, qui sans doute ne peuvent et ne pourront jamais équivaloir à une démonstration, mais qui du moins ne sont pas dépourvues d'une certaine probabilité.

La plupart des femmes qui entrent à l'hospice de la Maternité et à la Clinique ne sont pas mariées; quelques-unes d'entre elles mènent habituellement une mauvaise vie et ont des blennorrhagies, peut-être à leur insu. N'est-il pas assez probable que l'inflammation blennorrhagique se communique aux yeux de l'enfant lorsque la tête franchit le vagin et la vulve, et les ophthalmies ne peuvent-elles pas dans ce cas être de véritables ophthalmies blennorrhagiques, et avoir l'extrême gravité de celles que l'on observe chez l'adulte?

Les conditions épidémiques qui causent les fièvres puerpérales et qui impriment une si épouvantable gravité aux phlegmasies les plus légères des femmes en couches, ne peuvent-elles pas être pour beaucoup dans la gravité des opthalmies des nouveau-nés?

Ainsi, deux causes capitales, la syphilis, la constitution épidémique, peuvent imprimer à certaines ophthalmies une gravité exceptionnelle.

De cette manière se trouve expliquée une singulière anomalie, savoir, que dans la pratique particulière les ophthalmies des nouveau-nés sont en général assez bénignes, tandis que nous n'en pouvons pas dire autant pour les hôpitaux.

Quant aux causes générales de l'ophthalmie catarrhale, c'est-à-dire le froid, on comprend sans peine que les enfants des pauvres y soient plus exposés que ceux des personnes qui appartiennent à une classe plus aisée.

Je ne veux pas dire que jamais, dans la classe opulente, l'ophthalmie des nouveau-nés ne puisse être grave: si je le disais, je serais promptement démenti par l'expérience; mais tandis que, dans mon hôpital, je ne suis pas un mois sans recevoir un enfant naissant atteint d'ophthalmie assez grave pour mettre ses yeux en péril, et que chaque année de pauvres enfants arrivent dans nos salles déjà aveugles, ou bien qu'ils le deviennent malgré mon traitement, jamais, au contraire, je n'ai eu dans ma pratique civile un enfant naissant qui ait perdu les yeux par suite de l'ophthalmie purulente; et cela tient non pas à mon traitement, à mes soins qui sont les mêmes à la ville ou à l'hôpital, mais bien à la différence de gravité des cas que j'ai à traiter.

Ce n'est pas que, même chez les femmes les plus opulentes, la blennorrhagie ne puisse exister au moment de l'accouchement; mais ces cas sont bien rares, et d'ailleurs le traitement que l'on suit, les soins minutieux de propreté rendent la transmission plus difficile que chez des femmes qui ne se soignent pas, et qui croupissent dans la plus révoltante malpropreté.

Dès que le premier mois de la vie est passé, la maladie n'est plus, à proprement parler, l'ophthalmie des nouveau-nés. Les catarrhes oculaires que ces enfants auront désormais, s'observent plus spécialement dans l'enfance et chez les adolescents, bien que les adultes n'en soient pas tout à fait exempts.

Mais il est une espèce d'ophthalmie particulière aux enfants à la mamelle, et que j'appellerai *ophthalmia à dentitione*. Elle appartient en effet à l'époque de la dentition, et vous pouvez en observer un exemple chez la petite fille qui est couchée salle Sainte-Julie, n° 4 bis. Cette enfant est entrée à l'hôpital avec douze dents, savoir, huit incisives et quatre premières molaires. Le travail de dentition des quatre canines se faisait; les gencives étaient gonflées, et en même temps les yeux étaient rouges et larmoyants; il y avait photophobie et ulcération de l'une des cornées. La membrane muqueuse du nez était rouge; le flux nasal avait excorié la lèvre supérieure. Malgré les collyres secs, le nitrate d'argent, la pommade au précipité rouge, l'ophthalmie a persévéré, à cela près de l'ulcération qui s'était guérie; puis tout à coup, deux des canines étant percées, et la fluxion vers la face et vers les gencives venant à cesser, l'ophthalmie a cessé immédiatement. Dix jours s'étaient à peine écoulés, que l'imminence de l'éruption d'une nouvelle dent a de nouveau provoqué une ophthalmie. Or, chez cette petite fille, depuis le commencement de la période d'éruption des dents, il y a eu presque constamment des inflammations des yeux, coïncidant avec celle de la membrane muqueuse buccale.

Tant que cette espèce d'ophthalmie se borne à déterminer un peu de gonflement des paupières, de la rougeur de la conjonctive, du larmoiement, un peu de photophobie, ce n'est rien qui doive causer de très vives alarmes; mais trop souvent la cornée lucide participe elle-même à l'inflammation, comme chez la petite fille dont je viens de vous parler, et alors la maladie prend une grande gravité, gravité d'autant plus grande que les médications ne peuvent pas toujours être faites, chez les enfants, d'une manière convenable.

La troisième espèce d'ophthalmie qui est particulière à la première enfance, est celle que j'appellerai *ophthalmia ab inflammatione cutis*. Je la désigne ainsi parce qu'elle se propage de la peau du visage à celle des paupières, et des paupières à la conjonctive et à la cornée lucide. Elle n'est donc que l'extension par continuité et par contiguité de l'inflammation érythémateuse, vésiculeuse ou pustuleuse qui assiége si souvent le visage des enfants qui font des dents, et que l'on désigne sous le nom vulgaire de *feux de dents*, *croûtes de lait*, *gourmes*. On peut suivre avec facilité le mode d'extension de la maladie; de la joue l'inflammation envahit la paupière, et bientôt l'ophthalmie se déclare.

A vrai dire, cette ophthalmie ne diffère pas, quant à sa nature, de celles qui plus tard peuvent attaquer les enfants; elle en diffère seulement quant à son origine, et tout à l'heure vous verrez quelles conséquences pratiques j'en tirerai.

Vous avez eu tout récemment, au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, un exemple de ce genre d'ophthalmie, et l'enfant, aujourd'hui guéri, a pu quitter l'hôpital il y a peu de jours.

Les autres ophthalmies n'ont rien de spécial à la première enfance; je n'en excepte pas même celle que l'on a appelée scrofuleuse, granuleuse, etc., qui, assez rare chez les enfants à la mamelle, appartient en général à une époque un peu moins voisine de la naissance.

Déjà je vous ai souvent parlé du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés; je vous ai dit que, dans notre hôpital, nous avions adopté une médication un peu différente de celle que nous suivons dans la ville, et ce que je vous ai dit plus haut vous fait aisément comprendre les motifs de cette différence. En effet, tandis que, dans la pratique civile, nous avons en général affaire à des ophthalmies bénignes; à l'hôpital au contraire, l'affection revêt une forme terrible dans un si grand nombre de cas, que très souvent on a à se repentir de n'avoir pas attaqué le mal avec une extrême énergie. Toutefois, ainsi que vous l'avez vu, l'activité de ma thérapeutique n'est pas toujours la même. Si la mère est atteinte de fièvre puerpérale, si une épidémie sévit sur les femmes en couches, que l'ophthalmie date de trente-six ou quarante-huit heures et qu'elle ait déjà une forme un peu violente, comme je crains un prompt ramollissement de la cornée, je prescris de toucher les paupières renversées avec un pinceau imbibé de la solution suivante:

Pr. Nitrate d'argent cristallisé, 1 gramme.
Eau distillée, 6 grammes.

Mais si la mère est bien portante, si elle n'est pas accouchée dans les hospices d'accouchements, si l'ophthalmie date de plusieurs jours et qu'elle reste stationnaire, je me contente d'instiller dans les yeux, une fois par jour, quatre ou cinq gouttes du collyre suivant:

Pr. Nitrate d'argent cristalisé, 30 centigammes.
Eau distillée, 30 grammes.

Si, lorsque l'ophthalmie semble bénigne, l'amélioration ne s'observe pas au bout de trois ou quatre jours; je fais alors usage de la solution concentrée.

L'ophthalmie qui se lie à la fluxion dentaire est beaucoup plus difficile à combattre. Les purgatifs, si l'enfant est constipé, tiennent un rang important dans le traitement. Vient ensuite le régime; enfin, je fais chaque matin insuffler dans les yeux une petite pincée du collyre sec suivant:

Calomel, 1 gramme.
Sucre porphyrisé, 4 grammes.

En même temps que, tous les soirs, je fais enduire le bord des paupières d'un peu de la pommade suivante:

Précipité rouge, 1 gramme.
Axonge, 15 grammes.

Que si l'ophthalmie s'est propagée de la peau du visage et des paupières à la conjonctive et à la cornée, je ne crois pas, en définitive, devoir agir autrement que dans le dernier cas; mais, en même temps, je m'occupe de la manière la plus attentive de la maladie de la peau, c'est dans ce cas que les lotions d'eau chaude fréquemment répétées, et surtout que l'application de la pommade mercurielle dont je viens d'indiquer la formule, rendent des services vraiment immenses. Si l'on se contente de guérir l'ophthalmie, soit par les collyre liquides, soit par les collyres secs, sans s'occuper de la phlegmasie des paupières et de la joue; le mal se renouvelle dès que vous avez cessé le traitement, parce que la cause persiste. Mais si vous persévérez dans l'application de topiques mercuriels, en même temps que vous administrez à l'enfant quelques purgatifs et surtout du sirop anti-scorbutique; les paupières et la face se détergent d'abord, puis se guérissent, et l'enfant désormais n'aura plus à souffrir que des causes d'ophthalmie qui atteignent tout le monde.

Que de fois, messieurs, j'ai appelé votre attention sur cette médication! que de fois je vous ai fait voir la simple inflammation du bord des paupières des glandes de Méibomius, devenir cause d'ophthalmies répétées, souvent extrêmement graves!

C'est dans ces circonstances que vous avez pu souvent apprécier dans nos salles, d'une part, le mode de propagation de ces phlegmasies palpébrales, d'autre part l'efficacité puissante d'un traitement préventif, dirigé exclusivement contre le mal qui envahit les paupières.

Je ne vois pas, messieurs, que l'on insiste assez, dans les traités d'anatomie pathologique et dans les cours de pathologie et de clinique, sur ce que l'on peut appeler la *propagation*

de l'inflammation par contact. Ce fait a pourtant une grande valeur au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique.

Que la plèvre pulmonaire s'enflamme dans un point très-circonscrit, par exemple sous l'influence du ramollissement d'un tubercule superficiel, immédiatement la plèvre costale s'enflammera. Qu'une gencive soit ulcérée, la partie de la joue qui est au point de contact s'enflamme et s'ulcère; l'inflammation de la peau du scrotum amène souvent celle de la peau de la cuisse. Le péritoine utérin ne s'enflamme pas sans que celui des intestins qui le touchent ne s'enflamme à son tour.

Ce fait établi, cherchons par quel mécanisme s'opèrent souvent les ulcérations de la cornée transparente: la paupière est enflammée; souvent vous voyez une traînée rouge s'avancer du bord ciliaire jusque sur le bord oculaire de la paupière; presque toujours le point correspondant de l'autre paupière s'enflamme. Supposez maintenant les yeux fermés, le point enflammé des paupières sera en contact direct et immédiat avec un point de la cornée lucide; ce point de la cornée lucide sera baigné par la sécrétion séreuse, muqueuse ou purulente que sécrétera la paupière irritée; et ne comprenez-vous pas qu'à ce contact, la cornée transparente doit s'enflammer, se ramollir et s'ulcérer.

Toute cette digression pour arriver au point pratique. Quand vous avez traité et guéri une ulcération de la cornée, produite par la cause dont je viens de vous parler, croyez-vous avoir tout fait? Ne voyez-vous pas que le point important, c'est de guérir l'inflammation des paupières, et que, tant que vous ne l'aurez pas fait, la maladie de l'œil sera toujours imminente. Aussi devez-vous, pendant des semaines et des mois entiers, vous occuper de la maladie palpébrale, et ici, les lotions d'eau chaude fréquemment répétées, l'usage, de temps en temps renouvelé, d'une pommade avec le précipité rouge, les cautérisations de la racine des cils et des glandes de Meibomius enflammées, avec le crayon de pierre infernale ou avec un petit pinceau à miniature imbibé d'une solution très concentrée de nitrate d'argent cristallisé, suffisent presque toujours chez les enfants, et probablement aussi chez les adultes pour éteindre l'inflammation chronique des paupières, cause sans cesse renaissante des maladies de la conjonctive et surtout de celles de la cornée transparente.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Pleurésie chronique des moutons, guérie par l'arsenic à haute dose. — M. de Gasparin communique la note suivante : M. Combessède, ayant un troupeau nombreux qui, par suite de transitions de température était attaqué de pleurésie chronique, dont un grand nombre de moutons étaient déjà morts et les autres paraissaient être dans un état désespéré, apprit avec surprise qu'un garçon chapelier avait obtenu des succès dans un cas pareil en administrant l'arsenic à haute dose. L'état désespéré de vingt de ses moutons le décida à tenter l'expérience; il administra à chacun une once d'arsenic blanc en poudre, mélangé avec le sel commun. Sur ces vingt bêtes, il n'en mourut que deux; huit jours après l'empoisonnement les autres furent guéries.

Ce premier succès l'encouragea à employer les mêmes moyens sur le reste du troupeau, de près de cent têtes, et il obtint le même résultat. La perte totale n'a été que de sept, sur la masse de celles qui avaient pris l'arsenic.

Cette substance n'a montré aucun effet nuisible sur les moutons dans l'état de santé. Il semble donc évident que l'arsenic n'est pas un poison pour les bêtes à laine, et on a assuré à M. Cambessède qu'il avait des effets tout aussi évidens sur les bœufs.

Quoique je sente fort bien le danger de la divulgation de tels faits, cependant ils sont trop connus, trop répandus, et sans doute ils le seront bientôt davantage encore par l'impression, pour qu'il soit possible de les étouffer. Dès-lors il est plus avantageux qu'ils reçoivent une publicité de nature à servir d'avertissement pour l'autorité appelée à veiller à la santé publique.

Action de la flamme à petites dimensions contre différentes maladies. — M. Gondret envoie des observations sur ce sujet. Nous avons remarqué le fait suivant : M. le docteur Mège, étant à Saint-Cloud, cet été, fut piqué par une guêpe, à la pulpe du doigt médius. Aussitôt il éprouva une douleur extrêmement vive. N'ayant pas d'acétate d'ammoniaque à sa disposition, l'idée lui vint de se cautériser avec une allumette enflammée qu'il tint à une petite distance de la piqûre. Dans le premier moment le doigt ne perçut pas l'action de la flamme, parce que la douleur occasionnée par l'aiguillon de la guêpe était plus forte que celle de la flamme; mais en laissant celle-ci agir durant quelques secondes, elle dissipa entièrement la douleur morbide.

Méthode d'analyse pour condenser et reconnaître des quantités notables ou imperceptibles de gaz hydrogène arséniqué, phosphoré, sulfuré ou de gaz sulfureux. Méthode nouvelle pour extraire tout l'arsenic d'une matière animale empoisonnée. — M. Jacquelin, préparateur à l'école centrale, adresse un mémoire sous ce titre, dont voici les conclusions : 1° Pour la recherche de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement ou d'analyse quantitative, au lieu d'une carbonisation par l'acide sulfurique, d'une dessication de la matière charbonneuse et d'une attaque à siccité par l'eau régale, je fais usage d'un courant de chlore et j'opère avec des liqueurs jaugées. Voilà pour la première partie de l'expérience.

Quant à la seconde, j'évite avec un tube en S la perte d'hydrogène arsenié que je fais passer par le tube droit destiné à l'introduction de l'acide, ce tube fût-il effilé, puis recourbé.

2° Je recueille; au moyen du chlorure d'or, des infiniment petits d'hydrogène arseniqué.

3° J'évite les pertes de ce gaz, auxquelles nous expose l'appareil recommandé par la commission de l'Académie, quand on se borne à l'unique emploi du tube effilé, recouvert de clinquant.

Candidatures. — M. Ribes écrit pour prévenir que sa candidature porte seulement sur la place laissée vacante par la mort de M. Larrey, place qui a été successivement occupée depuis cent ans par des chirurgiens militaires, tels que Morand, Sabatier, Percy, Larrey.

— M. Fournier de Lempdes, se porte aussi candidat pour la même place.

— Dans cette séance, M. Charles Dupin a été élu vice président.

Symptômes d'affection calculeuse sans pierre ni gravelle; par M. Ségalas. (Acad. de méd., 3 janvier.)

J'ai été appelé à Versailles, il y a environ un mois, pour vérifier si un enfant soupçonné d'avoir la pierre en était réellement atteint. Cet enfant, âgé à peine de quatre à cinq ans, portait souvent les mains aux parties génitales; il éprouvait des besoins fréquents d'uriner; il n'y satisfaisait presque jamais sans exprimer de la douleur; de plus, ses urines, assez abondantes d'ailleurs, avaient déposé plusieurs fois du muco-pus, et en déposaient encore; il n'avait été soumis à aucune application de vésicatoire ou de pommade ammoniacale; les symptômes que je viens d'indiquer avaient été notablement augmentés pendant une rougeole récente, et venaient de s'accroître encore sous l'influence d'une vive irritation des bronches.

Je partageai l'opinion du médecin ordinaire, M. Despagne, et des deux praticiens qu'il s'était adjoints, MM. Navarre et François : je pensai que l'enfant pourrait avoir la pierre, et qu'il serait bien de s'assurer du fait. Toutefois, une circonstance était pour moi extraordinaire, dans la supposition d'une affection calculeuse : c'est que l'enfant appartenait à des parents fortunés. En effet, presque tous les enfants que j'ai opérés de la pierre avaient des parents pauvres, ou au moins vivant comme s'ils l'étaient.

Je procédai au cathétérisme sous les yeux et avec le concours des praticiens que j'ai nommés; nous ne trouvâmes pas de corps étranger dans la vessie; il n'y en avait pas dans l'urètre; ces deux organes nous parurent être à l'état normal. Nous dûmes expliquer les symptômes par une maladie ayant son siège plus haut, et nous borner à des soins médicaux.

L'enfant ayant succombé à quelque temps de là à une affection cérébrale, le zèle connu de MM. Despagne, Navarre et François, pour la science, a surmonté la répugnance des parents pour l'autopsie. Celle-ci a été faite, et elle a montré l'appareil urinaire dans les conditions que voici :

La vessie, parfaitement saine, de même que l'urètre; l'uretère gauche, fortement dilaté; le bassinet correspondant, trois ou quatre fois plus large que celui du côté opposé; les calices agrandis; les mamelons affaisés sur eux-mêmes; la substance corticale manifestement enflammée sur plusieurs points et tubuleuse sur d'autres. Il n'y avait rien de particulier dans le rein gauche.

Ainsi, voilà un nouvel exemple d'affection étrangère à la pierre donnant lieu aux symptômes qui annoncent ordinairement cette maladie chez les enfants.

— Dans la même séance, M. le Dr A. Legrand a adressé une lettre sur le *cancer du poumon*, sur laquelle nous reviendrons.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 4, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 9 JANVIER.

Nous allons entreprendre un résumé de la discussion sur la ténotomie. Nous lui donnerons un caractère complètement scientifique. Nous nous proposons tout simplement d'exposer ce qui nous a paru instructif et ce qui peut profiter aux praticiens. Pour étudier avec fruit la question de la ténotomie, il convient de passer en revue d'abord les erreurs qui ont retardé ses progrès.

1° On sait toutes les craintes des anciens quand un tendon était lésé. Ces craintes avaient surtout leur source dans la confusion qu'on faisait des tendons et des nerfs. Les modernes avaient aussi exagéré les dangers de la solution de continuité des tendons ; dangers qu'ils expliquaient autrement que les anciens, mais ils n'en étaient pas moins dans l'erreur, ou, pour mieux dire, dans l'exagération. Voilà donc une cause du peu de progrès que devaient faire les opérations à pratiquer sur les tendons, savoir : les dangers de ces opérations. Or, comme ces opérations n'étaient guère indiquées que pour des difformités, c'est-à-dire pour des affections nullement incompatibles avec l'exercice de la vie, la sagesse, la prudence, voulaient qu'on s'abstînt d'agir ou qu'on préférât les machines au bistouri.

2° A cette première erreur, née d'une fausse observation, se joignaient des erreurs d'anatomie pathologique qui portaient sur le mode de consolidation des tendons rompus ou coupés. On croyait que la solution de continuité devait fatalement entraîner la perte des fonctions des organes. Si on veut avoir une idée des malheureuses conséquences dues à ces erreurs, on n'a qu'à jeter un coup-d'œil sur les moyens, les machines employées par les chirurgiens pour le traitement de la rupture du tendon d'Achille. Les lumières que nous possédons aujourd'hui nous montrent que c'étaient précisément ces moyens, ces machines, qui étaient la cause du peu de succès obtenus dans le traitement des ruptures tendineuses.

3° Les erreurs de pronostic des solutions de continuité des tendons, et surtout les erreurs sur leur mode de consolidation, venaient de ce qu'on ne distinguait pas assez bien les phénomènes vitaux qui se produisaient à la suite d'une solution de continuité des tendons à l'abri de l'air, de la même lésion qui était exposée à l'action de cet agent.

4° Le pronostic des plaies par instrument piquant avait été aussi envisagé avec des préventions théoriques qui ont beaucoup nui à l'établissement définitif de la ténotomie. Mais peu à peu l'observation chirurgicale devenant plus exacte, plus sévère, on a été conduit à mettre les préventions de côté, à voir les faits tels qu'ils étaient, et ceux-ci ont démontré que certaines plaies très profondes, très obliques, labourant des tissus très sensibles, et pratiquées avec des instruments piquants, que de pareilles plaies n'avaient été suivies d'aucun accident, que quelquefois elles n'avaient pas même provoqué l'inflammation, considérée comme la conséquence obligée de tout traumatisme. L'opération de la cataracte par abaissement fournit souvent la preuve de la complète innocuité des plaies par instruments piquants. Cette opération, méthodiquement faite, démontre en effet qu'un organe très sensible ayant une enveloppe très résistante, peut impunément être piqué, pénétré et labouré dans plusieurs sens.

Cependant, les erreurs que nous venons de passer en revue avaient trouvé dans tous les temps des oppositions. Quelques esprits d'élite avaient su au moins s'en dégager sans cependant entraîner les autres. A. Petit, Sartorius, etc., avaient bien été influencés par quelques-unes de ces erreurs, mais ils ne les avaient pas toutes adoptées. J. Hunter surtout connaissait parfaitement les phénomènes du traumatisme dont le foyer est couvert par les téguments, et il avait énoncé de la manière la plus claire que ces phénomènes pouvaient être différents de ceux qui caractérisaient l'inflammation ; que cet acte morbide enfin n'était pas indispensable à la guérison de certaines plaies. Les idées huntériennes, dans ce qu'elles avaient d'applicable à la chirurgie, étaient surtout en honneur à Montpellier. Delpech les avait pleinement adoptées et agrandies. Aussi, tout ce qui sortait de l'école huntérienne était reçu à bras ouverts dans celle de Delpech. Un livre que Paris aurait laissé aux érudits et dans sa langue maternelle, le *Traité des plaies* de J. Bell, fut traduit à Montpellier par un élève de Hunter, et ce livre a ainsi pris place dans toutes nos bibliothèques. Dans cet ouvrage la doctrine de Hunter est de nouveau reproduite ; et ici les formules deviennent plus modernes, elles sont complètement en harmonie avec notre langage physiologique. J. Bell dit très positivement que les plaies peuvent être réparées par un acte indépendant de l'inflammation, par le même acte qui préside à la formation, au développement de nos parties. M. Estor, élève de Delpech et traducteur de J. Bell, ajoute que cette absence de l'inflammation, cet acte réparateur analogue à l'acte formateur, se remarque surtout quand la plaie n'est pas exposée à l'air.

De pareilles doctrines sur le traumatisme devaient avoir des conséquences sur la thérapeutique des plaies et sur la médecine opératoire. Aussi voit-on l'école huntérienne un instant réfugiée à Montpellier, faire tous ses efforts pour placer toutes les plaies dans les conditions de celles qui ne doivent pas s'enflammer ou dont l'inflammation doit être modérée. La *réunion immédiate* devait être un corollaire de la doctrine huntérienne, et on sait avec quel enthousiasme elle a été adoptée, avec quelle chaleur elle a été défendue à Montpellier.

Le parallélisme des deux écoles au point de vue pathologique devait se reproduire à l'endroit de la médecine opératoire. Ainsi, Hunter et Delpech se retrouvent sur ce terrain ; comme le premier avait pratiqué la ténotomie sur les animaux au moyen d'une aiguille à cataracte, l'autre coupe le tendon d'Achille de manière à laisser intacte la peau qui le recouvre.

Cependant ces idées semblent se perdre un instant, du moins elles restent dans un état de complète indifférence. Les causes d'un pareil phénomène nous ne les dirons pas aujourd'hui.

Au fond, le progrès ne s'était pas arrêté, car il ne s'arrête jamais ; mais son théâtre fut déplacé. Ainsi, partie d'Angleterre, la ténotomie passa par Montpellier pour gagner l'Allemagne et revenir à Paris, là où tous les arts reçoivent le baptême de la perfection.

C'est surtout la publicité donnée aux faits de Stromeyer qui assurent les destinées de la ténotomie comme méthode opératoire ; vient ensuite la thèse de M. Held, qui passa dans les livres classiques. Alors la ténotomie sortit de quelques mains privilégiées pour passer dans la pratique générale. Cependant, il faut en convenir, les orthopédistes de Paris se trouvant sur de vastes théâtres d'observation, et en rapport avec les lumières qui entourent tout mouvement qui s'opère dans une capitale comme la nôtre, ces orthopédistes mirent dans la plus grande évidence possible l'innocuité de la ténotomie, ses avantages, et cela par des expériences très nombreuses et très bien dirigées sur les chiens et même sur les hommes. On porta très loin, le nombre et la profondeur des incisions sous-cutanées. Ces essais, qui n'ont pas toujours été heureux, comme on a voulu le dire, ont cependant créé les procédés qui sont autant de branches de la grande méthode ténotomique, méthode basée sur les principes que nous venons de faire connaître.

L'innocuité des plaies sous-cutanées étant reconnue, restait à donner à la cicatrisation des bouts tendineux la régularité, les bornes qui pourraient permettre au tendon réparé son glissement, ses mouvements, enfin sa physiologie. Or, il a été reconnu, ce qui pouvait d'ailleurs être parfaitement prévu, que plus le traumatisme était borné, plus la réparation était facile, et moins la cicatrice, le nodus était régulier, limité, circonstances très favorables au rétablissement du cordon qui avait subi la solution de continuité. La gaîne celluleuse qui enveloppe le tendon, jouant un grand rôle dans sa réparation, comme le périoste dans la formation du cal, comme la gaîne celluleuse dans la réparation qui s'opère après une ligature d'artère ; cette gaîne du tendon étant donc précieuse, on est convenu de l'épargner le plus possible. Alors, non-seulement on a adopté les petites incisions, les piqûres pour la peau, mais les solutions de continuité les plus bornées de la gaîne, et sur-

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE ;

Par le docteur SICHEL.

DEUXIÈME PARTIE. — *De la cataracte lenticulaire corticale, des caractères qui la distinguent des cataractes lenticulaire, déhiscente et capsulaire, et de l'opération qui lui convient.*

La cataracte lenticulaire, au dire des auteurs, débute toujours dans le noyau du cristallin. Ceci n'est vrai qu'avec de grandes restrictions, et ne s'applique en réalité, pour les personnes avancées en âge, qu'aux cataractes lenticulaires dures, ainsi qu'à un certain nombre de cataractes lenticulaires molles ou demi-molles affectant des individus très jeunes ou des personnes qui n'ont pas atteint l'âge de quarante ans environ. Chez les sujets qui ont dépassé cette période de la vie (et l'on conçoit facilement qu'en fixant un chiffre à l'âge, nous ne voulons le faire qu'approximativement, et qu'on trouvera peut-être quelques exceptions au-dessous et au-dessus de la limite indiquée), c'est-à-dire après l'âge de quarante ans, le contraire a lieu généralement ; la cataracte lenticulaire, lorsqu'elle n'est pas d'une consistance dure, commence à la circonférence et marche vers le centre. Nous avons appelé ces cataractes *lenticulaires corticales* ; elles sont très fréquentes, puisque chez les vieillards la grande majorité des cataractes lenticulaires débutent sous cette forme. Si on ne les a pas décrites avant nous, c'est qu'on les a confondues et qu'on les confond encore généralement avec les cataractes capsulaires. Cette erreur de diagnostic a fait singulièrement exagérer le nombre des cataractes capsulaires, beaucoup plus rares qu'on ne le pense, surtout celles de la capsule postérieure.

Ce sont ces cataractes lenticulaires corticales qui feront le sujet de cette deuxième partie de notre travail.

I. *Caractères anatomiques de la cataracte lenticulaire corticale.*

La cataracte lenticulaire corticale (indiquée par nous en 1837) se caractérise par une opacité superficielle et incomplète du cristallin, formée par des stries ou plaques irrégulières tantôt grisâtres, tantôt blanchâtres, et placées à la surface antérieure ou postérieure de ce corps ou même à ces deux surfaces en même temps. Elle pourrait aussi être appelée une espèce de cataracte déhiscente partielle, car elle est due à une déhiscence tout à fait irrégulière et excentrique, bornée à la substance corticale, qui se détache çà et là par points, stries, plaques ou écailles. C'est en quelque sorte une desquamation de la surface du cristallin par petites portions opaques et d'une forme irrégulière. Ce n'est nullement, comme l'a pensé M. Malgaigne, une sécrétion ayant lieu à la surface interne de la capsule qui produit ces opacités isolées et circonscrites. Des dissections nombreuses et faites avec un soin minutieux m'ont mis à même de m'assurer que ce sont des parcelles de la substance corticale du cristallin même qui perdent leur transparence et se soulèvent un peu, ou au moins se laissent détacher sans le moindre effort, à l'aide d'un instrument mousse, de la surface interne, c'est-à-dire concave, des deux feuillets de la membrane cristalloïde. Voici pourquoi nous disons que cette espèce de cataracte peut être regardée en quelque sorte comme le produit d'une déhiscence partielle. Les conditions normales de la capsule, savoir sa finesse, sa transparence et sa surface unie et lisse, ne sont aucunement altérées. Les taches ou stries opaques plus ou moins nombreuses et étendues et d'une épaisseur variable donnent à la surface du cristallin un aspect jaspé, rayé ou marbré qui fait généralement confondre cette espèce de cataracte avec la cataracte capsulaire de laquelle cependant elle diffère essentiellement sous tous les rapports.

II. *Caractères anatomiques de la cataracte lenticulaire corticale antérieure.*

Quand la surface antérieure du cristallin est le siége de cette affection, les opacités sont d'une teinte terne, matte, sans éclat, d'un gris pâle, tirant sur le blanc, sans aucune nuance bleue ou argentine ; elles occupent un plan postérieur à l'iris, mais très rapproché de ce diaphragme. Au premier aspect, elles paraissent situées dans la capsule antérieure ; mais à un examen attentif, un œil exercé peut reconnaître qu'elles n'ont aucune élévation au-devant de cette membrane, et qu'elles ne sont qu'appliquées contre la surface interne ou postérieure de son feuillet antérieur, dont la surface, contrairement à ce qui a lieu dans la cataracte capillaire, ne présente ni rides, ni plis, ni sillons. Assez souvent convergentes vers le centre, ces stries et plaques ont cependant, en général, une disposition irrégulière et des formes très variées. Elles laissent entre elles de nombreux interstices transparents dans lesquels le cristallin et son enveloppe présentent toutes leurs conditions normales ; d'où il résulte qu'il est possible dans ces endroits d'apercevoir le fond de l'œil et les altérations que les parties profondes de cet organe peuvent avoir éprouvées. Il n'est donc pas difficile d'observer la marche de l'opacité du cristallin, lorsque de ses couches antérieures elle se propage aux couches postérieures ou moyennes.

Cette espèce de cataracte ne présentant point une surface uniformément opaque, il ne peut pas être question d'une ombre portée de l'iris régulière et complète. Elle manque en entier dans le commencement. Plus tard, elle n'existe que partiellement et ne se dessine en bandelettes gris-noirâtre, formant un petit segment de cercle que sur les portions opaques du cristallin un peu étendues et contiguës à la pupille. Elle ne s'accroît et ne devient complète qu'à mesure que les stries, en se multipliant et se rapprochant, constituent tout le cristallin en cataracte. Ce n'est que lorsque la cataracte corticale est complète qu'il y a un changement constant dans les trois images de la flamme d'une bougie présentée devant l'œil. Au commencement, l'une des images, la seconde image droite pour la cataracte corticale antérieure, et l'image renversée pour la postérieure, ne manque que dans les moments où elle tombe sur les parties opaques du cristallin. Mais les signes fournis par ce mode d'exploration dans les cataractes sont, en général, de peu de valeur, par des raisons que nous exposerons à une autre occasion.

III. *Marche de la cataracte corticale antérieure.*

Quand la cataracte corticale débute par la surface cristallinienne antérieure, elle peut indistinctement l'envahir à son centre ou à sa circonférence, bien que cette dernière soit plus ordinairement le point de départ. Quelquefois l'opacité, lorsqu'on a occasion de l'observer dès son début, se présente d'abord sous l'aspect de points disséminés irrégulièrement, lesquels, en devenant plus nombreux et en se réunissant par groupes, forment plus tard des stries irrégulières plus ou moins étroites. Lors du début, il n'y en a quelquefois qu'une seule. Ces stries augmentent de longueur et de nombre ; elles se rapprochent successivement et finissent par devenir confluentes. Le plus souvent, avant qu'elles le deviennent, il s'est formé dans la substance corticale postérieure de la lentille d'autres stries semblables. Les opacités alors se multiplient et se rapprochent dans les deux surfaces du cristallin, dont elles envahissent toute la substance de dehors en dedans. Il est plus rare de voir la cataracte débuter par les stries de la substance corticale antérieure que par celles de la surface postérieure du corps lenticulaire ou de ses deux faces à la fois. Quelquefois, lors du début de l'affection, on ne voit qu'une seule strie ou plaque qui souvent est très petite.

IV. *Diagnostic différentiel des cataractes lenticulaire, corticale et capsulaire.*

Cette espèce de cataracte est assez difficile à distinguer de la cataracte capsulaire, telle qu'elle est décrite par les auteurs, quand on n'a pas occasion de s'exercer à ce diagnostic à l'aide de fréquentes dissections. J'ai vu des professeurs d'ophthalmologie fort distingués se tromper sur ce point, ce qui explique les dissidences notables qui existent jusqu'aujourd'hui sur la fréquence relative des cataractes capsulaires et lenticulaires. Cependant le diagnostic différentiel de la cataracte lenticulaire corticale est assuré par les caractères suivants, qui la distinguent suffisamment de l'opacité de la cristalloïde.

1° A la surface antérieure du cristallin, les stries, points et plaques

tout on a recommandé de respecter les tissus environnants. Ici, comme pour le cal, plus la solution qe continuité est étendue, plus la cicatrice occupe d'espace, moins le jeu de l'organe réparé sera facile; il peut même devenir impossible si, comme le dirait les anciens, le sac tendineux s'épanchant trop au loin, il donnait naissance à des adhérences qui confondraient le tendon coupé avec un autre tendon ou tout autre partie, un os même.

Les mêmes motifs qui ont fait préférer les émissions hornées ont dû engager les chirurgiens à ne pas en pratiquer plusieurs sur le même point, quand il y avait plusieurs tendons à attaquer. On a alors donné le précepte de couper les tendons à des hauteurs différentes. Ce précepte est sorti victorieux de la discussion.

Une fois, la ténotomie adoptée, il était intéressant et utile d'en connaître les limites; c'est ce que nous dirons dans le prochain numéro.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

*Sur une affection particulière du col de l'utérus, désignée par M. Jobert sous le nom d'*hydropisie du col. (Note communiquée par M. le Dr ED. LABORIE.)

Depuis que le spéculum est devenu un instrument usuel en médecine, la séméiologie des affections si nombreuses, si variées et si graves qui peuvent atteindre la matrice, a dû nécessairement marcher dans la voie du progrès, et par contre aussi la thérapeutique a dû devenir plus puissante, et parce que les causes et les caractères devenaient bien plus faciles à saisir, et aussi parce que l'action des médicaments s'exerçait bien plus directement et bien plus sûrement.

Dans les différents services de chirurgie de Paris, on peut suivre avec fruit la marche des diverses maladies de l'utérus et apprécier par un examen dépouillé de toute prévention la valeur de chaque mode de traitement.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Johert a consacré une partie de la salle Saint-Augustin à des femmes affectées de maladies de l'utérus. Dans un prochain article nous parlerons du traitement par le cautère actuel, à l'aide duquel les plus heureux résultats sont obtenus dans des cas où un puissant modificateur peut seul arrêter la marche d'affections de mauvaise nature. Nous voulous seulement entrer aujourd'hui dans quelques détails sur une maladie particulière dont nous n'avons rencontré la description dans aucun auteur, et que nous avons pu observer dans le service de M. Jobert. Voici quels sont les caractères de cette maladie, à laquelle M. Johert a donné le nom d'*hydropisie du col de l'utérus.*

L'hydropisie du col de l'utérus se rencontre ordinairement chez les femmes d'un tempérament lymphatique. Constamment M. Johert a remarqué qu'elle affecte exclusivement les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, et dont la menstruation se fait mal et donne lieu à une très faible perte de sang. Sans réagir sur la santé d'une manière grave, cette maladie, en outre des symptômes locaux, donne lieu cependant quelquefois à certains phénomènes sympathiques qui peuvent en imposer et faire croire à une affection plus grave de l'utérus.

Il est bien entendu que cette maladie présente des degrés divers qui se traduisent nécessairement par des symptômes qui sont en raison directe du développement de l'altération. Dans tous les cas ces symptômes sont uniquement déterminés par la compression, sans que l'on puisse découvrir aucune lésion organique.

Aspect du col. L'orifice du col, extrêmement étroit, est à peine visihle; le col est plus volumineux que dans l'état normal; il est uniformément développé, comme hypertrophié; on ne distingue pas le museau de tanche.

Quand la maladie est encore peu développée, on distingue à l'orifice du col une sorte de petit bouton comme un cul de poule.

A un plus haut développement de l'affection, cette espèce de saillie est bien moins marquée, parce que tout le col a pris bien plus de volume.

Du reste, généralement, lorsque cette hydropisie existe, le col est sain à sa surface; seulement la muqueuse est plutôt pâle que rosée, comme si le sang en avait été exprimé par la compression.

Dans quelques cas cependant on rencontre des ulcérations superficielles à la surface du col. M. Jobert considère ces ulcérations comme des complications qui sont survenues indépendamment de l'altération principale.

Le doigt, porté sur le col de l'utérus par le vagin, est loin d'y rencontrer la dureté que l'aspect seul aurait dû faire diagnostiquer; on acquiert la preuve que le tissu du col offre peu de résistance, et on perçoit assez manifestement un sentiment de fluctuation. Le toucher par le rectum est moins capable de faire juger de la consistance du col, mais on reconnaît facilement le développement anormal du col utérin jusqu'au-dessus de l'insertion vaginale.

Quand la maladie est sans complication d'ulcération, les malades ne perdent point de liquide purulent; dans le cas contraire on aperçoit à la surface du col un enduit de mucopus qui, pour M. Johert, devient le signe pathognomonique de l'ulcération.

Si on introduit avec précaution une sonde de femme dans l'orifice utérin, on voit sortir une très grande quantité de liquide, et immédiatement le col perd de son volume; il s'affaisse.

Le liquide qui s'écoule est filant, blanc, jaunâtre, transparent. Il arrive quelquefois que, sans que cela ait été provoqué par des manœuvres, les femmes perdent tout à coup une très grande quantité de ce liquide, et il en résulte un soulagement instantané.

On doit comprendre facilement la gêne que fait éprouver le développement anormal du col par cette accumulation de liquide; il doit alors se faire que la malade éprouve des phénomènes analogues à ceux qui accompagnent les hypertrophies de cet organe; c'est ainsi que les malades ressentent des pesanteurs sur le fondement, quelquefois aussi des tiraillements dans les aines, etc., etc., aussi cette maladie peut-elle être confondue avec l'hypertrophie, c'est ainsi que nous avons pu observer dans le service de M. Jobert une femme qui, présentant une affection de ce genre, avait été plusieurs mois en traitement pour une prétendue hypertrophie du col de l'utérus. Les traitements suivis par la malade n'avaient amené aucun soulagement. Du reste, il sera facile de distinguer ces deux affections en tenant compte: 1° de la présence de ce petit tubercule qui persiste d'une manière assez marquée à l'orifice du col, tant que cet organe n'a pas acquis un développement trop considérable; 2° de la mollesse fluctuante que le toucher permet de reconnaître; 3° enfin, de la sortie d'un liquide dont nous avons donné les caractères, lorsqu'on pénètre avec une sonde dans l'intérieur du col.

Nous n'avons nullement besoin d'insister sur le diagnostic différentiel, car avec ces trois caractères constants, il ne sera pas possible de confondre l'hydropisie du col de l'utérus avec les autres affections de cet organe. Nous pouvons ajouter, comme caractère hien particulier à cette affection, que l'apparition des menstrues détermine un soulagement manifeste, ce qui s'explique facilement; car le liquide menstruel, en se faisant jour, doit nécessairement aussi entraîner une partie ou la totalité du liquide accumulé dans la cavité du col.

La cause de cette maladie doit évidemment être attribuée à une dilation et une sécrétion anormales des follicules que l'on rencontre en si grande quantité dans le col, et qui se laisssent distendre à la manière des follicules sébacés de la peau.

Traitement. — Tous les traitements habituels dirigés contre cette maladie méconnue le sont en vain; un seul moyen peut débarrasser promptement et sûrement les malades. On devra pratiquer des inisions sur le col utérin dans le sens des commissures. En débridant ainsi le col on se rend maître de la maladie; on voit immédiatement s'écouler une quantité considérable de ce liquide filant dont nous avons parlé, et le col s'affaisse.

Il s'écoule aussi une certaine quantité de sang; plus tard, on voit se développer des bourgeons charnus et les malades guérissent avec un agrandissement de l'orifice du col, ce qui, en permettant le facile écoulement des liquides secrétés, met obstacle à une récidive.

Chez la malade dont nous avons parlé, et qui avait été traitée sans succès pour une hypertrophie, ce traitement a été suivi d'un plein succès. Il en a été de même chez une autre malade soumise au même traitement et qui a pu être examinée par les élèves qui suivent le service de M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Phthisie tuberculeuse compliquée d'ascite et d'œdème des membres inférieurs. Lésions anatomiques propres à ces deux phénomènes.

Au n° 33 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme atteinte de phthisie pulmonaire hien caractérisée (gargouillement au sommet du poumon, fièvre hectique, etc.) Nous n'insisterons pas sur les caractères communs de cette affection, qui n'offre dans ce cas particulier rien qui mérite d'être signalé; mais cette malade présente quelques phénomènes de complication assez rares dans le cours de cette maladie, et sur lesquels M. Chomel a cru devoir appeler notre attention. Cette malade a un gonflement œdémateux des membres inférieurs avec ascite.

Ces phénomènes, dit M. Chomel, se rencontrent rarement réunis chez les phthisiques: il peut par conséquent être intéressant de rechercher quelles peuvent en être les causes. Examinons d'abord dans ce but quelles sont les causes ordinaires de l'ascite.

L'ascite dépend de lésions matérielles de quelques-uns des organes de l'abdomen plutôt que d'une cause générale, telles que seraient la gêne de la circulation veineuse, l'état d'anémie générale. La cause la plus ordinaire de l'ascite péritonéale est une affection organique du foie, telle que la cyrrhose, par exemple. Or, ces affections existent rarement chez les tuberculeux. Il est vrai que l'épanchement séreux du péritoine peut être une conséquence de l'affection tuberculeuse même, lorsque des tubercules préexistant dans le mésentère arrivent par leur développement à comprimer les vaisseaux qui longent la colonne vertébrale et produisent ainsi l'ascite par suite d'une gêne de la circulation abdominale.

Il y a aussi une affection du foie qui se rencontre fréquemment chez les phthisiques: c'est celle qu'on désigne sous le nom de *foie gras*, et qui pourrait avoir une certaine influence sur la production du phénomène que nous analysons.

Il est donc naturel de chercher dans l'affection complexe à

---

ne présentent pas d'élévations, ni de dépressions ou sillons.

2° La surface de la capsule n'est pas rugueuse.

3° Elle ne presente pas non plus d'adhérences à l'iris. La pupille, par conséquent, est ronde, régulière, sans échancrures ni angles, et d'une mobilité normale proportionnée au volume et à la consistance du cristallin. Hâtons-nous, toutefois, de dire que les adhérences, fréquentes dans les cataractes capsulaires, n'en constituent point un caractère essentiel et constant.

4° La teinte des opacités est terne, matle, comme composée d'une agrégation de petits points blancs ou d'un gris mat.

5° Enfin, les opacités ne présentent jamais une teinte métallique, ni même la teinte legèrement nacrée des cataractes déhiscentes véritables.

Nous n'entrerons point, pour le moment, dans des détails ultérieurs sur les ressemblances de ces deux espèces de cataracte. Un travail complet sur les opacités de la capsule cristallinienne viendra plus tard, nous l'espérons, éclairer cette question.

V. *Caractères anatomiques de la calaracte corticale postérieure et diagnostic de la cataracte capsulaire postérieure.*

Quand l'opacité corticale se montre à la surface postérieure du cristallin (*cataracte lenticulaire corticale postérieure*), le diagnostic devient plus difficile, et surtout les deux derniers points du diagnostic que nous venons d'exposer subissent alors une modification notable. Lorsque la cataracte lenticulaire corticale postérieure présente des stries, elles sont presqoe toujours convergentes vers le centre où elles s'amincissent d'ordinaire et deviennent pointues. Quelquefois même, mais très rarement, ces stries se séparent au centre, au point de réunion de leurs sommets, et laissent apercevoir à un œil exercé un petit espace libre, plus ou moins noirâtre et souvent en forme d'étoile, particularité qui, non sous le rapport de la ressemblance, mais sous celui de la pathogénie, rapprocbe davantage cette espèce d'opacité de la cataracte déhiscente. Plus régulières que dans la cataracte corticale antérieure, et toujours concaves et situées très profondément, ces stries sont d'un blanc grisâtre, terne et mat sur lo vivant dans un grand nombre de cas, et toujours dans les pièces anatomiques après l'ablation du noyau cristallinien. Mais souvent ce noyau, jaune ou tirant sur le jaune chez presque tous les sujets âgés de plus de quarante ans, donne aux stries opaques un reflet particulier d'une teinte plus ou moins jaunâtre, métallique et luisante, s'approchant même quelquefois du vert. Ce reflet se montre, en outre, en forme d'une tache arrondie jaunâtre qui se promène dans le fond de l'œil, au devant de la capsule postérieure; il change de place selon la position de la tête de l'observateur. Toutes les fois qu'on peut parvenir à déplacer ce reflet, de manière à ne plus le faire tomber sur la strie opaque qu'on veut examiner (ce qui est surtout praticable dans les cas où une petite portion de la surface postérieure du cristallin est seule opaque), on verra la teinte jaunâtre et luisante de l'opacité changer et se réduire plus ou moins à une nuance matte, grisâtre ou blanchâtre. En même temps la surface des opacités ne présente aucune espèce d'élévation. Dans la cataracte capsulaire postérieure, au contraire, les taches et stries, lorsqu'elles sont luisantes, brillantes, ne perdent cet éclat métallique dans aucune position de l'œil et de l'observateur, et sont élevées, irrégulières, formant quelquefois des réseaux. C'est ce reflet particulier que nous venons de signaler et dont nous avons déjà parlé dans notre ouvrage, p. 512, et dans notre Mémoire sur le glaucôme (§ 16, VI; Annales d'Oculistique, t. V, p. 238), qui devient une cause fréquente d'erreurs de diagnostic, et fait admettre des cataractes capsulaires postérieures où il n'y en a point. Toutes les fois que ce même reflet manque, c'est-à-dire que le cristallin est entièrement incolore, l'opacité est d'une couleur grisâtre et terne. Quand il y a à la surface de l'opacité une ou plusieurs élévations circonscrites, ou à leur centre une petite saillie opaque, terne ou luisante, arrondie, quelquefois exactement circulaire et creusée en godet, se terminant brusquement par un bord non taillé en biseau, mais nettement coupé, on a une certitude absolue sur l'existence d'une cataracte capsulaire. Ces élévations qu'on ne rencontre jamais dans la cataracte corticale, quelquefois arrondies, quelquefois pointues, sont des portions opaques et épaissies de la capsule, de petites végétations de cette membrane semblables à celles qu'on trouve sur la cristalloïde antérieure dans les cataractes végétantes (pyramidales des auteurs). Ces cataractes capsulaires postérieures sont d'ailleurs aussi rares que la cataracte corticale postérieure est fréquente. Toutes les deux sont difficiles à dessiner; malgré les efforts multipliés et persévérants de nos dessinateurs, nous n'avons jamais pu en obtenir une figure exacte.

Une variété particulière de la cataracte corticale postérieure mérite d'être mentionnée à part, à cause de sa grande ressemblance avec la cataracte capsulaire postérieure. Elle se montre quelquefois sous forme d'une seule plaque opaque, irrégulièrement arrondie et très circonscrite, occupant le centre de la face postérieure du cristallin, donnant lieu de bonne heure à un trouble notable de la vision et n'étant bien perçue qu'après la dilatation de la pupille, ce qui donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic. Cette plaque, par les raisons que nous avons exposées, présente un aspect plus ou moins jaunâtre et luisant. Quelquefois elle est entourée de quelques stries convergentes qui aboutissent à sa circonférence, et qui, ayant les caractères de la cataracte corticale, facilitent le diagnostic, lequel au contraire est très difficile lorsqu'elles n'existent point. Outre les signes généraux, un caractère particulier des opacités corticales que nous n'avons pas encore mentionné jusqu'ici est d'une grande importance: elles sont comme fendillées et soulevées sur leur bord, pour la plupart taillées en biseau, et se perdent par une ligne étroite qui va en s'éclaircissant, et qui, pour un œil exercé, montre que l'opacité a moins d'épaisseur à la circonférence qu'au centre. C'est ainsi qu'on le trouve dans les dissections; et, nous le répétons, notre description se base en tous points sur des recherches anatomiques très nombreuses et minutieuses, bien que nous ayons cru [illegible] faire, pour éviter des répétitions oiseuses, de fondre ensemble le résultat de celles-ci et de l'observation clinique.

Ténotomie; discours de M. Velpeau.

(Addition à la séance de l'Académie de médecine du 3 janvier.)

Voici l'extrait que nous avions annoncé du discours que M. Velpeau se proposait de prononcer avant la clôture de la discussion sur la ténotomie.

« . . . . . . Un argument que je ne puis qualifier est le suivant: semblant ignorer ce que je lui avais déjà rappelé quatre ou cinq fois sur le point de départ des méprises, de la confusion qui l'ont empêché de rien éclairer dans notre discussion, M. Goérin vient de parler encore de confusion étrange, de méprise extraordinaire, comme si de telles aberrations de jugement étaient venues de moi. Que ceux qui nous écoutent me permettent donc de remettre chaque chose en place. J'ai dit le premier que M. Guérin exagérait la valeur de la ténotomie de la main, et que les notions anatomiques aidées des faits connus m'avaient permis de proposer cette opération avant lui. Il a répondu que ses principes et sa doctrine lui permettaient de réussir là où d'autres échouent.

» Je lui ai demandé quels étaient ses principes et sa doctrine. Il a répondu: Nulle part.

» Je lui ai démontré qu'ils étaient dans le domaine commun de la science, et dans mon livre en particulier. Il s'est borné à nier ce double fait.

» Quand j'ai répliqué par de nombreuses citations de mon livre eu égard à la ténotomie, il n'a plus parlé de sa négation première, et, tournant la question, il vous a dit que ces doctrines étaient bien dans mon livre, en effet, mais qu'elles lui appartenaient,

» L'ayant laissé s'engager sur ce point, j'ai rappelé qu'il m'avait répondu étiologie quand je lui avais parlé ténotomie.

» J'ai dit que ce qui concernait la ténotomie était dans mou livre, et que l'étiologie dont il m'accordait de lui avoir parlé n'y était nullement discutée. Aujourd'hui encore vous l'avez entendu dire que confondant la téuotomie avec l'étiologie, j'avais réclamé pour moi les principes de la ténotomie et que ces principes sont tout dtfférents des siens, tandis que ce qu'il voulait de moi c'était la doctrine étiologique contenue dans mon ouvrage.

» Et c'est M. Guérin qui parle de méprise, de confusion!

laquelle cette femme est sujette l'explicaton de l'épanchement ascitique et de l'œdème des membres inférieurs. Il est possible qu'elle dépende de l'existence des tubercules mésentériques qui comprimeraient les vaisseaux principaux de l'abdomen, ou de l'état gras du foie propre aux phthisiques, on bien de ces deux causes réunies.

Quant à cette autre altération du foie qu'on appelle cyrrhose, et qui est souvent accompagnée de cet épanchement péritonéal, on pourrait bien aussi à la rigueur en soupçonner l'existence ; mais cette altération se montre rarement chez les tuberculeux.

Nous remarquons aussi chez cette malade l'absence de la diarrhée : c'est une autre particularité assez rare dans une phthisie aussi avancée. Sous ce double rapport, ce cas mérite de fixer l'attention.

Quelques jours après que M. Chomel nous avait entretenu de cette malade, elle a succombé, ainsi que, du reste, la période avancée de sa maladie devait le faire prévoir. Nous sommes maintenant à même, ajoute M. Chomel, d'expliquer d'une manière plus précise la cause des phénomènes morbides rares observés il y a deux jours, c'est-à-dire l'anasarque et l'ascite. Parmi les causes possibles de ces deux effets, nous avons signalé la compression des vaisseaux par des tubercules mésentériques ; l'autopsie nous a fait voir que les veines fémorales étaient oblitérées et le caillot qui les obliterait était d'une organisation récente ; il s'était formé probablement une semaine environ avant la mort.

Cette lésion n'expliquerait jusqu'ici que l'anasarque des jambes.

Pour l'ascite, nous avions pensé à l'existence du foie gras ou à celle d'une cyrrhose, cette dernière toutefois nous paraissant beaucoup plus douteuse. L'autopsie nous a fait voir un foie ferme, consistant, mais petit, ratatiné, un peu raboteux à sa surface ; en le coupant on trouve un tissu compact, on s'aperçoit que l'organe est moins épais, mais plus résistant qu'à l'état uormal ; il crie sous le scalpel ; en outre, en l'examinant attentivement, on remarque, surtout à sa surface extérieure, quelques points jaunâtres, et près des conduits biliaires les tissus sont d'une couleur jaune qui caractérise assez bien la cyrrhose.

Il y avait donc ici un commencement de cette affection, et il est très probable que c'était là la cause réelle de l'ascite observée pendant la vie. Il est bien vrai que la cyrrhose n'était que peu avancée chez cette malade, mais nous la croyons assez caractérisée pour la considérer comme la cause unique de l'ascite. Nous n'avons rien trouvé du côté des veines, et d'ailleurs l'altération de ces organes ne produit en général l'ascite que très tard.

On trouve aussi chez ce sujet une hypertrophie assez prononcée dans le ventricule droit du cœur, ce qui concourait à expliquer la formation de l'œdème des membres inférieurs. Quant à l'absence de la diarrhée, qui est pourtant si commune dans la dernière période de la phthisie, nous l'expliquerons encore facilement maintenant par l'absence de ces lésions intestinales que nous observons le plus souvent chez les phthisiques. Chez notre malade, il n'y avait effectivement point d'ulcères dans les intestins, pas même de rougeur inflammatoire, autre particularité qui concourt à rendre ce cas intéressant.

Pleurodynie. Sur la nécessité de combattre promptement et avec énergie les douleurs pleurodyniques, pour prévenir les accidens pleurétiques consécutifs.

Au n° 21 de la salle Sainte-Agnès est couché un jeune homme de vingt-trois ans, d'une constitution forte, exerçant la profession de tailleur. Il s'était toujours très bien porté, lorsque, il y a dix jours, dit-il, il fut pris tout à coup de douleurs vives au-dessus du mamelon du côté droit, qui l'obligèrent à cesser son travail. Le lendemain (le 1er décembre), malgré la persistance de ces douleurs, il se remit à travailler; mais il ne put supporter long-temps les fatigues de son ouvrage. Après avoir lutté vainement pendant trois ou quatre jours, il se décida à entrer à l'hôpital.

Interrogé sur les questions de savoir s'il s'était refroidi, s'il habitait une chambre froide et humide, si par hasard il ne se serait point endormi les croisées ouvertes, il nous a répondu négativement sur tous ces points. Il assure aussi n'avoir fait aucun effort, ni s'être livré à aucun excès de travail, ni de régime, n'avoir point reçu de coup sur la poitrine. Il était important d'insister sur tous ces détails, afin de nous éclairer sur l'étiologie de cette affection qui se présentait avec la forme et les apparences d'un rhumatisme. Le malade n'a, du reste, point de fièvre. L'appétit est un peu diminué; il a néanmoins toujours continué à manger à peu près la moitié des aliments ordinaires. Il y a un peu de constipation, suite probable de cette diminution dans l'alimentation. Le malade n'a point éprouvé de frisson au début; la chaleur de la peau est normale; le pouls bat 60 environ; point de céphalalgie; rien enfin d'anormal du côté du tube digestif. La douleur de côté est fixe dans le point que nous venons d'indiquer; elle augmente par les moindres mouvements, pendant la marche, pendant les efforts de toux, l'action de se moucher, etc. La marche est, en outre, suivie d'un peu d'essoufflement; mais cet essoufflement semble produit uniquement par la crainte d'augmenter la douleur en se livrant à des inspirations trop profondes. Du reste, la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal dans l'appareil respiratoire; seulement on trouve un peu de diminution dans le bruit respiratoire, du côté où siége la douleur, ce qui doit être attribué à la circonstance que nous signalions tout à l'heure. Lorsque l'on pince la peau, qu'on la soulève, ou qu'on presse sur la partie douloureuse, la douleur est augmentée; ce n'est point dans la peau même, mais dans les parties sous-jacentes que le malade accuse cet excès de sensibilité. Il était donc aisé de reconnaître à tous ces symptômes une affection rhumatismale bornée aux muscles pectoraux du côté droit, en d'autres termes, une pleurodynie.

Cette maladie semble au premier abord peu importante, et d'une médiocre gravité; d'autant plus que le malade nous affirme n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale avant l'invasion de cette douleur, et que ses parents non plus n'ont jamais été sujets à cette maladie. Cependant, malgré cette bénignité apparente, ces douleurs rhumatismales de la poitrine méritent toute notre attention. Quand elles persistent quelque temps, il est presque sans exemple que ces douleurs pleurodyniques aient une certaine durée, sans qu'il survienne intercurremment une pleurésie avec épanchement dans le côté correspondant à la douleur. Bien souvent cet épanchement se forme peu à peu d'une manière insensible, sans symptômes précurseurs bien évidents, et à l'insu en quelque sorte du malade et souvent du médecin lui-même. Il arrive très souvent que le médecin, ayant ausculté la poitrine du malade au début des douleurs pleurodyniques sans y rien trouver d'anormal, puis n'ayant plus songé à revenir à cet examen, il est fort surpris quelque temps après de trouver le malade essoufflé, gêné dans la respiration, et l'examinant alors de nouveau, de découvrir un épanchement pleurétique considérable. Il faudra donc, dans ce cas, ne point omettre d'examiner souvent la poitrine des malades, afin d'être de honne heure sur la trace des lésions consécutives qui pourraient se former.

La production des épanchements de la plèvre sous l'influence des douleurs rhumatismales de la poitrine, a une grande analogie avec les épanchements séreux qui se forment dans les synoviales des articulations, à la suite des rhumatismes articulaires, de ceux du genou ou du coude, par exemple. Ces deux espèces d'épanchement sont, suivant toute apparence, régies par une même loi. Ne négligez-donc point ces douleurs pleurodyniques, surtout lorsqu'elles se prolongent quelque peu ; traitez-les au contraire avec soin, avec promptitude, et même avec une certaine énergie selon les circonstances.

Il y a une autre espèce de pleurodynie accompagnée de fièvre. Dans ce cas, on est presque certain qu'une pleurésie va survenir consécutivement avec un épanchement. C'est alors surtout qu'il est important de ne point s'endormir dans une dangereuse inaction. Il faut agir énergiquement, pratiquer des saignées plus ou moins répétées, selon la force du sujet et l'intensité des symptômes ; car, je le répète, sans cela on s'expose à voir survenir une phlegmasie de la plèvre avec tous les accidents consécutifs de cette affection.

Dans le cas qui nous occupe, quoi qu'il n'y ait point de fièvre, comme la douleur est très aiguë, qu'elle tend à augmenter au lieu de décroître, nous ferons appliquer plusieurs ventouses scarifiées sur le point douloureux. Ce moyen réussit ordinairement très bien ; s'il ne suffit pas ici pour enrayer la douleur, nous aurons recours au vésicatoire et aux autres moyens indiqués dans cette circonstance.

Le 18 décembre, les douleurs n'ayant pas cédé aux ventouses scarifiées, on a fait appliquer sur le côté malade un vésicatoire qu'on a fait suppurer. Dès les premiers jours qui ont suivi cette application, les douleurs ont considérablement diminué. Maintenant elles ont entièrement disparu ; le malade ne se plaint plus que d'un peu de malaise et de gêne dans le côté, lorsqu'il fait quelques mouvemens, ce qui paraît tenir à la présence du vésicatoire même.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Péritonite bien caractérisée, généralisée, mais surtout sous-ombilicale. Cas assez grave.

Le nommé Charles Brunet, âgé de seize ans, limonadier, demeurant rue Traînée, 16, né à Paris, malade depuis quatre jours, est entré le 17 novembre dernier dans la salle Saint-Jean-de-Dieu, où il était couché au n° 17.

Ce malade, d'une constitution peu forte, d'un tempérament lymphatique, non vacciné, a été variolé dans son enfance. A Paris depuis quatre ans, il dit n'avoir jamais fait de maladie grave. Il y a quatre jours, il fut pris dans la soirée de coliques assez vives dans tout l'abdomen, sans nausée ni vomissements: un peu de sommeil dans la nuit. Les douleurs abdominales, devenues de plus et plus vives les jours suivants, persistèrent sans céphalalgie notable. Un peu de pesanteur de tête, quelques étourdissements et quelques bourdonnements d'oreilles; quelques vomissements le deuxième et le troisième jour, à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau tiède; quelques hoquets le troisième et le quatrième jour, et ce matin une selle très peu copieuse pour rendre un lavement; fièvre très intense, insomnie et agitation les trois derniers jours ; une épistaxis de quelques gouttes pendant les efforts de vomissement; sentiment de faiblesse assez marqué.

Alité depuis le début, il s'appliqua des cataplasmes émollients sur l'abdomen, prit des lavements, et hut pour tisane de l'eau sucrée. Un médecin, appelé dans la soirée d'hier, prescrivit une saignée qui ne produisit aucun soulagement. Son régime alimentaire a consisté, depuis le début, en un houillon et un peu de vin sucré.

» Si je ne craignais de le contrarier, je dirais qu'une pareille manière de discuter ne peut convenir à ceux qui cherchent sincèrement à s'éclairer, qui désirent connaître la réalité des choses.

» Passant à un autre argument, notre collègue s'est écrié : « Ponrquoi donc ces doctrines sur l'étiologie des difformités, que vous retrouvez partout, sont-elles restées tant de siècles dans l'ombre ? Pourquoi la ténotomie, dont personne ne voulait, s'est-elle si rapidement généralisée ? » Eh ! mon Dieu, par une raison très simple : l'étiologie des difformités par la contraction musculaire n'avait pas fait tant de bruit avant M. Guérin que depuis, parce que tout en l'admettant pour une certaine classe de difformités, personne n'avait eu la pensée de la considérer comme l'unique cause des déviations du squelette. Je sais bien que le langage de M. Guérin varie d'un instant à l'autre sur ce point. Ainsi, « c'est la cause de toutes les difformités essentielles congénitales et consécutives. » Dans un passage ailleurs les commissaires de l'Institut disent seulement que « l'auteur a présumé qu'il y avait là, etc....., a cru y trouver l'origine d'un certain nombre de difformités ; » si bien qu'en admettant cette dernière proposition on retombe dans la doctrine commune ; tandis que l'autre, qui est une exagération insoutenable, appartiendrait seule à M. Guérin. Cet orthopédiste a toujours semblé croire que l'opposition d'un auteur à une doctrine empêchait cet auteur d'en avoir parlé, de l'avoir exposée. Quant à la ténotomie, la prétention de M. Guérin ne passe-t-elle pas toute croyance ? Comment a-t-il le courage de dire au sein d'une Académie que cette opération ne s'est étendue, généralisée, que depuis qu'il a plu à M. Guérin de s'en occuper, quand on sait qu'il n'a pas publié uu mot sur elle avant 1838 ?

» Je m'étonne qu'il se soit mépris au point de nous montrer l'autre jour le plâtre d'un pied-bot comme preuve qu'il avait imaginé les principes de la ténotomie en 1836, et qu'il ait invoqué une phrase du rapport de l'Institut à cette occasion : en effet, il n'y a pas un mot de ténotomie dans ce rapport, et je défie M. Guérin de montrer par une ligne d'impression antérieure à 1838 qu'il avait là-dessus dit quelque chose de particulier.

» La ténotomie n'était point employée d'abord et s'est ensuite généralisée rapidement par un motif que j'ai déjà rappelé : les doctrines physiologiques des temps avaient établi que la section des tendons était dangereuse; loin de proposer cette sectiou, les chirurgiens devaient donc la redouter. Des faits se sont montrés, des chirurgiens ont osé agir, et bientôt on a vu que nos devanciers s'étaient trompés : on a constaté que par une incision sous-cutanée la section du tendon d'Achille ne détruisait pas les mouvements du pied et n'exposait à aucun danger. De là, on a conclu sans effort que partout où les tendons entretiendraient les difformités, il y aurait lieu de pratiquer la ténotomie. Il faut avoir les yeux couverts d'un voile épais ou des projets que je ne veux supposer chez personne, pour chercher ailleurs la cause, la raison de la grande extension qu'a prise la ténotomie dans l'espace de quelques années. Or, est-ce, oui on non, de 1830 à 1837 ou 38, époque pendant laquelle M. Guérin n'en a rien dit, que cette opération s'est ainsi généralisée ? . . . »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'incontinence d'urine par paralysie; par M. le Dr STEINBECK, de Brandeburg.

M. le docteur Steinbeck, appelé à donner des soins à deux femmes nouvellement accouchées et atteintes d'une incontinence d'nrine, pensa d'abord que cette affection provenait d'une fistule vésico-vaginale ; mais un examen attentif des parties lui démontra qu'il n'existait aucune solution de continuité. Il crut alors devoir rapporter la maladie à un état paralytique du sphincter de la vessie, état déterminé sans doute par la forte pression que la tête de l'enfant avait exercée sur cet organe avant et pendant la durée du travail de l'accouchement.

Partant de cette idée, il prescrivit l'usage de la poudre suivante :

Pr.	Poudre récente d'ergot de seigle,	20	centigramm.
	Poudre de cantharides,	1	id.

M. S. A.

A prendre toutes les trois heures une dose pareille.

En même temps, il fit pratiquer des frictions avec un liniment composé de teinture alcoolique de cantharides et d'une mixture oléoso-balsamique.

Sous l'influence de cette médication, la guérison fut obtenue dans l'espace de quelques jours.

M. Steinbeck eut occasion de traiter une affection analogue chez trois vieillards qui avaient été atteints antérieurement de fluxions hémorrhoïdales. Chez ces sujets un refroidissement subit avait produit l'incontinence d'urine : deux d'entre eux avaient été déjà soumis à plusieurs traitements variés par différents médecins, et cela sans aucun succès. M. Steinbeck prescrivit à tous les trois la potion ci-après :

Pr.	Seigle ergoté,	2	grammes.
	Eau commune,	190	id.

Faire bouillir pendant cinq ou six minules, et ajouter

	Feuilles de belladone,	1	gramme.

Laisser infuser en vase clos jusqu'à refroidissement ; passer et ajouter à la colature :

Acide phosphorique médicinal,	8	grammes.
Extrait de noix vomique,	25	centigramm.
Sirop de manne,	30	grammes.

M. et F. S. A. une potion.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'état des malades s'améliora promptement, et au bout de quelques jours la potion ci-dessus fut remplacée par la mixture suivante :

Pr.	Extrait de belladone,	20	centigramm.
	Extrait de noix vomique,	30	id.
	Acide phosphorique médicinal,	30	grammes.

M. et F. S. A.

A preudre, trois fois par jour, 15 gout. dans une tasse d'eau sucrée.

On termina le traitement par l'emploi des toniques associés aux stimulants et aux aromatiques.

Deux de ces malades, âgés, l'un de soixante-huit ans, l'autre de soixante-quatorze ans, sont tout-à-fait bien portants depuis cette époque. Le troistème a été perdu de vue par M. Steinbeck.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 46.)

Emploi externe de l'huile de croton contre l'enrouement; par M. le docteur TRUSEN, de Posen.

L'enrouement, qui existe comme symptôme de l'angine laryngée et trachéale, apparait fréquemment d'une manière idiopathique, par exemple à la suite de grands efforts souvent répétés du larynx, comme chez les chanteurs, les orateurs, etc., ou chez des sujets vivant dans une atmosphère chargée de poussière; elle se montre aussi consécutivement dans les périodes avancés de la fièvre typhoïde, spécialement du typhus abdominal.

Dans l'un comme dans l'autre cas, aucun moyen n'a, d'après les expériences multipliées des praticiens, offert plus d'efficacité que l'huile de croton employée à l'extérieur par voie de friction. On emploie cette huile à la dose de cinq à dix gouttes pour chaque friction, que l'on pratique sur la région du larynx, en ayant soin d'en borner l'application à une surface très restreinte, parce que l'éruption pustuleuse qui en résulte s'étend ordinairement beaucoup au-delà du point frictionné et atteint, surtout chez des femmes à peau très impressionnable, la face ou le sein, cause alors de vives douleurs et laisse après elle d'horribles cicatrices. Il faut donc s'attacher, avant tout, à ne laisser se développer qu'une éruption très modérée et égalant à peine le volume des grains de millet : il faut également ne pas réitérer les frictions avant que l'éruption déjà produite ne commence à se dessécher.

Le commencement de l'amélioration s'annonce ordinairement par un accroissement de l'expectoratiou; la voix ne revient que plus tard.

L'effet laxatif du médicament n'est pas à craindre avec ce mode d'emploi ; car, d'après M. Trusen, on ne l'a jamais observé, même après un emploi long-temps continué. Néanmoins, en raison de son action très énergique, il est utile, lorsqu'il s'agit d'enfants ou de femmes irritables, de lui associer une huile grasse.

(*Hufeland's Journal*, 1842.)

Il attribue sa maladie à une indigestion, mais il ne donne aucun détail qui puisse faire présumer que telle soit la cause de sa maladie.

A son entrée le visage est pâle, anxié ; le malade pousse des gémissements continuels. Les lèvres sont sèches, l'haleine très fétide ; la langue est un peu sèche aussi, saburrale, d'un rouge rosé sur les bords ; la bouche mauvaise, la soif peu vive ; inappétence, ni nausées, ni vomissements, ni hoquet. Le ventre, un peu developpé dans la région ombilicale, rénitent, est d'une sensibilité excessive, et la moindre pression détermine des douleurs très vives et arrache des cris au malade. La résonnance est tympanique dans tout l'abdomen, si ce n'est dans la région iléo-cœcale, où le son est un peu mat. Une selle liquide ce matin, peu abondante, à la suite du lavement. Le foie est dans ses limites normales ; l'excrétion de l'urine un peu douloureuse.

Le pouls est à 108, médiocrement développé, serré, régulier. Rien de notable au cœur ; la résonnance et la respiration sont bonnes en avant ainsi qu'en arrière ; la respiration est seulement un peu faible et saccadée. Du reste, ni céphalalgie, ni étourdissements, ni tournoiements de tête. Température abdominale à 37 degrés ; un peu de refroidissement des extrémités.

Le malade est venu en voiture à l'hôpital. Saignée de 3 palettes et demie ; 40 sangsues conditionnelles.

Le 18 novembre au matin, il se trouve un peu mieux ; les douleurs de ventre ont sensiblement diminué. Le visage est pâle ; le pouls à 96-100, médiocrement résistant. Nulle part de sentiment de froid ; les mains chaudes comme le reste du corps ; les traits n'expriment aucune souffrance actuelle bien vive ; langue molle, humide ; ni nausées, ni vomissements. Dans la nuit, 40 sangsues, dont 37 ont pris, ont été appliquées et ont saigné depuis dix heures du soir jusqu'à cinq heures du matin : le soulagement s'est déclaré à la suite de cette saignée locale. Ventre un peu développé, douloureux, d'une résonnance gazeuse partout, excepté dans la région sus-pubienne, où elle est matte, à cause de la distension de la vessie. Pas de douleurs ailleurs qu'au ventre ; pas de selles depuis l'entrée.

La saignée n'a pas très bien coulé ; caillot de consistance ferme, semi-glutineuse, recouvert d'une couleur verdâtre.

Saignée de 2 palettes et demie ; ventouses scarifiées à la région sous-ombilicale, 2 palettes et demie ; fomentations avec guimauve et pavot sur l'abdomen ; solution de sirop de gomme, 2 pots ; solution de sirop de groseilles, 2 pots ; lavement émollient ; diète.

Le 19 novembre, le malade se trouve beaucoup mieux ; les douleurs sont bien moins vives, quoique non entièrement disparues ; la chaleur est modérée, le pouls à 76-80, passablement développé. Le ventre est évidemment bien moins développé que la veille, bien moins sensible à la pression, avec de la rénitence seulement vers les deux fosses iliaques, surtout à droite, où la résonnance est plus claire. La langue est humide, molle, plutôt pâle que rouge ; un peu de sommeil.

Le caillot de la saignée, fortement rétracté, recouvert d'une couenne inflammatoire très prononcée.

La sérosité des ventouses peu ou point rougie ; rondelles de consistance moyenne. Saignée additionnelle, 2 palettes ; solution de sirop de groseilles, 1 pot ; fomentations narcotico-émollientes sur l'abdomen ; lavement avec huile d'amandes douces, 60 grammes ; diète.

A la visite du 20 novembre, ce malade se sent très bien. Une légère recrudescence étant survenue dans la soirée d'hier, a nécessité la saignée de 2 palettes, qui a donné un caillot épais recouvert d'une couenne dense. La chaleur est à peu près normale ; le pouls à 84, faible, fluctuant. Le ventre est sensiblement affaissé, encore un peu tendu dans le flanc droit, où la résonnance continue à être moindre qu'ailleurs ; une seule selle après le lavement ; les urines, assez bien. Un vésicatoire camphré sur le flanc droit ; solution de sirop de gomme, 2 pots ; orge et chiendent, sirop de groseilles, 1 pot ; lavement émollient ; diète.

Le 21 novembre, le malade se trouve bien ; les douleurs de ventre sont à peu près complètement dissipées ; le sommeil est assez bon ; la chaleur modérée, un peu moite ; le pouls à 88 - 92, excitation qui peut être en partie l'effet du vésicatoire, qui a été pansé, il y a peu de temps au milieu de souffrances assez vives. Une seule selle ; langue bonne. Le malade a éprouvé des envies plus fréquentes d'uriner et des douleurs en urinant. Même prescription ; sécher le vésicatoire.

Le 22 novembre, ce malade se trouve de mieux en mieux ; les douleurs sont tout à fait passées ; le sommeil est tranquille ; le pouls, à 76-80 ; la chaleur normale ; le ventre affaissé et aplati. Convalescence commençante. Solution de sirop de gomme, 1 pot ; orge et chiendent, sirop de gomme, 1 pot ; émulsion, 30 gram. ; lavement, 1 bouillon.

Le 23 novembre, il continue à bien aller et ne ressent dans le ventre que la douleur du vésicatoire ; chaleur normale ; pouls à 72 - 76 ; ventre complètement affaissé. Même prescription : 2 bouillons ; 1 potage.

Le 24 novembre, il va tout à fait bien ; le ventre est souple, indolent. Une portion, poulet.

Le 28 novembre, il est bien guéri et mange trois portions.

Le 23 décembre, le malade, après une convalescence qui fut sans accidents, demande sa sortie.

On avait, dans ce cas, à traiter un individu faible, lymphatique, presque scrofuleux, dans des conditions défavorables aux émissions sanguines, atteint d'une des maladies les plus graves, une de celles qui font, avec la fièvre entéro-mésentérite typhoïde et un grand nombre d'autres affections, le désespoir des médecins. Parfaitement diagnostiquée au moment de l'entrée, on appliqua à la péritonite générale un traitement proportionné à son intensité et aux forces du sujet.

Les esprits oscillent encore aujourd'hui incertains sur la thérapeutique de la phlegmasie du péritoine, et s'ils reconaissent, pour la plupart, l'utilité des évacuations sanguines, ils abandonnent bientôt, après une ou deux saignées, ou générales ou locales, la guérison soit aux frictions mercurielles, soit à l'opium et quelques autres médicaments, dont leur expérience et l'incertitude dans laquelle ils sont tombés a démontré l'insuffisance.

La longue et sévère expérience de M. Bouillaud, ses succès nombreux, journaliers, dans toute espèce de phlegmasie ; l'analyse et la catégorisation des cas, qui lui permet de doser d'une manière exacte, quoiqu'on trouve que ce soit avec peu de logique, dans un cas de gravité donnée, pour la classification duquel entrent comme éléments et les indications propres à la maladie et celles qui appartiennent aux malades, le nombre d'émissions sanguines à pratiquer et la quantité de sang à enlever, lui ont indiqué les modifications que devait subir sa formule, dans la dose de sang à retirer par chaque saignée et dans le nombre de saignées pour chaque jour, ponr s'adapter à cette individualité morbide. Le succès a démontré s'il a calculé juste.

Sous l'influence de l'administration des émissions sanguines générales et locales, en effet, les symptômes généraux et locaux de la péritonite diminuent d'une manière très notable, et on peut suivre cette diminution progressive à mesure qu'elles sont pratiquées.

Résumons en quelques mots le traitement : Une saignée de trois palettes et demie a été faite au moment de l'entrée, et l'intensité des symptômes, qui était telle qu'on craignait une issue fatale, fit ajouter une prescription conditionnelle de sangsues, s'ils ne diminuaient pas d'une manière suffisante après la saignée du bras. L'application des sangsues eut lieu dans la nuit, et fut suivie d'un soulagement manifeste. Le lendemain, à sa première visite, M. Bouillaud ne prescrivit, vu l'organisation chétive du malade, que deux émissions sanguines, une saignée de deux palettes et demie et des ventouses, deux palettes et demie. Le lendemain, 19 novembre, l'amendement était tel qu'on crut pouvoir se dispenser du coup de grâce ordinaire des phlegmasies par cette formule, d'une dernière saignée comme couronnement du traitement ; mais une légère excitation du pouls et quelques hoquets dans la soirée firent craindre une récrudescence et pratiquer la saignée qui avait été prescrite conditionnellement le matin. De ce moment la péritonite fut enrayée dans sa marche et un vésicatoire camphré sur le flanc droit, où existait un peu de tension et une résonnance moindre qu'ailleurs, en fit disparaître jusqu'aux moindres traces. La convalescence était franche le cinquième jour de l'entrée. Somme toute, 12 palettes de sang ou à peu près (1 kilogr. 1/2), tirées dans l'espace de quatre jours par six saignées, en tenant compte de celle qui fut faite en ville ont donc suffi, avec le vésicatoire et les boissons délayantes, pour faire avorter une des inflammations les plus graves et les plus inévitablement fatales. Nous doutons, et à juste raison, que dans un cas aussi grave, on ait obtenu, par toute autre médication, une guérison aussi prompte et aussi complète. Ces faits se présentent souvent chez M. Bouillaud et dans une analyse de quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, traités par la formule des saignées coup sur coup du pofesseur de la Charité, nous pourrons démontrer, n'eussions-nous que son passé tout entier, l'heureuse influence de cette méthode de traitement et sa supériorité sur les autres, non seulement dans la péritonite, le rhumatisme, mais dans toutes les phlegmasies. Ces observations suffiront, avec les guérisons nombreuses dont la publication a eu lieu, pour fixer l'esprit des praticiens sur le traitement de la péritonite et des phlegmasies en général, par une formule à l'épreuve de l'expérience et du temps.

H. L.

— Depuis l'an 1640, qu'un hospice des enfants trouvés existe à Paris, le nombre des enfants qui ont été abandonnés en moyenne, par année, a été d'environ 3,160.

De 1640 à 1665 il a en été déposé		9,002
De 1665 à 1689	—	19,374
De 1689 à 1714	—	47,448
De 1714 à 1739	—	56,216
De 1739 à 1764	—	104,041
De 1764 à 1789	—	153,839
De 1789 à 1813	—	103,940
De 1813 à 1835	—	125,310
Total pour 195 ans,		617,170

— M. Delestre commencera, le lundi 16 janvier, un nouveau cours clinique, théorique et pratique des affections des dents ; tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves. — Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches. — Quai Conti, 5.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 5, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 11 JANVIER.

Les erreurs sur le pronostic des plaies des tendons, des plaies par instruments piquants; ces erreurs une fois complètement dissipées, les phénomènes des plaies sous-cutanées étant plus généralement connus, l'anatomie des cicatrices tendineuses étant aussi très bien étudiée, on se livra avec ardeur aux opérations sous-cutanées. Non-seulement les tendons, mais les muscles, les nerfs même, furent coupés. On n'opéra pas seulement pour des rétractions permanentes des muscles, mais pour des états convulsifs, névralgiques de presque toutes les parties du corps. Cependant les opérations pratiquées sur les tendons, sur les muscles, et pour des rétractions permanentes de ces organes, ces opérations fournirent les plus beaux résultats. La ténotomie suivit partout la rétraction; mais c'est surtout aux membres, et aux membres inférieurs, qu'elle devait se montrer avec tous ses avantages. Le tendon d'Achille était l'organe qui se prêtait le mieux aux succès de la ténotomie. C'est sur lui, en effet, que les premiers essais ont porté. Le volume de ce tendon, les rétractions énergiques des muscles du mollet, rendaient les machines souvent impuissantes, surtout à un âge un peu avancé. La ténotomie devait donc être le plus souvent préférée, et dans certains cas on devait la pratiquer même avant l'emploi des machines. De la section du tendon d'Achille à celles des autres tendons qui vont au pied et qui contribuent à former des variétés du pied-bot, il n'y avait pas loin; on compléta donc l'opération proposée pour la cure de cette difformité, en coupant les péroniers, les jambiers, etc. Du pied on alla au jarret; enfin on attaqua, au membre inférieur, à peu près tous les organes actifs de la locomotion. On conçoit les avantages de la ténotomie de ce membre; car ici la restitution de la forme est déjà un résultat fort avantageux; car c'est la station, la marche, qu'il faut assûrer. Or, une plus ou moins grande perfection dans la cicatrisation du tendon coupé n'altère pas manifestement ces deux fonctions.

Mais après avoir attaqué le membre inférieur, la ténotomie a voulu avoir raison des difformités du membre supérieur, et surtout de celles de la main et des doigts. Ici sa puissance devait être moins évidente, tandis que celle des machines se prononcerait davantage. En effet, la restitution de la forme ne suffisant pas, il fallait rétablir les fonctions avec leur précision, leur délicatesse. La main, et surtout les doigts, ont un jeu, des mouvements dont la délicatesse exige une régularité extraordinaire de la part des agents. Ici une cicatrice étendue, un nodus volumineux, la moindre adhérence, peuvent singulièrement compromettre les succès de la ténotomie. Et remarquez combien les circonstances locales sont peu favorables. Voyez combien les tendons sont loin de se trouver dans le cas du tendon d'Achille. Ici il est parfaitement isolé des muscles et des autres tendons; sa gaîne est complètement calleuse, c'est-à-dire, dans les conditions les plus favorables à une réparation régulière. Au poignet, à la main, on ne trouve pas le même isolement de tendon, une gaîne aussi favorablement organisée pour la réparation. Les palmaires, le cubital antérieur, sont le mieux partagés sous ce rapport; aussi nulle opposition quand il a été question de savoir si la ténotomie pouvait être ici suivie du rétablissement des fonctions. Mais il n'en a pas été de même quand il s'est agi des fléchisseurs des doigts; car les tendons se trouvaient dans des conditions très peu favorables à la réussite. En effet, leurs rapports peuvent nuire à la réunion des bouts divisés, ou rendre la cicatrice adhérente à d'autres tendons, aux os mêmes. Ainsi, au poignet, à la main, sur la première phalange, il y a de telles intimités dans le rapport du fléchisseur superficiel et du profond, que la section d'un tendon appartenant au premier muscle, peut compromettre un ou plusieurs tendons appartenant à l'autre muscle. Cette proximité des tendons des deux fléchisseurs qui les expose à être simultanément divisés, quand on veut en faire la section séparée, cette proximité doit avoir encore l'inconvénient de faire adhérer la cicatrice du tendon divisé avec celui qui ne l'a pas été. On comprend que ces circonstances qui, au pied, à la jambe, ne sauraient avoir de grands inconvénients, peuvent être ici d'un grand préjudice; car il ne s'agit pas seulement, à la main, aux doigts, de rendre les formes, mais de rétablir les mouvements avec leur agilité, leur délicatesse.

Une nouvelle difficulté se présentait encore. On conçoit l'importance de la gaîne celluleuse dans les réparations tendineuses; à la main, cette gaîne devient fibreuse, puis, en avançant vers les doigts, elle est fibro-synoviale et elle est même, en partie, osseuse. On conçoit tous les changements que doivent apporter au mode de réparation des tendons ces nouveaux rapports. Il y a loin d'un tendon des doigts au tendon d'Achille, lequel est si bien isolé, si bien doublé par une tunique éminemment réparatrice. Aussi des chirurgiens n'ont pas craint de nier la réunion des deux bouts des tendons des doigts, comme on a nié la réunion des deux bouts du col du fémur fracturé. Pour certains pathologistes, comme il n'y a pas de réunion à la suite de la fracture intra-articulaire que nous venons de citer, il n'y a pas de réunion entre les deux bouts des tendons que nous appellerons intra-synoviaux.

Comme pour les fractures du col du fémur, il fallait s'adresser aux faits pour résoudre cette question; car tous les discours académiques ne valent pas un fait dans une question de faits. C'était là l'opinion de M. Blandin et le motif de son silence obstiné.

Disons d'abord que la plupart des académiciens admettaient parfaitement cette réunion; M. Velpeau disait même avoir été un des premiers à l'obtenir. Cependant des faits contraires étaient énoncés; ils appartenaient à des opérateurs habiles, tels que Dieffenbach, Stromeyer, etc.; de plus, des expériences sur les chiens avaient été tentées, et ces expériences paraissaient confirmatives de ces faits. La ténotomie faite au poignet, à la main, aux doigts (chez des chiens) avait produit des cicatrices vicieuses faisant adhérer plusieurs tendons entre eux et ceux-ci aux os, enfin des bouts tendineux aux doigts ne s'étaient pas réunis entre eux. On a répondu, ce qui est très vrai, que tous les faits négatifs possibles ne pouvaient jamais détruire un seul fait positif, et la démonstration de celui-ci accusait singulièrement les procédés opératoires ou la main de l'opérateur dans les cas de non réussite. Cet argument a une portée qu'il ne faut pas exagérer, surtout quand on sait que l'expérimentateur est habile et que les bons procédés sont parfaitement connus de tous les chirurgiens. M. Blandin encore ici s'est montré plein de sens quand il a dit que les expériences faites sur les chiens n'avaient pas été assez nombreuses, et qu'on s'était trop hâté de sacrifier les animaux pour connaître l'état des parties. Il est probable qu'en multipliant les expériences, on aurait obtenu des résultats analogues à ceux dont parlent MM. Velpeau et Guérin, et que, par le temps, les adhérences dont fait mention M. Bouvier auraient été moins puissantes et auraient rendu plus libres les mouvements du tendon sur lequel l'opération avait été faite.

Ici serait la place des observations des deux femmes montrées à l'Académie par M. Jules Guérin, et sur l'état desquelles se sont élevées des opinions contradictoires, qu'un rapport officiel aurait peut-être mises d'accord. Mais cet article devant se terminer avec ce qu'il y a eu d'exclusivement scientifique dans la discussion, nous nous arrêterons ici. Pour nous, la ténotomie est une opération qui restera; au membre inférieur elle rendra de grands services, là où les machines sont souvent impuissantes. Au poignet, à la main, aux doigts, les machines ayant beaucoup plus de puissance, et la ténotomie moins de perfection, on devra tenter avant tout l'orthopédie mécanique. Quant au point le plus limité de la discussion, savoir si les tendons *intra-synoviaux* se réunissent quand ils ont été coupés, nous dirons que nous croyons à la possibilité de cette réunion, comme à la possibilité de la réunion de la fracture intra-capsulaire du col du fémur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'orchite blennorrhagique sans épanchement de liquide dans la tunique vaginale.

Le malade couché au n° 27 est entré à l'hôpital depuis une quinzaine de jours pour un rétrécissement de l'urètre. L'introduction des bougies s'est faite sans aucune difficulté, et après quatre à cinq jours une grosse sonde a pu être fixée sans que le malade accusât une grande gêne. Un écoulement est survenu, et la sonde ayant été retirée, le testicule s'est gonflé, est devenu douloureux; en un mot, nous avons vu survenir une orchite aiguë.

De ce fait, il est possible de faire ressortir plusieurs considérations intéressantes sur l'orchite en général, et sur ce cas en particulier.

D'abord, on peut établir que ce que nous voyons ici n'est point chose rare chez ces sujets; ensuite l'expérience démontre que l'orchite est une affection commune à toutes les autres maladies des organes génito urinaires, et qu'on la voit survenir à la suite de l'opération de la taille, de la cautérisation prostatique, du rétrécissement, du catarrhe de la vessie, de la blennorrhagie, de la lithotritie, du cathétérisme, etc. Il n'est certes pas difficile de se rendre compte comment les choses se passent dans tous ces cas; on comprend sur-le-champ que l'orchite ne se montre alors que par suite d'une irritation voisine des canaux éjaculateurs, sur le vérumontanum, irritation qui va gagner ces canaux eux-mêmes et se propager jusqu'à l'organe auquel ils se rendent; que d'ailleurs cette irritation reconnaisse pour cause première le passage d'une sonde, une incision, une cautérisation, l'inflammation blennorrhagique, prostatique, il est évident que cela reviendra absolument au même, et que le résultat sera identique malgré la diversité de ces causes. Aussi, quelles qu'elles soient, quand l'inflammation aura résidé un certain temps sur les côtés du vérumontanum, les conduits éjaculateurs pourront se prendre, et l'épidydime ne tardera pas alors à devenir douloureux.

De ceci il ressort cette particularité, que l'orchite pouvant prendre sa source dans toutes les irritations endémiques ou pathologiques des organes génito-urinaires, il vaut infiniment mieux lui donner le nom d'orchite urétrale de préférence à celui d'orchite blennorrhagique, qui ne rappelle à l'esprit qu'une seule des causes capables de la produire.

L'orchite urétrale dépendant de causes variées, comme nous l'avons dit, a été étudiée de nos jours sous un autre point de vue que sous celui du gonflement du testicule; on l'a observée sous le rapport de l'épanchement dans la tunique vaginale qui l'accompagne dans un grand nombre de cas, et l'on a voulu même, à cause de cela, lui donner le nom de *vaginalite*. M. Rochoux souleva une discussion, il y a une dixaine d'années, dans laquelle il prétendit que cet épanchement existait constamment, et que c'était à lui qu'était dû en grande partie le gonflement qu'on observe dans l'orchite: on lui prouva qu'il se trompait; il convint que l'épididyme se tuméfiait, mais il soutint que le reste n'était autre chose que du sérum. On a voulu encore donner à l'orchite le nom d'épidydimite; mais, outre que ce nom est difficile et dure, pour ne rien dire de plus, il a le désavantage plus sérieux de n'être point exact, car le gonflement que nous connaissons sous le nom d'orchite n'est certainement pas constitué seulement par la tuméfaction de l'épididyme; tantôt, en effet, il y a gonflement de l'épididyme et épanchement de sérum dans la tunique, tantôt épanchement et gonflement du testicule; d'autres fois gonflement seul sans épanchement. Pour ces différentes raisons, le nom d'orchite est, comme on le voit, plus convenable que les deux précédents, puisqu'il veut dire tout simplement inflammation du testicule; au moins cela ne donne lieu à aucune espèce d'erreur.

Le malade qui fait le sujet de ces courtes considérations, nous offre un exemple précieux et digne d'attention. Le gonflement du scrotum a évidemment chez lui sa cause dans l'urètre. Cet homme était affecté d'un rétrécissement; on lui passe des bougies; une sonde d'un gros calibre est laissée à demeure pendant quelque temps; il survient une blennorrhagie; le testicule ne tarde pas à se prendre, la fièvre survient; la douleur est vive; enfin, nous trouvons là tous les symptômes d'une orchite bien caractérisée.

Or, cet homme nous présente le cas d'une tumeur formée par le testicule; il n'y a pas plein une cuillère à café de sérum épanché, et cela était ainsi dès les premiers jours.

Voilà par conséquent un sujet qui est certainement affecté plutôt d'une orchite véritable que d'une épididymite ou d'une vaginite, et voilà aussi un cas très concluant pour démontrer que dans l'orchite urétrale, le testicule est susceptible de gonflement. M. Rochoux se fondant sur ce que dans l'orchite blennorrhagique le gonflement est considérable en quelques jours, avait nié la possibilité du gonflement du testicule lui-même; rapprochant la tunique albuginée de la membrane analogue de l'œil, il avait conclu que ces tuniques étaient trop résistantes pour permettre une tuméfaction aussi rapide et aussi considérable, et il avait pensé que, puisque cela n'arrivait pas pour la sclérotique, par analogie cela devait être impossible pour le testicule, et il reconnaissait comme cause des douleurs violentes qui accompagnent l'inflammation du testicule, cette impossibilité même où se trouvait la tunique de se laisser distendre.

Malheureusement ce sont là des idées théoriques qui ne résistent pas à l'examen pratique. D'ailleurs, même en théorie, on peut contester l'analogie qu'on dit exister entre l'œil et le testicule; ce premier organe est d'une contexture si délicate, on y trouve des nerfs en si grande quantité, eu égard à son volume, que cette organisation même suffirait pour rendre raison des douleurs violentes dont il est le siége quand l'inflammation s'en empare, sans recourir à l'explication de M. Rochoux. Que la distension de la sclérotique soit pour quelque chose dans ces douleurs, nous l'accordons volontiers, cela, en effet, n'est point impossible; cependant, il est des maladies dans lesquelles cette distension s'effectue sans trop de douleur, et, d'un autre côté, on ne peut nier que, dans les cancers du testicule, cet organe soit susceptible d'acquérir un volume énorme, ce qui suppose une grande distension de la tunique

albuginée. Or, on sait que le sarcocèle peut être d'une dimension considérable sans avoir causé des douleurs extrêmement vives. Il y a encore à ajouter d'ailleurs que la densité des deux tuniques n'est pas la même, et si l'on veut chercher la cause des douleurs aiguës qui accompagnent l'orchite, on la trouvera probablement dans la délicatesse même du testicule.

Résumant l'étiologie de l'orchite urétrale, on voit que cette maladie peut naître sous l'influence de causes fort diverses, mais qui pourraient se classer en deux ordres, les causes externes et les causes internes.

Quant à la marche de l'orchite aiguë, l'inflammation née d'une cause quelconque est transportée par le canal déférent dans l'épididyme, puis dans le testicule, et il arrive souvent alors qu'il y a exhalation de la tunique vaginale, comme cela a lieu pour la plèvre dans les cas de pneumonie rapprochée de la surface du poumon. C'est ainsi que, d'ordinaire, marchent les choses jusqu'au moment où le testicule devient douloureux.

Mais, ce qu'il y a de fort important, c'est qu'on peut distinguer par la palpation, les orchites les unes des autres.

Dans l'orchite urétrale il y a, par exemple, dans le commencement deux tumeurs, une en arrière dure, bosselée, inégale, formée par l'épydidime ; l'autre au-devant plus régulière, plus molle, plus élastique, constituée par le testicule. Cette dernière, par les caractères qu'elle présente, peut facilement induire en erreur en faisant croire á un épanchement de sérum, alors même qu'il n'existerait pas ; enfin on trouve aussi un épanchement plus ou moins considérable dans la tunique vaginale. Dans cette espèce, la moins grave, quoique la plus aiguë, la guérison ne se fait pas attendre plus de quinze à vingt jours, elle peut même ne durer qu'une dixaine de jours, si l'on a le soin de pratiquer deux ou trois piqûres avec une lancette, ainsi qu'on le voit faire ordinairement à M. Velpeau. Il y a certainement quelques exeptions aux limites que nous posons, mais elles sont exactes en général.

L'orchite, qui est le résultat du passage ou du séjour d'une sonde dans l'urètre, celle qui survient parfois chez les lithotritiés, ne dure guère que de quatre à six jours, mais il n'en est pas de même de celle qui a pour cause un écoulement, des tubercules, une maladie de la prostate, la durée est alors singulièrement variable et nous devons dire que les piqûres, dont l'effet est si prompt et si heureux dans l'espèce ci-dessus, ne sont pas d'un grand secours dans ces sortes de cas. Cela se conçoit du reste, car c'est précisément dans ces dernières variétés que l'épanchement de sérum est peu considérable. La tumeur est ordinairement formée plutôt par le testicule que par l'épididyme ou l'épanchement, contrairement à ce qui a lieu dans les autres.

Dans le cas actuel, on peut observer le fait que nous signalons, la tumeur est formée, presque en totalité, par le testicule ; la portion de sérum épanchée est très minime ; il semble qu'il y ait là un travail profond, parenchymateux, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Une saignée générale et locale, des topiques émollients auxquels succèderont quelques résolutifs légers quand la période aiguë va être passée, tel est l'ensemble des moyens à employer contre cette affection.

Nécrose du bord alvéolaire droit inférieur. Ablation avec des tenailles incisives substituée à l'amputation partielle du maxillaire inférieur.

Une femme qui a été opérée ces jours derniers, portait, sur le bord alvéolaire du côté droit du maxillaire inférieur, une tumeur rougeâtre, livide, fongueuse, une sorte de cancer ayant très probablement sa racine dans le fond de l'alvéole. En présence de cette tumeur, il fallait se décider à emporter une portion de l'os ; mais M. Velpeau, au lieu d'enlever un segment de mâchoire avec la scie, pensa qu'il serait possible de pratiquer cette opération sans faire de plaie à l'extérieur, au moyen d'une tenaille incisive dont les tranchants emporteraient d'un seul coup et l'os et la tumeur. Cette pratique avait l'avantage de substituer à une amputation, une sorte d'arrachement de dents qui ne devait entraîner ni suppuration, et par conséquent aucune crainte de nécrose, ni fièvre très probablement. Il est vrai que c'est une opération qui peut passer pour assez désagréable, quant au chirurgien ; mais comme elle est très simple, et que d'ailleurs les résultats doivent être satisfaisants pour le malade, la considération précédente doit être complétement négligée.

Tout ce qui avait été prévu a pu être observé sur cette femme ; il n'y a point eu de fièvre, et le morceau d'os est parfaitement sain au-dessous de ce qui a été enlevé.

Aujourd'hui il s'agit d'un homme qui porte dans le même lieu, sur le bord alvéolaire inférieur du côté droit, une tumeur qui date de six à dix mois et dont l'origine est obscure, mal connue. Les détails que nous donne ce malade sont peu certains, il n'est pas très sûr de l'époque à laquelle est apparue sa tumeur ; cependant voici ce que nous avons pu recueillir.

Il y a huit ou dix mois, cet homme éprouva une douleur dans le côté droit de la mâchoire ; il assure qu'il n'avait point de dents gâtées à cette époque ; il survint un gonflement assez considérable qui, pendant plusieurs mois, forma une tumeur dont la terminaison fut une collection purulente. S'étant fait enlever une dent pendant que cette tumeur existait, le pus, à ce qu'il dit, se fit jour dans le trou laissé par l'avulsion de cette dent. La douleur cessa complétement alors. Aujourd'hui cet homme a le teint pâle, sans présenter pourtant cette coloration jaunâtre, indice de la cachexie cancéreuse. Il paraît qu'il eut aussi dans le commencement de sa maladie de l'engorgement sous la mâchoire, mais il a complétement disparu ; on ne trouve aucune trace d'empâtement, aucune dégénérescence des tissus. Entre les incisives et les molaires du bord maxillaire inférieur du côté droit, se fait remarquer une échancrure due à l'absence de plusieurs dents enlevées ; c'est dans cet endroit qu'on fait sourdre du pus par une légère pression ; on y voit aussi une plaque dure, grise, qui n'est autre chose qu'une portion d'os mortifié, nécrosé : on pourrait prendre ce morceau d'os pour une vieille racine de dent, si l'on n'y distinguait des alvéoles qui ne permettent pas de mettre en doute la nécrose d'une partie de la mâchoire. En examinant avec attention, on peut s'assurer encore que ce n'est point de l'alvéole que sort la suppuration, selon la croyance et le dire du malade ; mais on voit très manifestement le pus glisser entre la gencive et l'os lui-même.

M. Velpeau s'en est, du reste, assûré plus directement encore ; il a glissé un stylet dans le lieu que nous venons d'indiquer, et il a rencontré une portion d'os faisant partie de la mâchoire complètement dénudée. Jusqu'à quelle profondeur va cette dénudation ? Il n'est pas possible de répondre précisément à cette question ; tout ce que l'on peut dire, c'est que malgré la profondeur encore assez considérable à laquelle peut pénétrer le stylet, la maladie de l'os ne va probablement pas jusqu'au tissu maxillaire ; car rien n'indique la mortification du maxillaire inférieur en ce point.

S'agit-il ici d'une nécrose simple ou d'une affection cancéreuse avec complication de nécrose ?

Ce diagnostic est d'autant plus essentiel à établir qu'il doit être suivi d'un pronostic tout à fait différent selon l'un ou l'autre cas. Si la nécrose est simple, l'opération sera simple et les suites peu dangereuses. On sait quelles conséquences funestes entraînerait l'affection cancéreuse.

Essayons donc d'éclairer cette question.

Les cancers de la mâchoire débutent ordinairement par l'apparition de quelques végétations avant qu'aucune douleur ne se fasse sentir, ou bien alors c'est une douleur profonde qui peut être suivie de suppuration, mais jamais les caractères du phlegmon ne se montrent franchement. Quand le pus se fraie un passage, la tumeur ne disparaît pas pour cela, mais les tissus de la région s'endurcissent et des fongosités se montrent bientôt. Or, ici la douleur a précedé le gonflement, ce gonflement a été rapide, la tumeur s'est transformée en abcès ; il y a donc en tous les symptômes d'une inflammation purulente. Quand la dent été enlevée, le pus a suivi la route qu'on lui facilitait, mais alors la tumeur a diminué de volume et enfin la maladie a persisté sous la forme d'une suppuration entretenue par un séquestre. Il y a donc tout lieu de croire que cette maladie est une nécrose simple de la mâchoire et non une tumeur cancéreuse. Il y a donc tout espoir de guérir cet homme. Si les signes précédents ne suffisaient pas, on en trouverait encore un nouveau dans la grande mobilité qu'on peut reconnaître dans l'os et dans la vue des tissus susceptibles d'être aperçus quand on écarte les deux côtés de la gencive, lesquels tissus ne présentent aucune trace de dégénérescence. L'opération n'est donc rien autre qu'une extraction de séquestre.

Il faut ajouter cependant que cette opération peut présenter quelques difficultés en raison de la largeur du séquestre et de la possibilité qu'il y a de le voir glisser en arrière ou du côté de la face ; mais, de toute manière, si les dents résistent, il se brisera ; si les dents se brisent, il pourra être extrait ; il se peut, d'ailleurs, qu'il s'étende moins loin qu'il ne le paraît.

L'opération est immédiatement pratiquée : nous rendrons compte de ses suites. Dr C. P.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. J. MOREAU (de Tours).

Observations d'épilepsie hystériforme ; par M. BILLOD, ancien élève de la première section des aliénés de Bicêtre, médecin auxiliaire de la Maison de Santé de Vanves.

Il est dans la salle d'infirmerie de la première section des aliénés de Bicêtre, un nommé Sichel, né à Bruxelles, âgé de vingt-un ans, compositeur en imprimerie, atteint d'épilepsie depuis trois ans, tempérament lymphatique, et même scrofuleux ; constitution délicate, intelligence normale, mémoire affaiblie, caractère habituellement triste depuis le premier accès ; ce que le malade explique par l'horreur trop vivement ressentie de sa position. Il existe chez lui une prédisposition héréditaire aux affections nerveuses, le père étant mort d'un coup de sang, un cousin étant épileptique, la mère, qui d'ailleurs a eu un cancer au sein, ayant été trois ans paralysée. Il y a six ans, un des ganglions lymphatiques du cou se tuméfia d'une manière assez indolente ; la tumeur fut enlevée il y a trois ans, et presque immédiatement (trois jours après), il survint un premier accès d'épilepsie. Depuis cette époque, il ne se passe pour ainsi dire pas de jour sans que le malade ait des accès ; ce n'est jamais un seul, c'est une série de deux ou trois. Une demi-heure avant l'accès, il est pris de fourmillements, de faiblesse insolite dans les jambes, de trouble intellectuel, d'une sorte d'ivresse, et l'accès débute par une céphalalgie très intense, suivie bientôt de convulsions. Pendant l'accès, le malade a une demi-connaissance, perçoit des douleurs horribles dans la tête et les extrémités, croit étouffer, et sent une boule remontant incessamment de l'épigastre au cou ; tout le reste se passe comme dans les autres formes d'épilepsie ; le malade ayant conscience de ses accès, en étant averti, les redoute prodigieusement, et cette crainte en provoque la fréquence ; à la suite de l'accès, stupeur, demi-ivresse. J'arrive au fait qui a trait à ma dissertation. M. Moreau expérimentait en novembre l'électricité. Le jeune Sichel, assistant à l'expérimentation, voulut éprouver une secousse. Cette secousse détermina à l'instant même un accès d'épilepsie avec la forme décrite tout à l'heure, et qui, chose remarquable, fut arrêté instantanément par une nouvelle secousse.

Nous rapprochons de l'observation du jeune Sichel trois autres faits, précis, concluants, qui nous permettent d'établir une variété non encore signalée d'épilepsie. Nous livrons ces faits à l'appréciation éclairée des médecins.

— Le sujet de la deuxième observation est un nommé Leclere, âgé de dix-neuf ans, né à Pithiviers (Loiret), tailleur, atteint d'épilepsie depuis onze ans ; taille petite, constitution ordinaire, face un peu bouffie, tempérament bilioso-sanguin, intelligence et mémoire normales, d'un caractère doux et bienveillant, mais susceptible, un peu sombre et mélancolique ; le malade place lui-même la cause de sa maladie dans la masturbation, jointe à une application extrême et prématurée, avec soucis d'avenir, au travail. Il n'existe point de prédisposition héréditaire, mais le travail de la dentition a été marqué par des convulsions.

Le malade éprouve ordinairement deux jours à l'avance des symptômes précurseurs d'accès, consistant en tristesse insolite, vue trouble, tête pesante, perception craintive et constante d'imminence d'accès, cette imminence étant caractérisée par un fourmillement suivi d'engourdissement dans les membres. Long-temps les accès ont commencé par les yeux, puis par les mains, ce qui a lieu encore assez souvent, où le malade perçoit une sensation de fourmillement suivie de contracture. Rien de plus variable que la forme de l'accès chez ce jeune malade. Tantôt, en vous parlant, il lui arrive de pâlir et de présenter un léger mouvement convulsif vers la commissure des lèvres du côté droit ; tantôt il présente un strabisme droit externe avec tremblement du globe de l'œil et dilatation de la pupille. D'autres fois, sans aucun mouvement convulsif, le malade éprouve une perte momentanée de conscience ; tout à coup soustrait au monde extérieur et à la préoccupation du moment, il y revient bientôt. L'accès semble aussi quelquefois avorté, et ne consiste qu'en une crampe. Enfin quand l'accès est complet, souvent borné au côté gauche, mais dans tous les cas le côté gauche étant plus convulsé que le côté droit, la sensibilité physique est entièrement abolie dans toutes les parties, mais principalement à gauche. Il y a cécité avec dilatation inégale de la pupille, la pupille gauche étant toujours plus dilatée. Les convulsions ont bien le caractère épileptique ; la face est livide : la bouche projette l'écume ; le pouls est petit et serré pendant l'accès. Il y a quelquefois perte de connaissance ; mais le plus souvent le malade conserve une demi-conscience, une demi-mémoire qui lui permet de rapporter quelques mots entendus pendant l'accès, et il perçoit le sentiment de douleurs déchirantes horribles siégeant principalement dans le front et les articulations, et quelquefois il présente la boule hystérique. Le stade de convulsions, dont la durée varie entre deux et dix minutes, est suivi bientôt ordinairement d'un stade soporeux ou apoplectique d'une demi-heure environ.

—La troisième observation porte sur le nommé Bondivéna, âgé de vingt-un ans, natif du Jura, tempérament lymphatique, constitution affaiblie par plusieurs maladies antérieures. Le malade s'essouffle rapidement en marchant vite ou en montant un escalier. Je fais remarquer, à ce propos, qu'il a eu un rhumatisme articulaire en 1836, peu après une fièvre typhoïde grave. Toute l'étiologie repose sur des excès de masturbation, de femmes et de boissons.

Les accès sont précédés de phénomènes précurseurs consistant en douleurs d'estomac, anxiété épigastrique comme à la suite d'une peur. Bientôt la vue se trouble ; les convulsions arrivent avec le caractère clonique, la pupille est dilatée ; il y a projection d'écume et lividité de la face ; la sensibilité est éteinte dans toutes les parties ; le malade ne voit ni n'entend, mais il ne perd pas connaissance, et, chose très remarquable, présente pendant son accès des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; il perçoit d'ailleurs la sensation de la boule hystérique. L'état consécutif consiste en une légère stupéfaction. L'épilepsie chez ce malade date de trois ans, et a fait son apparition sans cause occasionnelle.

— J'arrive à la quatrième observation, dont le sujet est un nommé Bayle, âgé de vingt-cinq ans, atteint d'épilepsie depuis quatre ans, tempérament sanguin et lymphatique, intelligence ordinaire, mémoire intacte ; caractère éminemment susceptible, haineux, injuste et querelleur ; santé habituellement bonne.

L'épilepsie fit invasion chez ce malade en même temps que chez son frère, marchand de produits chimiques, quinze jours après une frayeur très vive produite par une explosion dans des vases fermés : telle est la seule circonstance dont nous puissions tenir compte. Le premier accès a été précédé d'une déjection d'une pinte de sang au moins ; les accès sont encore annoncés une heure ou deux à l'avance par une épistaxis et par des crampes articulaires. La forme de l'accès est digne de la plus grande attention.

C'est un cas type de l'épilepsie que nous appelons hystériforme ; les convulsions sont mi-toniques, mi-cloniques, avec projection d'écume, dilatation de la pupille, sans perte de conscience. Pendant l'accès, le malade entend ce qu'on dit (en rend compte après) ; il dit même aux personnes qui le contiennent : « Laissez-moi mes poignets, vous me faites souffrir. » Les convulsions sont toujours en ce sens, que le malade peut, jusqu'à un certain point, modifier la contraction des muscles, et la diriger de manière à frapper. Il éprouve dans toutes les articulations, et surtout dans les orteils, dans le genou, le coude, le poignet, l'épaule, les crampes les plus déchirantes qui lui arrachent des cris. Je le pique avec une épingle ; insensibilité générale, si ce n'est à l'abdomen, où la sensibilité semble augmentée. Boule hystérique roulant de l'aisselle à l'épigastre, et de l'épigastre au cou ; le malade ne voit pas, mais il entend ; sa haine pour certaines personnes se fait jour par des imprécations pendant l'accès ; sensation passagère d'amertume, pouls petit et serré ; respiration convulsive, lividité de la face ; l'accès se termine par un accès de manie d'une demi-heure de durée. L'état de ce malade est on ne peut plus complexe ; il tient de l'épilepsie, de l'hystérie et de la manie. Les accès sont presque toujours amenés par des contrariétés que la susceptibilité du malade rencontre dans l'acte le plus insignifiant. Sorti non guéri. Il avait reçu des soins du docteur Charpentier, de la Villette.

Bien que l'état des malades dont je viens de donner l'observation s'éloigne par la perte de conscience, qui, bien plus que la convulsion, caractérise pour tous l'épilepsie, il s'en rapproche par tant d'autres caractères (la perte de la vue, insensibilité, convulsions cloniques), que l'on ne rencontre dans aucun autre cas, que je me crois autorisé à le rattacher à l'épilepsie, en prenant un moyen terme, et admettant une variété d'épilepsie que je nommerai *hystériforme*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Dizé lit un rapport officiel sur une boisson alimentaire présentée par M. Anthony.

Conclusions: Cette boisson ne contient rien d'alimentaire; on ne peut en permettre la vente. (Adoption.)

Le même membre fit un second rapport sur une autre boisson, et propose les mêmes conclusions qui sont adoptées.

— *M. Huzard* fait un rapport sur une observation de pustule maligne communiquée par M. Brottel. Le rapporteur aurait désiré plus de détails dans cette observation, qui lui paraît incomplète. Il parle d'un traitement local, puis d'un traitement général énergique qu'il n'indique pas.

Conclusions: Remercîmens à l'auteur; dépôt de son travail aux archives.

M. Dupuy. On doit distinguer deux périodes dans la pustule maligne: une période où la maladie est toute locale, une autre où elle est devenue générale. Ce n'est que dans la première qu'elle est curable. Or, je vois que l'auteur a précisément débuté par un traitement local qui était le seul approprié; il a donc bien fait.

Les conclusions sont adoptées.

— Le même membre fait un rapport sur des faits de farcin guéris à l'aide de la cautérisation par M. Auger, médecin-vétérinaire. L'auteur a employé des cautères en pointe d'aiguille, avec lesquels il a touché à plusieurs reprises et avec succès tous les points farcineux. Il recommande beaucoup l'emploi du cautère actuel dans les plaies de mauvaise nature. Tout en faisant observer que les autres vétérinaires n'ont pas obtenu les mêmes succès de l'emploi des mêmes moyens, le rapporteur conclut à ce que des remerciemens soient adressés à M. Auger. (Adopté.)

— Le même membre fait un troisième rapport sur une note envoyée par M. Lagemart, relative aux courses de chevaux, et aux moyens d'opérer avec moins de frais et avec de meilleurs résultats les remontes de cavalerie. L'auteur considère les courses de chevaux comme inutiles, ne donnant lieu à aucun résultat avantageux, opinion que la commission ne partage pas. Quant à la remonte, l'auteur signale surtout l'improbité de quelques officiers de remonte qui achètent au meilleur marché possible de mauvais chevaux qu'ils vendent fort cher au gouvernement. Sur ce point, la commission reconnaît qu'il y a quelque chose à faire, que le problème est très difficile, et se demande si l'Académie peut et doit s'occuper de pareilles questions.

M. Dupuy. Oui l'Académie doit s'en occuper, car le sujet est de la plus haute importance et touche aux questions les plus élevées de l'économie politique dont l'étude est trop négligée. M. Dupuy ne voit qu'un moyen pour avoir une bonne cavalerie, c'est que les régiments fassent eux-mêmes leurs chevaux. Une bonne cavalerie est une nécessité de la guerre; tous nos désastres ne sont venus que par défaut de chevaux. Si en 1813 l'armée eût eu une bonne cavalerie, les Cosaques ne seraient jamais entrés à Paris.

M. Londe voudrait qu'on supprimât dans le rapport tout ce qui concerne l'improbité des officiers de remonte; pour avoir de bons chevaux de cavalerie, il faudrait commencer par une bonne loi sur le roulage.

M. Barthélemy veut qu'on conserve les courses; c'est une fantaisie qui coûte un peu cher peut-être, mais dont la suppression pourrait avoir des inconvénients. Mais il veut aussi qu'on s'occupe des étalons et qu'on les multiplie, car la France en manque, et dans un moment de guerre on pourrait se trouver fort embarrassé. En 1810, nous avons acheté pour 40 millions de chevaux à l'étranger. L'administration des haras ne possède en tout que 800 étalons; ce n'est pas la sixième partie des besoins de la France. Plusieurs projets, surtout dans ces derniers temps, ont été proposés pour la remonte. Il en est un qui paraît mériter considération; c'est un projet de conscription pour les chevaux, quelque chose d'analogue au recrutement des hommes. Quant à ce qu'a dit M. Dupuy sur la possibilité à chaque régiment de faire ses chevaux, c'est une chose tout à fait inexécutable. Il faut des locaux, des prairies, des pâturages, toutes choses que n'ont pas les régiments.

M. Rochoux demande qu'on laisse subsister dans le rapport ce qui est relatif à l'improbité des agens du gouvernement. Le gaspillage, dans l'armée, est effrayant, on ne saurait trop le signaler, et par toutes les voies.

M. Huzard. Ce n'est pas la commission, mais l'auteur de la note, qui a parlé de cette improbité; la commission n'a donc rien à supprimer. Les questions qu'a soulevées M. Barthélemy exigeraient une longue discussion. Nous manquons d'étalons parce que nous manquons de juments, et celles-ci font défaut parce que l'agriculteur n'est pas assez intéressée à leur élève. Faites que le cultivateur trouve son compte à élever des juments, il en élèvera. L'idée de la conscription n'est pas nouvelle; ce moyen fut employé au commencement de la révolution, qu'arriva-t-il? C'est que les juments disparurent; personne ne voulut plus élever de chevaux par crainte de s'en voir dépouillé par la conscription.

La discussion se prolonge, et après avoir entendu MM. Moreau, Girard, Desportes, Villermé et Bouley jeune, l'Académie demande la clôture et adopte les conclusions de la commission.

— *M. Bérard* lit un rapport sur un instrument destiné à lier les polypes de l'utérus, inventé par M. Hulin. Cet instrument paraît, au rapporteur, plus simple, plus commode que ceux imaginés jusqu'alors, et en conséquence il propose l'insertion au Bulletin de la note adressée par M. Hulin, avec des remerciements qui lui soient adressés, et qu'on inscrive son nom parmi les candidats au titre de correspondant.

M. Velpeau, sans s'opposer aux conclusions du rapport, n'a pas bien compris les motifs de la préférence au rapporteur pour les instruments de M. Hulin. La chirurgie est tellement encombrée d'instruments, que c'est avec réserve, et après en avoir bien constaté l'utilité, qu'il faut en adopter de nouveaux. Avec les instruments connus, la ligature des polypes est possible. Les fourches de Mayor, par exemple, sont plus simples et plus commodes que le porte-nœud qu'on vous présente. Quant au serre-nœud, je ne lui trouve aucun avantage sur ceux de Dupuytren et de Graëfe; de sorte que les besoins de la science me semblent satisfaits par les instruments actuels.

M. Bérard. Les instruments dont vient de parler M. Velpeau sont les derniers inventés. La fourche de Mayor est plus simple, il est vrai, que les instruments anciens; mais l'aiguille de M. Hulin, qui n'est autre chose qu'une aiguille à tricoter percée d'un trou, et qu'on peut trouver partout, me paraît plus simple encore.

MM. Blandin et *Moreau* ne sont pas de cet avis.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Velpeau* présente, de la part de MM. Carteron et Saussier, médecins à Troyes (Aube), un utérus et ses appendices, sur lesquels ces médecins ont cru reconnaître une nouvelle espèce de hernie intra-abdominale qui se serait effectuée le long du ligament rond à travers le ligament large, et que, pour cette raison, ils proposent de nommer *hernie du ligament large.*

Un examen attentif de la pièce anatomique a fait croire à M. Velpeau qu'il serait possible que ce ne fût pas là un exemple de hernie de ligament large. Du reste, il publiera une note à ce sujet.

— *M. Chassaignac* fait voir une pièce anatomique consistant en une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, pour montrer une difformité résultant de cette fracture. C'est un cal difforme qui a déterminé l'adhérence des tendons de l'indicateur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Lactate de quinine. — *M. Conté*, en réponse à la lettre du prince L. Bonaparte, adresse une réclamation dans laquelle il dit que le 12 septembre 1840 il a envoyé une lettre sur l'emploi du lactate de quinine dans les fièvres intermittentes à l'Académie de médecine de Paris.

Structure intime des os. — *M. Doyère* adresse une réponse au mémoire lu sur ce sujet par M. Mandl.

Acide arsénieux considéré comme remède chez les animaux domestiques. — *M. Rognetta* adresse sur ce sujet une note accompagnée d'un volume de la *Gazette des Hôpitaux* (année 1839) dans lequel il a consigné ses recherches sur cette substance considérée soit comme agent toxique, soit comme agent hyposthénisant (p. 372 et 385), et où se trouve, p. 357, le rapport favorable fait à l'Académie sur ses premières expériences.

Dans cette note, l'auteur s'occupe des points suivants.

Dose. Dans la note communiquée par M. de Gasparin dans la dernière séance, il est dit que 32 grammes d'arsenic ont pu être administrés sans inconvénient à des moutons. La chose semble exhorbitante au premier abord: si l'on veut cependant réfléchir aux circonstances suivantes, cette dose n'a rien d'extraordinaire. Effectivement, chez les animaux herbivores, en particulier chez les ruminants, l'estomac est toujours rempli d'aliments grossiers; le remède, administré sous forme de poudre, en est enveloppé, et n'est absorbé qu'en très faible partie; le reste est expulsé avec les résidus de la digestion. Cela a lieu d'autant plus facilement que l'acide arsénieux en contact de substances organiques est très peu soluble, de sorte que sur les 32 grammes administrés dans chaque brebis il n'a dû y en avoir qu'une très faible partie qui ait été transporté dans le torrent de la circulation et qui ait par conséquent pu agir dynamiquement sur l'économie. Les choses se seraient sûrement passées autrement si la même quantité eût été administrée à l'état de solution. Pour empoisonner mortellement un cheval bien portant, il faut au minimum 64 grammes d'arsenic en poudre. La moitié ou les deux tiers de cette dose ne suffisent pas pour produire la mort. A 32 grammes le cheval continue à manger et à se bien porter. A l'état de solution très délayée, 2 seuls grammes suffisent pour tuer un cheval. 1 seul gramme, 1 gramme et demi ne le tuent pas. De sorte que le minimum de la dose mortelle de l'arsenic chez le cheval diffère dans la proportion de 1:32 suivant qu'on emploie la solution ou la poudre.

En conséquence, quand on a administré aux brebis de M. Cambessède 32 grammes d'arsenic en poudre, c'est comme si on leur en eût ingéré 1 seul gramme à l'état de solution aqueuse. Or, cette dose n'a rien d'effrayant, si l'on veut tenir compte de la tolérance établie par la maladie. On sait en effet que l'émétique est toléré à des doses énormes dans les affections inflammatoires de la poitrine, tandis qu'il produit des accidens formidables dans l'état de santé.

Effets médicamenteux. La réflexion qui se présente naturellement en vue du fait communiqué par M. de Gasparin, c'est que l'arsenic a agi évidemment comme un remède hyposthénisant ou antiphlogistique, puisqu'il a guéri une maladie inflammatoire. Sous ce rapport, l'acide arsénieux offre une ressemblance frappante avec les préparations antimoniales et même avec les saignées copieuses. C'est précisément là le fait fondamental que M. Rognetta croit avoir établi le premier en France, d'après l'école de Rasori, et contrairement à l'opinion généralement adoptée. Ces faits confirment aussi, dit-il, la théorie du traitement de l'arsenic par les toniques.

Nouvelles expériences. Pour qu'on puisse tirer des conclusions des nouvelles expériences que l'on peut faire, l'auteur dit:

1° Que les nouvelles expériences ne seront réellement probantes qu'autant qu'elles porteront sur des animaux atteints de maladies inflammatoires, ou analogues à celle des animaux de M. Cambessède;

2° Que sur les animaux sains les expériences ne pourront avoir d'autre portée que d'établir d'une manière générale l'action dynamique du médicament. Dans ce cas, on ne retrouvera pas les conditions de tolérance morbide dont je viens de parler, ce qui conduit naturellement à des différences considérables sous le double rapport de la dose tolérable et des effets généraux;

3° Que pour rendre les résultats aussi constants que possible, il importe de faire usage de l'acide arsénieux à l'état de solution aqueuse très délayée (100 grammes d'eau pour 1 gramme d'arsenic), cette forme du médicament étant effectivement la seule qui soit facilement absorbée avec très peu de perte; le médicament à l'état solide donne des résultats très variables selon la quantité et la qualité des aliments qu'il rencontre dans l'estomac;

4° Qu'à défaut de brebis malades, on pourra expérimenter avec un égal succès sur des chiens atteints d'une affection inflammatoire et sur des chevaux qu'on trouve aisément dans plusieurs infirmeries spéciales;

5° Que la science possède déjà un assez grand nombre d'exemples de maladies aiguës ou chroniques, à fond d'excitation, chez l'homme, soulagées ou guéries à l'aide de l'arsenic administré sous différentes formes;

6° Que quant à la question de savoir si l'arsenic ingéré passe ou non dans le sang et dans le parenchyme des viscères et des muscles, on ne saurait en douter un seul instant du moment que le médicament produit des effets dynamiques. Cette circonstance cependant ne saurait inspirer aucune crainte relativement à la qualité de la viande des animaux traités, soit qu'ils guérissent, soit qu'ils ne guérissent pas: car, s'ils guérissent, il est prouvé depuis plus d'un quart de siècle que le remède absorbé subit des transformations sous le travail de l'assimilation organique et cesse d'être un poison, ou qu'il est expulsé de l'économie, au bout d'un certain nombre de jours, par les différents émonctoires connus (voies urinaires, voies digestives, transpiration cutanée et pulmonaire, organes salivaires, etc.). En conséquence, la viande rentrerait dans les conditions de celle des animaux guéris sans arsenic. S'ils ne guérissent pas, il est clair que leur viande serait inservable pour l'homme comme aliment.

Je dois ajouter, dit M. Rognetta, que dans des expériences, peu multipliées à la vérité, que j'ai faites en 1838 avec M. Mojon dans le but d'empoisonner des animaux avec le sang d'autres animaux préalablement intoxiqués avec de l'arsenic, jamais nous n'avons pu réussir à produire des effets sensibles.

Je ne doute nullement, au reste, que les nouvelles expériences ne parviennent à confirmer cette proposition générale, que l'acide arsénieux peut être administré avec avantage chez les animaux domestiques, comme chez l'homme, dans une foule de maladies inflammatoires.

— Sur ce même sujet, MM. Danger et Flandin envoient une note dans laquelle ils examinent les questions suivantes:

1° L'arsenic est-il ou non un poison pour la race ovine? Ils ont fait prendre à dix heures du matin à un mouton 8 grammes d'acide arsénieux mêlé à la même quantité de sel marin. L'animal n'en a rien éprouvé. Les urines ne contenaient que des traces à peine appréciables d'arsenic. Le lendemain même expérience sans addition de sel marin; même résultat inoffensif. Les urines ne contiennent que des traces à peine sensibles du poison; les fèces, au contraire, étaient abondamment chargées d'acide arsénieux.

Pour prouver que ce n'est que la quantité d'arsenic absorbé qui devient toxique, MM. Danger et Flandin ont sur un nouvel animal appliqué l'acide arsénieux sous la peau de la cuisse à la dose de 30 centigrammes. Immédiatement après l'animal a refusé toute nourriture, et depuis ce temps il n'a rien pris, devenant d'heure en heure visiblement plus malade. Les premières urines contenaient des traces évidentes d'arsenic et en sont devenues de plus en plus chargées à mesure que le temps s'écoulait. L'expérience, faite le 7 janvier, n'était pas terminée le 9. L'animal survivra sans doute à l'empoisonnement, en se débarrassant par l'émonctoire rénal de tout le poison.

2° Lorsque des moutons auront été traités par l'acide arsénieux à haute dose, suivant la méthode qui tend à l'introduire dans l'art vétérinaire, mourront-ils, et au bout de combien de temps pourront-ils être livrés à la consommation sans danger pour la santé publique?

Les auteurs ont fait prendre à un mouton 32 grammes d'acide arsénieux le samedi à deux heures et demie; le poison était mêlé à une poignée de sel gris. Immédiatement après l'ingestion, l'animal a paru éprouver de fortes coliques, la peau des flancs était le siége de contractions violentes; toute la journée et jusqu'ici même (lundi matin) il a refusé de manger, et il paraît, depuis vingt-quatre heures, atteint d'une altération profonde. L'émission des urines a été peu abondante et n'a eu lieu qu'au bout de seize heures; elles ont donné une proportion manifeste et notable d'arsenic. Les auteurs continuent l'expérience et en feront connaître plus tard les résultats afin de pouvoir répondre à la question qu'ils se sont posée. De son côté, M. Magendie a expérimenté sur deux moutons, et ses résultats ont été diamétralement opposés à ceux cités par MM. Cambessède, Rognetta, Flandin et Danger. Les animaux sont morts presque immédiatement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement curatif le plus convenable de l'asthme thymique; par M. le docteur J.-A. WALTHER, de Baireuth.

M. le docteur Walther considère l'affection du thymus comme n'étant que secondaire dans cette maladie; suivant lui, la lésion véritable à laquelle doivent être rapportés les symptômes, n'est autre qu'un état de congestion spasmodique dans les organes centraux de la circulation (les poumons et le cœur), et M. Kopp serait tombé dans une complète erreur en prenant l'effet pour la cause.

Une expérience acquise par trente-quatre ans de pratique lui a démontré que, de tous les traitements indiqués, le suivant est celui qui mérite de beaucoup la préférence, parce qu'il l'a constamment employé dans son exercice et qu'il n'a pas eu à déplorer la perte d'un seul malade, toutes les fois qu'il a été appelé au début des accidents.

Il donne de suite la potion suivante:

Pr.	Séné mondé,	10 grammes.
	Eau bouillante,	100 id.

Faites infuser jusqu'à refroidissement; passez avec expression et ajoutez à la colature

Hydrolat de fenouil,	25 grammes.
Nitrate de potasse,	50 centigrammes.
Extrait alcoolique de digitale,	5 id.
Alcoolé de castoréum,	1 gramme.
Oléo-saccharum d'anis,	15 id.

Cette potion se donne par cuillerées à café toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'effet laxatif produit. Il convient de n'en administrer qu'en quantité suffisante pour obtenir des selles de consistance molle, mais non liquide.

Si la matière des déjections alvines est mêlée de mucosités verdâtres et gluantes, dont l'évacuation soulage beaucoup les petits malades et rend les accès plus rares, l'usage du calomel devient indispensable.

Quand l'orgasme est considérable, M. Walther fait appliquer une, deux ou trois sangsues, suivant l'âge de l'enfant.

La guérison, à l'aide de ce traitement, s'obtient ordinairement dans l'espace de quinze jours. Lorsque les cas sont plus graves, elle peut se faire attendre trois ou quatre semaines.

La médication doit, d'ailleurs, être secondée par un régime diététique approprié. (*Walther et Ammon's Journ. fuer Chirurg.*, t. XXXI.)

Efficacité des bains de sublimé dans les cas de paralysie des extrémités; par M. le Dr TRUSON, de Posen.

Wedekind a vanté les bains de sublimé contre les rhumatismes chroniques et les coxalgies; Ebel les a recommandé contre les arthrocaces; M. Trusen a confirmé leur efficacité contre la paralysie des extrémités inférieures, après les avoir employés dans un grand nombre de cas de ce genre.

Chez un malade qui avait été soumis inutilement pendant plusieurs mois à l'action des nervins spécifiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, ces bains produisirent un effet salutaire des plus rapides, et procurèrent un rétablissement complet.

M. Truson n'a jamais vu, même après l'usage long-temps prolongé de ces bains, survenir d'accidents toxiques, comme Neumann (*Bemerkungeu neber die gebrœuchichsten Arzneimittel*, 1840, p. 3) prétend l'avoir observé. Dans un seul cas, M. Trusen vit, après le quarantième bain, une salivation modérée se manifester.

La paralysie fut toujours complètement dissipée en continuant l'usage de cette médication avec persévérance. Du reste, il ne faut pas oublier qu'il est indispensable d'avoir égard à l'état congestif de la moelle épinière et à toutes les circonstances individuelles qui peuvent se présenter.

Les malades doivent rester pendant une demi-heure dans un bain, à la température de 26 à 28 degrés de Réaumur, auquel on a ajouté une solution de 15 grammes de sublimé pour 500 grammes d'eau. En sortant du bain, le malade doit se coucher pour établir ou pour entretenir la transpiration cutanée, qu'on peut, d'ailleurs, s'il est nécessaire favoriser encore par l'ingestion de boissons chaudes appropriées. Ces bains doivent être répétés tous les jours. (*Hufeland's Journ.*, 1842.)

NOUVELLES.

M. Joseph Frank, praticien célèbre et écrivain, fils de l'illustre Pierre Frank, vient de mourir à Vienne.

— Voici, d'après l'*Almanach* de M. Domange, le nombre des élèves en cours d'études, c'est-à-dire qui ont pris inscription au mois de novembre dernier dans les Facultés et Écoles préparatoires:

A Paris, 791; Montpellier, 245; Strasbourg, 65; Amiens, 36; Angers, 26; Arras, 32; Besançon, 29; Bordeaux, 72; Caen, 22; Clermont, 28; Dijon, 26; Grenoble, 26; Limoges, 21; Lyon, 80; Marseille, 35; Nancy, 14; Nantes, 29; Poitiers, 31; Reims, 10; Rennes, 51; Rouen, 29; Toulouse, 91; Tours, 30. Total, 1819.

Il est important de remarquer que ce chiffre ne répond pas au nombre total des élèves en médecine, mais ne représente que celui des élèves qui ont pris inscription dans le premier semestre de cette année scolaire.

— On sait que des récriminations fréquentes ont été élevées contre les autorisations données par le ministre de l'instruction publique aux médecins étrangers d'exercer la médecine à Paris. Le nombre de ces médecins étrangers, exerçant à Paris, en vertu d'autorisations ministérielles n'est, dans ce moment, que de 31. Depuis dix ans, malgré de nombreuses demandes, il n'en a été accordé que deux ou trois.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE.

Quelques idées sur la thérapeutique généralement adoptée aujourd'hui pour les maladies de la peau. Nécessité de modifier les principes qui la dirigent ; par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. Devergie cherche à démontrer deux choses dans cet article :

1° Que la thérapeutique des maladies cutanées ne doit pas différer de la thérapeutique des autres maladies; car les affections cutanées, à certaines productions près qui sont dépendantes de l'organisation de la peau, procèdent toujours de la même manière ;

2° Que la thérapeutique des maladies de la peau est tout à fait inconnue de la plupart des médecins, et qu'il y a lieu de les rappeler à des doctrines plus saines en leur faisant abandonner les illusions mensongères qu'ils se sont créées à l'égard de l'emploi exclusif de telle ou telle médication.

L'auteur divise les maladies cutanées en deux grandes classes : les unes sécrètent, les autres ne sécrètent pas. Quelle qu'en soit l'espèce, elles peuvent suivre dans leur développement une marche aiguë ou une marche chronique, à l'exception de quatre ou cinq d'entre elles, qui se développent toujours d'une manière chronique.

Presque toutes peuvent se montrer avec la forme inflammatoire la plus dessinée, et le plus grand nombre présente les produits ordinaires des sécrétions inflammatoires, c'est-à dire l'hypersécrétion de l'organe enflammé ; la sécrétion d'un liquide aqueux ou séreux, la sécrétion purulente ; toutes ont les mêmes modes possibles de terminaisons ; en un mot, analogies frappantes à établir entre les maladies cutanées et celles des autres tissus de l'économie, analogies sous le rapport de la forme extérieure.

Les maladies de la peau, comme les maladies des autres organes, proviennent de causes externes ou de causes internes. On penche trop à les regarder comme presque toujours liées à une altération générale morbide de l'économie; de là l'emploi souvent intempestif des purgatifs, qui altèrent à la longue les fonctions digestives, et qui, loin de favoriser la guérison de l'affection cutanée, ne sert qu'à lui faire faire des progrès plus rapides. D'ailleurs, s'il est vrai que les dartres sont souvent liées à un état général de l'économie, cet état n'est pas toujours le même ; on n'en connaît pas la nature variée, et cependant on lui approprie le même traitement. La durée, quelquefois si longue des dartres, leur tendance à la récidive, tiennent moins à une cause organique générale qu'aux conditions défavorables dans lesquelles la peau se trouve placée pour le traitement de ces affections. Les variations continuelles de température, de sécheresse et d'humidité de l'atmosphère, en font un milieu toujours modificateur de la surface cutanée, malgré son contact habituel. Il faut tenir compte aussi de l'influence des mouvements de la peau sur les progrès des dartres ; les déplacements, les plissements incessants de la peau, sont un grand obstable à leur traitement.

Si les maladies de la peau ont plus d'analogie qu'on ne le croit avec les autres maladies de l'économie, il y a donc lieu de leur appliquer, en thérapeutique, les principes qui dirigent les médecins dans le traitement des maladies en général. Or, c'est ce qui ne se fait pas habituellement.

« Toutes les fois, dit M. Devergie, qu'un malade affecté de dartres vient réclamer les lumières du médecin, celui-ci a le plus ordinairement recours à une méthode perturbatrice. A l'extérieur, les pommades, le plus souvent soufrées, les bains sulfureux ; à l'intérieur, le soufre, les amers et les sirops dépuratifs. Il faut qu'on sache qu'à l'hôpital Saint-Louis, exclusivement destiné au traitement de toutes les affections dartreuses, le soufre et ses préparations sont peu employés, si ce n'est pour la thérapeutique de la gale... Pour moi, je trouve peu d'occasions de le prescrire, parce que je n'en ai obtenu de bons effets que dans des circonstances assez peu communes ; en un mot, c'est, avec la teinture de cantharides, les préparations antimoniales et arsenicales, un agent thérapeutique que l'on n'administre pas dans la généralité des cas. »

Voici les conseils donnés par M. Devergie pour la marche à suivre dans le traitement des maladies de la peau : la forme aiguë est-elle manifeste, administrez les émollients en boissons, en applications locales et en bains ; diminuez les aliments, choisissez-les appropriés au traitement antiphlogistique que vous prescrivez ; ayez même recours à quelques émissions sanguines lorsque la force du sujet et l'étendue de la maladie vous paraîtront en nécessiter l'emploi. Lorsque l'état aigu sera tombé, que la pâleur de la peau indiquera une diminution très notable de la phlegmasie dartreuse, il recommande alors les résolutifs, non pas le soufre tout d'abord, mais le tannin, l'oxyde de zinc, le carbonate de plomb, le mercure doux, l'extrait de saturne, etc. Si la maladie est, au contraire, passée à l'état chronique, il faut rechercher avec soin le tempérament, la constitution du malade, et prescrire un traitement général en raison des conditions dans lesquelles le malade est placé. La dartre elle-même doit être attaquée avec tel modificateur ou résolutif que l'on juge convenable, et faire coïncider la nature des bains avec le traitement général et local. C'est dans ces circonstances que les sulfureux peuvent devenir utiles, que les caustiques, tels que le nitrate d'argent, l'iode, le nitrate de mercure, le chlorure de zinc, etc., peuvent être mis en usage ; que les pommades sulfureuses, alcalines, créosotées, au goudron, etc., seront efficaces. En un mot, dit en terminant M. Devergie, il faut, pour ainsi dire, réunir le traitement chirurgical et médical pour arriver à des résultats avantageux.

Observation de farcin chronique chez l'homme, terminé par la guérison ; par M. MONNERET, agrégé de la Faculté, etc.

Cet exemple est unique. Dans tous les cas rapportés jusqu'ici le farcin s'est terminé par la morve aiguë ou chronique, et a toujours fini par amener la mort. Voici les principales circonstances de ce fait.

Gallot, âgé de dix-neuf ans, charretier, entra le 18 octobre 1841, à l'hôpital de la Charité, accusant une maladie de six jours, n'offrant d'abord que les phénomènes vagues qui se montrent au début de la plupart des affections internes, mais pris bientôt de douleurs intenses dans les jointures des pieds, dans les genoux, dans les muscles de la jambe et de la cuisse, ces parties étant d'ailleurs exemptes de gonflement et de rougeur. Pouls accéléré, soif vive, céphalalgie, prostration.

Le 25 octobre, pustules remplies d'une matière purulente sur le coude-pied et à la face dorsale des trois derniers orteils du pied gauche. Ces pustules se rompirent, et la cicatrisation fut opérée au bout de quelques jours.

Le 25, apparition d'une tumeur diffuse à la face antérieure et au tiers supérieur de la cuisse gauche.

Le 3 novembre, deux autres tumeurs semblables sur le mollet droit, et sur la partie supérieure externe de la jambe gauche. M. Monneret eut aussitôt la pensée d'une affection farcineuse, et malgré les dénégations du malade à toutes les questions qui pouvaient éclairer la nature de la maladie, on finit par découvrir qu'un des chevaux renfermés dans l'écurie où couchait Gallot présentait tous les signes de la morve. Pendant près de dix mois qu'a duré la maladie, les tumeurs se succédèrent sans relâche sur tous les points des membres supérieurs et inférieurs, l'état général du malade n'offrant, du reste, rien d'alarmant, si ce n'est la maigreur progressive. Dès le commencement, M. Monneret adopta un traitement chronique qui a continué pendant toute la durée de la maladie, et qui consista en décoction de quinquina, en vin et extrait de quinquina, le tout à haute dose.

Dans les premiers jours de décembre, le pus d'un abcès nouvellement ouvert, inoculé à un cheval, fit mourir l'animal au bout de cinq jours, sans qu'il présentât aucun symptôme, ni à l'autopsie aucune des altérations propres à la morve.

Au 5 juillet 1842, le malade prenait depuis un mois l'iodure de potassium et l'iode, lorsqu'il survint un érysipèle au bras gauche, qui cessa bientôt pour reparaître le 17 ; puis, de nouvelles tumeurs n'ayant pas reparu depuis deux mois, la cicatrisation des plaies s'opère en peu de jours, et le malade sort entièrement guéri le 31 juillet.

Les réflexions dont M. Monneret fait suivre cette observation, ont pour but de prouver que cette affection était réellement farcineuse. Tous les médecins qui ont vu le malade, et M. Andral lui-même, ont été unanimes sur le diagnostic. Si l'individu eût succombé, nul doute ne se serait élevé sur la nature de la maladie. Il ressort de cette observation un fait consolant ; c'est que tout homme atteint de farcin chronique n'est pas voué par cela même à une mort certaine.

JOURNAL DE CHIRURGIE. (Janvier 1843.)

Mémoire sur la fracture par écrasement du calcanéum ; par M. MALGAIGNE.

L'auteur se propose dans ce travail, d'appeler l'attention des praticiens sur une fracture demeurée jusqu'à présent inconnue, dont il n'a trouvé mention dans aucun traité de chirurgie, qui ne doit pas cependant être bien rare, puisqu'il en a rencontré coup sur coup trois exemples qu'il rapporte avec les plus grands détails, et qui lui ont permis de résumer l'histoire de cette fracture dans ses éléments les plus pratiques.

Tout indique, dit M. Malgaigne, que cette fracture doit reconnaître pour cause presque unique une chute sur les talons ; cette cause, en effet, a été constatée dans deux des observations citées, et peut être regardée comme à peu près certaine pour la troisième.

Les symptômes sont une vive douleur, assez forte pour empêcher les blessés de marcher ; toutefois, le sujet de la première observation a fait exception à cette règle. Presque en même temps que la douleur, se développe une tuméfaction qui embrasse les deux malléoles, le coude-pied, une portion du dos du pied, et, chose remarquable, rien de pareil dans le talon et la région du tendon d'Achille. Ce gonflement masque si bien la déformation des parties, qu'un œil peu exercé croirait le pied tout à fait hors de cause ; et il est tellement marqué sur les malléoles, et surtout sur la malléole externe, qu'il attira presque invinciblement l'attention de ce côté. Mais sur les malléoles comme sur le dos du pied, il est mou et dépressible ; tandis qu'au-dessous de la malléole interne il repose sur une véritable saillie osseuse anormale, celle du fragment interne et supérieur du calcanéum. L'ecchymose, difficile à apercevoir au début, se prononce davantage au bout de quelques jours, peut remonter jusqu'au tiers inférieur de la jambe, mais siége principalement au-dessous des malléoles. Là aussi se rencontrent les points les plus douloureux à la pression, surtout au côté interne, puis à la partie postérieure du talon, quelquefois sur les malléoles mêmes. Les deux déformations caractéristiques sont : l'élargissement du calcanéum, sensible à l'œil attentif, mais surtout au toucher au-dessous de la malléole interne, et l'affaissement de la voûte du pied, quelquefois sensible à l'œil, sinon reconnaissable au toucher en déprimant les parties molles tuméfiées du dos du pied. La crépitation est obscure, sujette à manquer ; le meilleur moyen de l'obtenir est d'embrasser le talon d'une main, tandis que de l'autre on imprime au pied divers mouvements, et surtout des mouvements de latéralité.

Cette fracture peut être prise pour une fracture du péroné sans déplacement, mais compliqué d'entorse. M. Malgaigne s'y est trompé dans la première observation. On évitera cette erreur en s'assurant exactement du siége de la douleur à la pression, en cherchant la crépitation par les moyens signalés, et surtout en constatant la saillie interne du calcanéum et l'affaissement de la voûte tarsienne. Même après avoir reconnu la fracture calcanéenne, il est possible de se laisser prendre aux apparences du gonflement, et de soupçonner ainsi des complications qui n'existent point, telles que des fractures des malléoles ou de l'astragale ; la prudence veut qu'alors au moins on réserve son jugement définitif jusqu'après une diminution sensible du gonflement.

Quant aux moyens à employer pour remédier à cette fracture, M. Malgaigne est dans le doute pour savoir s'il faut ou non essayer la réduction, c'est-à-dire exercer des tractions directes sur le pied pour rendre à l'os écrasé sa hauteur naturelle. Il inclinerait à ne rien faire par la considération de la lenteur et du peu d'énergie du travail de consolidation. Mais il regarde comme essentiel d'assurer le pied contre toute déviation en dedans ou en dehors par un appareil quelconque ; deux attelles latérales ont suffi sur un de ses malades. Le choix de l'appareil peut être laissé sans inconvénient au choix des praticiens.

Mémoire sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse ; par M. AMUSSAT.

La rétroversion de la matrice est cet état dans lequel le fond de l'organe est placé en arrière et en bas dans la concavité du sacrum, tandis que le col est dirigé en avant et en haut sous la symphyse des pubis. Cet accident, dans l'état de grossesse, est assez rare, et c'est fort heureux, car il est des plus graves. On comprend, en effet, que si la matrice chargée du produit de la conception reste dans cette disposition vicieuse, au lieu de monter comme un ballon dans l'abdomen, elle restera dans le petit bassin, et se trouvera bientôt emprisonnée dans une cage osseuse qui ne peut s'agrandir pour permettre son développement. Alors l'utérus comprime les organes voisins, sans pouvoir s'élever ; des accidents se manifestent, et ils deviennent promptement funestes, si on ne remédie pas à cet état fâcheux ; mais les exemples de réduction heureuse sont bien plus rares encore que l'affection même. Les recherches de M. Amussat sur l'exploration du rectum, l'ont conduit à un procédé des plus simples et des plus efficaces à la fois, ainsi que le prouvent deux observations qu'il rapporte.

Ce procédé, mis en usage par M. Amussat, pour la réduction de l'utérus dans l'état de grossesse, consiste, après avoir situé la femme comme pour l'opération de la taille, à introduire un ou deux doigts dans le rectum, et à repousser doucement le ballon utérin, en longeant la concavité du sacrum, directement en haut d'abord, puis de droite à gauche et de gauche à droite, pour relever toute la surface de l'utérus. Si le doigt ou les deux doigts introduits dans le rectum n'atteignaient pas assez haut, on introduirait le pouce dans le vagin pour soulever le périnée, afin de pénétrer à une plus grande hauteur. Enfin, pour arriver plus haut encore, il reste la ressource de se faire pousser le coude par un aide, ou de le soutenir soi-même avec la hanche et le corps.

MEDICINISCHE ZEITUNG. (1842, n° 44.)

Distinction symptomatique de l'empoisonnement par les divers narcotiques ; par le docteur EITNER.

Bien qu'en général tous les empoisonnements par les substances narcotiques donnent lieu à des symptômes semblables, cependant les divers narcotiques présentent des nuances assez distictes pour permettre d'arriver à la connaissance précise de la substance toxique qui détermine les accidents. Cette particularité est d'autant plus précieuse, qu'elle met le praticien à même de modifier, suivant les cas, les moyens thérapeutiques qui conviennent le mieux.

M. Eitner caractérise de la manière suivante, les symptômes essentiels des principaux narcotiques :

1° Belladone. — Outre le narcotisme, il se manifeste un délire furieux et de fortes congestions de l'encéphale.

2° Jusquiame et ciguë. — Il y a plutôt état soporeux que narcotisme ; il se produit des congestions vers la tête et des mouvements convulsifs sont observés.

3° Stramoine. — Rougeur scarlatineuse de la peau et excitation spéciale des organes génitaux. (Salacité.)

4° Noix vomique et strychnine. — Convulsions épileptiques et rigidité particulière des extrémités, jusqu'à l'affaissement subit.

5° Boissons alcooliques. — Etat soporeux, spasmes ; pas de congestions bien manifestes.

6° Opium et morphine. — Délire léger, remplacé bientôt par l'assoupissement ; figure et extrémités fraîches ; pouls petit, tremblottant ; constipation ou évacuations involontaires.

7° Tabac. — Etat d'asphyxie et de syncope ; paralysie et relâchement des membres ; évacuations involontaires.

8° Champignons. — Narcotisme, extrémités froides, constipation ; abdomen météorisé et douloureux ; pupilles contractées.

9° Acide cyanhydrique, amandes amères, etc. — Etat d'asphyxie et de paralysie, et, si la mort ne survient pas rapidement, état soporeux et congestions encéphaliques.

Souscription pour un monument à élever à la mémoire du baron LARREY.

Monsieur, de tous les hommes que nos grandes luttes ont rendus célèbres, il n'en est pas dont le nom ait été plus populaire et plus respecté que celui du baron Larrey. Il plane, comme un symbole d'humanité et de réparation, sur presque tous les champs de bataille de la république et de l'empire. Nouveau Paré, Larrey avait su conquérir la confiance du soldat, témoin de son courageux dévouement, et si le testament et les éloges de Napoléon ont consacré sa gloire, la France, dont il fut un des plus nobles enfants, se doit à elle-même de perpétuer le souvenir de ses vertus et de ses services.

Homme d'action, plus encore qu'homme de science, Larrey créa le premier une chirurgie des armées plus active que celle d'autrefois, et allant jusqu'au milieu des combattants arracher à la mort des victimes que des secours plus tardifs n'auraient pu sauver. Il est peu de familles, en France, qui ne lui doivent la conservation de quelque personne qui leur est chère. Son exemple et son ardeur infatigable, communiquèrent aux officiers de santé cet héroïsme dans l'accomplissement de leur mission, dont ils donnèrent tant de preuves, et qu'ils renouvellent chaque jour à la tête de nos bataillons d'Afrique. Enfin, il se distingua constamment par l'abnégation la plus généreuse de lui-même, par un désintéressement digne de l'antiquité, par un dévouement sans borne et de tous les instants, à la science, à la patrie, et spécialement au soldat.

Une telle vie, terminée dans l'exercice des devoirs qui en avaient rempli tout le cours, est un exemple qu'il importe de conserver. Larrey personnifiait en lui les plus belles qualités de médecin ; et les jeunes officiers de santé militaires, en voyant tant de vertus rémunérées par la reconnaissance publique, voudront marcher sur ses traces, et sentiront qu'elles aussi peuvent satisfaire une noble ambition.

Interprète des vœux, non-seulement du corps médical militaire, mais de tous les médecins, de l'armée et de la France, le conseil de santé des armées, dont Larrey fit partie pendant plus de trente ans, proposa une souscription pour élever à cette grande et sainte renommée, un monument semblable à celui qui conserve le souvenir de Broussais.

M. le maréchal ministre de la guerre, digne appréciateur des services de Larrey, en autorisant cette souscription, s'est inscrit pour une somme de 1,000 fr.

Une commission, dans laquelle l'armée, l'administration, les corps savants dont Larrey fit partie, et les officiers de santé militaires ont été représentés, s'est formée, afin de recueillir les sommes versées et d'en régler l'emploi.

Les produits de cette souscription, dans laquelle le denier du soldat et de l'ouvrier, se joindra certainement à l'offrande du général, de l'administrateur et du savant, peuvent être adressés dès maintenant :

Chez M. Labarraque, trésorier de la commission, rue Saint-Martin, 69.

Chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue l'École-de-Médecine, 17 ;

Chez M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie, rue de l'École-de-Médecine; 9 ;

Chez M. Thiac, notaire, place Dauphine, 23.

La souscription est ouverte, en outre, dans les bureaux des journaux de médecine, et chez les principaux libraires de Paris et des départements.

Les membres de la commission : MM. le lieutenant-général baron Petit, pair de France, commandant de l'hôtel royal des invalides, président ; comte de Rambuteau, préfet de la Seine ; Benoist, membre de la Chambre des députés ; Évrard de Saint-Jean, intendant militaire, directeur du matériel de l'administration de la guerre ; vice-président Boissy-d'Anglas, intendant de la 1re division militaire ; Jomard, membre de l'Institut d'Egypte, et de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ; Breschet et Magendie, membres de l'Académie des sciences ; Pariset, Castel, Ribes et Réveillé-Pariset, membres de l'Académie royale de médecine ; Darcet, Labarraque, trésorier, et Payen, membres du conseil de salubrité ; Kéraudren, inspecteur-général du service de santé de la marine ; Pasquier, Moizin, Brault et Bégin, secrétaire, membres du conseil de santé des armées ; de Chamberet, Baudeus, Cornac, Daenzer, Alquier et Molinard, officiers de santé principaux, attachés aux hôpitaux militaires de Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 6, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 JANVIER.

Du traitement de la phthisie pulmonaire, et en particulier du proto-iodure de fer.

Tous les praticiens qui, jusqu'à ce jour, ont accordé quelque confiance à cette foule, déjà si nombreuse, de médicaments vantés tour à tour comme des spécifiques contre la phthisie pulmonaire, ont éprouvé, quand ils ont voulu les soumettre à l'expérience, de si grandes, de si incroyables déceptions qu'ils doivent nécessairement accueillir avec défiance tout moyen nouveau qui surgit dans le monde médical, même quand il est entouré d'un éclatant cortége de succès ; et en cela on ne saurait que partager leurs doutes, tant il est vrai que la pauvreté des résultats semble toujours avoir été en rapport inverse de la magnificence des promesses. Le moyen par lequel M. Dupasquier, par l'organe d'un de ses élèves, M. Boissière, vient pour la seconde fois d'appeler l'attention (*Gazette méd.*, 24 décembre 1842), subira-t-il le sort commun à tous ses prédécesseurs ou contemporains ? Nous désirons vivement le contraire ; mais il faut avouer que nous n'osons l'espérer. Nous savons, en effet, que le proto-iodure de fer a été expérimenté dans de grands hôpitaux de Paris, et cela avec toutes les précautions indiquées par M. Dupasquier, et que l'on a obtenu des résultats bien différents de ceux annoncés par ce médecin.

La différence énorme qui a toujours existé entre les brillants succès obtenus par les auteurs des médicaments vantés et les insuccès plus ou moins complets qu'ont ensuite éprouvés tous les grands praticiens qui ont essayé ces mêmes médicaments, est un fait trop constant et trop grâve à la fois pour que nous ne cherchions pas à en découvrir les causes, et par conséquent, s'il est possible, à les faire cesser.

Nous mettrons de côté toute supposition de mauvaise nature ; car nous avons pu nous convaincre souvent combien, avec la meilleure foi du monde, on peut s'éloigner de la vérité, pour peu qu'on s'écarte d'une méthode rigoureuse d'observation.

Rien, au premier abord, ne paraît plus simple que de constater l'influence que peut avoir tel ou tel médicament sur la marche de la phthisie : cette maladie ayant, en effet, des symptômes non équivoques (au moins à une certaine période), sa terminaison étant constamment ou presque constamment mortelle, si un médicament a des résultats heureux, ces résultats doivent être frappants, indubitables pour tout le monde ; cela paraît bien logique ; il faut cependant qu'il en soit autrement, puisque deux observateurs peuvent obtenir des résultats, nous ne dirons pas différents, mais entièrement opposés. Ainsi, tandis que pour certains médecins, le proto-iodure de fer, l'émétique, etc., produisent, dans *tous les cas*, une amélioration *considérable*, quelquefois même la guérison ; pour d'autres expérimentateurs, ces mêmes moyens ne produisent *jamais* ou *presque jamais* d'amélioration *appréciable*. Et cependant il est impossible de supposer le moindre mauvais vouloir à ces derniers expérimentateurs ; car, outre que ce sont des hommes d'un savoir, d'une capacité, d'une probité scientifique reconnus, comment admettre qu'un praticien qui trouverait un médicament capable d'apporter un soulagement, même léger, aux souffrances des phthisiques qui peuplent toujours en plus ou moins grand nombre sa clientelle, qui font son désespoir, n'accueillît pas ce moyen avec empressement, nous dirons même avec enthousiasme ? Ce serait là une si incroyable anomalie qu'elle équivaut presque à une impossibilité. Ce n'est donc pas là que se trouve la cause des dissidences. Si cette cause ne se trouve ni dans l'imposture des uns, ni dans le mauvais vouloir des autres, il faut bien conclure qu'il y a de part et d'autre défaut d'observation, et que l'observation n'est pas aussi facile qu'on le pense.

Voyons quelles sont, dans la phthisie en particulier, les principales circonstances qui peuvent induire en erreur dans les recherches thérapeutiques, et cherchons à nous assurer en même temps si ces circonstances ont bien été présentes à l'esprit de M. Boissière quand il s'est mis à recueillir des faits et quand il en a fait l'analyse.

Parlons seulement des phthisiques affectés de cavernes, chez lesquels la discussion est plus facile, et l'erreur, en apparence, presque impossible. Chez 8 de ces malades, sur 15 observés, dont 7 sont morts (1), M. Boissière a noté que sur 2 la pectoriloquie et le gargouillement ont cessé ; sur l'un, le souffle caverneux et la *bronchophonie* ont aussi disparu (l'étendue de la caverne dans ce cas ne dépassait pas l'aire du stéthoscope) ; chez les autres, les cavernes ont persisté malgré l'amendement des autres symptômes, ce qui veut dire que les signes locaux des cavernes n'ont pas sans doute éprouvé de modification. Or, voyez que de choses incomplètes ou inexplicables dans ce peu de lignes ! Une première lacune d'une importance majeure, c'est de n'avoir pas parlé de la durée du séjour des malades à l'hôpital avant l'administration du médicament ; et cependant on sait que les phthisiques qui viennent réclamer des soins dans les hôpitaux éprouvent, pendant les quinze ou vingt premiers jours qui suivent leur entrée, une amélioration quelquefois très marquée, par le seul fait du repos et des autres conditions hygiéniques. Cette amélioration ne se borne pas toujours, comme on pourrait le croire, à l'état général ; les symptômes locaux, la toux, la dyspnée, l'expectoration même éprouvent des modifications inespérées. Si pendant cette première période on emploie un médicament quelconque, on est à peu près certain qu'il sera suivi de résultats avantageux ; mais continuez l'administration du médicament, et vous verrez que bientôt l'amélioration s'arrêtera, et que la maladie, selon la forme qu'elle aura affectée, ou restera plus ou moins long-temps stationnaire, ou reprendra immédiatement sa marche progressivement croissante.

M. Boissière ne dit pas s'il a recherché avec attention les complications de la maladie ; or, ces complications si fréquentes dans la phthisie, sont encore une des circonstances les plus propres à induire en erreur, et nous y insisterons d'autant plus que nous avons été témoin de faits que nous croirions à peine si nous ne les avions pas vus. Ces complications sont surtout la pneumonie et la pleurésie qui revêtent presque toujours la forme latente, et qui échappent le plus souvent au médecin lorsqu'il ne les recherche pas avec le soin le plus scrupuleux. Et comme ces complications sont en général peu graves, contrairement à ce que l'on aurait pu prévoir, et à ce que l'on croit assez généralement qu'elles se dissipent ordinairement en quelques jours ou en quelques semaines sans traitement ou avec un traitement quelconque ; voici ce qui arrive aux personnes qui ne se tiennent pas suffisamment en garde. On voit un malade qui a une fièvre assez intense, qui ne dort pas, qui ne mange pas, qui maigrit rapidement, etc. ; on lui donne un médicament ; la complication disparaît pendant qu'on l'administre ; la fièvre se dissipe, le sommeil renaît, l'appétit revient et l'embonpoint avec lui, les symptômes locaux diminuent d'intensité ou même disparaissent complétement au moins en apparence, et l'on attribue à ce médicament une puissance qu'il n'a pas. Nous croyons d'autant mieux que cette erreur est échappée à M. Boissière, qu'elle explique un fait qu'on ne saurait concevoir autrement. Chez un malade qu'il désigne comme affecté d'une caverne, il dit en effet que le souffle caverneux et la *bronchophonie* ont disparu sous l'influence du proto-iodure. Mais si l'on conçoit la disparition du souffle caverneux dans ce cas, il n'en est pas de même de la bronchophonie, et en voici la raison : tous les auteurs qui ont étudié la cicatrisation des cavernes, et en particulier l'infortuné Rogée, que la phthisie a enlevé au moment où il donnait de si belles espérances, ont vu qu'à la place des cavernes, ou autour d'elles quand elles persistaient après la cicatrisation, il reste un tissu noirâtre induré qui suffit pour produire la bronchophonie. Il est donc infiniment probable que le cas dont parle M. Boissière est un exemple de pneumonie intercurrente très circonscrite, comme le sont souvent les pneumonies tuberculeuses. La respiration *caverneuse* ne

(1) M. Boissière a observé pendant quatre mois 27 malades. Cependant il ne donne l'analyse que de 14 d'entre eux, savoir : 8 caverneux et 6 non caverneux. Il se borne à constater les 7 qui sont morts, ce qui n'est pas suffisant, et ne parle pas des 6 autres qui doivent compléter le nombre 27.

FEUILLETON.

TROISIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE (1).

« Ne vous haïssez pas, parce que vous pensez différemment les uns des autres. (THALÈS.)

Après avoir exposé les tendances générales de notre époque sous des couleurs que j'ai taché de rendre vives pour en faire mieux ressortir les traits, j'ai besoin, cher confrère, avant d'aborder les détails, de proclamer les sentiments desquels je m'efforce de ne jamais me départir ; à savoir que je sépare toujours, dans mes critiques, l'homme du médecin, le confrère de l'écrivain. Tel praticien dont les idées sont opposées aux miennes est toujours pour moi un objet d'estime et même d'affection. La guerre que je lui fais avec toute l'ardeur de mes convictions, ne cesse jamais d'être une guerre de principes scientifiques, d'où le nom propre est élagué autant que possible, et au sortir de l'arène il a droit à tous mes égards. C'est cette disposition de cœur et d'esprit, trop souvent oubliée dans la polémique moderne, que j'ai voulu sanctionner par mon épigraphe placée là comme un signal qui sera toujours présent à mes yeux. C'est que, tout en prêchant ce que je crois être la vérité, je n'en voue pas moins un culte à l'harmonie, et je cherche à modifier le dicton vulgaire de manière à pouvoir dire : *Amicus Plato sicut amica veritas*. Ainsi, l'honorable professeur dont j'ai parlé comme voulant étouffer la science et inaugurer le régime des ténèbres (lettre première), a peut-être droit de m'accuser d'avoir exagéré, sinon faussé ses idées. Or, personne plus que moi n'estime son caractère et ses talents. J'ai pour système de ne me commettre qu'avec de nobles rivaux : *Ne cum indigno contendamus*, dit le proverbe de Salomon ; et j'ai cru faire honneur à un tel antagoniste, en le présentant comme la dernière et la plus haute expression des idées actuelles. Si mes conclusions n'ont pas explicitement rendu sa pensée, elles expriment du moins l'impression générale produite par son discours, impression dont j'ai voulu tempérer les effets. Voilà qui est convenu. Nous entrons en matière.

Pinel, préoccupé de ses idées de classification et d'analyse, avait fait perdre de vue la solution du problème de Pitcairn : « Une maladie étant donnée, en trouver le remède. » (Lettre de Pitcairn à Duverney, 1712.) Pour Pinel, ce problème se résolvait en celui-ci : Une maladie étant donnée, déterminer la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique. Pinel avait senti que de la question nosologique dérivait, en grande partie. celle du traitement, et en cela le nosographe se montrait fidèle à sa maxime hippocratique : « Qui ad cognoscendum sufficit ad curandum etiam sufficit medicus. » Cette maxime dominait également Broussais, lorsque de l'autocratie de l'irritation il déduisait l'universalité, sinon l'absolutisme du traitement dit antiphlogistique. Cependant, on se souvint que les mêmes maladies guérissaient autrefois par d'autres remèdes. La thérapeutique de Pinel était pauvre, celle de Broussais d'une simplicité presque humiliante pour l'art. On voulut sortir de cet état misérable, et, tant pour faire pièce au réformateur que pour subvenir à l'insuffisance des moyens alors usités, on osa tenter quelques-uns des procédés à l'égard desquels la doctrine du Val-de-Grâce avait suscité des terreurs au moins exagérées. Or, on fut tout étonné de voir que ces remèdes prétendus incendiaires ne tuaient pas toujours, et, suivant cette pente vers l'excès contraire que nous avons signalée, on en conclut, sans plus ample informé, qu'ils guérissaient mieux. Puis, arguant du *naturam morborum ostendunt curationes*, on en déduisit assez logiquement que l'inflammation était une chimère, ou que, du moins, elle n'avait pas l'importance qu'on lui supposait ; oubliant que la nature a des voies très multipliées pour arriver au même but, et qu'en philosophie rigoureuse c'est donner accès à l'hypothèse que de conclure de la cause à l'effet *et vice versâ*. Puis, forcé de reconnaître des inflammations dans des maladies qui guérissaient par d'autres moyens que les antiphlogistiques, on s'avisa de penser que celles-ci pourraient bien n'être que les effets secondaires, accessoires, indifférents même, d'une cause générale vitale, humorale, nerveuse, spécifique, etc., et voilà les esprits de nouveau lancés dans le vague des causes occultes dont Pinel et Broussais avaient eu tant de peine à les affranchir.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que ces systématisations nébuleuses poussaient leurs racines en même temps qu'un concert unanime de réprobation s'élevait contre les théories et les systèmes. Et mieux encore, dans l'ignorance où l'on se trouvait entretenu par les dédains que ces deux grands hommes avaient fait naître pour l'antiquité, l'on s'imagina que l'on avait fait cette découverte, et que peu d'esprits avant nous avaient songé à remonter jusqu'à ces causes primordiales. On se congratula de tant de puissance d'induction et l'on affiche le mépris le mieux senti pour le matérialisme des localisateurs, comme si ceux-ci n'y avaient jamais pensé, eux qui, précisément, avaient combattu dans le but de détruire ces spéculations hasardées et de ramener la science vers le positif.

Mais voilà que ces remèdes adressés à autre chose qu'à l'inflammation lorqu'elle existe, à autre chose qu'aux organes matériellement affectés lorsqu'il y en a, voilà, dis-je, que ces remèdes ne réussissent guère mieux que ceux usités par les localisateurs. Alors on en cherche de nouveaux, puis d'autres encore ; chaque jour voit naître une nouvelle médication effacée par celle du lendemain. Chacun a la sienne, qu'il donne comme la meilleure, et dont il change comme de vêtement.

Ainsi, dans le moment où j'écris, une maladie qui naguère n'avait point de remèdes, en possède au moins quatre, tous presque infaillibles : c'est le rhumatisme articulaire aigu, qu'enlèvent miraculeusement aujourd'hui les saignées à haute dose, le nitre à haute dose, l'iodure de potassium à haute dose, enfin le sulfate de quinine à haute dose ; car les hautes doses, comme toutes les énormités, ont fini par triompher : c'est aujourd'hui leur tour, espérons que demain il n'en sera plus question. Bref, c'est une mêlée, un chaos, une confusion babétique d'où devait naître et d'où est né un résultat fatal, inévitable, le scepticisme et même l'incrédulité radicale, enfants naturels et obligés des déceptions qui suivent l'abnégation des principes, l'empyrisme et la polypharmacie. Et voilà où nous en sommes aujourd'hui. « Une des principales causes de cette ignorance, dit Fréd. Hoffmann, c'est ce fatras, cet assemblage immense de remèdes que l'ignorance a amassés. Les praticiens voyant échouer les espérances qu'ils avaient conçues des remèdes les plus vantés, crurent devoir recourir à d'autres. Ils en imaginèrent donc de nouveaux, lesquels répondant aussi peu à leurs espérances, les obligèrent d'en chercher encore d'autres. De là, cette multitude innombrable de médicaments qui sont également un obstacle presque insurmontable à la guérison des malades et à la perfection d'une pratique raisonnée et efficace. » (*Méd. rais.*, tom. VIII, p. 261 et suiv.) On voit que la situation n'est ni nouvelle ni rassurante.

Or, veut-on savoir la cause première de cette décadence ? La voici : C'est qu'on exige plus de notre science qu'il n'est en son pouvoir de donner ; c'est qu'on veut en faire une science exacte, tandis qu'elle ne peut produire que des probabilités, fondée qu'elle est sur des éléments infiniment complexes, variables et altérables par essence ; c'est qu'on veut trouver des remèdes qui guérissent toujours, comme si ce mot était français en médecine, ainsi qu'il l'est en physique où les éléments sont simples et invariables. Les médications broussaisiennes ne guérissaient pas toujours, tant s'en faut, on leur en a substitué d'autres qui ne guérissent pas mieux ; on cherchera jusqu'à ce qu'on en ait trouvé de définitives, c'est-à-dire jusqu'à la consommation des siècles. Le moyen de sortir de ce bourbier, c'est d'abord de convenir qu'il n'y a pour nous que des probabilités plus ou moins fondées sur l'observation et l'induction ; puis, en cas d'incertitude sur l'efficacité relative des moyens, dans des cas analogues en apparence, de calculer cette efficacité relative, en un mot de *compter*. C'est ce qu'a dit et prouvé une secte prétendue moderne et, comme telle, réprouvée, celle des *statisticiens* ou numéristes. Mais trop de gens eussent été compromis par ce *criterium* dont l'application d'ailleurs est assez délicate et laborieuse, et l'on s'est mis en devoir d'étouffer cette nouvelle hérésie en

(1) Voir les numéros du 27 décembre 1842, et du 5 janvier 1843.

prouverait rien contre cette manière de voir, attendu qu'il est fort difficile et souvent impossible dans des cas semblables de distinguer ce signe stéthoscopique du souffle tubaire.

Voilà des causes d'erreur qui seraient peut-être suffisantes pour expliquer les dissidences dont nous avons parlé ; cependant il y en a bien d'autres encore, et parmi elles nous ne mentionnerons que celle qui résulte de l'oubli de la marche de la maladie, qui est peut-être la plus efficace de toutes. Il faut savoir qu'il y a des phthisies qui affectent une marche extrêmement lente, au point de durer plusieurs années avant d'arriver à la terminaison fatale. Les individus affectés de cette forme entrent de temps en temps dans les hôpitaux lorsque quelque accident passager les empêche de continuer leurs travaux, et en sortent quelque temps après dans un état capable de simuler une guérison, si l'on n'était prévenu à la fois de leurs antécédents et de cette forme de phthisie.

Pour éviter toutes ces erreurs, il n'y a pas d'autres moyens que de comparer un nombre suffisant de malades, observés d'une manière complète et traités par le médicament en épreuve, à une autre série de malades également bien observés et traités par d'autres moyens, ou livrés aux seules ressources de la nature.

Telles sont, suivant nous, les causes qui peuvent introduire des erreurs dans les recherches thérapeutiques qui concernent la phthisie. Peut-être trouverait-on des personnes qui ne verraient dans les dissidences que nous avons signalées qu'un résultat des lieux différents où les divers observateurs sont placés, et qui expliqueraient tout en disant que ce qui est vrai à Lyon est faux à Paris. Laissons à ces contradicteurs leur manière de voir, et indiquons à ceux de nos lecteurs qui voudraient employer le médicament de M. Dupasquier, qui a au moins le mérite d'être exempt d'inconvénients, les précautions et les règles que ce médecin conseille.

Le proto-iodure de fer (différent de celui qu'on trouve généralement dans les pharmacies) doit s'administrer en solution (1) à la dose de 15 à 120 gouttes, équivalant à 1 et 8 grammes. On dissout les gouttes dans du sirop de gomme, qui empêche assez long-temps la décomposition très facile du médicament. On se sert du même liquide pour le conserver; mais il vaut mieux ne le préparer que peu de temps avant l'administration. Lorsqu'il commence à se décomposer, il est beaucoup plus difficile à supporter à cause de l'iode libre qu'il contient. On reconnaît un commencement de décomposition à la teinte verdâtre que prend la solution, qui est au contraire incolore quand le proto-iodure est pur.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Bec-de-lièvre double avec division double de la voûte palatine. Opération par un procédé particulier.

Un jeune garçon, âgé de dix à douze ans, couché au n° 35 de la salle Saint-Jean, présentait une division double de la voûte palatine. Cette division était telle, qu'il existait laissait subsister en avant un bouton osseux médian, sur lequel étaient implantées les deux incisives moyennes. On remarquait de chaque côté une division de la lèvre et des os maxillaires. Cette disposition rappelait ce qui existe chez certains animaux quadrupèdes, chez les chiens et les moutons, par exemple. Ces animaux ont, comme tout le monde le sait, entre les deux os maxillaires supérieurs, un troisième os, que les anatomistes appellent inter-maxillaire. Chez l'homme, cet os n'existe qu'à l'état rudimentaire ; les épiphyses visibles pendant la vie intra-utérine, et lorsque l'union des os entr'eux ne s'est pas encore opérée, disparaissent plus tard, et se confondent avec les os maxillaires même. Cette opinion, que quelques anatomistes s'efforcent encore de combattre, est maintenant à peu près admise par tous ceux qui s'occupent d'anatomie comparée et de la génésie des différentes parties de notre organisme. Pour mon compte, dit M. Blandin, j'ai vu plusieurs fois sur la nature ce que j'avance, et je me ferai fort de convaincre à cet égard les plus incrédules.

Chez ce jeune garçon, ces os moyens, rudiments des os inter-maxillaires des animaux, au lieu de se réunir avec les os maxillaires latéraux, étaient restés séparés, vivant pour ainsi dire d'une vie propre, et ils avaient fini par prendre la forme du bouton osseux que l'on observait. Ce bouton ne tenait plus à la voûte palatine en arrière, mais à la partie antérieure et inférieure de la cloison des fosses nasales. Chose remarquable ! la suture médiane des palatins n'existait plus en arrière, où elle était remplacée par la cloison même des fosses nasales, et se montrait en avant, où elle se confondait avec le vomer. Il résultait de cette disposition que le bouton médian avait dû obéir à l'impulsion qui lui avait été communiquée par la cloison des fosses nasales, laquelle n'étant pas soutenue comme à l'état d'intégrité par le palais, s'était affaissée et avait refoulé en avant les épiphyses des os inter-maxillaires, qui s'étaient projetés en avant de deux centimètres environ. Ce même mouvement de projection s'était étendu naturellement au bouton moyen de la lèvre supérieure qui était appuyée sur le bouton osseux, de sorte que toutes ces parties formaient une saillie de 2 centimètres en avant, avec une difformité considérable du visage, et une grande gêne dans la mastication ; car, les os maxillaires ne se liant pas entr'eux par l'épiphyse moyenne, ne remplissaient que difficilement leurs fonctions.

Dans cet état de choses, dit M. Blandin, nous avons réfléchi quelque temps au mode le plus rationnel pour remédier à une telle difformité. On connaît trois procédés qui ont été proposés par les auteurs pour des circonstances semblables. La première indication, et la plus importante à remplir, c'est de faire disparaître, de quelque manière que ce soit, la saillie médiane. Franco avait conseillé, dans ce but, d'emporter entièrement cette partie, et de réunir ensuite les deux os maxillaires en les rapprochant peu à peu. Mais plusieurs inconvénients résultaient nécessairement de ce procédé. D'abord, la partie médiane osseuse étant enlevée, les dents incisives devaient nécessairement tomber avec elle, ce qui est déjà un inconvénient grave. Ensuite les deux demi-maxillaires se rapprochant l'une vers l'autre, la circonférence de la mâchoire supérieure se trouvait considérablement restreinte ; les dents de cette mâchoire ne correspondaient plus aux dents de la mâchoire inférieure ; de là une grande gêne dans la mastication. Ainsi, outre la difformité qui devait résulter du rétrécissement de la mâchoire supérieure comparativement à l'inférieure, il résultait encore la difficulté extrême d'exercer la mastication, et de remplir, par conséquent, une des fonctions les plus importantes. Nous n'avons donc pas dû nous arrêter à ce procédé.

Desault avait déjà modifié ce procédé ; il ne voulait pas qu'on enlevât immédiatement le bouton médian ; il proposait de pratiquer une compression latérale sur les os maxillaires, dans le but de les rapprocher peu à peu de l'os médian ; mais cette compression devrait être appliquée pendant un temps très long pour arriver à faire fléchir la cloison des fosses nasales et à rapprocher les os maxillaires du bouton médian ; en outre, elle est accompagnée ordinairement d'une douleur très vive, au point que beaucoup de personnes ne peuvent l'endurer ; elle expose, enfin, à la perte des dents incisives qui sont implantées sur l'os médian ; enfin, c'est un procédé qui ne pourrait présenter quelques chances de succès que dans les cas où cette difformité n'est pas très prononcée ; par conséquent, il n'aurait pu être appliqué au cas dont il s'agit ici.

M. Gensoul, de Lyon, réfléchissant à tous les inconvénients inhérents aux procédés de Franco et de Desault, conçut l'idée de faire rentrer le bouton médian d'une manière violente, en le refoulant avec force et produisant ainsi une fracture dans la cloison des fosses nasales, lesquelles, en se pliant en arrière, peuvent faire une place au tubercule osseux qu'on veut refouler. Mais en procédant ainsi par une violence qui ne peut être suffisamment mesurée, on n'est pas sûr de ce qu'il peut en résulter ; il peut arriver qu'au lieu de rompre le vomer, on aille fracturer la partie supérieure de la cloison et la surface criblée de l'ethmoïde, ou quelqu'autre partie de la base du crâne, et qu'ainsi on donne lieu à des accidents graves. Ce procédé, tout en ayant un but très rationnel, est assez dangereux dans la pratique, et je crois qu'il est plus prudent de ne point l'essayer.

Pénétré des inconvénients de chacune de ces méthodes et des accidents qui peuvent résulter, en particulier de l'emploi de la dernière, j'avais commencé à employer sur cet enfant le procédé de Desault ; mais l'enfant ne put pas l'endurer long-temps, et, de plus, il eut le malheur de perdre dans cette tentative une dent incisive. Alors je me dirigeai d'après un procédé que déjà depuis long-temps j'avais imaginé, et qui me semblait réunir toutes les chances de succès. Je me disais : Puisque le bouton osseux médian tient à la partie antérieure de la cloison du nez, si l'on en réséquait une portion en arrière, il devrait alors pouvoir rentrer facilement, et puis se consolider dans cette nouvelle position. Il est vrai que j'aurais ainsi privé cet os des vaisseaux nourriciers qui lui viennent de la partie postérieure ; mais il en aurait reçu suffisamment de la partie supérieure où il adhère au nez, et il n'aurait pas couru le risque de manquer de matériaux nutritifs. Avant d'exécuter ce procédé, j'ai fait beaucoup d'essais sur le cadavre ; j'ai simulé la difformité que je voulais faire disparaître, et j'ai vu que mon procédé réussissait très bien, en ce que la partie moyenne des os maxillaires, isolée des parties latérales et de la cloison du nez, pouvait facilement être refoulée en arrière. Après ces essais, je me suis décidé à l'employer sur notre petit malade. J'ai coupé en arrière une portion de la voûte palatine ayant la forme d'un A, et j'ai vu tout de suite que le bouton osseux pouvait très bien être refoulé et se mettre au niveau des autres parties de la face. Ce jour-là, je me suis tenu à cette première opération ; je n'ai pas cru devoir procéder tout de suite à l'opération du bec-de-lièvre ; j'ai voulu attendre que le bouton osseux prît quelque consistance et contractât des adhérences solides dans sa nouvelle position. C'est ce qui est arrivé ; plus tard j'ai opéré le bec-de-lièvre qui, dans l'état actuel des choses, ne présentait plus de difficultés. Le succès a été, on peut le dire, complet. Maintenant les deux incisions qui faisaient une grande saillie en avant, et qui étaient obliques à l'horizon, sont perpendiculaires. Il y a correspondance entre les dents supérieures et les inférieures. Les deux os maxillaires se réuniront peu à peu par une véritable cal osseux à la partie osseuse médiane, et nous espérons que toute la mâchoire supérieure sera réunie dans ses circonférences.

(1) On a trouvé le moyen de rendre les pilules composées avec ce médicament assez stables pour qu'on puisse les employer chez les malades difficiles, quoique la solution ne soit que peu ou point désagréable à prendre.

---

lui prêtant des prétentions ridicules, en lui opposant des objections subtiles qui toutes viennent se briser contre ce seul mot : la numération c'est l'expérience *chiffrée ;* vous préférez l'expérience vague, superficielle, purement affirmative, et vous savez pourquoi. Malheureusement vous êtes journellement pris en flagrant délit de contradiction, d'inconséquence, et vous trouvez que les chiffres sont bons à quelque chose lorsqu'ils servent vos opinions ; tout cela est dans l'ordre. Mais je m'aperçois que je fais du dogme, alors que je me proposais de ne faire que de l'histoire.

Bien que la révolution que nous étudions ait été lente et graduée, cependant elle a été marquée par quelques événements plus ou moins mémorables dont nous allons esquisser les principaux. Et d'abord, dès l'origine de l'envahissement broussaisien, des oppositions surgirent, mais comme simples oppositions oratoires ou dogmatiques. Ici, comme en toute révolution scientifique, les faits avancèrent plus les choses que les raisonnements ou les assertions gratuites. Déjà dès l'an de grâce 1818, un livre anglais, celui de Hogdson, transporté dans notre langue par les soins de M. Breschet, avait fait mieux connaître une affection grave, très souvent mortelle, la phlébite, dont les funestes effets étaient attribués au transport du pus dans le torrent de la circulation. Mais ce ne fut guère que vers les années 1826 et suivantes, par les travaux de Maréchal, Velpeau, Blandin, Dance, Cruveilhier et autres observateurs distingués, que la doctrine de la résorption purulente acquit du crédit, et ce fut, comme le dit M. Tessier, une véritable bonne fortune, car, d'une part, la résorption purulente constatait la réalité des affections humorales généralisées, et, d'autre part, la ressemblance des symptômes de la résorption avec ceux de l'affection typhoïde militait puissamment en faveur d'une cause toxique générale comme élément primitif de cette dernière, laquelle constituait, comme on sait, le grand pivot de la gastro-entérite. Mais, quant à la généralité de l'affection et à sa nature humorale, on semblait oublier que la résorption purulente avait un point de départ essentiellement local et son siége primitif dans les solides, puisqu'elle n'existait que comme conséquence de l'inflammation du tissu veineux ou autre. Donc, la phlébite est, au contraire, un argument en faveur de la localisation et du solidisme, voire même de l'inflammation comme point de départ des phénomènes typhoïdes. Quant à la ressemblance des symptômes de résorption avec ceux de l'affection typhoïde, elle a pu causer un instant d'éblouissement, mais il a fallu singulièrement rabattre des conséquences qu'on s'était hâté d'en déduire, alors qu'on s'est aperçu qu'une foule d'affections très locales et nullement humorales pouvaient également revêtir la forme typhoïde. C'est ce qu'après plusieurs autres, nous avons fait ressortir avec soin dans notre *Traité de l'entérite folliculeuse*, dont le chapitre deuxième est entièrement consacré à la démonstration de ce fait important. Donc, l'analogie de la résorption ne prouve rien quant à la nature soi-disant humorale primitive de l'affection typhoïde ; mais il y a plus, M. Tessier vient de présenter comme vraisemblable l'absence totale de résorption purulente dans la phlébite, et de saper un point de doctrine qui pourtant paraissait aussi solidement assis qu'aucun autre en médecine. (Gazette médicale, 1842.) Quant à la thérapeutique de la résorption purulente, elle ne prouve rien, hélas ! pour personne ; mais celle de l'inflammation qu'occasionne la résorption, prouve bien et dûment en faveur des antiphlogistiques. Tel est, en peu de mots, le résultat de ce coup de massue sous lequel le solidisme et l'irritation semblaient devoir succomber à jamais.

Vers la même époque (1828) apparurent les admirables *Recherches* de M. Louis *sur la gastro-entérite*, chef-d'œuvre de patience, modèle de probité scientifique. De ce livre surgit cette conséquence inattendue que, dans les fièvres graves, l'intestin grêle était toujours affecté, à l'inverse des autres éléments morbides qui tous pouvaient manquer. C'était Prost régénéré, mais perfectionné. Ce résultat étourdissant ne désarçonna cependant pas les adversaires de la localisation, lesquels prétendirent d'abord que la gastrite ne faisait pas essentiellement partie des fièvres graves. Mais si l'intégrité de la gastro-entérite s'en trouvait altérée, l'entérite n'en persistait pas moins et plus solide que jamais. Il n'y avait pas moyen de prétendre que cette entérite fût secondaire ; car M. Louis la donne expressément comme primitive ; mais M. Louis prit un faux-fuyant dont nous n'avons jamais bien compris la portée ; il prétendit que l'altération des follicules intestinaux était le caractère anatomique de la maladie, faisant entendre par là qu'elle n'en était pas le caractère essentiel, et, sur cette raison, bonne ou mauvaise, on continua, comme devant, de considérer les fièvres graves comme des maladies *totius substantiæ*, bien gratuitement, comme on le voit. Je n'insisterai pas sur ce point de doctrine largement exposé dans un traité spécial, assez mal reçu, comme cela devait être, mais à l'égard duquel j'en appelle :

> « Du parterre en tumulte au parterre attentif. »
> (*Métromanie.*)

Cependant je ne puis me dispenser de m'étendre sur les conséquences thérapeutiques qui surgirent des péripéties éprouvées par la doctrine des fièvres graves. Pinel, Petit et Serres avaient mis en honneur le traitement tonique ; Broussais y avait substitué le traitement antiphlogistique ; l'éclectisme fit adopter un mélange incohérent de l'un et de l'autre avec addition de purgatifs, d'antiseptiques et autres ingrédients, à l'occasion. Les antiseptiques parurent même un moment devoir usurper la domination, mais non plus que du temps de Pringle, ils ne soutinrent la bonne opinion qu'on en avait conçue *à priori*, sur les données de l'intoxication miasmatique, de la putréfaction du sang, etc. La froide et judicieuse expérimentation de M. Chomel en fit justice. Le livre de M. Chomel sur la *Fièvre typhoïde* est l'expression pure de l'éclectisme en sa fleur. Il est de 1834.

Sur ces entrefaites, un honorable praticien, offusqué probablement du bruit que faisaient alors les saignées *coup sur coup* de l'ardent et disert professeur Bouillaud, imagina les purgatifs *coup sur coup*. Jamais annonce ne chatouilla plus voluptueusement la fibre de l'opposition, car elle attaquait de front les idées ennemies ; aussi fut-elle reçue avec acclamation. On ne s'aperçut pas que son inflexibilité était précisément le défaut amèrement reproché à la *formule* du médecin de la Charité qui, pourtant, était moins exclusif que son antagoniste, lequel n'admettait aucune distinction de cas ni de périodes. Le peuple médical semblait dire avec Saint-Augustin : *credo quia absurdum ;* car tel est, au fond, le symbole de l'empyrisme. On eut même la bonhomie de croire que cette méthode était la réhabilitation de l'antiquité ; et lorsque nous nous présentâmes en face de l'Académie pour prouver que toutes les illustrations antiques s'étaient formellement prononcées contre une telle monstruosité, les répugnances de l'aréopage nous convainquirent de ce que nous savions déjà, à savoir que l'instant était on ne peut plus mal choisi ; joignez à cela que nous eûmes la maladresse de lui parler latin. L'instant aujourd'hui serait plus propice, car déjà l'idole a pâli, le remède est usé ; voilà qu'on retourne au sulfate de quinine : on vous a prouvé, il y a quelques mois, qu'il n'y a rien de mieux dans les fièvres graves ; on vous en a même administré les raisons, c'est que le sulfate de quinine abat le pouls ; c'est que la fièvre typhoïde n'est pas rigoureusement continue, et que, dès qu'une rémission se fait sentir dans une maladie quelconque, le sulfate de quinine est la véritable panacée. Je vous demande où cela nous conduira ; car quelle est la maladie qui n'ait pas ses rémissions, y compris la pneumonie ? où cela nous conduira ? Vous l'avez vu pour le rhumatisme. En vérité, je vous le dis ; le *temperamentum temparatum* est une vieille utopie ; il est antipathique à l'esprit humain. Je passe sur ces tentatives avortées, véritables échauffourées en faveur du calomel, des frictions mercurielles, de l'alun, du nitrate d'argent, etc., etc. Je n'ai pas le temps d'escarmoucher dans ma lettre, et je m'adresse aux grands systèmes, si systèmes il y a. Le degré d'incrédulité qui résulte de tout cela se trouve exprimé dans la déclaration d'un habile observateur, placé à la tête d'une publication classique, lequel affirmait naguère, dans une leçon clinique, que *tous les traitements sont indifférents dane la fièvre typhoïde*. De sorte que l'organisme est déclaré radicalement réfractaire à tous les modificateurs ; c'est Mythridate armé contre tous les poisons. C'est dire assez clairement que la médecine n'est pas ; la médecine dont Hyppocrate a démontré la réalité par cet argument : « Il y a des agents salutaires et des agents nuisibles, donc la médecine existe. » (*De arte.*) Mais Hyppocrate est un p.....

Donc, après avoir démoli les saignées, les purgatifs, et bientôt, Dieu

Bec-de-lièvre double sans complication. Opération. Modification du procedé ordinaire.

Nous avons aussi dans la même salle un autre cas de bec-de-lièvre double, mais sans les graves complications que le cas précédent nous a présentées. Il s'agit d'un jeune garçon âgé de huit ans, ayant depuis sa naissance une division congéniale de la lèvre supérieure, avec un tubercule moyen parfaitement sur la ligne médiane. C'est un vice de conformation analogue au précédent, pour ce qui est de la lèvre, mais sans la complication de la division des parties osseuses. Ici la voûte palatine est intacte; nous n'avons affaire qu'aux parties molles; par conséquent le cas est beaucoup plus favorable, et la guérison complète plus facile à obtenir. Le contour médian de la lèvre ne descend pas jusqu'au niveau du bord libre de la lèvre même : il est un peu tiré en haut vers le nez; cela dépend de ce qu'il tient aux tissus qui se continuent avec cet organe. Il n'est pas soutenu latéralement, et alors nécessairement il doit tendre à remonter ; mais il sera facile sans doute de le remettre au niveau des parties voisines avec lesquelles il ne doit faire qu'un seul tout.

Comment procèderons-nous ? Le procédé ordinaire consiste à aviver les bords des deux lèvres et du bouton médian, en coupant les bords de celui-ci de manière à lui donner la forme d'un triangle dont la base serait dirigée du côté du nez, et le sommet inférieurement, vers le bord libre, puis on réunit ces diverses parties de manière à cacher presque le bouton médian entre les portions latérales de la lèvre. Mais il résulte de cette manière d'agir que la lèvre, quoi qu'on fasse, prend une forme en arc très désagréable à la vue; car les dents sont à peine recouvertes, et de plus un peu gênante pour l'individu. On s'est efforcé, il est vrai, de remédier à cet inconvénient par une certaine manœuvre dans l'application de la ligature. On enfonce l'aiguille obliquement de bas en haut d'un côté, et de haut en bas du côté opposé, de manière à abaisser autant qu'il est possible la partie moyenne de la lèvre. Mais on n'arrivera pas par là à corriger entièrement la difformité.

C'est d'après ces réflexions que j'ai cru devoir conserver le bouton médian dans son entier, en le coupant de façon à conserver la partie libre la plus large possible, afin de pouvoir ensuite la mettre au niveau des deux parties latérales de la lèvre, et avoir ainsi une ligne non point en arc, mais au contraire un peu déprimée au centre, telle, en un mot. que la lèvre supérieure se présente dans son état normal. Il faut, pour cela, que le bouton soit tiré en bas. Si, par hasard, il venait à descendre trop bas, et qu'il y eût quelque difformité dans le sens contraire à celle qui existait déjà, il serait bien facile de la corriger en faisant remonter le bouton par une incision pratiquée à sa base.

Ce procédé nous semble plus rationnel que le procédé ordinaire; il nous paraît illogique de sacrifier le bouton médian, et ce serait bien le sacrifier que de le couper de la manière que nous avons dit, et de le faire presque disparaître entre les deux parties latérales de la lèvre. Il est des personnes qui, ayant affaire à un double bec-de-lièvre comme celui-ci, commencent à réunir l'un des côtés de la lèvre avec le bouton médian, et plus tard agissent sur le côté opposé. Nous croyons pouvoir réunir les deux côtés à la fois, ne voyant aucune indication contraire à l'usage de ce procédé.

L'opération a été pratiquée de la manière ci-dessus indiquée.

Le troisième jour on a enlevé les épingles qui maintenaient les bords des lèvres réunis. On aurait pu les enlever un jour plus tôt ; mais dans le cas actuel il fallait tenir le bouton central de la lèvre bien abaissé au niveau des parties latérales. Les épingles ont un peu ulcéré la lèvre. Cet accident provient il de ce que les fils étaient trop serrés ? On ne le pense pas ; car s'il en était ainsi, l'ulcération serait arrivée dans le point même que les fils comprimaient, tandis qu'elle a eu lieu au contraire dans les points compris par les épingles. M. Blandin attribue plutôt ce résultat à l'espèce de tiraillement qui a dû être exercé sur le bouton médian à l'aide des épingles mêmes qui ont été refoulées par la contraction des tissus. Cela n'a pas empêché, du reste, les bords des plaies latérales de s'agglutiner. M. Blandin craint que la légère inflammation qui s'est développée sur la lèvre ne ramollisse un peu la cicatrice encore faible qui est en voie de formation, et que le bouton médian ne tende à remonter de nouveau. Afin de prévenir cet inconvénient, ne pouvant pas agir sur la partie moyenne, il a pris le parti de faire remonter les parties latérales de la lèvre à l'aide d'une bandelette de diachylon qui, passant au-dessous du bord libre de la lèvre, va se fixer à la partie postérieure et supérieure de la tête. Malgré ce petit inconvénient, il y a lieu d'espérer un assez bon résultat. Au reste, si par hasard le bouton venait à remonter d'une manière défectueuse vers le nez, on aurait un moyen de le faire redescendre par une petite opération autoplastique.

Nous reviendrions sur ce sujet s'il y avait lieu.

Fracture des os de l'avant-bras. Cal vicieux. Interruption de la continuité des muscles. — Contracture du poignet. Section des fléchisseurs de la main.

Monsieur,

Lors de la dernière séance de l'Académie de médecine, au moment où j'allais montrer la préparation anatomique dont vous avez parlé dans le compte rendu de mardi, j'appris que plusieurs honorables confrères avaient aussi demandé la parole pour des communications de pièces pathologiques ; je ne voulus pas abuser des moments qui m'étaient accordés, et je me bornai à un exposé très succinct, que je vous prierai de compléter par l'insertion de la note suivante, dans laquelle j'ai consigné la description de la préparation et quelques réflexions sur le traitement du genre de difformité dont elle est un exemple.

Agréez, etc., E. CHASSAIGNAC.

La pièce que j'ai présentée a pour objet d'éclairer le mécanisme suivant lequel les consolidations irrégulières des fractures peuvent devenir la cause de difformités consécutives. Pour peu que l'on réfléchisse aux innombrables variétés possibles des déviations, suites de fractures, en égard aux différences de siége, de direction et de consolidation de ces fractures, on verra que le traitement de cette classe de difformités ne peut guère se décider par des principes généraux, et que la chose la plus utile pour chaque praticien est de connaître le plus grand nombre possible de cas particuliers de ce genre de difformités. C'est dans le but d'ajouter aux faits déjà connus un autre fait qui m'a paru curieux sous le rapport pratique, que je présente cette préparation.

La communication actuelle porte principalement sur l'interruption de la continuité des muscles par un cal vicieux, et sur les conséquences de cette interruption suivant qu'elle siége :

1° Dans la partie tendineuse du muscle ;

2° Dans sa partie charnue.

Il s'agit d'une fracture ancienne du radius et du cubitus au niveau du quart inférieur de l'avant-bras. On voit que le cal constitue une traverse osseuse fort épaisse qui soude les deux os de manière à rendre impossible tout mouvement de l'un sur l'autre. Il y avait donc, par ce seul fait, perte complète et irrémédiable des mouvements de pronation et de supination. Du reste, quoique réunis entre eux, ces deux os n'étant soudés qu'à distance, l'avant-bras avait conservé sa forme aplatie. Toutefois, le fragment inférieur du cubitus formait une saillie facile à sentir sous la peau. Au niveau du siége de la fracture, plusieurs des muscles de l'avant-bras, et notamment les extenseurs, sont interrompus dans leur continuité et se confondent avec le cal, à ce point que la portion des muscles située au-dessus de la fracture, n'a plus aucune liaison avec leur portion inférieure, qui prend insertion sur le cal lui-même.

Deux conséquences résultent de cette interruption dans la continuité des muscles :

1° Le tendon ayant perdu toute liaison avec la partie contractile du muscle, devient inerte et reste incapable d'imprimer aucun mouvement.

2° D'un autre côté, la partie charnue du muscle étant la seule qui soit extensible, et qui permette au tendon de céder à l'action des antagonistes, il en résulte que le tendon devant adhérer au cal, et privé de son corps charnu, devient un ligament qui ne peut ni s'allonger, ni céder en aucune manière.

Quand sur la pièce que je présente on abandonne la main à son poids, le membre étant dans une direction horizontale et la paume de la main tournée en bas, on remarque que les doigts se fléchissent spontanément par le fait de cette position, à l'exception du doigt indicateur qui est maintenu dans une extension permanente. La même chose a lieu, mais d'une manière beaucoup moins marquée pour le petit doigt.

En examinant les muscles, on reconnaît que l'extenseur propre du petit doigt étant interrompu par le cal, n'est plus représenté depuis cette tumeur osseuse jusqu'à la phalange que par un tendon sans corps charnu.

Mais les principales altérations portent sur les deux muscles extenseurs de l'indicateur, savoir : la portion d'extenseur commun qui lui appartient et l'extenseur propre de ce doigt.

Le faisceau de l'extenseur commun destiné à l'indicateur se trouve subdivisé au niveau de la saillie du col en deux faisceaux secondaires qui se réunissent, en approchant du doigt, en un seul tendon. De ces deux faisceaux secondaires du même muscle, l'un, celui du côté externe ou radial, a perdu toute continuité avec le corps charnu de l'extenseur commun, elle prend directement naissance au cal ; elle est purement tendineuse dans toute sa longueur ; elle avait par conséquent perdu toute contractilité et toute extensibilité. L'autre portion du faisceau de l'extenseur commun a conservé un peu de sa continuité avec le corps charnu du muscle ; elle pouvait donc conserver quelque influence pour augmenter l'extension de l'indicateur ; mais elle ne pouvait donner à la division précédemment décrite la faculté de céder à l'action des fléchisseurs, faculté qui ne peut appartenir qu'à la fibre charnue.

Quant à l'extenseur propre du doigt indicateur, complètement interrompu par le cal, il est converti en un tendon qui se prolonge de la saillie osseuse jusqu'à l'indicateur. Point de contractilité, point d'extensibilité. Ainsi, par suite des désordres précédemment décrits dans les extenseurs de l'index, ce doigt était retenu en arrière par de véritables ligaments tendineux insérés sur le cal. La présence de ces tendons, devenus ligaments d'une manière accidentelle, faisait obstacle à la flexion et maintenait le doigt indicateur dans une extension continuelle. Il y avait même un commencement de subluxation métacarpo-phalangienne de ce doigt en arrière, produite sans doute par le reste de puissance que conservait l'une des divisions de l'extenseur commun.

Le cubital postérieur est complètement interrompu au niveau du cal. La portion supérieure du muscle a conservé le caractère musculaire. La portion inférieure, qui s'étend à partir du col jusqu'au cinquième métacarpien est purement tendineuse. C'est un ligament entre le col et le cinquième métacarpien. Le mouvement oblique du poignet en dedans et en arrière était donc aboli.

Le long abducteur du pouce et son court extenseur n'ont pas subi d'altération notable ; il n'en est pas de même du long extenseur du pouce qui a contracté des adhérences assez fortes. Le mouvement d'extension du pouce était donc diminué.

Les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras, comparés à ceux de la partie postérieure, n'ont éprouvé que des altérations légères. Un seul d'entre eux a supporté de fortes altérations, en servant aux autres de préservateur : c'est le muscle carré pronateur. Complétement détruit au niveau de la fracture, il se trouve divisé par elle en deux portions atrophiées, l'une refoulée au-dessous, l'autre refoulée au-dessus du cal.

En résumant les altérations fonctionnelles produites comme conséquences de la fracture, nous trouvons :

1° La perte de tout mouvement de pronation et de supination ;

2° L'affaiblissement du mouvement oblique d'adduction en arrière du poignet ;

3° L'extension devenue permanente du doigt indicateur ;

4° La même lésion à un degré moins prononcé pour le petit doigt ;

5° L'affaiblissement de l'extension du pouce.

Si dans le but de remédier à ces diverses lésions on avait voulu recourir aux moyens de la chirurgie, on peut voir que pour le rétablissement des mouvements de pronation et de supination il y avait un

---

merce, le sulfate de quinine, que fera la bande noire? Ce que se proposait de faire Pyrrhus après avoir ravagé le monde ; elle reviendra se reposer bourgeoisement dans les bras du simple rationalisme dont elle n'eût jamais dû sortir, et sans plus se préoccuper de miasmes hypothétiques, de globules microscopiques et autres farfadets (au point de vue pratique), elle s'en tiendra, comme saint Thomas, à ce qu'elle voit de ses yeux, à ce qu'elle touche de ses mains ; elle combattra la réaction patente dans le principe, puis elle attendra, sans la contrarier, que la nature ait cicatrisé les ulcères de l'intestin, n'usant des méthodes actives que comme exception et pour obvier à certains phénomènes urgents. C'est ce que font déjà tous les praticiens sages, sans oser l'avouer. C'est là qu'on en viendra, vous dis-je.... jusqu'à ce que las de la sagesse et mettant en oubli l'expérience du passé, l'esprit médical recommence à graviter dans l'éternel orbite des erreurs renouvelées, comme le forçat dans la roue de sa gêne.

Mais voici venir une époque fatale, un immense fléau qui, des confins de l'archipel indien, étendit ses bras livides jusqu'aux glaces polaires, le choléra, puisqu'il faut l'appeler par son nom, lequel fit invasion à Paris en 1832. C'est alors que triomphèrent à la fois les partisans de la spécificité, du miasme contagieux, de l'infection générale, des constitutions occultes, en un mot de tout ce qu'il y a de subversif des idées broussaisiennes. Localisez-donc, si vous pouvez, cette cadavérisation instantanée ; dites-nous donc le point où vous appliquerez vos sangsues, saignez-donc ce malheureux dont le sang est coagulé, dont les membres sont glacés, dont le pouls est éteint?..... Hélas ! oui : les apparences sont pour vous, nous reconnaissons notre impuissance ; mais attendons..... Eh bien, qu'est-il advenu de vos médications *à priori*, modelées sur l'écorce? Le sel de celui-ci, le punch de celui-là, les purgatifs du troisième, le liniment de cet autre, le chlore, l'oxygène, le phosphore, le camphre, l'éther, le musc, le quinquina, la valériane ; l'ail, l'ammoniac, le bismuth, le cajeput, le guaco, etc. Tout cela n'est-il pas reconnu égal à zéro, aussi bien que les saignées? Il vous en souvient, cher confrère, le traitement du choléra confirmé fut une encyclopédie pharmaceutique, et dans le petit volume que vous eûtes le saint dévouement de publier alors, je trouve, de compte fait, *soixante-dix* traitements particuliers émanant d'autant de praticiens qui tous vinrent humblement confesser leur insuffisance, naïve et sanglante critique de l'empirisme et de la polypharmacie. Mais voilà qu'abandonnant la route obscure de l'expérimentation directe, on se met à épier l'évolution du mal, à chercher à surprendre ses premiers linéaments pour le saisir dans son germe, et l'on finit par découvrir que le premier germe apparent est dans l'intestin, que le *choléra* commence par la *cholérine*, et que la cyanose n'est que l'expression généralisée d'une diarrhée séreuse trop souvent méconnue et négligée dans son principe. Dès lors tout s'éclaircit, tout incombe à souhait : traitez la diarrhée, vous préviendrez le choléra. Ce qui fut dit fut fait. Or, de cette découverte il résulte que le choléra débute ostensiblement par une lésion de l'intestin manifestée d'ailleurs par l'autopsie ; que cette lésion révélée par la diarrhée doit être traitée comme toute autre diarrhée, ni plus ni moins, par les antiphlogistiques, les calmants, les astringents, les révulsifs, etc. Encore une affection générale occulte qui se résout en une affection locale assez simple Il est assez singulier que ce solidisme primitif ait été déjà formulé par Bacon qui a dit, il y a plus de deux siècles : « La cause des maladies réside souvent dans la structure particulière des organes, tandis qu'on accuse les humeurs qui en sont innocentes. » (*Nov. organ.*) Reste toujours à savoir quelle fut la cause déterminante du fléau ; mais qu'importe? Celse n'a-t-il pas dit, il y a dix-huit siècles : « *Quod evidentes causæ faciunt, facere etiam abditæ possunt.* » (Lib. III, cap. 2.) C'est une diarrhée cholérique de cause inconnue et voilà tout. Permettez-moi d'ajouter, incidemment, que tous les éléments du choléra épidémique peuvent se montrer dans certains cas de choléra sporadique, ce que j'ai bien et dûment constaté. Donc, encore ici, le rationalisme sort encore vainqueur de la lutte, et l'empirisme, d'abord triomphant, demeure confondu.

Mais avant le choléra, comme depuis 1837, une autre épidémie, la grippe, vint rendre des forces à l'opposition et militer un instant contre les idées rationnelles. L'*influenza*, c'est l'inconnu : d'accord ; mais ce qui n'est pas inconnu, ce sont les résultats organiques de cette influence, c'est le catarrhe bronchique, si bien inflammatoire qu'il engendre la pneumonie ; c'est l'embarras gastro-intestinal manifesté par ses signes propres ; c'est l'endolorissement, la prostration résultant d'une lésion multiple, étendue, d'organes sympathisant étroitement avec les centres nerveux. Mais nous guérissons la grippe avec des vomitifs et des purgatifs, du vin de Malaga, etc..... Pourquoi pas? Ignorez-vous que les maladies, grâce à Dieu, guérissent indépendamment des remèdes et même malgré les remèdes. Tandis que vous guérissiez ainsi, d'autres guérissaient par les procédés rationnels. Vos remèdes même peuvent être rationnalisés par les circonstances où vous les avez employés. Après tout, vos méthodes excentriques n'ont pas fait fortune ; les hommes sages ont suivi silencieusement le grand chemin et ne s'en sont pas trouvés plus mal. Nous aussi avons purgé parfois, saigné de même, tonifié rarement, selon les prédominances des éléments morbides, car c'est ainsi que nous comprenons la thérapeutique rationnelle. Quant à la spécificité, nous l'entrevoyons dans l'intensité, la complication des phénomènes ; là se trouve, nous le croyons, le grand secret des constitutions épidémiques. Veuillez y regarder de près et vous trouverez des cas qui ressemblent aux cas épidémiques *ut ovum ovo*.

Enfin, depuis 1840, une épidémie meurtrière, mais assez circonscrite heureusement, s'est déclarée dans plusieurs localités, notamment à Strasbourg. Partout les observateurs éclairés ont été d'accord pour y reconnaître une méningite cérébro-spinale des plus violentes. Mais à Paris, où personne ne l'a vue, l'on a décidé que ce ne pouvait être une phlegmasie ; car de phlegmasies, on n'en veut plus, et l'on a décrété qu'une affection caractérisée par de graves phénomènes encéphaliques et par une couche de pus à la surface du cerveau ne pouvait être qu'une *fièvre nerveuse* ; car, ajoutait-on, l'opium la modifiait favorablement. La conséquence est rigoureuse, vous le voyez. Il y a des énormités auxquelles il est impossible de répondre, à moins de reprendre les éléments de la science à l'*a*, *b*, *c*. Cependant, à ceux qui voudraient s'édifier à cet égard, nous offrirons de lire la *Relation* que nous avons donnée de cette épidémie, et la *Lettre* que nous avons adressée à ce sujet à un honorable critique. (*Gaz. méd.*, 1842.)

Obligé de me restreindre dans les bornes d'une lettre, je m'arrête ici, cher confrère, après avoir signalé les événements majeurs qui ont fomenté la révolution médicale. J'aurai démontré, je l'espère, que les chants de triomphe entonnés par les fauteurs de l'empirisme leur sont dictés par d'aveugles aberrations, réduites à néant par la plus simple analyse.

Dans ma prochaine, je m'attacherai à l'étude des maladies courantes, sur lesquelles l'opposition s'exerce d'une manière sourde, mais continue.

En attendant, veuillez agréer, etc.,

FORGET,
Prof. de clin. méd., à la Fac. de Strasbourg.

Erratum. Lettre deuxième, troisième colonne : Nosographie *universelle*, lisez : *philosophique*.

Mon cher confrère,

Dans votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences vous dites : « De son côté, M. Magendie a expérimenté sur deux moutons, et les résultats ont été diamétralement opposés à ceux cités par MM. Cambessède, Rognetta, Flandin et Danger. Les animaux sont morts presque immédiatement. » Veuillez, s'il vous plaît, dans l'intérêt de la vérité, faire connaître cette circonstance essentielle que les deux moutons sur lesquels a opéré M. Magendie *étaient à jeun depuis deux à trois jours*. Cette circonstance explique parfaitement la différence apparente, ainsi que l'a dit M. Magendie lui-même, et confirme parfaitement nos observations respectives.

Agréez, etc., ROGNETTA.

Ce 12 janvier.

obstacle insurmontable résultant de l'union osseuse du radius avec le cubitus.

Parmi les ressources que la ténotomie semblerait, au premier coup-d'œil, offrir comme moyen de remédier à l'extension devenue permanente du doigt indicateur et du petit doigt, il en est deux que l'on aurait pu songer à employer :

1° La section des tendons qui maintenaient l'extension ;

2° Le décollement des parties adhérentes, muscles et tendons, à la surface du cal vicieux.

Si l'on avait eu recours à la section des tendons extenseurs de l'index, et ce que nous disons de l'index s'applique également au petit doigt, on eût, à la vérité, facilement ramené le doigt dans la flexion ; mais alors, les tendons extenseurs n'ayant plus de communication avec la partie contractile des muscles, le doigt indicateur, dépourvu de la faculté d'exécuter l'extension active et perdant, par la ténotomie, l'espèce de ligament qui le retenait dans une extension continue, aurait cédé à l'action des fléchisseurs, et ceux-ci, n'ayant plus d'antagonistes, auraient substitué à l'extension une flexion permanente. Le malade eût changé de difformité, mais il n'eût pas été guéri, et loin de gagner quelque chose au changement, il en aurait éprouvé un désavantage manifeste.

Quant à l'opération consistant à détacher de la surface du cal, à l'aide du ténotome, les parties adhérentes dans le but de rétablir la continuité des tendons avec leurs muscles respectifs, cette opération, exécutée déjà par Dieffenbach, eût été ici impossible à accomplir d'une manière satisfaisante. C'est ce dont il est facile de se convaincre en jetant un coup-d'œil sur cette préparation, où l'on peut voir que les changements survenus dans la direction des muscles, l'existence d'anfractuosités, l'implantation irrégulière des tendons et des muscles sur la masse osseuse, s'opposaient formellement à ce qu'on retirât aucun avantage d'une pareille opération.

Le fait de l'interruption de continuité des muscles qui passent sur un cal vicieux, et les conséquences que peut entraîner cette interruption suivant le point de la longueur du muscle où elle siége et l'état complet ou incomplet qu'elle présente, méritent d'appeler toute l'attention des chirurgiens. Il y a ici deux choses à considérer :

1° L'interruption de continuité siége-t-elle dans la partie tendineuse du muscle? siége-t-elle dans la partie charnue?

2° Si elle occupe cette dernière, existe-t-elle au-dessus ou au-dessous de l'immersion du nerf dans le muscle dont le corps charnu est intéressé?

Dans un mémoire dont les résultats furent publiés dans les bulletins de la Société anatomique pour l'année 1832, et dont j'ai consigné une analyse plus étendue dans mes notes sur l'anatomie de Swan, je me suis appliqué à déterminer 1° quel est, pour chaque muscle, le lieu précis de l'immersion des filets nerveux qui l'animent; 2° les conséquences de l'interruption de continuité d'un muscle, suivant qu'il est divié au-dessus ou au-dessous du lieu où pénètre son filet nerveux. J'ai donné ces déterminations pour les muscles du membre supérieur, et pour les muscles de l'orbite. Le genre de recherches auxquelles je me suis livré dans ce travail, me paraît de nature à faire apprécier plus rigoureusement la valeur des procédés ténotomiques. En effet, s'il y avait dans ces procédés quelque chose d'empirique, ce serait bien certainement de couper les muscles et tendons, sans s'inquiéter de savoir si le muscle qu'on divise reçoit ses filets nerveux dans tel point de sa longueur plutôt que dans tel autre, et si en même temps que l'on divise des corps charnus et des tendons, on ne divise pas du même coup les filets nerveux excitateurs nécessaires des muscles sur lesquels on agit.

J'ai cru devoir ajouter l'observation suivante de Dielfenbach, à laquelle j'ai fait allusion dans la note qu'on vient de lire ; elle me paraît de nature à intéresser vivement les praticiens, bien qu'elle soit très incomplète dans ses détails.

Contracture du poignet. Section des fléchisseurs de la main.

Une petite fille de huit ans avait éprouvé dans sa première enfance une fracture compliquée de l'avant-bras gauche dans son tiers inférieur. Par la violence d'une chute sur la main étendue, les extrémités des fragments avaient traversé la peau. Les accidents ordinaires, en pareil cas, s'étaient manifestés; une suppuration très étendue mit la malade en danger de mourir, ou de subir l'amputation du membre. Cependant elle guérit. L'avant-bras était fortement courbé en genou dans son tiers inférieur. Les tendons des fléchisseurs étaient serrés et adhérents entre les fragments, au fond du pli que formait le membre. Les téguments eux-mêmes, attirés au dedans, décrivaient un creux profond. La main était si fortement fléchie sur l'avant-bras, qu'elle formait avec lui un angle droit. La main et les doigts étaient en état de servir, à part leur situation contre nature. J'espérai guérir le mal par une opération, et je la pratiquai de la manière suivante. Je réussis à glisser à plat, sous les tendons, du bord externe du cubitus jusque dans le creux, un ténotome étroit et fort, à me frayer passage jusqu'aux fléchisseurs confondus entre les os, à les détacher de leurs adhérences et à en séparer le tissu cellulaire voisin, épaissi, ainsi qu'à diviser les fléchisseurs les plus raccourcis. Le creux profond de la peau disparut alors, la main et les doigts purent être presque redressés. Un traitement émollient et une attelle rembourrée complétèrent la cure. La petite plaie fut guérie en peu de jours, et au bout de quatre semaines la position et l'usage de la main dépassaient toute attente. La guérison se confirma encore davantage plus tard. La main était tout à fait droite, et tous les doigts habiles aux ouvrages les plus délicats.

(Dieff., *De la section des tendons et des muscles*. Berlin, 1841, p. 295.)

Chronique.

On ne parle plus guère des candidatures médicales et chirurgicales de l'Académie des sciences, quoique nous touchions au moment où ces candidatures vont, les unes recevoir satisfaction, les autres éprouver toutes les angoisses, toutes les amertumes de la déception. Cependant, si le public fait l'indifférent à cet endroit, il n'en est pas de même des intéressés proprement dits, intéressés pour eux-mêmes, pour leurs amis, pour les amis de leurs amis. Si nous étions mauvaise langue, nous ferions une bien longue et bien curieuse chronique de ce que nous savons sur ce sujet; mais, par charité comme par tolérance, nous ne voulons pas tout dire. D'ailleurs, au milieu de ces rumeurs croisées et souvent opposées qui nous arrivent, il est souvent difficile de connaître la vérité. Ce qui paraît certain, ce qui se dit par les personnes les mieux renseignées, c'est ce que nous allons raconter.

La candidature pour la place de Double divisait les suffrages de l'Académie sur deux compétiteurs. Le premier, quoique à peu près sûr de sa nomination, puisqu'il avait promesse de 35 voix, a été cependant inquiet et effrayé de la concurrence du second, qui avait déjà réuni 23 suffrages. Cette concurrence était, en effet, redoutable, et au jour du scrutin on a vu tant de revirements inattendus, tant de conversions subites, que ce premier candidat a fait tous ses efforts pour se défaire de son concurrent.

Il a été merveilleusement servi par le hasard. Une place est devenue vacante dans la section d'agriculture, dans cette section qui a déjà servi à l'hospitalité académique envers M. Flourens, M. Turpin, M. Dutrochet et autres agriculteurs de cette force. Bref, un ami, puissant à l'Institut, de ce premier candidat, a dit au second : Vous faites une guerre dans laquelle vous serez vaincu à coup sûr. Renoncez à votre candidature médicale, présentez-vous à la section d'agriculture, moi et mes amis nous voterons pour vous, et votre nomination est certaine.

Le conseil a été entendu ; le second candidat a opté pour l'agriculture ; et, chose curieuse, il sera nommé avant le premier, à l'élection duquel il concourra très efficacement.

Voilà pour les candidatures médicales, qui sont définitivement arrangées comme nous venons de le dire.

Pour les candidatures chirurgicales, les choses sont beaucoup plus embrouillées et ne s'arrangeront pas aussi commodément. Nous ne connaissons pas de chirurgien, candidat, qui voulût ou qui pût prendre l'échappatoire de la section d'agriculture ; de sorte qu'ils se présentent tous avec les prétentions les plus absolues au fauteuil de Larrey. Jusqu'à ce jour, il est impossible de prévoir le résultat qui devra se faire par compromis, car chaque membre de la section médico-chirurgicale de l'Institut présente, à la lettre, son candidat, pour lequel il combat *unguibus et rostro*. La liste de présentation n'est pas encore décidée : nous la ferons connaître en temps et lieu.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 7, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 16 JANVIER.

De l'introduction de l'air dans les veines.

En 1822, Dupuytren extirpait une tumeur du cou à une jeune fille, remarquable par la force et la beauté de sa constitution. La tumeur ne tenait plus qu'à un léger pédicule; l'illustre chirurgien allait se féliciter de son nouveau succès et jouir des applaudissements de ses admirateurs, quand, tout d'un coup, se fait entendre (dit-on) un *sifflement prolongé*, et cette jeune fille si fraîche, si forte, meurt comme frappée par la foudre. Dupuytren *porte la main à son front et réfléchit* (ce sont les termes des historiens de cette scène lugubre); il trouve, nous n'osons pas dire, il invente l'*introduction de l'air dans les veines.* Alors les chirurgiens qui avaient éprouvé le malheur de Dupuytren, et ceux qui l'éprouvèrent ensuite, eurent un moyen de plus pour se justifier; ils ne manquèrent pas d'en faire un utile usage. Il est cruel de voir périr un malade des suites d'une opération ou d'une maladie qui vient entraver le travail de réparation sans lequel il n'y a pas de succès complet; mais il est beaucoup plus douloureux et surtout beaucoup plus compromettant pour l'opérateur, de voir succomber à l'instant même de l'opération et pour ainsi dire sous le couteau, le malheureux patient. En effet, quand la mort est plus ou moins éloignée de l'opération, il n'est pas toujours difficile d'absoudre celle-ci, et surtout de couvrir la responsabilité de l'opérateur. Mais il est beaucoup plus embarrassant d'empêcher qu'une espèce de culpabilité ne pèse sur le bistouri et la main qui l'a dirigé, quand c'est soudainement et sous l'action chirurgicale que la mort a eu lieu. On savait que pendant et immédiatement après une opération, une syncope pouvait se prolonger et donner la mort; on avait appris que celle-ci pouvait être due à une douleur extrême, et les chirurgiens cherchaient ordinairement dans ces deux accidents leur justification. Dupuytren, en trouvant l'*introduction de l'air dans les veines*, ou pour mieux dire en montrant ce phénomène comme pouvant se produire instantanément pendant une opération chirurgicale, et la rendre soudainement mortelle; Dupuytren, en faisant cette découverte, a rendu un vrai service aux opérateurs. Il a été utile à ceux qui ont cru à sa découverte, et même à ceux qui l'ont considérée comme une de ces quelques hypothèses chirurgicales dont le chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait mêlé le très grand nombre de vérités qu'il nous a enseignées. Les uns et les autres, les incrédules comme les croyants, ont eu un moyen de justification quand la mort a eu lieu pendant l'opération. Les croyants ont redouté davantage les conséquences, et ont répandu la peur des grandes opérations.

Ce dernier résultat devait avoir, selon nous, un avantage; il devait rendre plus circonspects les chirurgiens, et les éloigner de ces entreprises téméraires dont les chances de succès immédiat étaient si minimes et l'espérance d'une guérison complète et durable presque toujours déçue. Enfin, la crainte de l'introduction de l'air dans les veines venant modérer l'action chirurgicale dans ce qu'elle a de plus exagéré, cette crainte était, selon nous, salutaire; il fallait la respecter. Mais la peur a ses exagérations. C'est ainsi qu'après avoir redouté les opérations pratiquées au cou et avoir borné la sphère de ce terrible accident à la hase de cette région, on en est venu bientôt à le redouter quand on opérait à l'épaule, au haut du bras, à la poitrine. Enfin, les journaux politiques ont raconté la mort tragique de la femme d'un illustre orateur. La malade est saignée au bras; on chasse tout le monde de sa chambre; personne ne doit y rester, pas même le mari. Une hémorrhagie a lieu par la piqûre de la lancette; la malade appelle, on ne lui répond pas; elle appelle encore, et personne ne vient à son secours. Alors la victime sort de son lit, descend et arrive à la salle de billard; là elle se montre toute ensanglantée aux yeux de sa famille, et bientôt elle n'est plus. Il semblait que l'idée de la mort par hémorrhagie devait plutôt naître que celle par introduction de l'air dans les veines. Eh bien! non; par une si petite plaie, c'est l'air qui s'est introduit dans le cœur pour paralyser son action! Et tous les journaux le répètent!!

Ce fait n'est pas le seul qu'on invoque pour faire admettre l'introduction de l'air dans les veines à la suite d'une saignée. On cite aussi une observation de M. Maugeis, dans laquelle il est question d'une femme enceinte que ce praticien saignait au bras. Après avoir perdu huit onces de sang environ, cette malheureuse poussa un cri et mourut instantanément. Il faut noter ici que le bruit d'aspiration, cette espèce de sifflement, n'a pas été entendu; et l'autopsie n'a pas été faite. De sorte que ce fait peut être complétement éliminé, et on conviendra que celui de la femme de l'illustre orateur est mêlé à un drame qui ne lui donne pas une grande valeur scientifique.

Ces faits, surtout celui qui s'est passé chez le député, ont eu une grande influence dans le monde. Il y a eu un moment où à Paris, dans la pratique civile, on n'osait proposer une saignée et encore moins l'accepter. Nous avons déjà dit que la crainte causée par les faits d'introduction de l'air dans les veines pendant les grandes opérations, que cette crainte pouvait être salutaire parce qu'elle modérerait l'action chirurgicale dans ses exagérations. Mais ici la crainte, et surtout une crainte si peu fondée, aurait un effet désastreux, car elle ne tendrait rien moins qu'à faire proscrire ou à n'employer qu'avec la plus grande répugnance la phlébotomie, l'agent thérapeutique le plus héroïque. Dernièrement, M. Velpeau a reçu de M. Simon, de Brest, une lettre dans laquelle il est question encore de l'introduction de l'air dans les veines à la suite de la saignée. Nous croyons qu'il s'agit tout simplement d'une syncope, et nous croyons pouvoir le prouver dans un autre article; mais, en attendant, nous devons transcrire cette lettre, qui a été imprimée dans les *Annales de Chirurgie* avec les réflexions de l'auteur de la lettre. Dans l'article qui fera suite à celui-ci, nous parlerons des diverses théories proposées pour l'explication de cet accident.

« Vers le milieu de 1841, je fus appelé à donner des soins à N...., garçon boulanger à Brest. C'était un jeune homme de vingt-cinq à vingt-huit ans, de constitution pléthorique. Il accusait des lassitudes générales, une céphalalgie constante, de l'oppression, un peu de toux, de l'inappétence, et demandait une saignée. La face était animée; le pouls large, raide et fréquent; la langue sale, sans rougeur. Je lui donnai rendez-vous le lendemain au lit pour lui tirer un peu de sang.

» Je plaçai au bras gauche une bande neuve, en tricot de soie, et ouvris la médiane basilique, la veine la plus apparente. Au bout de quelques instants, le sang cessa de couler, et, d'après l'état du pouls, attribuant cet accident à la compression trop forte exercée par la bande, je relâchai, sans succès, la rosette. Je me déterminai alors, sur les instances du malade qui montrait le plus grand sang-froid et tenait lui-même le vase, à une nouvelle ponction. Je piquai la veine à 10 ou 12 millimètres au-dessus de la première incision.

» Au moment même de cette nouvelle opération, un bruit que je ne pourrais comparer qu'à un léger reniflement se fit entendre; une petite bulle parut à l'ouverture supérieure, et l'idée de l'introduction de l'air dans la veine venait de me frapper, lorsque le sujet se renversa sur l'oreiller, sans connaissance, sans pouls et le thorax spasmodiquement dilaté comme dans la suffocation par strangulation. Je le crus perdu.

» Je plaçai le pouce sur les deux piqûres; j'aspergeai la face de quelques gouttes d'eau que j'avais à ma portée (j'étais dans la chambre avec le malade), et au bout d'une minute et demie environ, une large expiration et la reprise des sens vinrent me rendre un peu de sécurité. Je constatai alors que ma bande de soie était complètement lâche, et ne s'opposait plus au retour du sang vers le cœur. Un quart d'heure après, N.... était bien, un peu oppressé seulement, et me priant de renouveler la saignée; ce dont je me gardai bien: plus tard, du repos, quelques pédiluves et un purgatif salin le rétablirent.

» L'accident que je viens de tracer est-il une syncope? Je ne puis le penser. Le sujet était jeune, robuste, sans appréhension; il était au lit; la quantité de sang perdue ne montait pas à 100 grammes. J'ai, d'ailleurs, depuis dix-neuf ans que je fais des saignées, soit comme chirurgien de la marine, soit comme médecin civil, observé bien des défaillances pendant l'opération, et je n'ai jamais trouvé cette instantanéité de la chute du malade, cette suffocation spasmodique, cette rapidité de la reprise des sens. Et puis ce bruit de reniflement ou d'aspiration que j'ai perçu à l'ouverture de la veine, et l'apparition d'une bulle d'air à la plaie supérieure, ne m'autorisent-ils pas à penser qu'une petite quantité de fluide atmosphérique a pu être entraînée jusqu'au cœur droit, et compromettre l'existence de N....

» Je ne chercherai pas à expliquer un phénomène que je n'ai vu signalé nulle part, et qui n'a pu être produit que par un concours malheureux de circonstances, telles que le relâchement accidentel de la bande, et la superposition de deux ouvertures rapprochées sur un vaisseaux volumineux, où le sang avait repris à mon insu son mouvement d'ascension. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ.— M. CRUVEILHIER.

Apoplexie capillaire. Abolition de l'intelligenee et des sens. Guérison.

Première observation.—Le 16 novembre est entré le nommé Hucorne (Charles), âgé de soixante-treize ans. Ce malade a été couché au n° 3 de la salle Saint-Ferdinand. On ne put obtenir sur cet homme aucun autre renseignement que ceux-ci, à savoir: qu'il n'avait jamais été paralysé jusqu'au jour qui précéda son entrée à l'hôpital. Seulement alors il fut frappé tout d'un coup, chancela et tomba comme un homme ivre: il avait toujours été d'une bonne santé. Au moment de son entrée, une saignée copieuse lui est pratiquée, et voici dans quel état il s'offre le 17 au matin à notre observation.

C'est un homme d'une constitution forte; il est couché sur le dos, ne répond pas aux questions qu'on lui fait, mais balbutie parfois quelques mots inintelligibles; il semble se parler à lui-même plutôt que d'essayer à répondre; car il paraît ne pas comprendre le sens des paroles qu'on lui adresse. On ne peut lui faire tirer la langue qu'en frappant sur ses lèvres. Nous constatons qu'il y a une hémiplégie du côté droit avec abolition de la sensibilité et du mouvement de ce côté, dont les membres présentent de temps en temps un tremblement peu prononcé du reste, et qui paraît dépendre plutôt de la position même du membre que de toute autre cause, mais qui est évidemment hors de l'influence volontaire. C'est en vain que les membres supérieur et inférieur droit sont tiraillés, pincés; la seule irritation mécanique à laquelle il se trouve un peu sensible, est un fort chatouillement à la plante du pied. Il n'y a point de paralysie dans le côté droit de la face, mais la sensibilité y est obtuse comme elle l'est d'ailleurs non seulement dans le côté opposé de cette région, mais encore dans tout le côté gauche. Un examen plus attentif et quelques tentatives nous permettent de nous assurer que l'ouïe est abolie, mais sans pouvoir savoir si sa perte date du commencement de la maladie; la vue semble presque perdue; les pupilles ne se contractent pas; les yeux sont remplis de larmes, mais ils ne sont ni rouges ni chassieux. Le goût et l'odorat nous paraissent très affaiblis, s'ils existent encore; il n'y a point eu de selles depuis l'entrée du malade; les urines sont excrétées involontairement et sans que la vessie soit distendue. La langue est large et humide; la soif est modérée; il n'y a point de vomissement; on entend la respiration s'effectuer sans effort, mais plus faiblement à droite qu'à gauche. Si ce n'est le peu de fréquence du pouls, la circulation ne présente rien de particulier; il y a seulement, jointe à cette lenteur du pouls, quelques intermittences dans les battements du cœur. M. Cruveilhier fait appliquer six sangsues à chaque apophyse mastoïde et administrer soixante grammes d'huile de ricin.

Le 19 novembre, il y a peu de changement dans l'état de ce malade; il conserve son air hébété; il est plongé dans un état de torpeur d'où on le tire difficilement et seulement pour quelques secondes quand on l'agace fortement. L'hémiplégie persiste au même degré. (Ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale.)

Le 20, il y a un peu d'amélioration; la sensibilité est moins obtuse; l'intelligence semble aussi revenir faiblement; il y a quelques mouvements, mais presque imperceptibles dans le côté droit. Ses urines et ses selles sont toujours involontaires.

Le 23, à peu près dans le même état que le 20. (Une saignée de 250 grammes environ.)

Le 25, amendement notable, l'ouïe et l'intelligence sont en partie recouvrées; le malade répond aux questions; mais il faut le presser; il se plaît à répéter les phrases dont on se sert pour l'interroger; il semble que cela lui soit plus facile de répondre ainsi: la sensibilité et le mouvement ont fait aussi quelques faibles progrès (Trente grammes d'huile de ricin.)

Le 26, le mieux se soutient; mais les urines et les selles sont encore rendues involontairement; il se forme un léger abcès à la fesse droite; il n'y a pas d'escharre au sacrum.

Le 28, le malade a eu hier de la céphalalgie avec rougeur de la face; aujourd'hui il est bien; l'amélioration continue chaque jour; il commence à exécuter quelques mouvements, à proconcer quelques mots, qu'il répète un grand nombre de fois; quand il est parvenu à les articuler convenablement, il fait comprendre qu'il a besoin de manger; M. Cruveilhier lui accorde quelque nourriture, et le mieux marche les jours suivants.

Le 6 décembre, les mouvements du côté paralysés sont devenus très marqués; mais l'intelligence est toujours paresseuse; il semble qu'il ait perdu la mémoire des mots; si on lui en prononce la première syllabe, il achève les dernières; mais il ne parvient point encore seul à trouver le nom des objets.

Le 17, il peut serrer, quoique faiblement encore, avec la main du côté droit; les mouvements se sont presque rétablis dans la jambe et dans le bras du même côté; sa sensibilité a également reparu dans ces parties; la vue, l'ouïe, l'adorat, sont recouvrés, non pas complétement, mais d'une manière notable cependant; la parole est aussi passablement libre.

Somme toute, l'amélioration générale est extrêmement satisfaisante.

Deuxième observation. — *Ramollissement du cerveau avec complication de pneumonie. Eschare au sacrum. Mort. Autopsie.*

Le même jour que le précédent a été apporté à la Charité, et couché au n° 8 de la même salle, le nommé Deschieux (Pierre), cordonnier, âgé de 56 ans. Cet homme a presque constamment été d'une bonne santé; il est cependant d'une organisation grêle, délicate; jamais il n'avait éprouvé d'accidents du côté du cerveau; les seuls étourdissements dont il ait souvenir reconnaissaient pour cause quelque excès de boisson; mais il ajoute, ce qu'il y a lieu de croire, attendu la bonne foi qu'il met dans ses réponses, qu'il s'est exposé peu souvent à l'influence de cette cause. Il était donc dans un état de santé parfait quand, il y a huit jours, il fut pris subitement d'une hémiplégie du côté gauche; il ne sentait ni ne pouvait mouvoir les membres de ce côté. La perte de sentiment ne fut pas de longue durée; une saignée lui fut pratiquée chez lui; mais son état ne s'améliorant pas, il se décida à entrer à l'hôpital.

Voici dans quel état nous le trouvons le 17 au matin: décubitus dorsal; on a été obligé de lui relever fortement le tronc avec des oreillers, à cause d'une grande gêne dont il se plaint dans la respiration; il a le teint pâle, les yeux chassieux, le corps très amaigri; ne ressent point de douleur vive. Le membre supérieur gauche est complétement paralysé du sentiment et du mouvement; la paralysie du membre antérieur du même côté est imparfaite.

La face est privée de sentiment et de mouvement du même côté; la bouche est déviée; la commissure droite est tirée en bas. L'ouïe et la vue sont parfaitement conservées; l'intelligence est intacte. Quand on veut faire tirer la langue du malade, il se passe quelque chose d'assez curieux; c'est une particularité sur laquelle nous avons entendu M. Andral appeler quelquefois l'attention de ses élèves. Pour sortir la langue de la bouche, l'hémiplégique la tourne d'abord du côté paralysé; dans le cas actuel, par exemple, le malade détourne la langue à gauche, et on voit qu'elle a de la peine à franchir la moitié gauche de la bouche; cette difficulté est augmentée encore par l'occlusion de cette portion de l'orifice buccal qui ne s'ouvre point pour permettre à la langue de la franchir, mais qui se laisse pénétrer, séparer comme un corps inerte; le malade sert donc la langue de travers, et elle ne se redresse qu'une fois hors de la bouche. La langue de cet homme est pointue, sèche; il accuse une soif assez vive. Les selles sont fréquentes et involontaires; les urines s'échappent également sans la participation de sa volonté.

La constitution du sujet ne permet pas d'avoir recours à de fortes émissions sanguines. M. Cruveilhier lui fait placer un séton à la nuque, et on lui applique des ventouses le long des côtés de la colonne vertebrale.

Jusqu'au 21 novembre, il n'y a point de changement notable dans l'état de cet homme. Un peu de vin de Bagnols pour relever les forces.

Le 22, il y a de la fièvre avec redoublement vers le soir; on s'aperçoit de la formation d'une large eschare au sacrum. Pansement approprié: recommandation de faire coucher le malade sur le côté.

Le 24, l'eschare a fait des progrès considérables; il y a de la dyspnée, une fièvre intense; l'auscultation et la percussion de la poitrine font reconnaître le développement d'une pneumonie du côté gauche; la respiration n'est pas non plus parfaitement pure à droite; les crachats sont rouillés et fétides; l'expectoration est difficile. Le malade demeure la tête penchée à gauche; il conserve toute son intelligence.

Les symptômes vont en s'aggravant: le malade succombe le 4 décembre.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Le lobe droit du cerveau est sensiblement ramolli, surtout vers sa face inférieure et aux environs de la scissure de Sylvius. Les poumons sont à l'état de ramollissement gris. On aperçoit dans celui du côté gauche des masses noirâtres, comme de la vase, et dans une cavité environnée de portions gangréneuses et s'ouvrant en arrière, dans la plèvre on trouve un gros caillot sanguin.

Le foie est d'un volume moindre qu'à l'ordinaire; sa consistance est diminuée. Le cœur et les autres viscères ne présentent rien de particulier.

On est frappé en lisant le premier de ces deux faits de rencontrer des symptômes qui se lient d'ordinaire à une autre lésion que celle qu'indique le titre de cette observation. Sans doute, s'il eût été possible de connaître les antécédents du malade, le diagnostic n'eût point été douteux; mais, supposons, ce qui est arrivé ici, un malade apporté avec une hémiplégie, perte de l'intelligence, peu de réaction, une sorte de disposition à la contracture, faiblesse ou abolition même des sens, joignant, comme nous le disions, l'impossibilité de savoir s'il y a eu quelques prodromes, si la paralysie est survenue tout à coup, ou si elle a été long-temps précédée de céphalalgie, d'étourdissements, et il est évident que la première pensée qui s'offrira à l'esprit sera celle d'un ramollissement du cerveau. Cependant, sous l'influence d'un traitement approprié, nous voyons tous les symptômes s'amender graduellement, et le malade est aujourd'hui guéri, c'est-à-dire qu'il marche, se sert de son bras, que les organes des sens exécutent très passablement leurs fonctions; l'intelligence seule n'est pas encore parfaitement nette. N'avait-on point affaire à cette variété de l'apoplexie que M. Cruveilhier appelle apoplexie capillaire, qui diffère, comme on le sait, du ramollissement purulent et du ramollissement séreux? Cela nous paraît extrêmement probable. C'est donc à propos de cas semblables, qu'on se pénètre de cette vérité: qu'il y a des maladies et des conditions telles qu'un diagnostic exact ne peut être posé qu'en étudiant la marche et le traitement même de l'affection.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. MALGAIGNE.

Sur la cataracte.

Nous avons dans nos salles un homme âgé de plus de soixante ans, d'une constitution robuste, qui est affecté d'une cataracte complète, dont le diagnostic est des plus évidents. Cette cataracte est survenue sans cause connue; elle s'est développée sans douleur et d'une manière graduelle. Il est survenu d'abord de l'affaiblissement dans la vue, puis un nuage qui s'est de plus en plus épaissi, et il y a huit jours que le malade cessa complétement de voir clair. Cet homme est entré hier, et nous l'opérons aujourd'hui. Pourquoi sitôt? parce qu'il n'y a pas de raison pour attendre. Lorsque les malades sont bien disposés, que leurs fonctions se font bien, que les viscères sont en bon état, je ne vois pas qu'il soit nécessaire de leur faire subir aucune préparation préalable.

On nous demandera pourquoi nous n'attendons pas, ainsi qu'on le conseille généralement, que les deux yeux soient cataractés pour faire l'opération aux deux yeux à la fois. J'avais dans le commencement de ma pratique adopté ces préceptes; mais j'y ai réfléchi depuis, et je me suis dit que, comme, tant dans un cas que dans l'autre, on n'est pas toujours sûr de réussir, il ne fallait pas trop accorder à l'empirisme, et qu'après tout c'était bien assez d'une seule opération et de la chance d'un seule inflammation à combattre.

Nos maîtres opéraient par extraction, prétendant qu'à la suite de cette opération l'inflammation est moins vive qu'à la suite de l'opération par abaissement. Pour moi, je n'ai jamais vu que l'extraction fût plus facile, et moins exempte d'accidents et d'inflammation. Loin de là, elle est plus sujette au contraire à donner lieu à des accidents graves. Il suffit, en effet, quelquefois, que le malade fasse un petit mouvement, pour que le chirurgien vide l'œil. Le débat subsiste toujours d'ailleurs entre les deux méthodes de l'extraction et de l'abaissement. La statistique sur laquelle on cherche à s'appuyer pour résoudre cette question, ne prouve rien, puisqu'elle ne tient compte que des succès et des revers, sans faire entrer en ligne de compte les demi succès et les demi-revers. Je ne serais pas surpris qu'on en vînt sous peu à résoudre la question en faveur de l'abaissement, sur la considération que c'est une opération sous-cutanée.

Un point qui a fixé mon attention relativement à l'opération par abaissement, c'est la durée de l'opération. Les anciens, et parmi eux A. Paré, recommandaient de tenir le cristallin abaissé le temps nécessaire pour réciter un *Ave*. Les auteurs ont varié sur la durée du temps pendant lequel on devait maintenir le cristallin abaissé, mais tous s'accordent à peu près sur la nécessité de le maintenir abaissé un certain temps. Dans beaucoup de cas on a réussi en agissant ainsi, mais ces succès sont loin d'être constants. Pour moi, je n'accorde pas une grande confiance à cette pratique. Pense-t-on, pour avoir tenu le cristallin abaissé pendant un certain temps, qu'il en remonterait moins pour cela? Voyons plutôt à quelle cause on doit attribuer cette réascension du cristallin, et quelle influence peut avoir sur cette circonstance la compression exercée par l'aiguille.

Lorsqu'on abaisse le cristallin sans déchirer la capsule et ses attaches, c'est l'élasticité même de la capsule qui le fait remonter, et non pas comme on l'a dit, la pesanteur spécifique du cristallin, qui serait moindre que celle des fluides environnants. S'il en était ainsi, d'ailleurs, on aurait beau maintenir le cristallin avec l'aiguille, on ne réussirait pas mieux, comme l'a dit un praticien, que si on le refoulait en haut. J'ai vu, à la Charité, une femme chez laquelle, après avoir opéré, abaissé ou cru abaisser une cataracte, je ne pris rien, et je vis une membrane remonter de chaque côté; je recommençai, même insuccès. Je crus que c'était la capsule que j'avais déchirée et qui flottait et je pensais alors, qu'ayant prise sur cette membrane, je pourrais la transpercer et que je la roulerais autour de mon aiguille pour la retirer; mais je n'enroulais rien du tout, et je finis par disperser les lambeaux dans tous les sens.

A Bicêtre, j'ai fait les expériences suivantes sur des yeux de cadavres; je coupais des yeux par le milieu, puis j'enfonçais l'aiguille par la sclérotique dans le cristallin, que j'abaissais fortement et que je maintenais long-temps abaissé; mais je n'avais pas plutôt cessé la compression que je voyais le cristallin remonter aussitôt: cela tenait à ce que le cristallin était trop mou. Les chirurgiens rencontrent souvent de ces obstacles, et, sans plus s'en inquiéter, ils abaissent à plusieurs fois le cristallin. Mais cette manière de faire n'est pas sans inconvénients. Il y a un point capital de médecine opératoire que M. Civiale a le premier fait ressortir, en l'appliquant à la lithotritie, et qui a rapport au danger de faire de longues séances dans les opérations, et de laisser trop long-temps les instruments dans les organes. Ce principe peut s'appliquer, d'une manière spéciale, à l'opération dont nous nous occupons. J'ai vu dans trois cas d'opérations trop prolongées, les malades perdre la vue à la suite d'inflammations traumatiques, malgré les saignées et les antiphlogistiques les plus énergiques. Cela m'a engagé à faire, en général, de courtes séances.

Quant au procédé opératoire, j'emploie de préférence celui de Perrin. Je porte l'aiguille ayant la convexité dirigée en haut, en bas et en arrière du cristallin; je coupe la capsule, je relève la pointe de l'instrument et j'expulse le cristallin; la capsule revient sur elle-même, se referme, et il est impossible que le cristallin remonte, surtout s'il est dur. De cette manière, je ne laisse que très peu de temps l'aiguille dans l'œil Mais malgré la précaution des courtes séances, il survient quelquefois de l'inflammation. Dans ce cas, je ne fais que rarement des saignées. S'il y a de la douleur, je donne des pilules d'opium de 0,05 centigr. et même à une plus haute dose. Comme elles ne m'ont pas toujours réussi, je mets un peu de réserve dans leur emploi, et je préfère très souvent le tilleul pour pousser à la transpiration.

Je disais tout à l'heure qu'à l'époque où je fus chargé du service de Bicêtre, je n'avais, à l'égard de la cataracte, d'autre doctrine que celle des auteurs et des maîtres sous lesquels j'avais étudié. Faisant un jour la dissection d'une cataracte que je croyais capsulo-lenticulaire, je fus fort surpris de trouver la capsule parfaitement saine, et je crus être tombé sur un cas rare, exceptionnel; mais plusieurs cas rares comme celui-là s'étant présentés les uns après les autres, je voulus m'éclairer, et je me mis à étudier ce que l'on a écrit sur les cataractes et à consulter les hommes spéciaux. MM. Furnari, Carron du Villards, Sichel me dirent tous qu'ayant fait des autopsies, ils avaient vu le cas ordinaire des cataractes capsulo-lenticulaires. Pour mon compte, je fis 25 autopsies sans en trouver un seul cas; ce qui m'autorisa à dire à l'Institut que je révoquais en doute la réalité de la cataracte capsulaire. Cette déclaration fit beaucoup de bruit; et ce fut alors que M. Florent-Cunier, ayant publié 39 cas dont 21 étaient, disait-il, des cas de cataractes capsulo-lenticulaires dont nous contestions l'existence, proposa un concours en Belgique pour mettre la chose au clair. A la même époque, M. Sichel me fit voir 3 cas de cataractes qu'il disait capsulo-lenticulaires et qui étaient pyramidales par leur forme; je fis l'extraction du cristallin, et je vis dans la capsule quelque chose de blanchâtre et qui était une espèce de végétation. Je vis ensuite deux autres cas dans lesquels la capsule portait des traces d'inflammation, de tiraillements et de brides blanches. Avant notre réclamation, sur 20 cataractes il en existait dans les cliniques 15 ou 18 capsulo-lenticulaires. Dans nos 60 autopsies, nous ne l'avons jamais vue; mais ce que nous avons vu toujours, c'est une sécrétion opaque de la capsule commençant à l'extérieur du cristallin et à la partie la plus déclive. Ainsi, nous voyons un petit croissant dont les deux cornes, en s'élevant, vont se réunir à deux autres cornes d'un autre croissant plus petit et supérieur et envoyant des rayonnements vers le centre, et au milieu de ces croissants le cristallin admirablement pur. Dans les opérations de cataracte par extraction, on trouve le cristallin pur, mais dépoli sur ses deux faces, reflétant sa lumière comme un diamant, mais ne la laissant point passer. Il paraît que le cristallin vit, et qu'il lui faut pour cela des attaches. Dès qu'il est séparé de la capsule par une partie malade, il dépérit, noircit, présente l'aspect de fromage dur; mais au centre, au contraire, il est pulvérulent. Eh bien, cela est important à savoir. Pourquoi, en effet, ne pourrions-nous pas faire absorber cette sécrétion morbide? M. Marjolin nous a dit avoir vu guérir des cataractes par des moyens purement médicaux. Nous nous occuperons en temps et lieu de ce sujet. En attendant, nous n'aurons plus des cataractes capsulo-lenticulaires, mais nous aurons des cataractes pyramidales qu'il faudra attirer au dehors. Quant aux prétendues cataractes avec brides, nous en avons vu; mais ce ne sont pas des cataractes, ce sont de violentes inflammations de la membrane cristalline et d'anciennes inflammations de l'iris. Dans ces cas, il faut faire l'opération de la pupille artificielle.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fissure à l'anus. Traitement par excision.

La nommée Tripoul (Marie), âgée de trente-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 14 décembre 1842, pour y être traitée d'une fissure à l'anus, dont elle fait remonter l'existence à dix-huit mois. Cette femme, sujette à la constipation, vit apparaître, dans l'été de 1841, des tumeurs hémorrhoïdales qui se gonflaient et devenaient douloureuses à des intervalles assez rapprochés. Un jour, éprouvant une grande difficulté à aller à la garde-robe, elle fit de violens efforts, et après l'évacuation de matières très dures, elle rendit à peu près une verrée de sang par le rectum. Le lendemain l'anus était le siége d'une cuisson assez vive qui s'accompagna, les jours suivants, de démangeaisons insupportables. La malade se grattait continuellement. Bientôt une douleur fixe s'établit à la partie antérieure de l'anus; le passage des matières fécales la rendait beaucoup plus intense, et l'exercice, la marche, la voiture surtout, l'exaspéraient aussi. La malade croit avoir remarqué qu'elle était plus vive à l'époque des règles. Peu à peu tous les symptômes augmentèrent de gravité. Le sphincter était dans un état continuel de contraction; une chaleur brûlante accompagnée de battements se faisait sentir dans la région anale. La malade redoutait tellement l'époque des selles, qu'elle l'éloignait le plus qu'il lui était possible; l'excrétion des matières était très douloureuse, malgré le grand nombre de lavements pris dans l'espoir d'atténuer la douleur (5 ou 6 dans la même journée). Cependant les fonctions digestives n'étaient pas troublées; la santé générale n'avait subi aucune altération. Des applications de sangsues, des bains, des lavements, 15 ou 16 cautérisations avec le nitrate d'argent, constituent le traitement employé jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

Le 19 décembre, on prescrit un bouteille d'eau de Sedlitz, et le 20, M. Jobert pratique l'opération. A la partie antérieure de l'anus, existe une fissure assez profonde à bords calleux et écartés, longue d'un centimètre environ, siégeant sur un petit tubercule hémorrhoïdaire: le doigt, introduit dans le rectum, est fortement serré par le sphincter. D'un seul coup de ciseaux, la fissure et le tubercule qui la supporte sont enlevés. Une mèche dilatante est placée dans l'anus.

Le soir, la malade accuse un grand soulagement; elle ne ressent, le lendemain, aucune douleur. Le troisième jour elle va à la garde-robe, sans éprouver d'autre mal qu'une cuisson assez vive qui se dissipe au bout d'une heure. On continue l'emploi des mèches pendant huit jours. L'eau de Sedlitz est encore une fois administrée pour combattre la constipation.

Les douleurs disparaissent tout à fait; les selles ont lieu sans la moindre souffrance, et douze jours après l'opération la cicatrisation est complète. La malade sort guérie le 2 janvier 1843.

— Quand Boyer, le premier, traça d'une manière bien précise les caractères de l'affection qui nous occupe, le phénomène qui attira surtout son attention, fut la constriction du sphincter qu'il a toujours rencontrée avec la fissure, et qui peut cependant, dit-il, exister aussi en l'absence de toute ulcération. Les symptômes si douloureux, et quelquefois si graves, auxquels les malades étaient en proie, lui semblaient entièrement sous la dépendance de l'état spasmodique du muscle. Aussi, après avoir reconnu l'inefficacité des moyens dilatants, des pommades calmantes ou astringentes, des cautérisations, etc., etc., qui ne faisaient que prolonger les douleurs, il adopta comme méthode absolue l'incision du sphincter pour faire cesser le spasme et faciliter la cicatrisation du petit ulcère caché dans les plis rayonnés de l'anus. Cette opération, entre ses mains, fut toujours suivie de succès.

Les préceptes enseignés par Boyer furent depuis suivis par la plupart des chirurgiens; mais tous ne furent pas aussi heureux que lui, et l'on compte maintenant plusieurs cas de mort arrivée à la suite de l'opération. Je sais que ces résultats malheureux sont en très petit nombre, et peuvent être regardés comme tout à fait exceptionnels, surtout en les comparant aux faits si multipliés dans lesquels l'incision du sphincter fut suivie d'un plein succès.

Mais cette méthode opératoire présente toujours des inconvénients assez graves pour qu'on ne doive y avoir recours qu'en dernier ressort. En effet, que l'incision passe sur la fissure en la comprenant dans la section, ou bien qu'elle soit pratiquée sur un autre point du sphincter, toujours est-il qu'il faut diviser dans toute son épaisseur un gros vaisseau musculaire entouré de nerfs et de vaisseaux. La douleur qui accompagne cette division est ordinairement très vive, et l'on est exposé à toutes les chances d'une hémorrhagie dont on pourrait facilement, il est vrai, se rendre maître. La rétraction des fibres musculaires tient écartées l'une de l'autre les lèvres de la solution de continuité; et en l'absence même de tout accident consécutif (abcès, décollement, fièvre. etc., causés par l'infiltration du tissu cellulaire), la cicatrisation de la plaie, retardée par le passage de matières irritantes, est toujours fort longue. Si Boyer a vu quelques malades guéris après 20 ou 30 jours, il avoue que chez d'autres la guérison n'a été obtenue qu'au bout de trois mois. (Je connais un monsieur d'une bonne constitution qui, l'an dernier, fut opéré par l'incision du sphincter dans les premiers jours de janvier, et à la fin de mars la guérison n'était pas complète.) En outre, après la cicatrisation parfaite, l'énergie du constricteur de l'anus, destiné à des fonctions si importantes, peut être diminuée, et les malades restent alors exposés à une incontinence plus ou moins grande de gaz et de matières.

Il est des cas cependant où la fissure est tellement cachée dans un des plis de l'anus, qu'on ne peut l'apercevoir; ou bien elle est située assez haut pour qu'on ne puisse pas la découvrir, et cependant sa présence est mise hors de doute par les phénomènes qui l'accompagnent. L'incision du sphincter, pratiquée sur un point quelconque de son étendue, est alors le seul moyen de remédier au mal.

Mais les fissures qui sont situées à l'entrée de l'anus, soit sur un tubercule hémorrhoïdaire, soit dans un des plis froncés de cette région, et qui s'insèrent totalement, ou par une de leurs extrémités sur le sphincter, dont ils provoquent et entretiennent la contraction spasmodique, peuvent céder à un traitement beaucoup plus doux, dépouillé de tous les accidents attachés à l'incision de l'anneau musculeux. Le but qu'on se propose est de faire cesser le spasme occasionné par la fissure. L'excision remplit parfaitement l'indication. Avec des ciseaux courbes sur le plat on enlève d'un seul coup le petit ulcère qui siége en avant, en arrière ou sur les côtés. Le voisinage de l'urètre chez l'homme, du vagin chez la femme, n'oppose pas, comme dans l'incision, un obstacle à l'opération, lorsque la fissure est en avant. On n'intéresse jamais les tissus dans une assez grande profondeur pour craindre de blesser les organes voisins.

La constriction spasmodique cesse immédiatement après l'opération; on n'a plus affaire alors qu'à une plaie superficielle et de peu d'étendue. La douleur produite par l'introduction des mèches, légère au premier pansement, devient nulle les jours suivants; et d'ordinaire, après une semaine, la cicatrisation est achevée. La rapidité de l'exécution, l'absence d'une douleur vive, l'éloignement de tout accident consécutif, la promptitude avec laquelle se fait la cicatrisation, parlent assez en faveur de ce procédé opératoire. M. Jobert l'a pratiqué nombre de fois, tant sur des malades de la ville que sur ceux des hôpitaux, et il a toujours obtenu une guérison complète et durable. M. Velpeau, entre les mains duquel cette opération a également réussi, rapporte (*Nouveaux éléments de Médecine opératoire*, t. IV) deux cas, sur six opérés, où la fissure a reparu après l'excision. Mais cette opération dût-elle manquer son effet, devrait encore, ce me semble, en raison même de son innocuité, être tentée, quand elle est applicable, avant l'incision du sphincter.

CAMILLE LAURÈS,
interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 15 novembre 1842. — Présidence de M. CORNAC.

Correspondance.— Elle renferme plusieurs mémoires sur divers sujets de médecine et de chirurgie, par M. Caspar Théobald, médecin allemand; 2° M. Bouhours adresse à la Société de nouveaux modèles de sonde; 3° M. le docteur Marchal (de Calvi), écrit pour demander le titre de membre résidant.— M. Giraldès est nommé pour examiner les titres du candidat.

Election. — Sur un rapport favorable de M. Levraud, M. Ulysse Chevalier, auteur d'un ouvrage intitulé : *De l'unité scientifique en médecine*, est nommé membre correspondant de la Société.

Ancienne plaie de jambe par arme à feu. Dégénérescence tuberculeuse. Amputation; par M. le Dr Ed. Laborie. — L'auteur, après avoir rappelé les travaux entrepris dans le but d'éclairer la nosographie des os, pense que la tendance des chirurgiens à généraliser toutes les affections du système osseux sous le nom d'ostéïte, ne doit pas détourner des études spéciales; pour lui, le dernier mot est loin d'avoir été dit sur cette intéressante question, et toutes les observations capables d'en avancer la solution doivent être recueillies avec soin; aussi est-ce dans cette vue qu'il communique à la Société le fait suivant, qui a été recueilli par M. Treille, médecin des environs de Compiègne.

Il s'agit d'un malade âgé de plus de soixante ans, qui reçut, il y a vingt-neuf ans dans la jambe droite un coup de feu qui produisit une fracture comminutive. Cet homme a vu succomber deux de ses frères, par suite de phthysie pulmonaire. Lui-même, présenta long-temps des symptômes qui inspirèrent des craintes sur l'état de sa poitrine.

Au siége de Pampelune il fut atteint par une balle qui lui fracassa le tibia. La plaie, mal soignée, guérit lentement, et la jambe resta difforme. Le péroné était courbé en avant et en dehors. A plusieurs reprises la jambe fut le siége d'abcès et de fistule qui se fermaient quelque temps, pour bientôt se reproduire. Il est à remarquer que l'état de la poitrine était meilleur dès que les accidents de la jambe se manifestaient. Depuis deux ans de nombreuses ulcérations fougueuses occupaient le tiers inférieur de la jambe, et une suppuration abondante et fétide épuisait rapidement le malade, forcé de ne plus quitter son lit. Appelé par M. Treille, médecin du malade, M. le docteur Laborie pratiqua l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection. Il conserva une grande étendue de peau, et coupa les muscles au niveau des os, afin que le moignon ne fût constitué que par la peau. Il pratiqua la réunion immédiate à l'aide des points de suture, et plaça seulement une petite mèche à l'angle le plus déclive de la plaie. Ce point seulement ne fut pas compris dans la réunion. Aucune bandelette agglutinative ne fut appliquée. M. Laborie partage l'opinion des chirurgiens qui pensent que les moignons exclusivement formés par la peau, sont dans des conditions plus favorables à une prompte cicatrisation; en ce que les muscles ne tiraillent pas les bords de la plaie, et ne s'opposent pas ainsi à leur adhésion entre eux. La section oblique des muscles a, de plus, sur la section directe, l'inconvenient de donner une plaie plus étendue. La réunion immédiate a encore l'avantage de ramener autant que faire se peut les grandes plaies aux conditions si avantageuses des plaies sous-cutanées. Enfin l'emploi des bandelettes agglutinatives paraît nuisible à M. Laborie, en ce qu'elles peuvent déterminer de l'irritation à la peau, et de plus, parce qu'en raison de leur inextensibilité, elle s'oppose au gonflement du moignon lorsque le travail inflammatoire adhésif s'en empare, et surtout quand il se fait à son intérieur un suintement sanguin. Le liquide alors est obligé de fuser entre les muscles, et souvent la pression qui en résulte a pour résultat la denudation des os. Les suites de cette amputation furent on ne peut plus heureuses; vingt-quatre jours après, la cicatrisation était entièrement achevée. Quelle était la lésion anatonique qui avait rendu l'amputation nécessaire? La dissection de la jambe montra une dégénérescence tuberculeuse du tibia, qui etait détruit dans plus du tiers inférieur de son étendue, et présentait plusieurs excavations, desquelles on retira des masses de substance assez semblable au tissu du ganglion lymphatique ramolli et incomplètement suppuré sous l'influence du vice scrofuleux. Les os du tarse et du métatarse avaient complétement subi la transformation graisseuse. M. Laborie insiste sur la relation qui exista constamment entre le développement de la tuberculisation des os, et la manifestation des symptômes morbides du côté des poumons. Pour lui, il est évident que la lésion dont il s'agit est de la nature de celle que M. Nélaton a decrit sous le nom d'infiltration tuberculeuse des os. MM. Forget et Thierry sont chargés d'examiner le travail de M. Laborie.

Election des membres du bureau pour l'année 1843. — Sont nommés :

Président : M. Cornac (réélu);
Vice-président : M. Brière de Boismont;
Secrétaires annuels : M. Forget (réélu) et M. Cherest.
Président honoraire : M. Belhomme;
M. Gillette, secrétaire-général, et M. Adorne, trésorier, conservent leurs fonctions.

Prix proposé par la Société.— Nous rappelons que dans la séance du mois de décembre 1841, la Société médicale d'Emulation a décidé qu'elle donnerait pour prix une médaille d'or de la valeur de 300 fr., au meilleur mémoire qui lui sera remis sur les maladies des ovaires.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés franc de port à M. Gilette, secrétaire-général, avant le 1er juillet 1843.

Le prix sera décerné dans la dernière séance de l'année 1843.

La séance est levée à dix heures.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur la complication de quelques phénomènes, dits typhoïdes, avec des maladies diverses; par M. Amédée LATOUR.

Le but de cette note est de montrer, par des exemples, que des maladies diverses, les fièvres éruptives surtout, peuvent débuter avec un cortége de symptômes en tout semblables à celui de la fièvre typhoïde. Deux observations de variole, une de scarlatine, une autre de maladie indéterminée, mais jugée au troisième jour à la suite d'une boisson laxative, observations dans lesquelles les phénomènes prodrômiques étaient identiques avec ceux de la fièvre typhoïde, porteraient M. A. Latour à conclure : que le diagnostic de la fièvre typhoïde n'est pas toujours aussi clair, aussi facile que le disent la plupart des auteurs contemporains; que quelques fièvres éruptives, la variole entre autres, peut débuter avec un ensemble de symptômes tout à fait identique à celui de la fièvre typhoïde; qu'il semble que l'éruption variolique une fois déterminée, l'appareil typhoïde se dissipe et s'éteint; que cet appareil typhoïde se présente comme coïncidence ou complication dans une foule de maladies diverses; qu'au début de ces maladies, il ne paraît avoir aucune influence sur leur développement et sur leur marche; enfin, qu'à cette période de début, il ne paraît pas donner lieu à des indications de traitement spéciales.

Nous nous joignons, du reste, à l'auteur de cette note, pour dire avec lui qu'il y a aujourd'hui un beau travail de pratique à faire, très opportun et très utile; c'est celui de rechercher quelles sont les maladies qui peuvent revêtir un ou plusieurs caractères de la fièvre typhoïde, et quelle est la modification que cette forme nouvelle doit apporter à leur traitement. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer des phlegmasies diverses présentant, soit dès leur début, soit dans leur marche, soit dans leur terminaison, des phénomènes insolites tout à fait analogues à ceux de la fièvre typhoïde. La littérature médicale possède un grand nombre de faits de ce genre, mais il n'en est pas encore résulte un travail d'ensemble et de coordination qui conduise à des préceptes de thérapeutique importants.

Les bons observateurs de tous les temps ont noté les formes adynamique et ataxique que présentaient les maladies dans certaines circonstances. Morton, Sarcone, Baglivi, Dehaën, Pinel, etc., ont beaucoup insisté sur les caractères insidieux que peuvent revêtir certaines fièvres; mais toutes les maladies sont-elles dans ce cas? A quelle époque de leur existence arrivent ces phénomènes? Quelles conséquences en faut-il tirer pour le traitement? Tout cela, ajoute M. A. Latour, est encore fort obscure, et demande une observation nouvelle.

Recherches sur les propriétés fébrifuges du cnicin (principe amer du chardon bénit); par M. NONAT, médecin des hôpitaux.

Le cnicin est une substance d'un beau blanc, cristallisée, sans odeur, d'une amertume prononcée, qui laisse un arrière-goût nauséeux; il est presque insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et dans l'eau alcoolisée; il n'a point d'action sur les papiers bleu et rouge de tournesol; en un mot, il est parfaitement neutre. Il ne forme aucune combinaison avec les acides et les bases salifiables. et il s'altère facilement en présence d'un acide ou d'un alcali.

Quant à son action physiologique, introduit dans l'estomac à la dose de 25 à 50 centigrammes, le cnicin détermine une sensation de chaleur âcre, brûlante dans le pharynx et l'œsophage, suivie bientôt d'un sentiment de constriction plus ou moins incommode surtout à l'œsophage. L'impression qu'il développe sur la membrane interne de ce conduit a quelque ressemblance avec celle qui succède à l'ingestion d'une liqueur alcoolique. Il développe à la région épigastrique une sensation de chaleur âcre plus ou moins forte, et dans bien des cas il provoque le vomissement, des coliques et la diarrhée. Ces phénomènes disparaissent au bout de deux à trois heures. Il peut troubler la circulation générale, produire l'accélération du pouls, augmenter la chaleur de la peau, en un mot, déterminer les phénomènes de la fièvre.

Relativement aux propriétés thérapeutiques du cnicin, objet principal de cette note, il résulte des recherches de M. Nonat, que le principe actif du chardon bénit jouit des propriétés fébrifuges à un degré moindre que le sulfate de quinine; que le cnicin réussit souvent à arrêter les paroxysmes fébriles; que dans quelques cas la fièvre résiste à l'action du cnicin; qu'il peut amener la résolution de l'engorgement de la rate; que ce remède ne parvient pas à guérir l'engorgement de la rate dans tous les cas; enfin que le cnicin, associé au sulfate de quinine, exerce une certaine influence sur la maladie, et qu'il permet d'en obtenir la guérison avec une dose de sulfate de quinine moins élevée que de coutume.

De l'emploi de la teinture de digitale à haute dose, associée au nitrate de potasse, dans les affections organiques du cœur; par M. DEBREYNE.

Hors dans deux circonstances, l'extrême rareté du pouls, quelle que soit l'espèce de lésion cardiaque, et son extrême faiblesse jointe au froid des extrémites, à l'asphyxie imminente, la teinte violacée, l'enflure considérable; toutes les affections organiques du cœur, sans excepter les cas où il y a ossification des valvules et rétrécissement des orifices cardiaques ou des ouvertures ventriculaires et auriculaires, toutes ces lésions du cœur, disons-nous, M. Debreyne les traite par la digitale à haute dose jointe au nitrate de potasse. Ainsi, après les saignées que peuvent nécessiter ces maladies ou les dispositions particulières des malades, il prescrit le traitement suivant :

Teinture de digitale, 30 grammes.

Le premier jour, on en prend douze gouttes, quatre matin, midi et soir, dans un verre d'eau sucrée ou une infusion de tilleul, et une heure ou deux avant le repas; le second jour, trois fois six; le troisième jour, trois fois huit gouttes, et on augmente ainsi tous les jours de deux gouttes à chaque prise jusqu'à trois fois vingt ou soixante par jour, dose que l'on ne dépasse pas ordinairement, et que l'on diminuerait si l'on éprouvait à un degré notable des nausées, des maux d'estomac, des vertiges, de la céphalalgie, etc.

Dans les trois verres de boissons à prendre dans la journée avec les gouttes, on mettra encore un des paquets suivants :

Nitrate de potasse, 80 grammes,

Divisez en vingt paquets.—Un paquet par jour, fondu dans les trois verres de tisane.

M. Debreyne blâme la réserve de la plupart des thérapeutistes, dont les plus hardis prescrivent à peine trente gouttes de teinture de digitale. Pour lui, il va avec confiance jusqu'à 60 gouttes, et quelquefois au-delà, et il assure avoir réussi dans plusieurs cas ou d'autres avaient échoué par leurs méticuleuses formules.

Des injections iodées dans les abcès froids des articulations; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Bonnet divise en deux classes les malades sur lesquels il a fait ces opérations, les enfants et les adultes. Les observations de la seconde classe sont encore très peu nombreuses, pour qu'il puisse établir quelque proposition générale sur les résultats auxquels on peut s'attendre; de sorte que ce travail n'est relatif qu'aux opérations faites sur les enfants.

M. Bonnet n'a jamais pratiqué les injections iodurées sur des abcès froids sans gonflement du tissu cellulaire, sans épaississement de la synoviale et des parties molles environnantes, coïncidant avec une constitution chétive, avec l'amaigrissement et un état constitutionnel qui ne permet aucune réaction salutaire qui puisse faire espérer la guérison. Tous les enfants dont il a injecté les abcès froids du genou, avaient cette articulation tuméfiée, non-seulement par la suppuration, mais par les fongosités et les tissus lardacés de la synoviale et des parties environnantes. Tous ces enfants étaient plus ou moins bouffis ou colorés, et offraient les caractères de la constitution scrofuleuse, et non ceux d'une constitution hectique. Trois enfants ont été opérés, et les résultats obtenus sont assez semblables les uns aux autres pour être ainsi résumés.

Dans aucun cas les injections d'alcool pur ou d'alcool saturé d'iode, n'ont produit une inflammation intense. Le peu d'inflammation qui a succédé aux injections irritantes dans les abcès froids du genou chez les enfants, ne s'est jamais démenti. La piqûre produite par le trocart s'est quelquefois cicatrisée à la suite de la première ponction; elle est toujours restée fistuleuse après les autres ponctions. Quant aux résultats curatifs, après comme avant ces injections, la maladie a toujours eu de la tendance à un état stationnaire; l'on a toujours été obligé de revenir plusieurs fois à des injections qui pussent ranimer l'activité languissante de ces abcès. Le traitement a toujours duré de deux à trois mois, et, ce temps écoulé, on n'avait pas encore obtenu une guérison complète; le mal avait seulement éprouvé une grande diminution. M. Bonnet ne doute pas que si l'on employait la méthode dont il a fait usage hors d'un hôpital, dans des conditions hygiéniques favorables sous le rapport de l'air, de l'exercice ou de la nourriture, si l'on y joignait des traitements généraux appropriés, et spécialement l'usage de l'iode en bains, on ne réussit à obtenir des guérisons complètes dans l'espace de moins d'une année, à condition néanmoins que l'état général du malade fût assez satisfaisant.

REVUE MÉDICALE.

Du développement du col de l'utérus pendant la grossesse;

Par M. le docteur FILUGELLI.

On croit généralement que, pendant la grossesse, le col de l'utérus ne commence à se modifier qu'au sixième mois; à cette époque, selon les auteurs, il s'évase à sa partie supérieure, il contribue à l'agrandissement de la cavité utérine, et, en diminuant progressivement en hauteur, il finit, vers le terme de la grossesse, par disparaître complétement.

C'est pour combattre ces opinions, que M. Fuligelli a écrit ce mémoire.

Sur le premier point, savoir : qu'il n'est pas exact de dire que le col de l'utérus ne commence à se modifier que le sixième mois ; l'auteur invoque deux ordres de preuves ; d'abord, deux faits qui lui sont propres, puis les opinions et les faits appartenant à d'autres auteurs.

M. Filugelli a fait l'autopsie d'une femme morte vers la fin du deuxième mois de la grossesse : le col de l'utérus était beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, et il avait sept à huit centimètres de longueur. Il a donné ses soins à une femme enceinte de trois mois, chez laquelle le cal n'avait pas moins de huit centimètres ; il était assez dilaté pour permettre l'introduction d'un doigt et sa longueur était telle qu'il pouvait à peine en atteindre l'orifice supérieur.

Madame Boivin dit : Après trois, quatre semaines on trouve l'utérus un peu plus volumineux, son col plus long, son orifice externe fermé. A la fin du deuxième mois le col présente plus de deux pouces de longueur, Levret, Burton, Rœderer ont partagé la même opinion.

De ces faits et de ces opinions il paraît démontré à M. Filugelli que le col de la matrice participe aux modifications de cet organe dès le commencement de la grossesse. Ces modifications consistent dans l'augmentation de son volume en tous sens.

Sur le second point, savoir : s'il est vrai que vers le sixième mois le col utérin commence à s'évaser et à contribuer à l'agrandissement du corps de la matrice, l'auteur soutient encore la négative. Vers la fin de la grossesse, le col, dit-il, non-seulement n'a pas disparu, mais on le retrouve plus long qu'à l'ordinaire et même ayant son orifice inférieur plus dilaté que le supérieur. Si un nombre considérable de chirurgiens ont avancé que vers le sixième mois cette partie de la matrice commence à se raccourcir en s'évasant à sa partie supérieure, l'auteur croit pouvoir l'attribuer à ce que vers l'époque mentionnée, le museau de tanche commence à proéminer de moins en moins dans le vagin ; et vers le septième mois, il a ordinairement disparu en totalité ; mais cette disparition n'est qu'apparente, et elle est due à un glissement ou déploiement de la membrane muqueuse qui, du vagin, se porte sur col utérin. La matrice, remontant dans le bas-ventre, entraîne avec elle le vagin ; mais il arrive un point où celui-ci, ne pouvant plus suivre le mouvement ascensionnel de l'utérus, glisse, pour ainsi dire, de la partie supérieure du museau de tanche à l'inférieure, cache cette partie du col, et peut faire croire que le col lui-même a commencé à contribuer à l'agrandissement de la matrice.

L'auteur cherche encore à démontrer que la dilatation successive de la partie supérieure à l'inférieure du col, non seulement ne commence pas à s'effectuer dès le sixième mois, mais qu'elle n'a lieu à aucune époque de la grossesse, et que, par conséquent, la matrice ne s'agrandit qu'à ses dépens. Voici comment il croit que les choses se passent. Le col de la matrice commence, dès les premiers instants de la grossesse, à se développer dans tous les sens pour ne cesser que peu de moments avant l'accouchement. Il prend des dimensions assez considérables pour donner passage au fœtus, mais il conserve toujours une forme cylindroïde. Le moment de l'accouchement arrivé, il s'évase presque brusquement en donnant lieu à un espace assez considérable placé entre l'orifice externe et l'œuf. Cet espace est immédiatement rempli par l'œuf, lequel y est poussé par la matrice, qui commence à se contracter. A l'appui de cette opinion, l'auteur invoque la structure anatomique du col et de l'utérus qui est telle qu'il doit exister un antagonisme entre les fibres horizontales du col et les fibres verticales de la matrice.

Présentation du bras observée sur la même femme dans neuf accouchements consécutifs ; par le Dr L.-H. GÉRY.

La femme Raguin, de Vimpelles, d'une taille au-dessus de la moyenne, forte, largement constituée et jouissant en général d'une bonne santé, mariée à un homme très fort, d'une taille de cinq pieds cinq à six pouces, a eu un premier accouchement dans lequel l'enfant est venu facilement et promptement par la tête, sans secours de médecin ni de sage-femme. Depuis, pendant dix ans, cette femme a eu un enfant presque tous les ans, et dont un seul a pu être amené vivant, tous étant énormes et presque tous ayant offert une présentation du bras, sans qu'aucune cause positive puisse être assignée à des cas de dystocie si souvent reproduits, qu'ils semblent avoir été l'état naturel chez cette femme, qui est morte deux jours après son onzième accouchement.

Accidents causés par les sangsues.

M. le docteur Barret, médecin à Salois, communique à la *Gazette médicale* les deux faits suivants, dont nous devons lui laisser toute la responsabilité.

OBS. I. — Dans le mois d'août de cette année, je fus appelé en toute hâte auprès d'une femme en proie à une violente attaque nerveuse. Les nombreuses personnes qui entouraient son lit, pâles de frayeur, me racontèrent qu'elle venait d'avaler une grosse sangsue qu'un médecin avait fait appliquer sur la gencive tuméfiée de la dernière molaire de la mâchoire inférieure. Je fis aussitôt préparer un verre d'eau fortement salée dont la malade avala le tiers, après bien d'efforts et de sollicitations toutefois. Peu à peu la malade reprit assez de connaissance pour me manifester toutes ses craintes, quant à la morsure de la sangsue sur l'estomac et les intestins ; craintes fortifiées par les exagérations des assistants qui, à l'envi les uns des autres, affirmaient que bientôt le ventre allait être transpercé : dix minutes s'étaient à peine écoulées de la première dose d'eau salée, que la femme, soulevant brusquement ses couvertures, me montrait du doigt la sangsue sortie toute vivante de l'anus.

OBS. II. — Un soldat revenu d'Afrique se plaignait de douleurs de tête intolérables, et de temps à autre était sujet à des épistaxis abondantes. En même temps il avait des accès de fièvre tierce. A son arrivée à l'hôpital, on pratiqua une abondante saignée indiquée par la plénitude du pouls. Elle fut suivie de soulagement. Mais les épistaxis continuèrent, et la narine était toujours remplie de caillots volumineux. Dans une forte expiration que fit le malade pour se moucher, un caillot mou, long, sortit de la narine à moitié. Ses camarades, attirés par ses cris, retirèrent une sangsue gorgée de sang.

Le lendemain le malade était rendu à la santé. Pressé de questions, il se souvint que, dans une razzia, il avait bu avidement dans un ruisseau où nageaient de petites sangsues, et que d'autres militaires en avaient éprouvé des accidents ; c'était de cette époque, ajoutait-il, que dataient ses fièvres, ses maux de tête, etc.

12 janvier 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

Il y a un peu plus d'un an, M. Velpeau m'attribuait, par rapport à l'orchite blennorrhagique, un changement d'opinion contre lequel j'ai dû protester énergiquement (1). A présent, c'est le tour de M. Blandin. Il se croit fondé à me présenter comme refusant de reconnaître l'existence de l'engorgement de l'épédidime dans la maladie si improprement appelée orchite blennorrhogique. Essayions donc de lui montrer combien, à cet égard, il s'écarte de la vérité.

Mon premier article parlait, il est vrai, très succinctement de l'inflammation de l'épidydime (2). Mais dès l'instant où j'ai vu que mon quasi silence passait pour la négative d'un fait dont la réalité était positivement reconnue par moi, j'ai eu hâte de déclarer, *qu'à part la portion ordinairement assez petite de la tumeur qui, dans l'orchite, appartient à l'épidydime, le reste est formé par un épanchement dans la tunique vaginale, dû lui-même à l'inflammation de cette membrane, le testicule restant sain* (3). J'ai donc toujours réellement admis l'affection de l'épidydime. Bien plus, j'ai cherché, d'après de nombreux relevés, à en établir l'importance et la fréquence. Ils m'ont montré que, dans les quatre-cinquièmes des cas, le mal se borne à l'épidydime, tandis que dans l'autre cinquième seulement, il s'étend en outre à la tunique vaginale (4), et produit de la sorte ce gonflement, que beaucoup d'auteurs, notamment M. Velpeau, attribuent encore, en tout ou en partie, au gonflement du testicule. Ainsi l'opinion que M. Blandin défend comme la sienne, comme étant la seule vraie, comme étant, assure-t-il, repoussée par moi (5), est l'opinion que j'ai toujours professée. Il n'est pas jusqu'au nom de chande-pisse tombée dans les bourses, qui n'ait été de ma part l'objet d'une prédilection presque complète (6). Puis-je espérer qu'après ces explications je n'aurai plus besoin de dire au savant académicien : Par grâce, cher collègue, si vous tenez si fort à combattre mon opinion, commencez donc par savoir quelle elle est. Oui, sans doute, me répondrez-vous. Quoi qu'il arrive encore, cher confrère, agréez, je vous prie, etc. ROCHOUX.

Table des Matières

Contenues dans la 1re livraison

DE LA BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN.

(1) Quel est le siége de l'orchite blennorrhagique. *Gazette des Hôpitaux*, 2 décembre 1841, p. 588.
(2) Du siége et de la nature de la maladie improprement appelée orchite. *Arch. gén. de Méd.*, mai 1833, p. 53.
(3) Un mot sur le siége de l'orchite. *Journ. hebd. de Méd.*, décembre 1834, p. 381 ; et *Bull. de l'Acad. de Méd.*, tom. II, p. 507.
(4) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, tom. II, p. 510.
(5) *Gazette des Hôpitaux*, 5 janvier 1843, p. 7, 3e col.
(6) Du siége et de la nature, etc. *Arch. gén. de Méd.*, mai 1833, p. 55.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 19 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 8, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 18 JANVIER.

L'Académie. — Essentialité de la fièvre typhoïde. — Quelques mots sur la dysenterie.

L'esprit humain se fatigue facilement de la monotonie; il aime ce qui est inaccoutumé. L'esprit de l'Académie ne fait point exception à la loi commune. L'attention, l'intérêt et l'activité des académiciens, réveillés et captivés un instant par l'allure excentrique des séances fort extraordinaires que nous avons été obligés de subir, ne se sont pas soutenus plus longtemps que le combat; et à peine l'arène a-t-elle été fermée, que les immortels sont retombés dans leur monotone ennui. En attendant que quelque événement imprévu, quelque question vibrante vienne les tirer de ce calme, l'Académie écoute avec une parfaite indifférence tous les rapports, communications ou observations qu'on lui présente, et se retire après avoir effleuré, le plus superficiellement possible, l'étude des points obscurs que ces rapports ou communications signalent ou présentent. Cependant, ces travaux offrent souvent un intérêt assez grand pour mériter un examen sérieux, une discussion approfondie. Un ou deux exemples suffiront pour rendre cette vérité évidente. A propos d'un rapport récent, il a été question du siége d'élection de la blennorrhagie chez la femme. Il est des auteurs qui la placent dans l'urètre, d'autres dans le vagin, d'autres encore au col de l'utérus. Quelques membres, désireux de connaître la vérité, ont essayé de soulever la discussion afin d'éclaircir un peu les points litigieux; mais leur tentative, d'ailleurs assez faiblement soutenue, a complétement échoué devant l'inattention générale. Le même résultat a été obtenu lorsqu'on a cherché à éclaircir la question des chancres de l'urètre et la valeur de l'inoculation dans le diagnostic de ces lésions et des affections syphilitiques en général.

Enfin, à propos d'un mémoire de M. Artigues sur une épidémie de dysenterie observée à l'hôpital de Versailles, il a encore été parlé de défaut d'observation de la part de l'auteur, de difficulté et même d'erreur de diagnostic probable entre la dysenterie et la fièvre typhoïde. Toutes ces questions, et bien d'autres encore, ont une importance qui aurait rendu utile une discussion circonstanciée sur chacune d'elles. Nous ferons aujourd'hui quelques réflexions sur la dernière, qui semble bien vulgaire, et sur laquelle il y a néanmoins bien des erreurs répandues, comme l'ont montré les doutes élevés dans l'esprit de tous les membres sur l'exactitude des observations qui ont servi de base au travail de M. Artigues. Or, si de pareils doutes ont pu s'élever, si d'autres doivent s'élever encore, cela provient uniquement de ce que l'on ne sait pas assez généralement que la fièvre typhoïde a un ensemble de symptômes caractéristiques qu'il faut tous observer avec soin, et des lésions anatomiques non moins caractéristiques qu'on doit également observer et décrire avec exactitude quand on ne veut avoir soi-même ni laisser aux autres aucun doute sur la nature de la maladie qu'on a traitée. C'est sur ces deux points seulement que nous nous bornerons aujourd'hui à fixer l'attention des praticiens.

La fièvre typhoïde a un ensemble de symptômes caractéristiques. Si l'on donnait, comme on le faisait autrefois, le nom de fièvre typhoïde à toutes les maladies qui peuvent revêtir *la forme typhoïde, l'état typhoïde,* choses mal déterminées, du reste, et qui paraissent être caractérisées par une grande prostration et les symptômes qui l'accompagnent, tels que l'indifférence du malade pour les choses qui se passent autour de lui, l'incertitude, la distraction du regard, l'hébétude de la physionomie, la vérité que nous venons d'énoncer cesserait d'en être une, ainsi que celle que nous allons énoncer dans un instant. Heureusement depuis les travaux d'un médecin que nous n'avons pas besoin de citer, travaux qui en ont provoqué d'autres non moins importants; depuis ces recherches, on ne s'en tient plus au vague regrettable de nos prédécesseurs; on peut, avec une instruction suffisante, établir le diagnostic, non plus de l'état, mais de la fièvre typhoïde, sur des signes aussi positifs, aussi saisissables que ceux de la pneumonie. Cela veut-il dire qu'on ne rencontrera jamais des cas douteux? La pneumonie elle-même n'a-t-elle pas ses cas douteux? Quel argument peut-on tirer de tels faits contre l'individualité de la fièvre typhoïde? Que prouvent-ils autre chose, sinon que l'expression symptômatologique d'une maladie peut être *incomplète,* ou que la physionomie d'une autre maladie peut représenter incomplètement celle de la fièvre typhoïde? Or, cela n'infirme en rien la nature spéciale de cette affection. Il en serait véritablement ainsi, si toute autre maladie que la fièvre typhoïde donnait lieu à *tous* les symptômes de la fièvre typhoïde. Comme de pareils exemples sont encore à trouver, il est logique de croire avec les spécialistes (et ce sont, du reste, tous les auteurs qui se sont occupés d'une manière spéciale de la maladie) que la fièvre typhoïde se reconnaît à des signes univoques et certains.

La fièvre typhoïde est caractérisée anatomiquement par des lésions qui lui sont propres. Comme nous l'avons déjà dit, si l'on n'est pas pénétré de l'exactitude de la première vérité, on ne se trouvera pas dans de bonnes conditions pour saisir l'évidence de celle-ci. Si, à l'exemple de beaucoup de médecins, on se contente de l'état typhoïde pour caractériser la fièvre de ce nom, nul doute qu'on ne rencontre des cas de fièvre typhoïde (cas illégitimes, bien entendu) sans lésions anatomiques spéciales, et c'est dans cette catégorie que doivent être rangés à peu près tous ceux que l'on a rapportés; peut-être même ne devrions-nous pas faire d'exception; car les cas un peu précis dans lesquels on a trouvé un défaut de relation entre les symptômes et les lésions, sont tellement rares qu'il y a vraiment lieu de craindre une erreur d'observation. Mais que les praticiens impartiaux qui conservent des doutes veuillent bien observer attentivement, alors seulement qu'ils auront trouvé des malades ayant offert de la diarrhée, des épistaxis, des bourdonnements d'oreilles, du météorisme, et *surtout* des taches lenticulaires, sans altération spéciale des follicules agminés de l'intestin grêle à l'autopsie, ou bien encore l'altération spéciale dont il s'agit sans les symptômes dont nous avons parlé, alors seulement aussi il sera démontré pour eux que la fièvre typhoïde n'est pas une maladie *sui generis* qui a ses symptômes et ses lésions propres.

Ce n'est pas sans dessein que nous avons parlé d'*altérations spéciales.* En effet, il est des médecins qui ont pu conclure des doutes élevés par plusieurs académiciens sur les observations de M. Artigues, que ces académiciens n'admettaient de lésions de l'intestin grêle que dans la fièvre typhoïde. Evidemment ici ces personnes ont mal compris l'opinion de MM. Bouillaud, Rochoux, Louis, etc. Si leur opinion avait été celle qu'on leur prête, ces savants n'auraient pas émis des doutes, mais bien des affirmations; car s'il n'y a de lésions de l'intestin grêle que dans la fièvre typhoïde, il est évident que dès qu'on rencontre des lésions de l'intestin grêle, c'est à une fièvre typhoïde qu'on a affaire. Mais ces habiles médecins savent parfaitement que ces lésions, quoique très rares dans les maladies autres que la fièvre typhoïde, peuvent cependant exister; mais si elles existent, ce n'est jamais avec le caractère et le siége *spéciaux* qu'elles revêtent dans cette maladie. Si donc M. Artigues a constaté des lésions de l'intestin grêle dans la dysenterie qu'il a observée, ce qui est une chose rare; si, d'un autre côté, il n'a pas décrit exactement ces lésions, des doutes fondés ont dû s'élever sur la nature de ses observations, et en cela nous ne trouvons rien que de très raisonnable.

Tels sont, entre autres, les faits qu'une discussion académique un peu plus étendue eût mis en lumière. Nous nous bornerons à ceux-là comme les plus immédiatement applicables à la pratique, et les plus essentiels à la solution des questions qui sont encore pendantes pour beaucoup de praticiens.

Nos lecteurs s'étonneront peut-être de notre silence un peu prolongé sur le sulfate de quinine. Ce silence de notre part est calculé. Jusqu'à présent notre Journal a rempli les devoirs de sa position spéciale dans la presse médicale; nous avons donné l'éveil sur le nouveau mode d'administration de ce puissant modificateur, et nous avons signalé en même temps ses dangers. Maintenant il nous reste à juger d'une manière précise et définitive ses avantages et ses inconvénients; pour cela il faut des matériaux nombreux; ces matériaux s'amassent, et seront, nous l'espérons, bientôt répandus dans le domaine général de la science; c'est alors que nous essaierons de les réunir, d'en extraire des données pratiques, de vrais principes thérapeutiques.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Métro-péritonite puerpérale survenue trois jours après les couches. Complication grave du côté de la poitrine. Mort.

Au n° 3 de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme atteinte de métrite puerpérale. Ici nous avons affaire à une espèce de phlegmasie beaucoup plus grave que celle dont nous avons récemment rapporté plusieurs exemples, et que nous avons désignée, d'après M. Chomel, sous le nom de *métro-péritonite post-puerpérale,* n'arrivant qu'un certain nombre de jours après les couches, et ordinairement produite par quelque cause extérieure, telle qu'une imprudence, un écart de régime, etc.

La maladie actuelle a débuté à l'hôpital même de la Maternité, où cette femme a fait ses couches. Elle nous raconte qu'ayant éprouvé beaucoup de chagrins par suite même de sa position, sa grossesse fut accompagnée, dès le début, d'un malaise presque continuel, et que, arrivée au septième mois, elle souffrait tellement, qu'elle crut devoir se présenter à la Maternité, où elle accoucha peu de temps après. L'accouchement, à ce qu'il paraît, fut naturel, mais il survint un écoulement de sang très abondant, et peu après des douleurs assez vives à l'hypogastre.

Le troisième jour après ses couches, elle éprouva des frissons, les seins se tuméfièrent, et en même temps le ventre devint douloureux. On fit une application de sangsues sur cette région, ce qui diminua l'intensité des douleurs; elle eut un malaise général jusqu'au 7e jour où se sentant un peu mieux, elle sortit de l'hôpital pour se rendre chez elle. Elle fit le trajet de l'hôpital à sa demeure en voiture, ce qui parut la secouer beaucoup. Bref, arrivée chez elle, elle eut un frisson avec douleur dans les jambes et dans le bas-ventre; et enfin elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où l'on constata l'état suivant :

Au premier aspect on voyait chez cette malade un air d'accablement et de souffrance; le ventre était volumineux et météorisé. En le palpant, même légèrement, on déterminait de la douleur, surtout lorsqu'on pressait sur la région hypogastrique. Depuis deux jours elle a des vomissements bilieux répétés et quelques légères évacuations alvines.

Nous avons procédé au toucher, et nous avons pu reconnaître que le museau de tanche était mou, peu sensible; mais en introduisant le bout du doigt dans le col de l'utérus, et essayant de déplacer cet organe, nous avons pu nous assurer qu'il y avait une immobilité anormale, ce qui devait tenir à quelques adhérences que le fond de l'utérus avait contractées avec les organes environnants. En pressant avec la main sur l'hypogastre, pendant que le doigt de l'autre main était dans le col de la matrice, nous avons déterminé quelques mouvements obscurs dans cet organe, et nous avons reconnu que son fond dépassait de quelques doigts le niveau des pubis. Le doigt, retiré des parties génitales, était sali par un liquide blanchâtre, gluant, un peu fétide.

Ce cortége de symptômes ne permettait pas de douter un seul instant de l'existence d'une métro-péritonite dans laquelle le péritoine a été pris consécutivement à la phlegmasie de l'utérus, c'est ce qui arrive en effet le plus souvent; le péritoine s'enflamme ordinairement après la matrice.

Comme phénomènes généraux, nous trouvons une grande sécheresse à la langue et dans la bouche, avec soif; la peau est chaude, le pouls à 140 (il est descendu aujourd'hui à 120); les traits de la figure sont altérés.

Cette phlegmasie, ainsi que nous le disions en commençant, diffère beaucoup de celle que nous appelons *post-puerpérale;* elle est, en général, beaucoup plus grave. Heureusement que chez notre malade elle a débuté quelques jours après les couches; le frisson initial n'a eu lieu que le troisième jour. Or, plus le frisson s'éloigne du jour de l'accouchement, moins la maladie qui lui succède présente de gravité. La métro-péritonite post-puerpérale se rapproche à cet égard des phlegmasies qui proviennent de causes extérieures, et qui sont toujours moins graves que celles qui proviennent d'une cause spontanée générale, tandis que la métrite puerpérale reconnaissant pour cause une altération générale profonde, pour phénomènes principaux un frisson plus ou moins répété, est toujours grave. On a toujours à craindre ici une inflammation des vaisseaux veineux ou lymphatiques, et dans les deux cas la maladie est toujours sérieuse. Nous avons d'autant plus à craindre cette inflammation vasculaire chez notre malade, que dans ce moment il règne à la Maternité, où elle est tombée malade, une épidémie de même nature (1); aussi notre pronostic est-il grave, bien qu'il y ait quelques circonstances favorables pour la malade.

Le 3 décembre, l'état de la malade ne s'est pas amélioré. Le pouls est d'une fréquence extrême (160) et très petit. Les traits sont toujours très altérés; la face est d'une teinte terreuse d'un mauvais augure. Les mucosités qui sortent de l'utérus répandent une odeur de plus en plus fétide, presque gangréneuse. C'est l'odeur que répand ordinairement l'utérus, lorsqu'on en fait l'ouverture à la suite d'une métrite, avec altération profonde de cet organe; odeur que les auteurs ont signalée comme caractéristique de cette affection.

Cette malade nous a dit n'avoir point encore uriné. En la touchant, nous avons distingué à la paroi supérieure du vagin une tumeur fluctuante qui nous fit croire tout d'abord à l'existence d'une collection purulente; mais ayant fait sonder la

(1) Cette même épidémie a sévi avec une très grande intensité à l'hôpital de la Clinique. Nous en donnerons incessamment une relation complète. (*Note du Réd.*)

malade, on a retiré une grande quantité d'urine de la vessie ; puis ayant touché de nouveau, nous n'avons plus retrouvé cette tumeur que nous avions sentie la première fois, sur la nature de laquelle nous nous étions mépris. Il n'y a là tout uniment qu'une sorte d'état de paresse ou d'engourdissement de la vessie, donnant lieu à une rétention des urines. Au reste, c'est là un phénomène assez commun chez les femmes récemment accouchées. Il faut, par conséquent, surveiller la sécrétion urinaire.

La malade s'est plaint hier d'une douleur au côté droit de la poitrine. La percussion a fait reconnaître de ce côté un son mat; par l'auscultation on a trouvé la respiration obscure en bas, et en haut un souffle très prononcé avec respiration bronchique. Il existe donc un épanchement pleurétique qui se joint à la métro-péritonite. Il pourrait se faire que le foie tuméfié et refoulé en haut donnât lieu à la matité de la partie inférieure droite de la poitrine; mais outre cette matité, il y a à la partie supérieure du poumon une respiration obscure et un peu anormale, qu'on ne pouvait point expliquer par le refoulement du foie. Il faut donc admettre absolument une lésion dans la plèvre et dans le parenchyme même du poumon.

Cet ensemble de phénomènes aggrave considérablement le pronostic. On fait appliquer sur le côté droit un large vésicatoire s'étendant depuis le sommet jusqu'à la base de la poitrine. Ce vésicatoire est appliqué dans l'espoir qu'il fera une diversion favorable à la fois à la maladie de l'abdomen et à celle de la poitrine. On prescrit en même temps les injections émollientes avec addition de chlorure de chaux dans le vagin, afin de corriger, autant que possible, l'odeur fétide des sécrétions utérines. Frictions mercurielles sur le ventre; lavements purgatifs, etc.

Le 6 décembre, la malade a succombé à la gravité des symptômes. A l'autopsie, nous avons trouvé dans l'utérus des débris de placenta et des caillots sanguins entourés d'un liquide sanieux extrêmement fétide. L'utérus a un volume et une consistance à peu près naturelle; ses parois sont dans l'état où elles se trouvent au onzième ou douzième jour des couches; les veines utérines ne contiennent pas de pus ni de sang. Dans le ligament large seulement, on trouve une cavité de la grosseur d'une amande, remplie de matière purulente. Il y a de fausses membranes sur les intestins et dans la cavité péritonéale. On trouve environ la valeur d'un litre de pus. Enfin on voit des fausses membranes sur la plèvre pulmonaire, surtout vers le sommet du poumon, ainsi que sur la face convexe du foie.

Affection organique du cœur. Hypertrophie du ventricule, et insuffisance des valvules. Bronchite catarrhale générale. Tumeur abdominale formée par le foie. Ascite et infiltration des membres inférieurs et des parois abdominales. Suites de couches morbides.

Dans la même salle est une femme dont l'état offre un assez grand intérêt. Elle était, au moment où M. Chomel a fixé sur elle l'attention des assistants, dans un état d'essoufflement et de gêne extraordinaire de la respiration. Sa figure était bouffie, ses lèvres violettes, les membres inférieurs et le ventre œdémateux. Elle était entrée la veille à peu près dans le même état; la suffocation était telle, qu'on dut lui pratiquer immédiatement une petite saignée. Interrogée sur les antécédents et l'origine de sa maladie actuelle, voici ce que cette femme nous a répondu. Elle est récemment accouchée; nous reviendrons tout à l'heure sur cette circonstance importante. Elle nous avait déclaré d'abord s'être toujours bien portée, et n'avoir jamais eu de maladie avant celle-ci, qui date de six semaines; mais pressée par nos questions, elle a fini par convenir que depuis l'âge de quinze ans elle avait habituellement l'haleine courte; elle était sujette aux battements de cœur, et se trouvait essoufflée toutes les fois qu'elle fatiguait quelque peu; elle dit en outre se rappeler que dans sa première jeunesse, lorsqu'elle jouait avec ses camarades, elle éprouvait très facilement cette gêne de la respiration. Mais comme elle avait éprouvé cette incommodité depuis son adolescence, elle n'y faisait point attention. Depuis six semaines seulement ces symptômes se sont aggravés, au point de l'obliger à réclamer les secours de l'art qu'elle avait négligés jusque-là.

Cette femme a eu cinq enfants, et elle ne paraît pas, à ce qu'elle dit du moins, s'être ressentie notablement des secousses que l'état de grossesses et de couches successives imprime ordinairement à l'organisme. La dernière couche seulement fut très laborieuse, et réclama l'application du forceps.

L'état actuel de la malade nous faisait croire, avec quelque fondement, à l'existence d'une affection organique du cœur. Nous avons voulu lui demander si elle n'avait jamais eu de rhumatisme; elle nous a répondu négativement, et a persisté, sur nos questions réitérées, à dire qu'elle savait bien ce que c'était qu'un rhumatisme, mais qu'elle n'en avait jamais ressenti aucune atteinte. C'est encore un fait négatif à joindre au grand nombre de faits du même genre que nous avons recueillis, et qui déposent contre les doctrines qu'on a cherché à faire prévaloir relativement à la coïncidence du rhumatisme avec les affections organiques du cœur, et qui démontrent combien il faut être réservé quand il s'agit de tirer de certains cas particuliers des conclusions générales. Nous nous sommes assurés, par l'examen des urines, qu'il n'y a pas d'altération du côté des reins. Nous avons, dès lors, porté notre attention sur l'organe central de la circulation. En percutant la région précordiale, nous avons reconnu une matité dans l'étendue de quatre pouces carrés environ, ce qui ferait déjà soupçonner une augmentation de volume de cet organe. L'auscultation est un peu voilée par une respiration sifflante, ou véritable *ronchus* sonore général; de sorte qu'il est assez difficile, sans quelques précautions, de parvenir à bien distinguer les bruits du cœur. Mais en auscultant avec attention, on parvient à entendre un bruit de souffle très prononcé coïncidant avec le premier bruit du cœur et s'étendant dans toute cette région; ce bruit est très fort vers la pointe de l'organe, ce qui prouverait qu'il a lieu lorsque le ventricule se contracte pour chasser le sang dans l'oreillette. Il y a donc une hypertrophie de cette cavité et en même temps insuffisance de la valvule mitrale, qui fait que le sang reflue en partie dans le ventricule après la contraction. Telle est la cause principale de la dyspnée considérable qu'on observe chez cette malade.

Indépendamment de ces lésions organiques, cette malade a depuis six semaines une affection catarrhale du poumon qui doit avoir beaucoup contribué à l'état de gêne et d'essoufflement où elle se trouve, et qui est en partie cause que les symptômes du côté du cœur se sont aggravés et ont forcé cette femme à s'aliter; car, peut-être, sans cette affection pulmonaire accidentelle, eût-elle pu continuer à vaquer encore pendant quelque temps à ses occupations avec son état de gêne habituel. En auscultant la poitrine, on entend partout un râle sibilant mêlé à gauche d'un peu de râle muqueux. Cette malade joint donc à l'hypertrophie du cœur une bronchite pulmonaire générale datant de six semaines environ, et, de plus, une infiltration des membres inférieurs s'étendant jusqu'à la région abdominale.

Tout ne se borne pas encore là. Le ventre est généralement infiltré et en même temps météorisé. Le péritoine contient aussi une certaine quantité de sérosité. Au premier abord, il est difficile de reconnaître la présence de cette sérosité péritonéale à cause de l'infiltration des parois abdominales qui empêchent de sentir la fluctuation. Cependant il y a un moyen de vaincre cet obstacle. Ce moyen consiste à comprimer fortement les parois abdominales, jusqu'à ce que les doigts soient pour ainsi dire arrêtés par la sensation d'une espèce de poche tendue qui est le péritoine. Arrivé là, on peut assez bien distinguer la fluctuation du liquide contenu dans l'abdomen. Quelquefois il existe, outre l'hydropisie, des tumeurs qu'on ne distinguerait que très difficilement sans cette précaution. Il faut même, dans ce cas, porter encore à l'exploration une plus grande attention. Il faut alors une pression forte et rapide faite comme par surprise, pression à la faveur de laquelle on refoule les couches de liquide qui s'interposent entre la main et la tumeur, et celle-ci devient alors sensible. A l'aide de ces moyens, nous avons pu parvenir à reconnaître non-seulement une ascite, mais encore l'existence d'une tumeur occupant le flanc droit et s'étendant jusque vers l'hypochondre gauche.

Quelle est la nature de cette tumeur? Est-elle formée par l'utérus anormalement développé? Nous avons pratiqué le toucher: nous avons trouvé le col mou et entr'ouvert; mais son volume n'est pas extraordinaire, eu égard à l'époque récente de l'accouchement; il ne dépasse pas même le pubis, et la région hypogastrique est sonore à la percussion. D'ailleurs, la tumeur a son siége principal dans le flanc droit, quoiqu'elle s'étende aussi un peu à gauche. Quand on presse sur cette région, on sent une rénitence considérable dans l'hypochondre et le flanc droits, se continuant d'une manière oblique à gauche où elle est un peu moindre. Serait-ce le foie? Les tumeurs formées par cet organe sont en général caractérisées par une espèce de ligne ou bord plus ou moins tranchant et anguleux au palper. C'est là un caractère qui ne manque presque jamais. Ici, nous n'avons pas pu trouver cette circonstance séméiotique importante, où, si elle existe, elle est très peu sensible et masquée probablement par le gonflement œdémateux des tissus cutanés. Malgré cela nous sommes d'avis qu'il s'agit, en réalité, d'un gonflement anormal du foie. Avons-nous affaire à une complication morbide indépendante de celle que nous avons déjà reconnue. Il y a, comme on le sait, des lésions dites primitives; il en est d'autres qui sont consécutives et dépendent d'une autre altération morbide préexistante.

Les affections du foie peuvent, sans contredit, être primitives; mais elles sont beaucoup plus souvent consécutives à une affection organique du cœur. Quelquefois les altérations qui se manifestent du côté du foie mettent sur la voie de lésions du cœur avant même qu'on ait reconnu les signes directs de ces dernières: c'est là un moyen de diagnostic très important et qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit, dans les affections de cette nature.

Tel est l'ensemble des désordres que nous croyons avoir reconnus chez cette malade.

Quant aux lésions du côté du cœur, nous avons diagnostiqué une hypertrophie de cet organe avec insuffisance des valvules. Il est possible qu'il y ait autre chose, mais les moyens de diagnostic de ces maladies sont encore trop imparfaits malgré les découvertes récentes qui ont été faites sur ce point, pour nous permettre de pousser plus loin le diagnostic. La sérosité épanchée dans le ventre serait un phénomène de troisième ordre, dépendant de l'affection du foie, de sorte que l'affection de cet organe, serait une conséquence de celle du cœur.

Le pronostic est très grave. Ajoutons à toutes les circonstances précédentes, que la malade a accouché à la Maternité, à l'aide du forceps. A la suite de cette couche laborieuse ses seins ne se gonflèrent pas; il n'y eut pas de fièvre de lait bien caractérisée; les lochies coulèrent peu, et enfin l'affection catarrhale s'y joignit et vint aggraver tous ces phénomènes. Cette affection catarrhale résista à tous les moyens qu'on put employer, et la malade, déjà affectée de ce catarrhe lors de son entrée à la Maternité, en sortit dans le même état.

Toutes ces circonstances sont graves. Il est à craindre que l'anasarque ne fasse des progrès. Tout le monde sait que dans les maladies organiques du cœur l'œdème se montre et disparaît plusieurs fois avant la terminaison fatale de la maladie. Toutes les fois que les malades s'exposent à des causes propres à augmenter l'intensité de la maladie, comme serait un excès de fatigue, une vie déréglée, des émotions morales, l'anasarque se montre, et puis, ces causes cessant, il disparaît pour revenir de nouveau; ainsi de suite. Mais lorsque ce phénomène morbide se montre seul, sans cause autre que l'affection principale dont il est une conséquence ordinaire, il persiste alors sans interruption jusqu'à l'issue funeste de la maladie.

Cahez notre malade, l'hypertrophie s'est montrée en même temps que l'affection catarrhale; elle persiste malgré le repos et malgré les soins qui lui ont été donnés. Il y a en conséquence peu d'espoir que ces phénomènes disparaissent; car nous ne devons nullement compter sur la résolution de la maladie principale.

Que faire contre une maladie aussi complexe? Si la malade n'était pas dans un état de faiblesse aussi considérable, les saignées seraient sans doute indiquées, mais nous n'osons pas y recourir dans les conditions où cette femme se trouve. Nous recourrons aux moyens usités dans de pareilles circonstances, tels qu'un large vésicatoire sur la poitrine, comme résolutif; l'administration du kermès et de la digitale à l'intérieur, pour agir sur le sytème circulatoire et en diminuer l'activité; les purgatifs (l'huile de ricin mêlée avec une goutte de croton-tiglium, dans le but d'avoir des selles abondantes et promptes); les bouillons adoucissants, etc.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'état de cette malade, qui offre, sous plus d'un rapport, un grand intérêt.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Villeneuve, au nom de la commission des remèdes secrets, fait un rapport sur neuf recettes ou échantillons de remèdes envoyés par M. le ministre du commerce. (Conclusions défavorables qui sont adoptés.)

— *M. Louis*, en son nom et en celui de MM. Gerardin et Jadelot, lit un rapport sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre typhoïde proposé par M. Broqua, de Mirande.

M. Broqua avait envoyé à l'Académie de médecine un travail sur ce sujet il y a deux ans, travail sur lequel la même commission, par l'organe de M. Jadelot, fit un rapport favorable. A la suite d'une discussion à laquelle M. Louis prit une large part, les conclusions de ce rapport furent ajournées, et le travail renvoyé à un nouvel examen de la commission. C'est le résultat de ce nouvel examen que M. Louis vient aujourd'hui faire connaître. Le rapporteur a dû, avant tout, s'enquérir de la maladie à laquelle M. Broqua a eu affaire dans le mémoire dont il est question. Il a interrogé pour cela l'anatomie pathologique et la description des symptômes dans les faits rapportés par M. Broqua.

Sur le premier point, le travail de M. Broqua ne contient que deux observations suivies d'autopsie. Dans l'une, on ne rencontre pas une seule altération propre à la fièvre typhoïde; dans l'autre, il n'est question que de très légères ulcérations de l'intestin grêle qui ne rendent compte ni de la gravité des symptômes, ni surtout de la terminaison fatale. De sorte que, sur ce premier point, les autopsies rapportées par M. Broqua prouvent que les malades qu'il a eus à traiter n'étaient pas évidemment tous atteints de fièvre typhoïde.

Les observations des malades qui ont guéri sont parfaitement d'accord avec les résultats des autopsies. Par l'analyse étendue qu'en fait le fapporteur, il est évident que la plupart d'entre elles se rapportent à d'autres maladies que la fièvre typhoïde. Ces observations sont d'ailleurs incomplètes sous plusieurs rapports, et il est impossible d'en rien conclure pour le diagnostic.

Cependant il y a quelques observations que l'on peut, avec toutes les apparences de la certitude ranger parmi les fièvres typhoïdes; mais dans celles-ci rien ne prouve que le sulfate de quinine ait été la cause de la guérison.

En résumé, la commission pense qu'il y a doute sur le caractère et la nature de la maladie; qu'il y a doute surtout sur l'efficacité du traitement employé par M. Broqua.

Néanmoins, un fait intéressant résulte de la communication faite par ce médecin; c'est celui de l'innocuité presque constante de l'administration du sulfate de quinine à haute dose.

En conséquence, la commission propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Broqua, de déposer son mémoire aux archives, en déclarant:

1° Que les maladies contre lesquelles M. Broqua a employé le sulfate de quinine, ne sont pas démontrées avoir été des fièvres typhoïdes;

2° Que l'utilité du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres typhoïdes est au moins fort douteuse.

Ces conclusions ajoute M Louis, sont du reste conformes aux renseignements qui nous ont été transmis par les autres médecins du pays, qui assurent n'avoir pas vu d'épidémie de fièvre typhoïde depuis plus de dix ans.

M. Piorry. Il y a quelque temps que je désirais entretenir l'Académie du sujet qui vient de lui être présenté. Les faits contenus dans le mémoire de M. Broqua me paraissent avoir été très bien appréciés par la commission. Il y a bien long-temps que j'ai employé le sulfate de quinine dans certains cas de fièvre typhoïde, remarquez que je ne dis pas dans tous. Ceci remonte à 1835, et des observations ont été publiées à cette époque. Ces cas sont relatifs à des fièvres typhoïdes rémittentes avec engorgement de la rate. Plus de cinquante fois, dans ces circonstances, le sulfate de quinine a fait raison des accidents. Mais dans la fièvre typhoïde continue et sans hypertrophie de la rate, l'emploi du sel de quinine a été nul.

M. Nacquart. J'aurais voulu que la commission laissât un peu dans l'ombre le travail de M. Broqua, ou qu'elle ne s'en servît que comme de prétexte ou d'occasion de traiter les grandes questions qui se rattachent au sujet, et surtout de parler des faits plus récents observés à Paris sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

M. Martin-Solon. Le traitement des fièvres typhoïdes graves offre tant de difficultés, tant d'incertitudes, qu'en présence des assertions positives de M. Broqua j'ai voulu m'enquérir de leur réalité. Ce médecin étant à Paris, j'ai voulu employer sa méthode, dans mon service à l'hôpital Beaujon, sous ses yeux et sous sa direction. En voici le résultat. Le succès a été évident dans les cas prononcés de rémittence; mais cette forme de l'affection typhoïde étant assez rare, au moins à Paris, j'ai voulu essayer la méthode dans les cas graves, dans ceux où il est présumable que par les moyens généralement employés ou par la simple expectation on aurait à déplorer une terminaison fatale. Dans cinq cas très graves et qui présentaient surtout la forme cérébrale, nous avons eu trois morts; les deux autres ont guéri longuement, sans qu'il m'ait semblé que le sulfate de quinine ait en rien abrégé la lenteur de la convalescence. Dans les autopsies des sujets qui ont succombé, je n'ai observé aucune altération qu'on puisse rapporter à l'emploi à haute dose du sulfate de quinine; il aurait pour ainsi dire passé inaperçu sur l'estomac et l'intestin. Un phénomène que j'ai observé sur ceux qui ont guéri, c'est un abaissement notable de la circulation. En somme, pour mon compte, le résultat thérapeutique du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde est plus que douteux, et je me range tout à fait de l'avis de la commission. Les succès de M. Broqua, contestés d'ailleurs par ses confrères qui assurent n'y avoir pas eu d'épidémie,

sont basés sur des erreurs de diagnostic, et je suis loin d'admettre que le sulfate de quinine soit un bon moyen à opposer à la fièvre typhoïde.

M. Ferrus. Les devoirs de l'inspection dont je suis chargé m'amenèrent à Mirande et à Auch à la fin de l'été 1841. Une dame de Mirande était traitée par M. Broqua depuis long-temps. Un de ses parents me pria de la voir; et par des circonstances fortuites, il me fut impossible de me rencontrer auprès d'elle avec M. Broqua. Je trouvai la malade convalescente; je me bornai à la rassurer, à lui annoncer une guérison prochaine; mais je ne voulus donner aucun conseil, car la ville entière de Mirande me paraissait divisée en deux camps et dans une grande fermentation à l'endroit de ses médecins. Je me rendis à Auch. M. Broqua vint m'y rejoindre, me parla beaucoup de sa malade qui, d'après sa description même, n'avait présenté que des phénomènes généraux peu graves. Il n'en disait pas moins qu'il avait eu à traiter une fièvre larvée; ce que je ne crois pas. Plus tard, deux médecins de Mirande ayant appris que j'avais vu la malade de Mirande, et voyant qu'on avait interprété les consolations que je lui avais données dans un sens approbatif de la méthode de M. Broqua, vinrent opposer aux succès de M. Broqua, ses revers; à ses assertions sur la gravité des maladies qu'il avait guéries, leurs assertions sur leur insignifiance. Bref, je me trouvai placé au milieu des contradictions les plus formelles, des opinions les plus opposées; et ce que j'ai vu de plus clair dans tout cela, c'est que M. Broqua, qui m'a paru, du reste, un homme honnête et un médecin instruit, était trop prévenu en faveur de sa méthode de traitement.

La commission a paru accepter comme un résultat acquis, et M. Martin-Solon est venu appuyer de son opinion, ce fait que le sulfate de quinine peut être donné à haute dose sans déterminer des accidents, Je ne partage pas cette manière de voir; plusieurs pièces pathologiques m'ont été montrées à Mirande, qui me font élever un doute puissant sur cette innocuité. J'ai vu deux intestins présentant des arborisations, des plaques, des ulcérations même; enfin tous les caractères d'une violente phlegmasie survenue après l'emploi du sulfate de quinine.

M. Castel « Chaque peuple à son tour a régné sur la terre. » — Il en est de même des médications, et rien n'est plus remarquable que l'empressement avec lequel les médecins adoptent une nouvelle médication. Qu'arrive-t-il? Ce que l'on a adopté par ignorance, on le défend par vanité.

L'emploi, non pas du sulfate de quinine, mais du quinquina dans les fièvres, n'est pas d'invention nouvelle. Torti a parfaitement reconnu son inefficacité dans les fièvres continues Les observations de M. Broqua ont été fort justement critiquées par la commission. Il en est où la maladie s'est terminée par la guérison en deux ou trois jours. Cela est-il possible? Et quel est le praticien qui puisse admettre une terminaison de la fièvre typhoïde si rapide?

Si l'on adresse des remercîments à M. Broqua, je propose qu'on les fasse suivre ou précéder des observations de la commission, sans quoi M. Broqua pourrait se servir de votre lettre comme d'un témoignage d'approbation de l'Académie.

M. Rochoux. Torti a dit tout ce qu'on peut dire sur l'emploi du quinquina dans le traitement des fièvres. Ce grand praticien avait bien vu que cet agent n'avait de puissance que dans les fièvres intermittentes et rémittentes, et qu'il n'en avait aucune dans les fièvres continues.

M. Piorry. Ce qu'on vient de dire du danger de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, me force à rappeler les travaux d'un de nos collègues absent, M. Bally; travaux qui ont prouvé que ce sel ne détermine aucun accident, soit dans l'estomac, soit dans l'intestin. J'ai par devers moi des faits sans nombre qui corroborent cette opinion. On a souvent, sur ce sujet, confondu l'action du quinquina avec celle du sulfate de quinine; qui ne sait qu'elle est bien différente à cause de leurs principes constituants? J'ai administré le sulfate de quinine à la dose de 1, 2, 3, 4 et 6 grammes, sans déterminer le plus léger accident.

J'ai présenté un travail à ce sujet à l'Académie des sciences, résultant du dépouillement de 172 observations dictées par moi au lit des malades, et ce n'est qu'une minime partie des faits que je pourrais citer. J'ai, en effet, administré au moins 5,000 fois le sulfate de quinine, je n'ai jamais vu d'accidens inflammatoires consécutifs.

M. Louis. Il est une forme pharmaceutique sous laquelle on peut administrer le sulfate de quinine sans dangers, c'est une dissolution du sel dans 200 ou 300 grammes de véhicule.

M. Bégin. Je dois m'élever contre l'opinion qui tend à consacrer l'innocuité du sulfate de quinine à haute dose. J'ai eu occasion d'observer plusieurs personnes venant d'Afrique où elles avaient été traitées par cet agent, qui avait déterminé des gastralgies interminables, des chaleurs, des pincements, des douleurs à l'estomac, et surtout une horreur invincible pour ce médicament, analogue à celle qu'éprouvent les syphilitisés après un long traitement par le mercure ou le copahu. Je dirai, de plus, que j'ai vu des rates rester très volumineuses après l'emploi à haute dose du sel de quinine. Enfin, je crois qu'il faut beaucoup de modération et de prudence dans l'emploi de ce médicament.

La discussion est close, et les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Blandin* présente les os de l'avant-bras d'un homme opéré par lui, il y a huit mois, d'une résection de l'extrémité inférieure du cubitus Par ces pièces, on voit que l'opération a été faite sans qu'on ait ouvert l'articulation du poignet. On voit, de plus, qu'il s'est établi entre l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras une substance fibreuse présentant des noyaux osseux plus ou moins avancés en ossification.

— Le même membre présente encore une tumeur fibreuse qui était située entre l'occipital et le sommet de la poitrine, tumeur longue de 14 centimètres, large de 10 et épaisse de 6, et qu'il a enlevée sans accidents. Si l'introduction de l'air dans les veines était à craindre, c'était dans ce cas, tout à fait analogue au fait célèbre de Dupuytren et à celui de Beauchêne. Cet accident, qui préoccupait M. Blandin, lui a suggéré plusieurs précautions dont voici les principales.

D'abord, il a opéré le malade dans la position horizontale; les expériences de la commission de l'Académie de médecine ont prouvé, en effet, que l'introduction de l'air était plus fréquente chez les animaux placés dans la position verticale. Les faits de Dupuytren et de Beauchêne confirment aussi cette opinion; leurs opérés étaient aussi en position verticale. M. Blandin a fait une large incision cruciale sur la tumeur, pour se donner du jour et pour pouvoir lier les grosses veines; ensuite, au lieu de terminer son opération par l'endroit critique, c'est-à-dire de faire basculer la tumeur de haut en bas, il l'a fait basculer de bas en haut, tenant encore compte en cela des expériences de la commission, qui prouvent que l'affaiblissement et la perte de sang favorisent l'introduction de l'air dans les veines.

— *M. Ricord* présente un sarcocèle fibreux reconnaissant pour cause l'infection syphilitique. (Nous publierons cette observation.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1843. — Présidence de M. Dumas.

Philosophie de l'anatomie pathologique. — *M. Cruveilhier* lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il expose le but, l'importance de l'anatomie pathologique, les services qu'elle a rendus et ceux qu'elle est appelée à rendre à la médecine et aux sciences naturelles. L'auteur résume ainsi les points traités dans son mémoire : L'anatomie pathologique nous fait connaître toutes les lésions matérielles dont nos organes sont susceptibles; elle est le fondement du diagnostic des maladies; elle seule nous fait apprendre le siége, la cause organique, les effets des maladies; c'est à elle qu'on doit la conquête de tous les moyens nouveaux d'investigation propres à découvrir des altérations couvertes jusque là d'un voile impénétrable; elle éclaire le pronostic, car elle seule résout la question de curabilité et d'incurabilité; elle seule pose les distinctions qui existent entre les maladies absolument incurables dans l'état actuel de la science et les maladies facilement curables, et les maladies qui ne sont incurables qu'accidentellement.

Elle éclaire la thérapeutique, ou elle éclaire le diagnostic; elle donne le mécanisme de la guérison des lésions morbides.

Inutilité des quarantaines. — Au mois de septembre 1841, M. le docteur Aubert Roche a présenté à l'Académie des sciences un mémoire sur la réforme des quarantaines de la peste. La base de cette réforme reposait sur soixante-quatre faits authentiques et une expérience de cent vingt-quatre ans, qui prouvent : que tout bâtiment qui a eu des attaques au port d'arrivée en a eu antécédemment en mer; que si un foyer de peste existe à bord, la maladie se déclare huit jours au plus après le départ. Il en tirait cette conclusion que tout bâtiment arrivé sain peut être mis en libre pratique, neuf jours après son départ.

En opposition à ce mémoire, M. le ministre du commerce a écrit à l'Académie une lettre qui est insérée dans son Bulletin du 11 octobre, et qui contient deux faits qui viennent renverser ses observations de plus d'un siècle. M. Aubert Roche, pour s'assurer de la vérité, a écrit au gouverneur-général de Malte où les faits se sont passés; sa lettre a été remise au conseil de santé de cette île, qui lui a envoyé, en date du 24 septembre 1842, les pièces officielles qui ont rapport aux deux cas transmis par le ministre à l'Académie. Il se trouve que le ministre a été induit en erreur et que les faits sont mutilés.

Ces pièces ont été déposées sur le bureau de l'Académie des sciences; elles sont accompagnées d'un mémoire en réponse à la lettre ministérielle.

En voici le résumé, que nous copions textuellement :

1° Le cas du brick *le Mabronck Giorgina* (mai 1841) doit être considéré comme étant de peste, mais il ne peut être regardé comme n'ayant pas d'antécédents soit en mer, soit à terre. La lettre officielle du médecin principal du Lazareth de Malte, détruit la prétendue période d'incubation, et démontre scientifiquement que les malades antérieurs du bâtiment étaient des pestiférés : par conséquent la peste était à bord avant l'arrivée.

De plus, le fait tout entier doit être rejeté. La patente du bâtiment est fausse et ne porte que 83 individus, tandis qu'il y en avait 87 à bord; il pouvait y en avoir 88 ou 89, et ces passagers étaient peut-être morts en route.

2° Le cas du bâtiment turc (juillet 1841) où la peste a frappé dix individus, démontre, contradictoirement aux allégations ministérielles :

1° La peste à bord, pendant la traversée, avant de se déclarer au Lazaret;

2° La peste cessant immédiatement après le débarquement;

3° La peste se contractant dans le foyer seulement, par conséquent à bord;

4° La peste ne se communiquant pas à terre, même par les malades;

5° Enfin une période d'incubation bien déterminée de six jours.

Ainsi le rapport officiel, imprimé, du médecin principal du Lazaret, sa lettre et les documents qui m'ont été envoyés par le surintendant et le Comité de santé de Malte, prouvent que les faits cités dans la correspondance du ministre du commerce ont été arrangés et sont erronés. Ils avaient été présentés dans l'intention d'annihiler ceux que j'avais recueillis, d'entraver le travail de la commission nommée par l'Académie, ou du moins, afin de jeter le doute dans les esprits, tandis qu'au contraire, ils confirment les résultats et affermissent la base de la nouvelle organisation sanitaire que j'ai proposée.

Identité de la fièvre jaune avec les fièvres d'origine paludéenne. — *M. Chervin* envoie une note sur ce sujet, où se trouvent toutes les propositions soutenues par lui à l'Académie de médecine dans son rapport sur le mémoire de M. Rufz.

Candidatures. — *M. Ségalas* adresse une demande de candidature pour le fauteuil de Larrey.

Electro-puncture. — *M. Schuster* adresse un mémoire sur l'emploi de l'électro-puncture, dont voici les conclusions :

I. L'électricité ne rend guère de services en médecine, que lorsqu'elle est introduite dans la substance même des organes à l'aide d'aiguilles d'acupuncture.

II. Administrés par le secours de l'acupuncture, l'électricité galvanique et le fluide électro-magnétique constituent le moyen à la fois le plus puissant dans son genre, et le plus inoffensif dont la thérapeutique dispose.

III. Les affections contre lesquelles l'auteur a employé l'électro-puncture avec succès, sont :

1° L'hydrocèle, l'ascite idiopathique ou symptomatique de lésions curables, l'hydrothorax, les hydropisies articulaires ou hydarthroses; il propose d'en étendre l'action à l'hydrocéphale chronique, à l'hydrorachis, à l'hydropéricarde, comme à la plupart des épanchements et hydropisies en général.

2° Les kystes lipomateux, stéatomateux, athéromateux, mélicériques, séreux et synoviaux, vulgairement confondus sous les noms de *ganglions* et de *loupes*

3° Les engorgements et indurations, principalement ceux des ganglions lymphatiques, des glandes séminales et des épididymes; les indurations du tissu cellulaire au pourtour de certains ulcères et dans les parois des trajets fistuleux; certaines tuméfactions indolentes du foie et de la rate. Il n'y aurait rien d'irrationnel, selon l'auteur, d'attaquer par ce moyen même les affections cancéreuses.

4° L'hypertrophie ou l'hydropisie de la glande thyroïde, communément désignée sous le nom de *goître*.

5° Les dilatations variqueuses, surtout dans les cas où il a été possible de seconder le traitement électrique par la compression et par le repos. L'auteur ne croit pas trop présumer de la vertu de ce moyen, en lui réservant un rôle important dans le traitement des anévrismes et des tumeurs érectiles.

6° Les rhumatismes chroniques, certaines névroses et névralgies.

7° Les affections paralytiques en général, surtout celles de la rétine (*amauroses asthéniques*) et des muscles phonateurs (*mutismes paralytiques*).

IV. L'électro-puncture, appliquée au traitement des maladies, agit de plusieurs manières; savoir :

1° En stimulant directement la sensibilité, la contractilité et les fonctions absorbantes;

2° En déterminant la formation de petites eschares, de manière à cautériser et à détruire en détail une portion de la tumeur (*cautérisation galvanique ou sous-cutanée* de l'auteur);

3° En décomposant les parties aqueuses qui entrent dans la composition des tumeurs;

4° En provoquant, au gré de l'opérateur, l'établissement de petits canaux fistuleux, à travers l'orifice desquels le contenu liquide des tumeurs peut s'échapper au dehors;

5° En déterminant dans les parois du kyste ou de la cavité un degré de phlogose suffisant pour assurer la formation des adhérences solides, assez modéré cependant pour n'occasionner jamais des accidents quand la surveillance est active;

6° En coagulant le sang et en produisant l'affusion dans le tissu cellulaire, de petites masses de lymphe plastique.

V. Le succès de l'électro-puncture dépend du procédé employé.

VI. L'électro-puncture, convenablement appliquée, constitue, dans la plupart des cas, une méthode peu douloureuse, exempte de gêne comme de tout danger pour le malade, d'une efficacité peu commune, et procurant souvent la guérison de maladies contre lesquelles tous les autres moyens avaient échoué.

Recherches sur les maladies de la rate, sur les fièvres intermittentes et sur le traitement des unes et des autres. — *M. Piorry* lit un mémoire sous ce titre. Si l'on jette un coup-d'œil général sur ce travail, on voit qu'il en ressort quatre ordres de résultats dont les uns ont rapport à la physiologie, dont les autres ont trait à la pathologie, dont les troisièmes sont relatifs au traitement des maladies, et dont les quatrièmes tiennent à l'économie sociale. Pour la physiologie, c'est la rétraction et les fonctions de la rate, l'influence que le sulfate de quinine exerce sur cet organe, à la rapidité de l'absorption de cette substance qui ne peut avoir lieu ici qu'au moyen de veines et qui s'opère même par la bouche. Ceux qui ont trait à la pathologie sont très nombreux et conduisent à admettre : que le plexus nerveux de la rate est le point de départ des accès fébriles; que ces accès se déclarent à la suite de douleurs et d'inflammations, d'engorgements et de lésions organiques de la rate. Ceux qui sont en rapport avec la thérapeutique font voir que c'est l'état pathologique de la rate et non pas de simples accès fébriles qu'il s'agit de guérir; que l'on n'a rien fait tant que l'on n'a pas remédié à la maladie de la rate; que le sulfate de quinine, donné à la dose d'un à trois grammes, remédie en quelques heures ou en quelques minutes à l'hypertrophie de la rate et à la fièvre; que les sels solubles de quinine ont encore une action bien autrement rapide; que dès la quarantième seconde de leur administration la diminution commence et devient très considérable de la deuxième à la cinquième minute. Quant à l'économie sociale, les sels solubles de quinine produisant des effets six fois plus énergiques, on voit combien l'énorme dépense occasionnée par l'achat du quiquina peut diminuer.

Recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans l'espèce humaine. — *M. Andral* lit un mémoire sur ce sujet, composé récemment avec M. Gavarret. Voici les conclusions de ce travail :

1° La quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans un temps donné, varie en raison de l'âge, du sexe, et de la constitution des sujets.

2° Chez l'homme, comme chez la femme, cette quantité se modifie suivant les âges, et cela indépendamment du poids des individus mis en expérience.

3° Dans toutes les périodes de leur vie, comprises entre huit ans et la vieillesse la plus avancée, l'homme et la femme se distinguent par la différence de quantité d'acide carbonique qui est exhalée p r leurs poumons dans un temps donné. Toutes choses étant égales d'ailleurs, l'homme en exhale toujours une quantité plus considérable que la femme. Cette différence est surtout très marquée entre seize et quarante ans, époque pendant laquelle l'homme fournit généralement par le poumon presque deux fois autant d'acide carbonique que la femme.

4° Chez l'homme, la quantité d'acide carbonique exhalé, va sans cesse croissant de huit à trente ans, et cet accroissement continu devient subitement très grand à l'époque de la puberté. A partir de trente ans, l'exhalation d'acide carbonique commence à décroître, et ce décroissement a lieu par degrés d'autant plus marqués, que l'homme s'approche davantage de l'extrême vieillesse, à tel point qu'à la dernière limite de la vie, l'exhalation d'acide carbonique par le poumon peut redevenir ce qu'elle était vers l'âge de dix ans.

5° Chez la femme; l'exhalation de l'acide carbonique augmente suivant les mêmes lois que chez l'homme pendant toute la durée de la seconde enfance. Mais au moment de la puberté, en même temps que la menstruation apparaît, cette exhalation, contrairement à ce qui arrive chez l'homme, s'accroît tout à coup dans son accroissement, et reste stationnaire (à peu près ce qu'elle était dans l'enfance) tant que les époques menstruelles se conservent dans leur état d'intégrité. Au moment de la suppression des règles, l'exhalation de l'acide carbonique par le poumon augmente tout à coup d'une manière très notable; puis elle décroît comme chez l'homme à mesure que la femme avance vers l'extrême vieillesse.

5° Pendant toute la durée de la grossesse, l'exhalation de l'acide carbonique s'élève momentanément au chiffre fourni par les femmes parvenues à l'époque de retour.

7° Dans les deux sexes et à tous les âges, la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon est d'autant plus grande, que la constitution est plus forte, et le système musculaire plus développé.

Anatomie du cervelet. — *M. Foville* adresse une lettre sur les résultats sommaires de recherches nouvelles sur l'anatomie du cervelet. Il existe entre le cervelet et les deux nerfs qui se détachent de la base de son pédoncule, une continuité de tissu, que personne, à la connaissance de M. Foville, n'a soupçonnée depuis Galien. Quant à ce grand homme, il a dit : *Cerebrum verò est omnium nervorum mollium origo*. Pensée susceptible d'interprétations diverses. Voici d'ailleurs comment est établie la continuité des nerfs auditif et trijumeau avec la substance du cervelet. Du tronc des nerfs auditif et trijumeau, au lieu de leur insertion aux côtés de la protubérance, se détache une membrane de matière nerveuse blanche, qu'on peut comparer à celle qui, sous le nom de rétine, existe à l'extrémité périphérique du nerf optique, et tapisse l'intérieur de l'œil. L'expansion membraniforme de matière nerveuse blanche qui se détache du nerf auditif et du trijumeau, au lieu de leur insertion à la base du pédoncule cérébelleux, est beaucoup plus forte que la rétine du nerf optique. Elle tapisse d'abord le côté externe du pédoncule cérébelleux, et lui donne un aspect lisse, différent de l'aspect fasciculé de la protubérance, de laquelle procède le faisceau pédonculaire externe du cervelet.

Intoxication arsénicale sur les moutons. — *MM. Danger et Flandin* envoient une seconde note sur la communication faite par M. de Gasparin. Le mouton, disent-ils, auquel nous avons fait prendre à deux fois et à 24 heures d'intervalle huit grammes d'acide arsénieux avec ou sans mélange de sel marin, a survécu à ce double empoisonnement.

La question de savoir si l'arsenic est ou non un poison pour la race ovine, nous semble résolue par les expériences qui ont été communiquées des divers côtés à l'Académie. Voici les compléments de celles dont nous avions pris l'initiative :

1° Le mouton empoisonné par absorption sous-cutanée est mort le cinquième jour. Jusqu'au dernier moment il a refusé toute nourriture. Par l'analyse chimique, on a pu suivre la progression toujours croissante de l'arsenic dans les urines.

2° Le mouton, qui a été empoisonné par l'ingestion en une seule fois de 32 grammes d'acide arsénieux mêlé à une poignée de sel marin, est mort, comme celui dont il vient d'être question, vers la fin du cinquième jour. Malade pour ainsi dire immédiatement après avoir pris le poison, cet animal a refusé de manger jusqu'au dernier moment.

En résumé de nos expériences, il nous est déjà permis de conclure 1° que l'emploi empirique de l'acide arsénieux à haute dose sur les bêtes ovines, n'est pas sans danger pour la vie de ces animaux, et qu'avant d'introduire dans la médecine vétérinaire ce contre-stimulant nouveau, on devra l'étudier avec soin, et rechercher avant tout s'il ne peut pas être remplacé par tout autre substance moins nuisible de sa nature. 2° Que dans l'intérêt bien entendu de la santé publique il n'est pas aussi dangereux qu'on avait pu le supposer d'abord, de livrer à la consommation la chair d'animaux qui avaient pris quelque temps auparavant des doses considérables d'acide arsénieux; d'une part, parce que les animaux qui ont absorbé les plus faibles proportions d'arsenic, sont infailliblement malades; de l'autre, parce qu'ils ne peuvent guérir sans éliminer jusqu'aux derniers vestiges du poison qui a été transporté dans leurs organes.

Ainsi posée, la question n'est plus qu'une qu'une question de police médicale ou d'administration. Nous la reprendrons de ce point de vue,

alors que nous pourrons nous appuyer sur des expériences que le temps nous aura permis de compléter.

Guérison naturelle des tubercules du poumon et des ganglions brobchiques de l'homme. — *M. Boudet* présente un mémoire sur ce sujet, dont voici les principales conclusions :

Ayant examiné, succeseivement et sans aucun choix, les poumons d'un grand nombre de cadavres d'enfants, d'adultes et de vieillards morts dans les hôpitaux de Paris des maladies les plus diverses, et parmi lesquels plusieurs avaient péri tout à coup victimes de blessures ou d'accidents rapides, et au milieu d'une santé parfaite, je suis arrivé aux résultats suivants :

De 1 jour à 2 ans, il existe des tubercules dans les poumons et les ganglions bronchiques, 1 fois sur 57.

De 2 à 15 ans, il s'en trouve dans les trois quarls des cas (33 sur 45).

De 15 à 76 ans, dans les 6/7 des cas (116 fois sur 135), c'est-à-dire que pendant cette période de la vie, 6 personnes sur 7 offrent des tubercules dans les organes que je viens d'indiquer ; de sorte que la présence de ces produits morbides peut passer pour la règle, et leur absence pour une sorte d'exception.

Ce résultat, incroyable au premier abord, s'explique aisément par les considérations suivantes : c'est que les tubercules sont souvent peu nombreux, très limités, et surtout, dans un grand nombre de cas, transformés de telle manière, qu'ils n'exercent sur la santé générale aucune influence fâcheuse.

Dans l'enfance, cette terminaison favorable des tubercules pulmonaires est rare ; avant 3 ans je n'en ai pas observé un seul cas.

De 3 à 15 ans, j'en ai vu 12 sur 45 sujets.

De 15 à 76 ans, j'ai trouvé des tubercules guéris soit dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques de 97 individus sur 116, soit dans les 9/11[e] des cas. 2 fois sur 3 (61 sur 97) celte terminaison heureuse paraissait définitive, et le reste de l organe ne contenait aucun tubercule récent.

Les modes suivant lesquels guérissent les tubercules des poumons (je parlerai plus tard des ganglions bronchiques) sont les suivants :

1° *La séquestration*. La matière tuberculeuse, sans avoir changé de nature, est isolée des parties voisines par une membrane muqueuse, fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

2° *L'induration*. Elle affecte trois modes distincts :

A. Le tubercule devient sec et friable ;

B. Il devient tenace, dense et gras au toucher ;

C. Il devient plâtreux ou calcaire.

Cette terminaison est une des plus remarquables, elle me paraît parfaitement démontrée. J'ai vu souvent dans le centre des tubercules nettement caractérisés d'abord quelques grains calcaires, presque microscopiques, disséminés, qui plus tard grossissant, s'agglomérant, finissaient, en s'avançant du centre à la circonférence, par envahir la masse tuberculeuse entière.

A l'analyse, ces concrétions calcaires du poumon seul, bien pures, ont donné sur 1000 parties 697 de *chlorure de sodium* et de *sulfate de soude*, et seulement une faible proportion de *carbonate et de phosphate de chaux*.

Les concrétions calcaires me paraissent provenir des tubercules crus ou caséeux ; les concrétions plâtreuses des tubercules ramollis.

3° *La transformation en matière noire pulmonaire*, ou plutôt son envahissement progressif par ce produit singulier.

4° *L'absorption* complète ou incomplète.

5° *L'élimination* par les bronches.

Les transformations tuberculeuses que je viens d'indiquer et qu'on trouve rassemblées quelquefois chez le même individu, peuvent avoir lieu aux principales périodes de l'évolution des tubercules.

Ainsi, que ces corps soient à l'état de crudité ou de ramollissement, sous forme de granulations grises, de tubercules jaunes disséminés, agglomérés, denses ou caséeux ; ils n'en sont pas moins susceptibles d'éprouver les changements que je viens d'indiquer.

A chaque période de l'évolution tuberculeuse normale répond, en général, un mode particulier de transformation. — Ainsi, le tubercule cru, jaune peut être induré, pétrifié ; mais il n'est pas susceptible de passer à l'état de plâtre humide, etc.

Les excavations tuberculeuses des poumons peuvent guérir dans un certain nombre de cas. — Sur 197 sujets (pris au hasard), j'en ai trouvé 10 fois, au moins une, entièrement cicatrisée, sans aucun tubercule récent, et 8 fois la guérison complète ou incomplète d'une ou plusieurs de ces cavités morbides, coïncidant avec des tubercules récents.

Les cavernes du poumon se cicatrisent par l'organisation d'une muqueuse accidentelle, ou par la formation d'une enveloppe fibro-cartilagineuse.

Qu'elles communiquent ou non avec les bronches, elles peuvent rester béantes.

Quand elles sont oblitérées, ou leurs parois sont au contact et alors une bride fibreuse indique qu'elles ont existé, ou elles contiennent des tubercules transformés qui comblent entièrement leur cavité.

Chez les enfants les cavernes se cicatrisent, et les tubercules se transforment à peu près comme à un âge plus avancé.

Les tubercules des ganglions bronchiques guérissent, leurs cavernes même paraissent se cicatriser, comme dans les poumons.

L'examen de personnes vivantes qui, après avoir été atteintes à une époque plus ou moins éloignée de phthisie pulmonaire, se sont rétablis entièrement, m'a prouvé que la guérison de cette terrible maladie n'est pas chose aussi rare qu'on le croit généralement, et qu'elle ne dépasse en aucune manière les ressources de la nature.

En moins d'un an, j'ai rassemblé 14 cas de cette espèce, dont 6 avec tubercules ramollis ou cavernes, constatés long-temps auparavant.

Il résulte de ces observations, qu'on peut avoir été phthisique au dernier degré, et se rétablir complétement ;

Que la phthisie peut guérir chez l'enfant comme chez l'adulte ; chez les personnes prédisposées à cette maladie par voie d'hérédité, comme chez celles qui l'ont contractée accidentellement, quoique la proportion des guérisons soit plus commune dans ce dernier cas ;

Que la nature fait le plus souvent tous les frais de la guérison de la phthisie ;

Qu'on ne doit pss, comme la chirurgie le pose en principe, proscrire absolument l'amputation d'un membre chez un phthisique. J'ai vu 3 sujets de 10 à 20 ans atteints d'une maladie incurable du squelette d'un des membres inférieurs, et en outre d'une phthisie confirmée, se rétablir d'une manière qui paraît définitive, après l'ablation du membre malade.

Purification du styrax destiné à l'usage interne, et formules magistrales pour l'administration de cette substance ; par P.-H. Lepage, de Gisors.

La difficulté qu'on éprouve maintenant à se procurer dans le commerce du baume de copahu pur, et le dégoût que ce médicament inspire ordinairement aux malades, doivent engager les praticiens à essayer dans le même but le styrax liquide qui a été préconisé, il y a quelques années, par M. le docteur l'Héritier.

Mais le styrax liquide du commerce est aussi sujet à être falsifié ; or, pour avoir des préparations toujours identiques sous le rapport de la quantité réelle de matière active qu'elles doivent contenir, soit sous celui des effets que le médecin en attend, il faut de toute nécessité que le styrax destiné à l'usage interne soit purifié dans l'officine du pharmacien. Voici le procédé que M. Lepage a employé pour cet objet.

Le styrax liquide, comme on le sait, est insoluble dans l'alcool froid et soluble dans le même véhicule bouillant. Or, si l'on introduit dans un matras une partie de styrax du commerce et deux parties à deux parties et demie en poids d'alcool à 34 degrés, et qu'on chauffe ce mélange au bain-marie jusqu'à ce qu'il ait atteint le degré de l'ébullition, on obtient une liqueur trouble qui, filtrée rapidement, laisse déposer par le refroidissement une résine fluide, verdâtre, presque transparente et très odorante.

Si l'on opère avec célérité, et si l'on a soin de partager la liqueur sur plusieurs filtres (cette dernière précaution n'est utile que lorsqu'on agit en grand), la filtration s'opère promptement, et il ne reste sur le filtre pour résidu que des impuretés sans résine ; mais dans le cas, cependant, où il resterait un peu de liqueur trouble sur le filtre, il suffirait de la chauffer de nouveau avec un peu d'alcool et de la verser bouillante sur un filtre ; alors tout passerait. On pourrait d'ailleurs filtrer à chaud dans un entonnoir recevant de la vapeur d'eau.

Quand la séparation complète de la résine d'avec l'alcool s'est effectuée, ce qui demande environ douze heures, on décante l'alcool surnageant, et on le distille pour le débarrasser de la petite quantité de résine qu'il tient en dissolution. Cet alcool peut servir à une opération ultérieure.

La résine fluide qui s'est déposée par le refroidissement, ou le styrax purifié, est ensuite chauffée pendant quelque temps au bain-marie pour volatiliser l'alcool qui y est toujours retenu. Ainsi purifié, ce styrax se présente sous la forme d'une résine verdâtre, semi-transparente, d'une odeur agréable et de la consistance de la térébenthine ; il est soluble dans l'éther, presque en toutes proportions ; l'alcool à 40 degrés le dissout assez bien, mais il est peu soluble dans l'alcool à 33 degrés ; sa dissolution alcoolique rougit le papier de tournesol. Il faut le conserver dans des vases bien bouchés, et autant que possible toujours pleins ; sans quoi il se forme à la longue une couche superficielle comme cristalline, dont l'épaisseur augmente peu à peu.

Voici quelques formules que M. Lepage propose aux médecins qui voudront essayer l'emploi de ce médicament.

1° *Pilules de styrax.*

Pr.	Styrax purifié par l'alcool,	8 grammes,
	Magnésie calcinée,	1.

Délayer exactement la magnésie dans le styrax, et tenir le mélange au bain-marie bouillant pendant une demi-heure, en agitant continuellement ; après quoi, abandonner au refroidissement, en remuant toujours.

Les proportions ci-dessus donnent une masse pilulaire d'une bonne consistance ; mais M. Lepage pense qu'il serait bon de la diviser de suite en pilules de trente centigrammes, car elle se durcit considérablement à la longue, surtout si on la conserve en petite quantité et dans un vase imparfaitement bouché. Du reste, il est toujours facile de rendre à cette masse sa consistance primitive ; il suffit pour cela de la chauffer au bain-marie.

En remplaçant la moitié de la magnésie par deux grammes de peroxyde de fer hydraté sec ou de protoxyde obtenu de la décomposition du sulfate ferreux pur par l'ammoniaque, et en s'astreignant, pour le lavage de cet oxyde, aux règles à suivre pour le lavage du carbonate ferreux destiné à la préparation des pilules de Vallet, on obtient des masses qui pourraient peut-être remplacer le copahivate de fer ou la copahine au fer de M. Mège.

2° *Sirop de styrax.*

Pr.	Styrax purifié par l'alcool,	20 grammes.
	Alcool à 40 degrés,	50
	Sucre	600
	Gomme arabique pulvérisée,	30

Faire dissoudre à chaud le styrax dans l'alcool, et verser la solution bouillante et préalablement filtrée sur le sucre divisé en plusieurs morceaux ; faire sécher ce mélange à l'éluve, le pulvériser et le faire dissoudre dans un matras à la chaleur du bain marie dans :

Eau, 300 grammes.

Ajouter alors la poudre de gomme arabique préalablement délayée dans cinquante grammes d'eau, et agiter le matras de temps en temps pour faciliter la solution du sucre, et, quand elle est complétement opérée, passer le sirop à travers une étamine.

Ainsi préparé, ce sirop est opaque comme celui d'orgeat ; il a une odeur et une saveur agréables ; une partie de la résine s'en sépare à la longue ; mais en l'agitant elle s'y mêle de nouveau. Trente grammes de ce sirop représentent environ soixante centigrammes de styrax purifié.

L'expérience a appris à M. Lepage que la séparation de la résine se fait plus lentement lorsqu'on ajoute de la gomme.

3° *Potion de styrax.*

Pr.	Styrax purifié,	20 grammes.
	Sirop de gomme,	60
	Hydrolat de fleur d'oranger,	20
	Hydrolat de menthe poivrée,	80
	Jaune d'œuf,	n° 1.

M. et F. S. A. une potion parfaitement homogène.

On peut y ajouter de l'alcool parfaitement nitrique, si le médecin le juge convenable.

Le styrax purifié pourrait aussi être donné en lavements ; il suffirait, dans ce cas, de le délayer à l'aide d'un jaune d'œuf, absolument comme le copahu, la thérébentine, le camphre, l'asa-fœtida, etc.

(*Journ. de Chim. Méd.*)

FAITS DIVERS.

Empoisonnement par les semences de jusquiame ; observation recueillie par M. le docteur Eitner.

Un jeune enfant, âgé de trois ans, mangea, au rapport de son frère, plus ancien que lui de deux ans, une grande quantité des semences d'une plante qui croissait spontanément le long du mur environnant le cimetière du village. Il fut constaté que cette plante n'était autre que la jusquiame.

Les parents, qui s'étaient absentés pour aller à l'église, trouvèrent en rentrant l'enfant étendu sur le sol et complètement privé de connaisance ; il se débattait, et ses lèvres étaient couvertes d'écume ; la face très rouge ; les muscles du visage et des membres étaient alternativement le siége de mouvements convulsifs.

On donne d'abord du lait tiède et de l'huile ; mais, ces moyens restant impuissants à conjurer les accidents. Le père, de plus en plus inquiet sur le sort de son fils, se hâta d'appeler un médecin de la ville voisine.

A son arrivée, M. Eitner administra un vomitif qui provoqua l'expulsion d'une forte quantité de semences de jusquiame. Néanmoins, l'état de narcotisme qui s'était déjà développé persévéra. Alors, le médecin prescrivit une application de sangsues aux tempes, des compresses froides sur la tête et des sinapismes aux mollets. A l'intérieur, il fit prendre l'eau chlorée, et, pour boisson, il conseilla l'eau acidulée avec le vinaigre.

Comme il existait de la constipation, on donna à plusieurs reprises un lavement préparé avec l'infusion de séné composé.

Ce traitement suffit pour ramener l'enfant à la santé ; toutefois, il conserva encore, pendant huit jours et plus, une démarche vacillante.

(*Medicinische Zeitung.*)

Évacuation de lombrics par le nombril ; observation recueillie par M. le docteur Hecking, de Waxweiler.

Une petite fille, âgée de quatre ans, souffrait depuis huit jours d'une tuméfaction inflammatoire du nombril. Des cataplasmes furent appliqués, et après leur usage la tumeur s'ouvrit et donna passage à trois lombrics morts avec du pus d'assez bonne nature. L'état général de la petite malade était mauvais. Au bout de quelques jours l'ouverture du nombril s'était déjà fermée, et l'enfant paraissait se rétablir ; mais deux mois après des accidents reparurent, et l'on ne put méconnaître la nature des symptômes vermineux qui se présentèrent. Il survint une nouvelle tumeur ombilicale qui s'enflamma, devint douloureuse et enfin abcéda ; il en sortit encore quelques lombrics, après quoi la plaie se referma. Depuis cette époque la santé de la petite fille est restée bonne.

(*Ibid.*)

NOUVELLES.

La fièvre typhoïde sévit de nouveau dans le département de l'Aisne. On annonce que depuis environ huit jours cette maladie s'est déclarée avec intensité dans la ville de Fère-en-Tardenois, et que déjà plusieurs habitants ont succombé.

— La fièvre typhoïde, qui a porté la désolation dans les communes de Cormoz, de Saint-Nizier et de Beaupont (Ain), continue ses ravages ; plusieurs personnes, depuis cette époque, sont mortes en peu de temps.

— Une ordonnance royale en date du 3 de ce mois, admet à la retraite MM. Desruelles, chirurgien principal de l'hôpital de Cambrai, Gauthier, chirurgien aide-major à l'hôpital de Givet, Chereau, idem au 5[e] de ligne, et Lavalade, officier d'administration comptable de 1[re] classe au magasin de Metz.

— MM. Philippe chirurgien-major aux ambulances de l'Algérie, Siess, idem au 53[e] de ligne, Berthemot, chirurgien aide-major au bataillon de tirailleurs indigènes, Menuau, idem aux ambulances de l'Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur-général de l'Algérie, en date du 30 décembre 1842, relatif à la campagne d'hiver.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 9, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 20 JANVIER.

De l'introduction de l'air dans les Veines.

Notre premier article sur l'introduction de l'air dans les veines a été mal interprété par quelques lecteurs. Nous aurions été irrévérencieux pour la mémoire d'un chirurgien illustre; nous voudrions nier l'accident des opérations qu'il a signalé; enfin, nous irions peut-être jusqu'à ne pas vouloir de l'introduction de l'air dans le système veineux, même quand il y est insufflé! On dit cela avec une fraîcheur de naïveté qui prouverait qu'en l'an de grâce 1843, il y a encore des hommes à l'état complètement primitif.

Nous répondrons que dans aucun journal le nom de Dupuytren n'a été plus vénéré et ses leçons plus avidement reproduites que dans le nôtre, et cela au moment où ce chirurgien soutenait encore des luttes dans lesquelles il était médiocrement servi par quelques-uns de ceux qui prennent aujourd'hui le rôle modeste de protecteurs du grand homme. Nous avons dit que le premier fait de l'introduction de l'air dans les veines qui se serait produit dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Paris, avait trouvé des incrédules. Nous ajoutons maintenant que, parmi ces incrédules, on compte des *hommes instruits et témoins de l'opération*, ce qui ne détruit pas le fait s'il a été bien observé par d'autres hommes *plus instruits et surtout plus désintéressés* dans cette scène funeste.

Nous n'avons pas déguisé la pensée de notre premier article; elle était écrite à toutes les lignes; nous voulions semer le doute sur plusieurs faits d'introduction de l'air dans les veines et appeler surtout la critique sur ceux relatifs à des saignées qui auraient été suivies de cet accident. Car, nous le répétons, si l'exagération dans le nombre, la gravité des faits d'introduction de l'air dans les veines peut avoir l'avantage de rendre plus circonspects les chirurgiens trop prompts, trop faciles, quand il s'agissait d'une grande opération, cette exagération ou une fausse interprétation des accidents de la saignée pourrait avoir l'effet le plus funeste, car elle pourrait arrêter la main du médecin au moment où elle va être puissamment secourable.

En effet, quelles sont les lésions nécessitant ces grandes opérations pratiquées au cou, et qui ont été le plus souvent suivies de l'introduction de l'air dans les veines? Ce sont ce que quelques classiques appellent des lésions organiques, des tumeurs formées par des tissus dégénérés. Or, quand il y a dégénérescence sur quelque point de l'économie, il est rare qu'il n'y ait pas une lésion correspondante analogue, ou même identique, ailleurs. Si elle n'existe pas, le plus souvent elle se développera, ou à la région qui a été le théâtre de l'opération, ou dans une autre localité. Pour tous ces cas il y a récidive, et récidive qui en prépare une autre si on peut encore opérer, ou bien elle cause la mort si la position de la maladie exclut toute nouvelle action chirurgicale. Or, quel inconvénient y a-t-il à ne pas opérer un malade qui est placé dans de si malheureuses conditions? Quel danger peut avoir ici la peur exagérée de l'introduction de l'air dans les veines? Aucun. L'opération n'offre au malade que peu de chances d'une guérison *complète*, tandis qu'elle place devant lui l'horrible perspective d'une récidive avec la mort pour conséquence ou d'une double opération avec la mort encore pour fin obligée. La saignée, au contraire, n'a rien de cruel par elle-même, et elle est indiquée dans la plupart des cas pour des lésions vitales, pour des inflammations dont la cure complète peut être promptement et sûrement obtenue par cette opération elle-même. Il est donc important de se montrer très sévère quand il s'agit de faits d'introduction de l'air dans les veines après la saignée, faits qu'on a recueillis si légèrement, et de dissiper les craintes mal fondées que l'on vient de faire naître relativement aux suites de cette si importante opération. Ce n'est pas la grande chirurgie qu'il faut défendre, car elle a assez de prôneurs et de partisans, mais bien la petite chirurgie, c'est la chirurgie réellement *bienfaisante*, *conservatrice*, si on veut être utile aux praticiens.

Dans notre premier article, nous avons parlé d'un fait d'introduction de l'air dans les veines, qui s'était mêlé à un drame bien capable de lui enlever son caractère scientifique, mais qui n'en a pas moins produit dans le monde un effet momentanément funeste. L'autre fait de M. Maugeis est considéré par les partisans les plus déclarés de l'introduction de l'air dans les veines, comme trop incomplet pour figurer dans la science. Reste celui de M. Simon, de Brest. Nous avons, dans notre premier article, transcrit tous les détails de l'observation. Elle a été ainsi livrée au jugement de nos lecteurs avant la critique à laquelle nous voulions la soumettre. C'est ce que nous allons faire maintenant.

1° M. Simon a entendu un *reniflement* qui aurait été produit, selon cet honorable confrère, par la précipitation de l'air dans une veine du pli du bras, et cela par une piqûre faite avec une lancette! Or, le *reniflement* n'est pas seulement un bruit, mais un son avec écho, ce qui nécessite des cavités, des anfractuosités comme celles que l'on trouve dans les fosses nasales. Remarquez bien que nous ne nions pas le *reniflement*; mais nous serions tenté de l'expliquer plus naturellement, et de l'attribuer à l'organe qui le produit toujours, au nez enfin. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que ce son se fait entendre au commencement d'une syncope toute simple, toute vulgaire.

2° L'instantanéité de la chute du malade est, selon M. Simon, un argument contre la syncope. Mais c'est au contraire là un caractère de cet accident. Voyez toutes les définitions de la syncope; vous leur trouverez toujours un terme qui donne l'idée de la *rapidité* avec laquelle les sens, les mouvements sont momentanément abolis; or, quand les sens et les muscles font subitement défaut on tombe subitement, *instantanément*. Il est des cas où la syncope a un tel caractère d'instantanéité pendant la phlébotomie, qu'on est effrayé par la chute du malade, même quand on a observé plusieurs fois ce phénomène. Le retour des sens et du mouvement n'a jamais cette rapidité, mais il peut s'opérer avec la promptitude signalée par M. Simon.

3° Ce praticien avait fait deux piqûres à la même veine; c'est par la piqûre supérieure, par la dernière faite, que l'air se serait introduit dans la veine. M. Simon dit que le phénomène se produisit *au moment même de l'opération*. Or, au moment même de l'opération la ligature est serrée sur le bras; elle doit comprimer la veine, puisque sans cette constriction on ne pourrait pas saigner. D'où vient donc que la ligature, suffisamment serrée pour empêcher la circulation du sang, n'a pas empêché l'introduction de l'air mêlé à du sang? A la vérité, M. Simon ajoute qu'après le rétablissement des sens, il trouva la bande relâchée; mais ce n'est pas *au moment même de l'opération* qu'elle était relâchée, et c'est alors que l'introduction de l'air a eu lieu.

4° M. Simon a vu une *petite bulle* à l'ouverture de la veine. Nous n'osons pas insinuer à un praticien si clairvoyant que c'est là une illusion; nous regrettons même de lui avoir fait comprendre qu'un reniflement ne peut être opéré par une veine simplement piquée. Ici il n'y a pas eu illusion, il y a eu simplement erreur sur le point de départ d'un son qu'on peut avoir réellement entendu.

5° Du reste, le malade de M. Simon n'a pas succombé, ce qui pourrait être considéré par nous comme un argument favorable à la thèse que nous soutenons.

Au moment de mettre sous presse, une autre observation nous est adressée par M. Schuster. Nous la livrons encore à la méditation des praticiens avant de la soumettre à notre critique; seulement nous ferons remarquer qu'ici encore, s'il y a eu introduction de l'air, elle a été bien innocente.

Observation de M. Schuster. « A l'époque de la célèbre discussion qui s'ouvrit à l'Académie de medecine au sujet du mémoire de M. Amussat sur l'introduction de l'air dans les

FEUILLETON.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS.

La *Gazette des Hôpitaux* est entrée depuis quelque temps dans une voie d'amélioration progressive qu'elle parcourt sans bruit, sans ostentation, sans accompagnement obligé de prospectus et d'annonces dont cette année, entre toutes les autres, a été si prodigieusement fertile. Nous nous fions aux lumières et au bon sens de nos lecteurs pour l'appréciation des efforts que nous tentons, dans le seul but de leur rendre de plus en plus fructueuse et agréable la publication qu'ils honorent de leurs encouragements. Aujourd'hui nous voulons leur en donner une nouvelle preuve en réservant parmi les divisions déjà si nombreuses et si variées du Journal, une place aux communications que veulent bien nous adresser nos confrères des départements, communications qui, grâce à l'extension progressive du Journal, deviennent de plus en plus importantes et fréquentes.

Nous serions heureux que ce centre scientifique et de confraternité que nous cherchons à établir dans ce Journal, fût apprécié par le corps médical dont nous nous sommes constitué l'organe indépendant et désintéressé. Dans ce but, nous accueillerons tout ce qui présentera un caractère d'utilité, les observations curieuses ou rares, surtout les faits et les applications pratiques, nous réservant néanmoins toujours notre droit précieux d'examen et de contrôle sans lequel un journal est impossible, et que nous n'exercerons d'ailleurs jamais qu'en vue des intérêts de la science et de l'art, comme aussi des intérêts bien entendus de nos confrères.

Nous commençons aujourd'hui le dépouillement de notre volumineuse correspondance; pour nous mettre au courant, nous lui réserverons désormais une place par mois dans nos colonnes.

— M. le docteur *Lambert*, à Montigny-sur-Aube (Côte-d'Or), nous adresse trois observations dont une surtout offre de l'intérêt. Elle est relative à *un carcinome utérin* n'ayant produit aucune douleur. Voici les principales circonstances de ce fait.

Une dame de quarante cinq ans, forte, ayant eu trois enfants dont les couches avaient été heureuses, offrant toutes les apparences d'une bonne santé, est prise tout à coup, pendant la promenade, d'une hémorrhagie utérine formidable qui fait craindre pour sa vie. A l'aide d'un traitement méthodique on triomphe de cette perte. Pendant deux mois la malade éprouva les alternatives les plus bizarres d'une santé en apparence prospère ou d'un malaise, d'une faiblesse prononcée, mais sans douleurs. Cependant l'hémorrhagie se renouvelait de temps en temps, les téguments prenaient une teinte ictérique, et après quatre jours de douleurs atroces aux extrémités inférieures, l'insensibilité et le mouvement s'étaient éteints, quelques plaques bleuâtres se manifestèrent autour des malléoles; les fonctions générales se dépravèrent, et la fièvre hectique survint. C'est dans ces circonstances que M. Lambert fut appelé. Il trouva la malade dans l'état suivant: douleurs nulles, pouls insensible, sueur visqueuse, peau froide, taches gangréneuses depuis les plis de l'aine jusqu'aux gros orteils; mort imminente. En effet, deux heures après, la malade avait succombé.

A l'autopsie, on trouva l'utérus avec sa forme normale, mais décuplé de volume, ne présentant aucune bosselure à l'extérieur. Incisé verticalement, on trouva la membrane musculeuse saine; mais la muqueuse donnait naissance à tous les points de son étendue, à de petits corps durs qui s'aggloméraient les uns aux autres. L'utérus, dans sa totalité, donnait le poids d'un kilogr. environ. Cette masse était squirrheuse. Elle n'avait exercé aucune compression sur les artères ou les veines iliaques; de sorte que la gangrène ne peut s'expliquer que par une viciation générale des humeurs, ou par la compression du plexus sacré.

— A la suite d'une observation d'*hydrocéphale chronique* que nous communique M. le docteur *Molas* de Valderie, et qui ne nous offre rien de particulier à reproduire, ce praticien ajoute les réflexions suivantes sur le traitement de l'hydrocéphale: « Lorsque les premiers symptômes d'hydrocéphale se présentent, je me suis toujours bien trouvé de l'application de quatre cautères à la tête sur le trajet des sutures pariétales, et surtout près du trou occipital. J'applique ensuite des compresses trempées dans l'eau bouillante sur la partie interne des cuisses et des jambes, de manière à produire une brûlure du premier ou du second degré. Cette méthode, qui peut paraître d'abord très énergique et même violente, m'a procuré, sur neuf cas d'hydrocéphale, quatre fois une guérison radicale, et un grand soulagement dans trois autres fois. »

Cette médication nous paraît en effet tant soit peu *violente*, et il ne nous faudrait rien moins que des succès en grand nombre et bien constatés pour oser la conseiller à nos confrères.

— M. le docteur *Dymitrowicz*, à Pré en Pail, a eu occasion d'observer l'été dernier, coup sur coup, trois cas de *choléra sporadique*, dont il nous envoie la relation. Les opiacés et les boissons excitantes ayant été sans effet pour arrêter les vomissements, les crampes et les autres phénomènes morbides, ce praticien a eu recours, avec le plus grand succès, à l'éther sulfurique à haute dose, administré par quatre gouttes toutes les dix minutes.

Le même confrère nous fait part d'une observation curieuse relative à une *tumeur pédiculée séjournant dans les intestins*, et expulsée par les seuls efforts de la nature. Une jeune fille de cinq ans lui est amenée pour lui remettre en place une prétendue descente du fondement, survenue subitement et pour la première fois il y a quelques heures. Par les renseignements demandés, notre confrère apprend que cette enfant est sujette depuis 2 ans à la constipation; qu'elle n'allait à la selle qu'à trois ou quatre jours d'intervalle; qu'au moment où le besoin de la défécation se faisait sentir, l'enfant était en proie à des douleurs atroces pendant une heure avant de rendre les fécès, qui étaient toujours accompagnés de sang; que l'évacuation alvine terminée, l'enfant ne souffrait plus; qu'elle n'éprouvait ni gêne, ni douleur en urinant. En procédant à l'examen de la malade, notre confrère reconnut une tumeur volumineuse, ovoïde, élastique, indolente, noirâtre d'un côté, à cause du sang exsudé et caillé, rougeâtre de l'autre, saillante au-devant du sphincter, cependant isolé de celui-ci, qui était serré, renversé un peu en dedans et caché par la tumeur. En la tirant légèrement à lui, il s'aperçut qu'elle tenait à un pédicule assez long, que l'on pouvait tirer sans faire souffrir la malade jusqu'à certaines limites, après lesquelles elle accusait une vive douleur dans le bassin. Ce pédicule ressemblait à un cordon aplati, uni, et de dimensions semblables dans son étendue. Il lui fut, du reste, impossible de reconnaître à quelle hauteur et dans quel point de l'intestin s'insérait ce pédicule; et voyant qu'il ne pouvait l'enlever en totalité, il le coupa avec les ciseaux à 4 centimètres à peu près de hauteur; quelques gouttes de sang seulement s'écoulèrent, et l'enfant ne témoigna aucune douleur ni pendant, ni après l'opération.

D'après la description de la tumeur qui a été examinée après l'opération, il est difficile de se faire une juste idée de sa nature. Elle paraissait formée par une membrane muqueuse externe recouvrant une membrane fibreuse, laquelle contenait deux corps ovoïdes moux, d'un gris rougeâtre, renfermant dans leur intérieur une multitude de cellules remplies de corps granulés.

A la date de cette communication, dix jours s'étaient écoulés depuis l'opération, et la petite malade allait très bien, avait tous les jours une selle sans douleur, sans aucune gêne, et sans répandre une goutte de sang.

— Voici une observation où le diagnostic a fait défaut, mais dans laquelle, grâce à la prudence du praticien, l'erreur n'a pas eu toutes les conséquences immédiates qu'elle pouvait produire. Cette observation nous est communiquée par M. le docteur *Demarquette*, à Hunin-Lietard. Nous laissons parler notre confrère:

Scarlatine. — Tumeur consécutive du cou de nature anévrismale. — Il a régné pendant plusieurs mois, dans diverses localités de notre canton, une fièvre scarlatine qui a fait de nombreuses victimes parmi les enfants: ses ravages ont surtout été marqués dans le voisinage des

veines, j'eus à pratiquer une saignée chez un jeune homme robuste, et qui offrait un développement fort remarquable du système veineux. Ayant choisi, pour exécuter la phlébotomie, la veine médiane basilique qui, chez le sujet de mon observation, offrait le volume d'un gros tuyau de plume, j'établis, en plaçant la ligature, une assez forte compression, afin de mieux faire saillir la veine; compression qui pouvait, jusqu'à un certain point, intercepter le cours du sang artériel. Or, quelques instants après l'ouverture de la veine, je vis le jet du sang s'arrêter brusquement, la veine s'affaisser, et j'entendis distinctement un sifflement assez prononcé, semblable à celui de l'air qui se serait précipité dans la cavité presque vidée de sang du tronc veineux. Ayant vivement porté les mains au-dessus de la ligature, je comprimai à pleines mains le bras, et je cherchai à faire refluer tout le sang compris entre les points comprimés et l'ouverture veineuse. Eh bien, en ramenant les mains de haut en bas, je parvins à en exprimer un *sang écumeux* qui sortit par l'orifice béant de la veine; et après avoir soigneusement fermé cet orifice avec la pulpe de mon doigt, je me hâtai de relâcher la ligature afin d'écarter l'obstacle qui s'était opposé à l'abord du sang artériel, et l'écoulement du sang se poursuivit jusqu'à la fin sans nouvel accident. »

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Tubercules et ulcérations consécutives de l'urètre et de la vessie, ayant donné lieu à un écoulement blennorrhoïde chez un phthisique long-temps considéré comme n'étant affecté que d'une blennorrhagie simple. (Pièces d'anatomie pathologique présentées à la séance de l'Académie de médecine, le 10 janvier 1843.)

Le nommé Emile N... entra à l'hôpital du Midi, service de M. Ricord, salle 12, lit n° 14.

Ce malade, âgé de vingt ans, et menuisier de profession, n'habitait Paris que depuis huit mois.

Il y a un an que, pour la première fois, il fut pris des symptômes d'une blennorrhagie urétrale. Il a été impossible d'avoir aucun renseignement sur le temps qui s'est écoulé entre le coït suspecté et l'apparition de la maladie; comme aussi sur l'état particulier de la femme ou des femmes avec lesquelles il avait eu des rapports, et qui pouvaient être considérées comme cause occasionnelle du développement de la maladie dont nous allons tracer l'histoire.

Dans les quinze premiers jours, l'urétrite s'offrit avec des symptômes d'une certaine acuité, et ne parut pas différer des urétrites ordinaires, quant à la douleur et à l'aspect de l'écoulement.

Le traitement consista simplement dans l'usage de la tisane de guimauve et un peu de régime.

Après deux mois de durée, et alors que la maladie avait pris tous les caractères de la chronicité, il se manifesta une épididymite du côté droit. Le malade ne faisait, en ce moment, aucun traitement pour supprimer l'écoulement; il n'avait jamais mis de suspensoir, et portait habituellement le scrotum à droite de la couture du pantalon.

L'inflammation aiguë de l'épididyme dura quinze jours; sous l'influence de topiques émollients; elle se dissipa, pour ne laisser après elle qu'un certain degré d'hypertrophie parfaitement indolente, et qui a persisté jusqu'à la mort du malade.

Cependant, à partir du moment où l'épididymite parut, le malade commença à éprouver de la gêne et bientôt même de la douleur dans la région périnéale. L'écoulement urétral avait alors graduellement diminué, et était devenu plutôt séro-purulent que catarrhal.

Le malade n'avait pas interrompu ses travaux, lorsqu'au commencement du mois d'août dernier, il se forma au périnée une tumeur, qui peu à peu augmenta de volume en déterminant des douleurs assez vives dans cette région, et s'accompagna de symptômes sympathiques fébriles.

Dans cet état, il fut reçu dans le service de M. le docteur Puche, où il séjourna quinze jours. Jusqu'à cette époque, et depuis la disparition des symptômes aigus de l'épididymite, le malade avait essayé, mais sans succès, les différens moyens anti-blennorrhagiques, parmi lesquels figurèrent en première ligne le copahu et le cubèbe, avec le seul secours des injections d'eau de guimauve.

Quoi qu'il en soit, l'ouverture de la tumeur périnéale eut lieu, et donna issue à du pus mélangé d'urine. Il est bon de noter qu'à aucune époque de sa maladie, N... n'avait éprouvé de difficulté dans l'émission de l'urine, ni aucune altération appréciable, soit dans le volume, soit dans la forme du jet.

— Ainsi affecté d'une fistule urinaire, le malade, comme nous l'avons dit plus haut, entra dans le service de M. Ricord. Voici ce qu'on observa: pâleur du visage, amaigrissement; faiblesse générale, mais sans autre souffrance apparente que la maladie des organes génito-urinaires. Un écoulement assez abondant s'effectuait par l'urètre, avec les caractères que nous avons précédemment indiqués. Du reste, aucune douleur dans les érections; aucune douleur à la pression dans toutes les régions antérieures au périnée; aucune gêne dans l'émission de l'urine dont la majeure partie s'échappait, sous l'influence de la volonté, par le méat urinaire. Le périnée était le siége d'une suppuration abondante, urineuse et fournie par un foyer assez étendu, avec amincissement et décollement des parois cutanées; plusieurs gouttes d'urine s'échappaient par l'ouverture de l'abcès, chaque fois que le malade urinait. La *fistule urinaire* étant parfaitement constatée, sans qu'il fût encore possible de préciser la cause à laquelle on devait rapporter la perforation de l'urètre, on dut explorer le canal, et recourir à l'usage d'une sonde à demeure pour combattre cet accident. On introduisit avec la plus grande facilité une algalie en gomme élastique, de 6 à 7 millimètres de diamètre. L'instrument fut laissé à demeure et maintenu ouvert. Plus tard, les portions de peau trop amincies et trop décollées durent être excisées. Mais malgré les pansements méthodiques de la plaie du périnée, l'entretien convenable des sondes ouvertes et un régime approprié, l'urine continua à filtrer en petite quantité; la suppuration qui, un moment, avait paru s'améliorer, devint peu à peu d'une mauvaise nature. Quelque temps après son entrée dans le service, le malade fut pris d'une toux opiniâtre bientôt suivie de légères attaques d'hémoptysie et de crachats purulents. Jusqu'alors il n'avait jamais eu d'affection de poitrine, et n'en connaissait aucun exemple dans sa famille. L'état de la poitrine, soupçonné alors d'être la cause qui rendait la maladie des voies urinaires rebelle au traitement, fut examiné, et l'on put reconnaître un défaut de sonorité des deux côtés du thorax, un râle muqueux, des craquements humides, plus appréciables et plus prononcés en avant du sommet du poumon gauche.

Bientôt la maladie de la poitrine fit des progrès rapides; la plaie du périnée prit un aspect vernissé; une expectoration abondante de matière tuberculeuse s'effectua, puis la fièvre, les sueurs et un dévoiement colliquatif, accompagnés de tous les symptômes physiques qui annoncent des tubercules pulmonaires arrivés au troisième degré, et révèlent l'existence de cavernes nombreuses étant survenues, le malade succomba le 29 décembre 1842.

Autopsie.

Poitrine. Les plèvres costales sont adhérentes aux plèvres pulmonaires des deux côtés. Les deux poumons sont farcis de tubercules qui présentent différens degrés de développement. Le sommet des deux côtés est presque imperméable à l'air; on observe à droite et à gauche des cavernes nombreuses d'étendue variée. L'épiglotte présente une ulcération de toute l'épaisseur de la muqueuse, de trois millimètres d'étendue, et siégeant du côté laryngé. Plus bas, deux érosions assez profondes et un commencement de travail de même nature sur la corde vocale inférieure gauche.

Abdomen. A partir de son cinquième inférieur, l'intestin grêle présente de nombreuses ulcérations, parfois à fond tuberculeux, à base et à bords noirâtres, et comme ecchymosés. Ces ulcérations s'étendent dans le gros intestin, où elles se montrent encore plus nombreuses, plus larges et plus profondes.

Organes génito-urinaires. Le rein gauche offre à la partie inférieure de son bord convexe incisé, une sorte d'infiltration hémorrhagique. Il est un peu plus volumineux que le rein opposé.

L'uretère gauche offre un volume double du droit, et son extrémité inférieure est le siége d'une infiltration assez étendue de matière tuberculeuse.

En arrière du col de la vessie, la muqueuse est soulevée par plusieurs granulations que l'incision a démontrée être de la matière tuberculeuse. Il existe en cet endroit une infiltration de tubercules miliaires. Çà et là quelques-uns de ces tubercules sont ramollis, d'autres ont déjà subi la fonte purulente, et dans quelques points on voit les ulcérations qui leur ont succédé. Plusieurs d'entre elles ont à peine deux millimètres d'étendue; elles entament toute l'épaisseur de la muqueuse; leur fond est grisâtre, chagriné, pultacé, d'aspect franchement tuberculeux; leurs bords épaissis, un peu renversés, de couleur gris perle, sont d'une densité et d'une résistance plus grandes que celles que présentent les tissus voisins. Au moment de l'ouverture du cadavre, quelques-unes de ces ulcérations étaient entourées d'une sorte d'aréole rouge, due, dans quelques points, à une véritable infiltration sanguine, tandis que dans d'autres elle semble tenir à une congestion des vaisseaux capillaires.

Dans l'urètre, les ulcérations sont plus étendues et plus nombreuses; leur forme est généralement elliptique, et leur grand diamètre se trouve parallèle à l'axe du canal. Elles s'étendent de la région prostatique à l'union du tiers moyen et antérieur de la région spongieuse. Plusieurs ont plus d'un centimètre de longueur; mais c'est dans la région spongieuse surtout que se rencontrent les plus larges et les plus nombreuses.

Ce sont les ulcérations de la région membraneuse qui ont perforé le canal et donné lieu à l'abcès urineux, et plus tard à la fistule.

La prostate n'a pas de lobe moyen; elle semble renversée sur l'urètre en l'embrassant sur les côtés et à sa partie supérieure, dont l'épaisseur est d'un tiers moindre que celle des parties latérales. La moitié antérieure du lobe droit est le siége d'une infiltration tuberculeuse très tranchée sur le reste du tissu sain. Ici la matière tuberculeuse est encore à l'état cru, et il n'existe aucune communication entre elle et les ulcérations du canal.

Le lobe gauche de la prostate est complètement infiltré de la même matière non ramollie, non suppurée. Dans la portion

---

marais, au sein des populations vivant sur un sol bas et humide. La forme angineuse y a dominé au point de constituer le principal symptôme morbide. Aussi y eut-il souvent des engorgements de glandes sous-maxillaires, et consécutivement des abcès énormes dans diverses régions du col, phénomènes qui pour la plupart ont paru juger la maladie. Je donne ce préliminaire, afin de faire mieux apprécier la difficulté du diagnostic relatif à la malade dont l'observation suit:

Une petite fille âgée de huit ans, assez bien portante, quoique naturellement chétive, et issue d'une mère depuis long-temps valétudinaire, éprouva dans les premiers jours de mars dernier, des vomissements, de la fièvre, un violent mal de gorge, et bientôt tous les signes caractéristiques de la scarlatine. Cette maladie parcourut ses périodes ordinaires, à part une toux assez intense, pour attirer l'attention du confrère qui la soignait. Toutefois, au bout de douze à quinze jours, et sous l'influence des moyens purement antiphlogistiques, la convalescence parut s'établir. A cette époque, il se manifesta sur la région moyenne et latérale gauche du col, une tumeur d'apparence ganglionnaire du volume d'une petite noix, oblongue, presqu'indolore, ne modifiant nullement la couleur de la peau; tumeur qui fit des progrès tels, que dans l'espace de huit jours elle acquit le volume du poing d'un adulte. Bientôt la peau, cédant à la force expansive, s'enflamma, et s'ouvrit près de la mâchoire, et du sang mêlé d'un peu de pus en sortit. C'est alors que je fus appelé.

Je trouvai la malade très pâle, ayant la face considérablement œdématiée. Tout le côté gauche du col était envahi par une tumeur assez résistante au toucher, mais élastique, non pulsasive, s'étendant depuis la région sus-hyoïdienne qu'elle semblait en partie occuper, jusqu'à 2 centimètres de la clavicule. Sa plus grande largeur était de 8 centimètres environ. Au niveau de l'os hyoïde elle offrait une dépression transversale et qui paraissait la diviser en deux compartiments; au-dessus de cette dépression était l'ouverture spontanée d'où sortait goutte à goutte un peu de sang très noir; au centre de la tumeur, la peau avait pris une couleur brunâtre, et menaçait de s'ouvrir. Du reste, le bras correspondant était le siége d'un œdème considérable; le pouls était misérable; la respiration gênée, et une toux fréquente venait encore ajouter à l'atteinte profonde essuyée par l'organisme.

En présence d'un état de choses si grave, et manquant de renseignements positifs sur l'état de cette tumeur à son début, renseignements auxquels je ne pus suppléer que d'une manière très incertaine en introduisant une sonde dans la petite plaie, je crus devoir m'affranchir du sage précepte d'une philosophie antique, et je m'y déterminai d'autant plus facilement, que j'avais par devers moi bon nombre d'observations de scarlatine qui avaient donné lieu à des tumeurs en apparence semblables, et qu'une large incision avait guéries; et d'ailleurs, il était urgent de délivrer la trachée artère et le larynx d'une compression qui pouvait amener l'asphyxie; il l'était aussi, dans l'hypothèse que le contenu fût du pus, d'empêcher que ce fluide ne fusât dans la poitrine. Je fis donc une petite ponction exploratrice sur le milieu de la tumeur, et j'y introduisis un stylet boutonné qui tomba dans une cavité énorme dont il me fut impossible de bien apprécier les limites. Je retirai l'instrument teint seulement de sang, et quelques gouttes de ce liquide en sortirent; j'agrandis l'ouverture pour mieux juger du contenu, et des caillots noirâtres, fibrineux, adhérents aux parois de la poche, vinrent se présenter entre les lèvres de la plaie et y former une sorte de bouchon. Je ne poussai pas plus loin mes recherches, persuadé que j'avais affaire à une tumeur anévrismale. Vu l'état déplorable de la malade, je jugeai le cas au-dessus des ressources de l'art; aussi me suis-je borné à comprimer légèrement la tumeur à l'aide de compresses graduées, imbibées de liquides alcoolisés, à soutenir la malade par quelques cordiaux, tout cela dans le but de retarder le terme fatal qui arriva deux jours après. La tumeur était en partie gangrénée.

— M. le docteur Perrier, à Authon, a observé et nous communique un cas de *plaie de l'urètre* guérie sans l'usage de la sonde à demeure, et qui nous paraît devoir intéresser les praticiens.

Un enfant de huit ans, en revenant de l'école, veut jouer avec un chien qu'il rencontre sur la route. Le chien se jette sur lui et lui fait à la verge plusieurs morsures de peu d'importance, à l'exception d'une qui, située au côté droit de cet organe, à un pouce et demi du pubis, paraît profonde et avoir été faite par la plus grosse dent de l'animal. La verge est gonflée énormément, noire à sa partie postérieure; une phlyctène existe sur la peau du prépuce qui recouvre tout le bout de la verge; l'enfant dit souffrir beaucoup et ne peut uriner. Il y avait deux jours qu'il était dans cette position, lorsque je fus appelé. En examinant le ventre, j'aperçus que la vessie était tendue, remplie d'urine; le malade avait de la fièvre. Je dis aux parents qu'il fallait le sonder immédiatement; quoiqu'une sonde à demeure eût été nécessaire pour guérir la fistule, je ne pensai pas à lui en laisser une dans la crainte d'augmenter l'inflammation de la verge, me réservant de lui en mettre une plus tard. Je pris une sonde et m'approchai de son lit; l'enfant s'écria aussitot: Maman, je pisse, je pisse; il pissait en effet, mais par sa plaie, en disant qu'il souffrait beaucoup: l'urine jaillissait à un demi-pied, le jet en paraissait à peu près la moitié moins gros que par le canal. Alors les parents me dirent qu'il avait déjà uriné deux fois de cette manière, qu'il se retenait autant qu'il le pouvait à cause des douleurs que cela lui occasionnait. Je pratiquai une saignée, et je fis mettre le malade a la diète qu'il n'observa pas rigoureusement, et entourer la verge de compresses émollientes. L'enfant resta trois jours dans cet état, urinant toujours par sa plaie et le moins souvent possible: Enfin. la verge étant un peu moins tuméfiée, je voulus y mettre une sonde à demeure. La vessie étant pleine, j'introduisis ma sonde jusqu'à la plaie; mais le petit malade remuant beaucoup, je ne pus aller plus loin. Aussitôt qu'elle fut retirée, il urina par le bout de la verge; quelques gouttes seulement au premier jet sortirent par la plaie. Depuis ce temps il a toujours uriné naturellement, et la plaie s'est cicatrisée dans l'espace de quatre à cinq jours, quoique la verge fût encore gonflée. Il y a aujourd'hui quatre semaines que l'accident est arrivé, la cicatrice est bien solide, l'enfant se porte bien.

Cette observation prouve que les plaies de l'urètre, abandonnées à la nature, ne deviennent pas toujours fistuleuses. Ce que je ne puis expliquer, c'est pourquoi l'enfant a uriné après mes tentatives de cathétérisme. Aurai-je rétabli le parallélisme entre les deux bouts du canal; était-ce le prépuce qui, par son gonflement, bouchait l'ouverture de l'urètre?

Il serait imprudent de donner au fait de M. Perrier une autre valeur que celle que donne un heureux hasard, et d'en conclure une méthode générale de traitement des plaies de l'urètre. L'âge du sujet nous paraît parfaitement rendre compte de cette cicatrisation rapide sans l'emploi de la sonde à demeure. On sait, en effet, avec quelle facilité guérissent les blessures chez les enfants. L'opération de la taille, si redoutable aux autres âges, est presque toujours sans inconvénient dans l'enfance.

— Ce même confrère se pose la question suivante, d'un si haut intérêt pour la pratique:

Les affections pathologiques offrant les formes de la syphilis, sont-elles toujours dues à une cause syphilitique? M. Perrier répond par la négative, et cite l'exemple qui suit:

Un homme d'environ soixante-dix ans garde le lit pendant plusieurs semaines pour une fracture de cuisse; dans les dernières semaines, il s'aperçoit que des végétations lui poussent sur le gland. Enfin, guéri de sa fracture, il se relève; ses végétations croissent toujours: il vient me consulter. Inutile d'en donner la description; il suffit de dire que jamais je n'ai rien vu qui ressemble mieux à des choux-fleurs. Il en a une couronne qui, partant de la base du gland à son union avec le prépuce, va presque jusqu'au sommet; ils sont assez gros pour empêcher le prépuce de recouvrir le gland. Je déclare au malade qu'il a le mal vénérien, il jure ses grands dieux que non; que dans sa jeunesse il s'est exposé, il est vrai; que depuis il n'a connu que sa femme qui a toujours été saine, et avec laquelle il n'avait pas eu de rapports depuis six mois. Enfin il reste convaincu qu'il n'a pas la vérole, et moi, accoutumé à ne pas toujours croire les gens sur parole, qu'il se trompe de bonne foi ou qu'il ment. Il n'a voulu faire aucun traitement antisyphilitique; il attribue sa maladie au défaut de soins de propreté pendant le temps de sa fracture. Quoi qu'il en soit, je crois qu'il était de bonne foi, car il ne faisait mystère de sa maladie à qui que ce soit, et dans nos campagnes le mal vénérien est chose très honteuse. Il a mis

qui passe en avant de l'urètre, l'infiltration tuberculeuse devient de moins en moins prononcée, à mesure qu'on se rapproche du côté droit. Enfin, l'épidydime droit est le siége d'un abcès tuberculeux.

Après avoir passé en revue avec attention toutes ces diverses lésions pathologiques, M. Ricord fait observer avec raison que le cas dont on vient de lire l'histoire n'est pas neuf dans la science. En effet, on en trouve surtout des exemples dans les Bulletins de la Société anatomique et dans le bel ouvrage de M. Rayer, sur les maladies des reins. Mais il est vrai de dire que si des faits analogues sont connus, on ne s'en souvient peut-être pas assez dans la pratique des maladies vénériennes, où d'ordinaire le plus grand nombre des médecins, spécialistes ou non, font si bon marché du diagnostic.

A propos de cette observation, M. Ricord rappelle encore avec raison que la muqueuse de l'urètre obéit, comme toutes les autres muqueuses, aux différentes causes morbifiques; et que, si elle est plus souvent enflammée par l'une d'elles en particulier, que si elle conserve, sous ce rapport, sa spécialité pathologique, elle n'en reste pas moins susceptible d'être impressionnée par les autres, et cela dans un ordre de fréquence qui, à la rigueur, pourrait être presque précisé.

Il résulte des considérations qui précèdent, et de l'observation citée plus haut, qu'en se rapportant aux différentes causes de la blennorrhagie urétrale en particulier, dont quelques-unes impriment fréquemment un caractère spécial à la maladie, il faut, en pratique, admettre, selon M. Ricord, les variétés qui ont été reconnues, et qui conduisent nécessairement à un traitement plus rationnel.

Cependant, M. Ricord fait observer que dans le plus grand nombre des cas, quelle que soit la cause de l'urétrite, les signes différentiels d'après lesquels on peut arriver à la connaissance de cette cause et partout à celle de la nature intime de la maladie, manquent complètement, ou sont tout au moins difficiles à saisir, de telle façon que l'on est obligé de se contenter d'un diagnostic rationnel à défaut du diagnostic absolu.

En effet, comment pouvait-on, dans l'observation citée, constater avant l'autopsie la présence de l'infiltration tuberculeuse et des ulcères qui en avaient été la conséquence?

Peut-être que l'inspection plus attentive de la sécrétion urétrale aurait pu, à la rigueur faire reconnaître de la matière tuberculeuse excrétée; mais, en somme, on n'a pu avoir, dans ce cas, que des signes probables et tirés de symptômes fournis par d'autres lésions concomitantes qui avaient servi à établir l'analogie.

Mais si le diagnostic différentiel est difficile à établir dans la majorité des cas, si l'urètre est fréquemment le siége d'ulcérations de diverses natures que l'œil ne peut pas toujours découvrir, mais qui n'en existent pas moins pour cela, M. Ricord soutient que dans les cas de chancres urétraux, niés seulement par les hommes que ne peuvent convaincre ni la logique, ni le témoignage des sens, l'inoculation artificielle, invoquée à propos et dirigée avec intelligence, constitue un signe pathognomonique absolu et certain.

M. Ricord a tenu à montrer la pièce pathologique dont il a été question, à l'Académie de médecine avec les différents organes du même sujet, sur lesquels avait sévi la diathèse tuberculeuse, pour faire ressortir la différence qui existe entre ce cas et ceux de chancres urétraux profonds, qu'il a présentés à la même société et sur la nature desquels le rapport de M. Lagneau n'a laissé aucun doute.

Dans les considérations cliniques auxquelles avait donné lieu le sujet de cette observation, M. Ricord a rappelé que c'était à des cas analogues mal expliqués, qu'il fallait rapporter quelques-unes des phthisies dites syphilitiques des auteurs, ou l'affection tuberculeuse, que quelques docteurs allemands ont cru être le produit de la blennorrhagie.

Il s'est agi ici tout simplement d'une blennorrhagie chez un tuberculeux qui a pu être l'occasion de l'évolution des tubercules de l'urètre, comme la bronchite devient souvent celle des tubercules du poumon ; ou bien encore la blennorrhagie n'a été véritablement qu'un effet consécutif aux tubercules développés sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, comme on voit les lésions des bronches et du tissu pulmonaire déterminées par les tubercules de ces organes. C'est par un mécanisme analogue qu'on voit fréquemment, ainsi qu'on a pu l'observer sur le malade dont il est ici question, l'épididymite blennorrhagique devenir l'occasion du sarcocèle tuberculeux ; mais dans tous ces cas, l'affection tuberculeuse, quels que soient les organes qu'elle envahisse et détruise, ne diffère en rien de celle qu'on observe le plus communément, sans qu'il y ait eu la coïncidence ou le prétexte d'une blennorrhagie. D'où M. Ricord conclut : qu'il faut encore enlever à la blennorrhagie cette espèce de propriété spécifique en vertu de laquelle on a pensé à tort qu'elle pouvait déterminer une variété particulière de l'affection tuberculeuse.

X....

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Phlegmasia alba dolens (suite de l'observation insérée dans le n° 3). — *Considérations sur les métastases et les localisations différentes d'une même affection.* — *Divers exemples.*

La malade atteinte de *phlegmasia alba dolens*, dont M. Tessier avait entretenu son auditoire dans les précédentes séances, a offert depuis cette époque des phénomènes assez curieux. La maladie a passé de la jambe droite à la jambe gauche, et elle s'est transformée de ce côté en une névralgie ; de là, les douleurs ont gagné les parois abdominales, avec une sorte de tendance à la pérégrination. On a donné à cette malade des purgatifs réitérés, dans le but d'empêcher une localisation. Cette méthode des purgatifs répétés, est spécialement applicable aux maladies diathétiques et métastatiques, dans lesquelles les localisations tendant à se faire indistinctement sur telles ou telles parties, peuvent sans danger être fixées sur les organes sécrétoires.

Ici la *phlegmasia alba dolens* s'est localisée dans le nerf crural ; cette localisation n'a pas sans doute une grande gravité ; mais supposez qu'au lieu de se fixer sur ce point, la localisation eut lieu dans la dure-mère, qu'au lieu d'avoir une exhalation séreuse dans le tissu cellulaire crural, nous eussions une exhalation et un épanchement de même nature dans les sinus de la dure-mère, ou peut juger de la gravité des effets d'une pareille métastase.

Suppression brusque de la sécrétion laiteuse, suivie du développement d'une méningite, puis d'une pneumonie, puis d'une péritonite, et enfin d'une phlegmasia alba dolens.

Une femme récemment accouchée et allaitant son enfant, éprouva à la suite d'un repas, pendant lequel elle eut très chaud, une suppression subite et totale du lait. Cette suppression fut bientôt suivie du développement des symptômes d'une méningite, pour laquelle elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Les symptômes de cette méningite étaient moins graves que ceux des méningites ordinaires, ils cédèrent à l'emploi d'un traitement énergique ; mais à peine la malade était-elle entrée en convalescence, qu'elle fut bientôt prise de nouveau de fièvre, accompagnée cette fois de toux, avec expectoration de crachats rouillés, et tous les symptômes d'une pneumonie bien caractérisée. La pneumonie se résolut à son tour, et fit place à une légère péritonite, à laquelle enfin succéda une *phlegmasia alba dolens*. Cette dernière affection mit fin à cette scène morbide, qui ne fut définitivement close qu'après une très longue convalescence. Cette succession d'affections ou plutôt de localisations différentes de la même affection, alla en décroissant d'intensité depuis la méningite jusqu'à la *phlegmasia alba dolens*, qui se termina par résolution lente.

Il serait aisé de trouver des exemples d'une succession de localisations suivant une marche inverse, procédant des organes les moins importants aux plus nobles, pour se terminer par la mort. La connaissance de ces localisations diverses d'une même affection, est de la plus grande importance pour l'histoire des maladies et pour la thérapeutique. Sachant, en effet, que leur gravité est relative à l'importance des organes qui sont affectés, on peut en tirer le plus grand parti pour le traitement. Cependant cette loi de la gravité relative des localisations n'est pas absolue ; on peut y trouver quelques exceptions. Il est des cas où la maladie marche avec une grande rapidité, et devient promptement funeste quel qu'en soit le siége. Nous avons vu, par exemple, dans le même service, une femme affectée de la diathèse tuberculeuse, qui a promptement succombé avec les symptômes d'une gastro-entérite intense à des tubercules intestinaux qui sont, comme on le sait, généralement les plus bénins de tous. D'un autre côté, ne voit-on pas fréquemment les organes les plus importants rester long-temps affectés de tubercules, sans que leur présence se révèle par des symptômes graves, comme le cerveau chez les enfants, par exemple ?

Quant à l'explication de ces localisations d'une même maladie, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, elle ne nous paraît point possible; et nous croyons que ce serait en pure perte qu'on chercherait à s'en rendre compte par ces théories mécaniques auxquelles on cherche à faire jouer un si grand rôle dans les phénomènes morbides. Dans les accidents graves qui se manifestent pendant les suites de couches, par exemple, et pour nous en tenir au cas qui fait le sujet de ces considérations, dira-t-on que ces accidents sont les conséquences d'une résorption purulente? Mais où est le pus dans ce cas? Seraient-ils dus à la putrescence de portions de placenta restées dans l'utérus? Mais les détritus de placenta provoqueraient de la diarrhée et des phénomènes de putridité ; mais non les symptômes que nous avons observés dans cette circonstance.

On cherche à faire jouer un grand rôle à l'intoxication dans la production des maladies fébriles. Rien n'est plus faux à notre avis. Où est le poison dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres intermittentes ? Dans le cancer, dira-t-on que c'est à la résorption des particules cancéreuses qu'est due la diathèse? Mais comment se fait-il que le plus souvent la diathèse ne se manifeste justement qu'après l'extirpation du mal local, c'est-à-dire alors qu'il n'existe plus de matériaux cancéreux absorbables ? Supprimez une fistule à l'anus, et vous verrez souvent une phthisie, jusque là latente, se déclarer aussitôt et marcher avec rapidité vers sa terminaison fatale. Et cependant il est des médecins qui ont cherché dans ce cas à expliquer la phthisie par la résorption du pus sécrété par les parois de la fistule. Les exemples de ce genre fourmillent pour démontrer la futilité de la plupart de ces théories mécaniques contre les dangers desquelles nous ne saurions trop nous élever.

L'observation suivante vient encore à l'appui des considérations qui précèdent :

Pneumonie suivie d'un rhumatisme articulaire du genou, auquel a succédé à son tour une péricardite ; retour du rhumatisme au genou par l'effet d'un traitement métastatique.

Un malade entre à l'Hôtel-Dieu présentant tous les symptômes d'une pneumonie au premier degré, bien caractérisée. Une saignée et une application de ventouses firent rapidement disparaître ces symptômes, au point qu'on crut un instant avoir jugulé la pneumonie ; mais à peine ces symptômes s'étaient-ils dissipés que le malade fut pris d'une douleur articulaire, vive, avec gonflement inflammatoire au genou. Au bout de quelques jours l'arthrite parut se dissiper et fut immédiatement remplacée par une douleur à la région du cœur, avec un bruit de frottement très-fort pendant le mouvement de dyastole, se faisant même entendre un peu pendant la systole, avec une matité très-étendue de la région précordiale, petitesse et inégalité du pouls, expression d'anxiété de la face, et, en un mot, tous les symptômes d'une péricardite. Un large vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale. Trois jours après le bruit de frottement était presque complétement disparu ; les bruits du cœur étaient redevenus normaux ; il ne restait plus qu'un peu de matité ; mais le malade éprouvait un bien-être parfait. Ajoutons qu'en même temps qu'on avait appliqué un vésicatoire sur la région du cœur, on avait cherché à produire une métastase nouvelle sur le genou à l'aide d'un sinapisme, ce qui avait en partie produit son effet.

Cette maladie a eu une marche fort curieuse : Une pneumonie se déclare et c'est par là que débute la maladie, puis elle cède aux premiers moyens qu'on emploie contre elle, mais pour faire place à un rhumatisme articulaire aigu. On croyait avoir jugulé la première, mais on n'avait fait que dé placer la maladie et déterminer sa localisation sur un autr point. Cette marche est curieuse, avons-nous dit, en ce qu'el a procédé contrairement à ce qui a lieu le plus habituelleme chez l'homme, et conformément à ce que l'on observe p souvent chez les chevaux. M. Boullay a constaté en effet la marche que suit habituellement l'affection rhumatis chez les chevaux est à peu près celle que nous avons obs chez cet homme, c'est-à-dire qu'elle débute d'abord pa pleurésie et n'affecte que consécutivement les séreuses

---

sur ses choux-fleurs, pendant trois semaines, de l'huile avec du sucre, et aujourd'hui il est parfaitement guéri, ainsi que j'ai pu m'en convaincre.

Cet homme n'a jamais eu la vérole dans sa jeunesse. Faut-il admettre que les choux-fleurs soient d'une vieille origine syphilitique; comment ont-ils disparu? S'ils ne sont pas d'origine syphilitique, il faut admettre que sous l'influence d'une cause inconnue, défaut de propreté si on veut, il peut se développer des phénomènes ayant l'apparence de la syphilis, quoiqu'ils ne soient réellement pas syphilitiques. Au reste, on voit souvent des inflammations quelquefois intenses du gland et du prépuce qui ne connaissent pas d'autre cause que le défaut de propreté. J'ai même rencontré chez des jeunes filles de la campagne des ulcérations dans l'intérieur des organes génitaux, qui, semblables aux aphthes de la bouche, auraient pu être pris pour des ulcères vénériens, guérir en peu de jours en leur recommandant des lotions de propreté.

Certaines verrues dentelées qui poussent aux mains des gens de la campagne, sont-elles sans analogie avec le cas que je viens de rapporter?

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 janvier 1842. — Présidence de M. Cornac.

Tubercules des os. — *M. Thierry* lit un rapport sur le travail lu par M. le docteur Laborie, dans la séance du 19 novembre; et intitulé : Ancienne plaie de la jambe, par arme à feu. Dégénération tuberculeuse. Amputation. — Il propose l'adoption du candidat.

M. Giraldès fait observer que le rapporteur n'a peut-être pas déterminé suffisamment ce qu'était la pièce de M. Laborie. Il ne faut pas oublier qu'il y a des travaux contradictoires à l'opinion que les produits observés sont des tubercules. M. Malespine a cru trouver des nécroses là où M. Nélaton avait trouvé des tubercules. On peut se rappeler qu'un chirurgien habile vit M. Malespine replacer un séquestre dans une cavité qu'il avait crue consécutive à la présence de ceux-ci. — Du reste, cette erreur n'a pas été faite par un homme seulement. Si on examine les collections du Musée Dupuytren, on voit indiquées, ici sous le nom de *tubercules des os*, là sous le nom de *nécrose*, plus loin sous celui de *carie*, des altérations absolument identiques. Si on compare entre eux les dessins de Viedmann, ceux de MM. Malespine et Nélaton, on voit une analogie parfaite. On doit donc être très circonspect avant de prononcer dans un cas donné, si on a affaire à une affection tuberculeuse ou non : dans celui dont il s'agit, M. Giraldès est très porté à croire qu'il y avait ostéite.

M. Thierry répond qu'il a examiné, grossièrement il est vrai, les produits anormaux placés dans l'intérieur de l'excavation, et qu'il les a trouvés identiques à la matière tuberculeuse. Il croit, du reste, très difficile d'établir une ligne de démarcation entre les deux affections à une période avancée.

M. Belhomme voudrait qu'on s'aidât, pour établir le diagnostic, de l'ensemble de la constitution : le malade est-il fort et sanguin, l'altération doit être de nature inflammatoire ; s'il est scrofuleux, l'inflammation s'accompagnera sans doute de tuberules.

La question scientifique étant réservée, et la discusston renvoyée à une prochaine séance, les conclusions sont mises aux voix. — M. Laborie est nommé membre de la société.

Tumeur dermique de la grande lèvre. — *M. Forget* présente une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. Portée par un pédicule de trois centimètres de longueur, elle était située à la base de la grande lèvre du côté droit, et à sa face externe chez une jeune fille de vingt ans. Le pédicule avait le volume d'une plume à écrire, et il se continuait sans ligne de démarcation avec la peau de la région. Cette tumeur flottant entre les cuisses, avait une certaine resistance surtout après les règles ; elle s'affaissait un peu pendant l'époque menstruelle. Quelques poils existaient à la surface de la peau, qui y présentait d'ailleurs tous les caractères ordinaires. En un point très limité seulement, elle était légèrement ulcérée. L'origine en remonte à deux ans ; elle n'a jamais été accompagnée de douleurs. Circonscrite par deux incisions semi-lunaires, elle fut enlevée très facilement. La petite plaie se cicatrisa en quelques jours.

Examen anatomique : La pression exercée sur la tumeur, de la base vers le pédicule, exprime à la surface fraîchement coupée de celui-ci quelques gouttelettes d'un liquide séro-albumineux. En l'incisant, on la trouve évidemment formée des éléments constitutifs de la peau hypertrophiée. Le tissu en est blanc et induré. On y remarque quelques vaisseaux. « Le liquide exprimé, dit M. Forget, m'a paru provenir de vaisseaux lymphatiques considérablement développés; l'intérêt de cette communication, ajoute-t-il, porte surtout sur la rareté de cette affection, dont je n'ai trouvé nulle part d'indication. »

Kératite scrofuleuse. — *M. Chailly* présente une femme affectée de kératite scrofuleuse très intense, sur laquelle ont été vainement tentés divers moyens de traitement habituellement mis en usage. Il se propose de la soumettre bientôt à l'examen de la Société, après lui avoir fait subir un traitement particulier.

Le secrétaire annuel : Dr J. Cherest.

moïdiennes, tandis que chez l'homme, ainsi que tout le monde le sait, le rbumatisme débute par les séreuses articulaires, et ne se localise qu'en second lieu et après avoir parcouru une plus ou moins grande série d'articulations dans les grandes séreuses; ce n'est que beaucoup plus rarement qu'il se localise dans les viscères, et c'est surtout sous ce rapport que le fait en question est curieux. Une circonstance enfin qu'il importe de ne point omettre, c'est la facilité avec laquelle s'est résolue la pneumonie, caractère qui est propre à toutes les inflammations rhumatismales.

Pourrait-on ne voir dans ce fait qu'un simple phénomène de sympathie; nous ne pensons pas qu'on puisse s'arrêter sérieusement à cette idée. Quelle sympathie soit physiologique, soit pathologique existe-t-il entre les poumons et les articulations du genou? D'ailleurs tous les faits s'opposent à ce qu'on considère le rhumatisme comme une maladie qui se propage et s'étende par sympathie.

Quant à l'opinion soutenue par M. Bouillaud que les rhumatismes articulaires ne sont autre chose que de véritables phlegmasies des séreuses, nous croyons que ce n'est qu'avec certaines réserves qu'elle doit être admise; sans doute le plus souvent les séreuses sont enflammées dans le rhumatisme, mais cette phlegmasie n'a point les caractères des phlegmasies communes; c'est une phlegmasie dont le caractère spécial est de se résoudre avec une grande facilité sans laisser de traces dans les tissus qu'elle a affectés. Mais cette phlegmasie existe-t-elle dans tous les rhumatismes articulaires? Non. Il est des rhumatismes dont le caractère est dans l'absence même de tout phénomène inflammatoire et qui ne se révèlent uniquement que par la douleur; ce sont ceux que Cullen a désignés sous la dénomination d'*artrodynie*. — Il existe enfin des rhumatismes qui semblent tenir le milieu entre ces deux espèces, et qui participent en quelque sorte des caractères de l'une et de l'autre. L'un des malades du service en offre justement un exemple.

C'est un individu atteint déjà depuis quelque temps d'un rhumatisme articulaire avec apyréxie complète, bien qu'il soit très-intense et que le malade n'ait point été saigné. Les douleurs se font ressentir spontanément et d'une manière très-vive, surtout pendant la nuit; elles sont exaspérées par les mouvements; mais il n'y a ni gonflement, ni rougeur, ni douleur à la pression, en un mot aucun caractère qui puisse faire admettre qu'il y ait là une phlegmasie.

Il suffit de signaler ces différences pour en faire sentir l'importance au point de vue pratique; ainsi sous le rapport des indications de la saignée générale, par exemple, il est évident qu'on sera déterminé d'après le degré de la réaction fébrile, l'existense et l'intensité des symptômes phlegmasiques, etc., et que, dans les cas où le rhumatisme est apyrétique et revêt une forme toute autre que la forme phlegmasique, les indications changent et sont subordonnées à d'autres circonstances de la maladie.

Méthode du docteur Maysl pour le traitement de la gale; par M. le docteur KAINZLSBERGER, de Salzburg.

Cette méthode, dont l'essai a été prescrit en 1837, par ordre supérieur, dans tous les hôpitaux militaires de l'Autriche, y est adopté aujourd'hui depuis l'année 1840. Elle consiste dans les moyens suivants :

Pr. Savon pulvérisé,	500 grammes.
Soufre dépuré,	500
Mêler exactement, et ajouter peu à peu :	
Axonge liquéfiée,	1500

Incorporer par trituration jusqu'à ce que l'homogénéité du mélange soit parfaite.

La pommade ainsi obtenue ayant l'inconvénient de se dessécher fortement, M. Keinzlsberger propose de la préparer en faisant une pâte avec le savon et de l'eau froide, en passant au travers d'un tamis, puis en concentrant à la chaleur du bain-marie jusqu'à consistance convenable, et en incorporant alors le soufre et la graisse.

On fait faire au malade trois frictions par jour (le matin, à midi et le soir) avec trente grammes de pommade pour chaque application, à une température de 17 à 18 degrés de Réaumur, en recommandant surtout de frictionner particulièrement les surfaces occupées par l'éruption psorique. Après chaque friction, on enveloppe le malade tout nu dans une couverture de laine, et on le place dans un lit. Bientôt une transpiration abondante s'établit; les parties frictionnées commencent à devenir le siége de démangeaisons et de cuissons, et de nouvelles pustules psoriques se développent au voisinage. Les anciens boutons deviennent d'abord rouges, puis sécrètent un liquide lymphatique, qui bientôt se transforme en croûtes jaune-brunâtre; ces croûtes elles-mêmes se détachent au bout de vingt-quatre heures, et laissent la peau saine et sans cicatrices, mais seulement tachetée de rouge. En continuant les frictions, la nouvelle éruption suit rapidement la marche. On arrête le traitement aussitôt qu'il cesse de se montrer de nouveaux boutons. Le point de saturation par la pommade est encore indiqué, dans la plupart des cas, par une éruption particulière qui paraît, ou sous forme de papules blanchâtres analogues aux lichen simples, ou sous forme de miliaire (eczema simples) entre les doigts, aux poignets, aux plis des coudes, etc.

On donne alors au malade un bain de propreté, du linge blanc, et on lui permet de rester hors du lit. Au bout de quelques jours, on le fait passer à l'usage des boissons froides, et enfin des lotions fraîches.

Pendant la durée du traitement, le régime diététique doit se composer d'aliments légers et pris en quantité modérée.

Dans le plus grand nombre des cas, quarante-huit heures suffisent pour que la guérison soit obtenue; lorsque la maladie est invétérée, le traitement doit être continué pendant quelques jours de plus. La période de convalescence est de trois à six jours.

Les accidents qui peuvent survenir et retarder la guérison sont les suivants :

1° Les congestions cérébrales ou pulmonaires, ainsi que la fièvre inflammatoire, qui peuvent survenir chez les sujets pléthoriques après les premières frictions. Si ces accidents ont quelque intensité, il devient indispensable de suspendre la médication pour y porter remède. La même contre-indication se rencontre chez les personnes qui ont une tendance à la phthisie, ou qui sont cacochymes;

2° L'inflammation des paupières, de la conjonctive et de la pituitaire, si par imprudence on touche ces diverses parties avec la pommade;

3° La rougeur brûlante de la peau, ou l'existence d'hérithème, de dartres furfuracées squammeuses, etc., chez les sujets dont l'appareil tégumentaire externe est doué d'une grande susceptibilité, ou qui sont affectés d'une dyscrasie latente. Les frictions exagérées peuvent aussi produire le même effet. Du reste, l'érythème et l'intertrigo cèdent facilement à l'application topique de l'huile d'amandes; le lichen farineux et les herpès furfuracé et squammeux, aux lotions avec de l'eau de son ou avec une légère solution de potasse; d'herpès phlyctenodes, à l'acide sulfurique étendu;

4° Les furoncles qui se montrent parfois à la fin du traitement ou au commencement de la convalescence, sont très volumineux et très douloureux. Cependant, ils sont généralement un indice d'une guérison solide.

5° Dans quelques cas, il survient, aux parties charnues (mollets, cuisses, bras, etc.) un impétigo qui a beaucoup de ressemblance avec la gale pustuleuse; il cède assez bien aux lotions avec l'eau vulnéraire de Théden.

Quoi qu'il en soit, cette méthode de traitement est, sans contredit, très avantageuse, tant sous le rapport de sa promptitude que sous celui de la modicité des dépenses qu'elle occasionne. Elle a de plus le mérite de pouvoir rappeler à l'extérieur l'éruption psorique répercutée sur les poumons, les interstices, etc., par des frictions faites antérieurement avec des préparations de plomb ou de mercure, et de les guérir radicalement. Elle convient à tous les âges et aux deux sexes.

(*Seymidt's Sahrbuecher.*)

Par ordonnance du roi, en date du 15 de ce mois, une école préparatoire de médecine et de pharmacie est crée à Orléans.

Le baume résolutif de Deibl, pharmacien, rue du Temple, 50, est généralement employé contre la goutte et les rhumatismes. — La poudre de Sauson aide beaucoup son action lorsque la maladie persiste depuis long-temps; on sait, en outre, qu'elle est en usage dans tous les cas où l'on veut éviter l'inflammation que les autres purgatifs produisent.

Les remerciemens que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la superiorité de son invention.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 10, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 23 JANVIER.

De l'emploi de l'arsenic à haute dose chez les moutons. De ses conséquences sous le rapport de l'hygiène, de la police médicale et de la médecine légale.

La communication que M. de Gasparin a faite à l'Académie des sciences sur la guérison de la pleurésie chez les moutons par l'arsenic à haute dose, soulève des questions dont la gravité nécessite une prompte discussion, et demande que l'administration soit mise en demeure de prendre un parti décisif. Nous aborderons aujourd'hui quelques-unes de ces questions, en insistant d'une manière particulière sur la question administrative qui domine toutes les autres, et qui d'ailleurs est la seule dont la solution soit possible dans l'état actuel de la science sous ce rapport. Nous examinerons successivement :

1° La question de thérapeutique vétérinaire ;
2° La question d'hygiène publique ;
3° La question de médecine légale ;
4° La question d'administration ou de police médicale.

1° *L'arsenic guérit-il la pleurésie chez les moutons, et peut-il être donné à haute dose* (une once) *chez ces animaux, sans danger pour eux?* Ces questions, quoique les premières posées, sont bien loin d'être résolues. Quand elles obtiendront une solution, ce ne sera pas à l'aide d'hypothèses, d'explications plus ou moins bizarres ; mais bien à l'aide de faits nombreux et circonstanciés. Sous ce rapport, ceux communiqués à l'Académie par M. de Gasparin, qui les tenait lui-même de M. Cambassède, ne sont pas décisifs, quoiqu'on pût les prendre pour tels au premier abord. Il faut bien savoir que les désenchantements ne sont pas beaucoup plus rares en thérapeutique vétérinaire qu'en thérapeutique humaine, et que les assertions émises par un premier observateur sont rarement en harmonie avec les résultats que donnent des faits ultérieurs mieux étudiés. Outre cette donnée générale qui a bien son importance, il y a d'autres raisons de croire que les faits annoncés par M. Cambassède n'offrent pas toutes les garanties d'exactitude nécessaires pour trancher définitivement une question ; ces raisons, nous les trouvons dans la différence des résultats entre les observations de cet agronome et les quelques expériences tentées par l'Académie. En effet, tandis que les moutons de M. Cambassède auraient supporté avec avantage 32 grammes de poison, deux moutons ont succombé sous les yeux de la commission immédiatement après une deuxième dose de 5 et 10 grammes. La marche des accidents a semblé prouver aux commissaires qu'une première dose aurait été suffisante.

Nous savons qu'il ne faut pas conclure rigoureusement de l'action d'un médicament sur l'animal sain, à son action sur l'animal malade; mais on ne devrait pas non plus exagérer en sens contraire, comme c'est la tendance de beaucoup de médecins, et croire que l'individu malade puisse supporter une dose de médicament de beaucoup supérieure à la dose toxique dans l'état sain. L'émétique, par exemple, toujours cité pour prouver la différence d'action d'une substance administrée dans l'état de santé et de maladie ; l'émétique serait loin d'être comparable à ce qui existerait pour l'arsenic si les faits de M. Cambassède étaient exacts. Aussi le doute sur l'exactitude de l'administration de la substance est-il venu à l'esprit des commissaires de l'Institut.

Quoi qu'il en soit, les expériences de l'Académie démontrent, au moins, le peu de fondement de cette opinion, dont la naissance précoce était due à l'esprit d'exagération, savoir que l'acide arsénieux ne serait point un poison pour les bêtes ovines. C'est déjà un résultat acquis. De tout cela, il résulte que l'absorption de l'arsenic chez les moutons donne lieu aux phénomènes de l'intoxication par cette substance, et qu'il n'est pas probable qu'on puisse la donner sans danger, même dans l'état de maladie, à la dose indiquée par M. Cambassède. Quant à son utilité thérapeutique, c'est un point qui demande de nouvelles observations.

2°, 3° et 4°. *Pourra-t-on livrer à la consommation les animaux guéris qui auront été traités par l'arsenic, et combien de temps après leur guérison cela sera-t-il possible? Dans le cas d'utilité du médicament et de l'absence de danger direct, y a-t-il des inconvénients à propager cette méthode de traitement, et le gouvernement doit-il le permettre?* Ces questions n'intéressent pas seulement la diététique générale, mais encore la médecine légale et l'administration. Leur solution dépend en partie d'observations qui n'ont pas encore été faites, mais qui le seront, il faut l'espérer, par les commissaires de l'Institut. En attendant qu'il nous soit permis de présenter quelques considérations sur chacune d'elles. Dans la question d'hygiène, il peut se présenter deux cas : ou bien les parties de l'animal conservent long-temps encore après la guérison la propriété de fournir de l'arsenic, ou bien, au contraire, cette propriété disparaît presque immédiatement après la cessation de l'arsenic. Dans le dernier cas, il n'y aurait aucun inconvénient à livrer ces animaux à la consommation ; dans le second il y en aurait beaucoup : d'abord parce que la quantité d'arsenic conservée par les tissus de l'animal pourrait être malfaisante pour l'homme, et ensuite parce que, lors même qu'il en serait autrement, cette alimentation pourrait laisser dans le corps humain de l'arsenic qui deviendrait sensible dans les manipulations chimiques que l'on exécute pour les recherches médico-légales. Or, s'il en était ainsi, voyez quelle défaveur, quelles causes d'erreurs jetées sur ces recherches déjà si compliquées et si délicates. On ne verrait plus alors de malheureux empoisonnés, qui ne pussent être accusés d'avoir mangé du mouton *arsénié*, et d'avoir ainsi imprégné leur corps de poison. Toute recherche médico-légale serait pour ainsi dire impossible, et l'on comprend tout le danger d'un pareil état de choses. Le danger même ne serait pas entièrement écarté, dans le cas où les animaux cesseraient de fournir de l'arsenic presque immédiatement, attendu qu'on pourrait encore supposer que l'empoisonné a mangé du mouton qui n'était pas encore guéri, et qui par conséquent contenait de l'arsenic. On pourrait bien mieux encore accuser cette alimentation d'avoir produit l'empoisonnement, et réellement il se pourrait que cela arrivât quelquefois ainsi par la cupidité des possesseurs de troupeaux ou des bouchers, cupidité qui, comme on le sait, porte plus d'une fois ces industriels à livrer à la consommation des bêtes mortes de maladie. Les premiers inconvénients ne sont que possibles, mais ce dernier est certain. Un autre, non moins certain et tout aussi grave, consisterait, si cette méthode de traitement était adoptée, dans l'énorme quantité d'acide arsénieux qui se trouverait répandue dans le public. Cette considération nous paraît tellement dominer toutes les autres, que le médicament, fût-il excellent, les dangers que nous avons signalés précédemment n'existassent-ils pas, elle devrait suffire pour faire rejeter ce moyen thérapeutique, et pour engager l'administration à en empêcher par tous les moyens possibles l'application.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pneumonie grave des deux côtés, compliquée d'entérite. Guérison. Considérations sur quelques points du diagnostic de la pneumonie.

Au n° 10 de la salle St-Bernard, se trouve une femme atteinte d'une maladie qui nous a paru, dès le début, être fort grave. Cette femme est âgée de soixante ans ; sa physionomie présente tout d'abord un grand accablement; ses joues sont émaciées; elle est constamment couchée sur le dos. La respiration est fréquente et précipitée ; la peau est chaude, le pouls fébrile ; il y a une toux fréquente, douloureuse, avec crachats visqueux, jaunâtres, un peu transparents, adhérents au vase. Cet ensemble de phénomènes nous fit de suite soupçonner l'existence d'une inflammation aiguë des organes thoraciques. Interrogée succinctement (car l'état de prostration considérable dans lequel était plongée cette malade ne permettait pas d'entrer dans de longs détails), elle nous a répondu qu'à l'âge de vingt ans elle eut une fluxion de poitrine pour laquelle elle fut saignée plusieurs fois. Il y a de cela quarante ans, et depuis cette époque elle s'était toujours bien portée. Il y a maintenant cinq ou six jours, elle commença à tousser ; le matin, de bonne heure, elle éprouva un frisson violent qui persista plus ou moins pendant trois jours. Le tremblement fébrile était suivi de sueurs abondantes aussitôt qu'elle se couchait, et ces sueurs étaient bientôt remplacées par un nouveau tremblement dès qu'elle s'exposait à l'air.

Nous avons demandé à cette malade si elle s'était refroidie avant sa maladie : elle nous a répondu négativement ; elle nous a dit qu'elle n'avait point eu froid ni la veille de l'invasion du frisson, ni les jours précédents ; elle a ajouté à ces renseignements qu'elle a toujours mené une vie très régulière, et qu'elle n'est point habituellement soumise aux vicissitudes atmosphériques. Nous verrons tout à l'heure quelle est la valeur de ces renseignements.

Le frisson a continué chez cette malade, avec sensation générale de froid pendant trois jours environ ; puis les phénomènes locaux se sont développés l'un après l'autre. Le troisième jour, elle a ressenti d'abord une douleur vive sous la mamelle droite, et il est survenu une diarrhée intense ; elle allait à la selle cinq ou six fois par jour, et rendait des matières très fétides.

FEUILLETON.

RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES PAR L'EAU FROIDE,

Adressé à MM. les Membres du Conseil général des Hôpitaux, par le docteur GIBERT, *médecin de l'hôpital St-Louis* (décembre 1842.)

Dès l'an 1837 (j'étais alors nommé depuis 1835, médecin de l'hôpital de Lourcine), frappé des nombreux abus qui s'étaient introduits dans le traitement des maladies des femmes, j'avais dirigé toute mon attention sur l'application des astringents sédatifs et notamment de l'eau froide et du régime froid, aux accidents nerveux qui sont souvent liés à certains catarrhes et à certaines congestions du col de la matrice.

Je publiai un mémoire spécial sur ces lésions, fondé en grande partie sur les observations que j'avais recueillies à l'hôpital de Lourcine, et j'obtins de l'administration qu'un appareil à douches ascendantes d'eau froide fût placé dans cet hôpital.

En 1840, ayant à rendre compte dans la *Revue médicale*, d'un livre publié par le docteur Bigel sur le traitement des maladies par l'eau froide, je portai sur cet ouvrage le jugement qui suit :

« ... Voici un petit livre dans lequel on ne trouve ni observations détaillées et accompagnées de tout l'étalage de diagnostic topographique en vigueur, ni nécroscopies, ni relevés arithmétiques, ni rien, en un mot, de ce qui constitue le corps et la substance de la plupart des ouvrages modernes. Mais aussi, voici un petit livre qui contient plus de bonne et vraie médecine qu'il n'est possible d'en recueillir dans la plupart des volumineux ouvrages publiés à Paris depuis vingt ans...

» A Graeffemberg, sur le sommet d'une haute montagne, guidé par les seules lumières de l'expérience et du bon sens, un paysan de la Silésie autrichienne, Priessnitz, opère des guérisons qui ont mis en éveil l'attention de toute l'Europe.

» L'eau froide en boisson, en bains généraux ou partiels, en lotions, en applications tantôt stimulantes et tantôt sédatives, en douches... tel est le seul médicament dont l'usage soit permis à Priessnitz ; tel est aussi le seul médicament avec lequel il parvient à guérir une foule de maux qui ont résisté aux traitements ordinaires....(1)

» Je laisse après moi, a dit en mourant un médecin célèbre, deux grands médecins : la diète et l'eau... Priessnitz a recueilli cet héritage. »

En cette même année 1840, nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis, je repris la suite de l'enseignement spécial qu'avait fondé avec tant de succès dans cet hôpital, le professeur Alibert ; et j'eus occasion, entr'autres médications déjà sanctionnées par l'expérience, d'appliquer publiquement aux maladies de la peau le traitement par l'eau froide.

Voici en quels termes, dans la dernière leçon de mon cours de l'été 1841, je rendis compte aux élèves et aux médecins nationaux et étrangers que l'administration éclairée de nos hôpitaux accueille avec tant de bienveillance, des premiers essais d'introduction de cette méthode dans l'hôpital Saint-Louis :

« Cette méthode repose, comme on sait, sur deux points culminants ; savoir :

1° L'usage de l'eau froide en boisson, en douches et en bains généraux ou partiels, en applications locales, en lavements, injections, etc.

2° La transpiration naturelle obtenue et provoquée au moyen de l'emmaillottement du corps dans une couverture de laine. Tantôt cette couverture est appliquée à nu sur la peau ; tantôt le corps est préliminairement enveloppé d'un drap mouillé d'eau froide.

Pendant tout le temps que dure l'emmaillottement, on donne à boire au patient (au moyen d'un biberon) de l'eau froide, à doses répétées, pour calmer la soif, tempérer la chaleur, favoriser la transpiration, et remplacer le liquide qui s'exhale du corps.

Chez les malades (atteints d'affections cutanées sèches, pour la plupart, telles que *psoriasis* et *icthyose*) soumis aux expériences, la transpiration a été assez lente à s'établir dans les premiers temps, puisqu'il n'a pas fallu moins de 2, 3, 4 et 5 heures pour arriver à ce résultat.

Après les avoir laissés en transpiration pendant un temps variable, de demi-heure à une heure et plus, suivant les cas, on les portait au bain. Là, on les démaillottait, on leur faisait des frictions et des lotions froides sur le corps; on les exposait à la douche froide qui tombait en pluie d'un lieu élevé; on les immergeait dans un bain froid.... Toutes ces pratiques ne se prolongeaient point au-delà de deux à cinq minutes ; après quoi le malade s'essuyait, se r'habillait, et prenait un peu d'exercice.

Plusieurs sujets adultes atteints de *lepra inveterata*, et deux petites filles affectées d'icthyose congéniale, ont été soumises à ce genre de traitement. Tous en ont éprouvé une amélioration notable; quelques-uns ont paru complètement guéris. Ce résultat est d'autant plus remarquable, qu'il s'agit d'affections ordinairement rebelles à tous nos moyens de traitement.

Si la méthode hydro-thérapique ne paraît pas devoir être applicable à tous les cas ni à tous les sujets, si même elle peut offrir de graves inconvénients quand elle n'est pas dirigée avec toute la prudence convenable ; si enfin, et pardessus tout, nos essais sont encore trop peu nombreux et trop incomplets pour qu'on puisse en tirer des conséquences bien rigoureuses.... il est permis, du moins, d'affirmer dès à présent que nulle autre médication ne paraît plus propre à rendre aux téguments cet état de poli, de souplesse et de perméabilité qui leur est na-

(1) Je crois devoir à cette occasion reproduire un vœu que j'exprimai, il y a près de dix ans, à la commission médicale des hôpitaux, mais qui ne fut point accueilli. J'aurais voulu qu'on supprimât *le vin* du régime habituel des malades, et qu'on appliquât l'économie, résultat de cette suppression, à l'amélioration des autres parties du régime, et notamment aux fournitures du lait et du sucre. Ce n'est point ici le lieu de développer une idée que je crois fondée sur les raisons les plus solides : je me borne à ajouter que cette réforme serait un excellent moyen de bannir des hôpitaux cette foule de *faux malades* que l'indigence seule ou la paresse poussent à y réclamer un asile, et sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention sévère des médecins du Bureau central d'admission. Qu'on veuille bien me pardonner d'avoir saisi cette occasion de mettre sous les yeux du Conseil une opinion dont je ne crois pas que la valeur ait été suffisamment appréciée.

En même temps qu'il s'est déclaré une toux pénible et fatigante, les crachats sont devenus visqueux, collant au vase; la chaleur était vive et incommode, la diarrhée continuelle. Enfin, le 27 novembre, elle est entrée à l'hôpital où on a dû la transporter, car elle ne pouvait se soutenir sur ses jambes. Le soir même de son entrée, on lui a pratiqué une saignée.

Voici l'état qu'elle a présenté le lendemain à la visite : abattement, faiblesse générale, anxiété; facies injecté; peau chaude et sèche; pouls fréquent (110); respiration anxieuse, précipitée (40 inspirations par minute); toux fréquente; expectoration de crachats visqueux, caractéristiques; point de côté à droite, au-dessous de la mamelle; bouche sèche, ainsi que la gorge; ventre légèrement météorisé (la diarrhée a presque complétement cessé depuis la veille); insomnie depuis cinq jours; inappétence. A l'auscultation, on trouve en arrière, au sommet et des deux côtés, un souffle bronchique sec très prononcé dans une étendue large comme la paume de la main. Lorsqu'on fait tousser la malade, on entend quelques craquements humides, mais point de véritable crépitation. Il y a quelques bulles rares sous l'aisselle, et çà et là un peu de mucus dans les bronches à la partie postérieure et inférieure de la poitrine. En auscultant au niveau de la mamelle droite, siége de la douleur, on entend le bruit respiratoire pur. Ainsi, point de doute que nous n'ayons affaire à une pneumonie très grave, à raison surtout des phénomènes qui l'accompagnent.

Quel est le traitement que nous avons à suivre? Les émissions sanguines nous sembleraient hasardées, vu la grande faiblesse dans laquelle est plongée la malade. Ce serait plutôt le cas d'employer le tartre stibié. Mais il y a des symptômes d'irritation intestinale très prononcée, et cette médication pourrait l'augmenter encore. Nous croyons donc aussi devoir nous en abstenir pour le moment, sauf à y revenir un peu plus tard lorsque l'état du tube digestif sera amélioré. Ainsi, pour l'instant, nous nous abstiendrons de toute médication active. Notre intention est de recourir aux vésicatoires, notre expérience nous ayant démontré qu'ils sont d'une grande utilité dans ces circonstances. On ordonne en conséquence l'application de larges vésicatoires sous l'aisselle, préférant cette région à celle du dos, où ils seraient peut-être mieux indiqués à cause de la gêne et de la douleur qu'ils provoquent, surtout chez des malades déjà souffrants et affaiblis par une longue maladie. Ces exutoires d'ailleurs peuvent faire aussi une diversion favorable pour la phlegmasie intestinale. A ces moyens extérieurs on ajoute les boissons adoucissantes, les lavements, etc. Tel est le traitement qui a été mis en usage dès le premier jour, et continué les jours suivants :

Le 1er décembre. Depuis deux jours, la malade semble aller un peu mieux. D'abord la diarrhée a cessé complétement; le ventre est très-peu sensible à la pression; on y trouve seulement un peu de météorisme. La cessation des symptômes abdominaux est d'un très bon augure, car ces irritations intestinales constituent une complication toujours dangereuse pour lamaladie principale.

L'auscultation fait entendre actuellement une crépitation fine, un véritable râle crépitant de retour, qui indique un commencement de résolution de la phlegmasie; la langue est moins collante que la veille; les crachats sont toujours visqueux, mais ils ne sont colorés ni en rouge, ni en jaune; le pouls est descendu à 80 ou 84; la chaleur est moins brûlante, la peau plus naturelle, et la malade éprouve moins d'anxiété.

En somme, l'état de la malade paraît meilleur sous plusieurs rapports. Cette nuit, cependant, elle a eu un peu de délire, ce qui est un signe très grave. Elle a eu aussi quelques urines involontaires; circonstance à laquelle nous n'attachons pas une grande importance, bien que ce soit ordinairement un symptôme fâcheux; car la malade nous fait observer que les urines ne lui échappent que pendant les accès de toux. Mais le délire, s'il se reproduisait avec une certaine persistance, nous donnerait beaucoup à craindre. Aussi ne sommes-nous pas encore sans inquiétude sur l'issue de la maladie. L'état d'irritation dont les intestins ont été le siége, et dont il persiste encore quelques traces, nous empêche d'administrer des purgatifs. Si le mieux de ce côté continue, nous emploierons une petite dose d'huile de ricin, qui est de tous les purgatifs le plus doux. On continue les boissons adoucissantes, et les vésicatoires sont entretenus.

Le 3 décembre, il y a eu peu de changement depuis l'avant-veille. L'huile de ricin que nous avons administrée n'a pas eu d'effet. Le ventre est toujours un peu sensible et ballonné. L'auscultation fait entendre toujours une crépitation très éclatante à la partie postérieure du poumon, signe bien caractéristique de l'altération pulmonaire. Le pouls est encore à 88 et faible; il y a un état d'accablement considérable. C'est là un symptôme qui nous inquiète beaucoup.

Ce matin nous ferons administrer une dose de kermès minéral, et pour boisson une infusion de lierre terrestre. Nous avons aussi ordonné un bouillon et un peu de vin. Nous employons ces moyens dans le but de relever un peu les forces, qui sont considérablement abattues dans ce moment. Cet état de prostration réclame tous nos soins. Il faut bien distinguer d'avec cet état la faiblesse qui n'est qu'apparente, et qu'à cause de cela l'on appelle *oppression* des forces, et qu'on fait disparaître par les antiphlogistiques plus ou moins énergiques. Cette sorte de faiblesse arrive ordinairement au début des grandes inflammations: elle tient effectivement à l'accablement des forces vitales sous le poids du travail inflammatoire. Mais la faiblesse qui se montre lorsque la maladie a déjà à peu près parcouru son cours, lorsque les symptômes de l'inflammation sont diminués, lorsque le pouls est tombé et se fait remarquer par sa petitesse, cette faiblesse, dis-je, ne peut-être confondue avec l'*expressio virium* des anciens; c'est une faiblesse réelle, et qui exige des moyens de traitement tout à fait différents. Dans ce dernier cas il y a cette indication que les anciens ont appelée *vitale*, c'est-à-dire l'indication d'arrêter la vie qui menace de s'en aller. Or, c'est par l'administration des toniques employés avec prudence qu'on peut arriver à ce résultat.

Le 6 décembre, il y a un peu de mieux; les forces se relèvent; le pouls est toujours à peu près le même que ces jours derniers. L'auscultation fait reconnaître une respiration plus normale là où nous trouvions de la respiration bronchique; le râle crépitant de retour se fait entendre distinctement. Nous avons tout lieu d'espérer une résolution prochaine de la maladie qui nous avait jusqu'ici donné de si vives inquiétudes.

Du 6 au 12, la malade a été de mieux en mieux. On peut, dès ce jour, la considérer comme entrée en convalescence.

Le 18, la guérison était complétement confirmée.

— L'histoire de cette malade a fourni à M. Chomel l'occasion de développer quelques points du diagnostic des pneumonies, qu'il ne sera pas sans intérêt de reproduire ici.

Nous avons beaucoup insisté, dit-il, dans l'interrogatoire de cette malade pour savoir si elle avait éprouvé un refroidissement avant le début de sa pneumonie, et sa réponse a toujours été négative. Cette circonstance nous a paru importante, et c'est à dessein que nous nous y sommes arrêté, parce que quelques médecins ont voulu soutenir que la pneumonie, comme le rhumatisme articulaire, reconnaît toujours pour cause un refroidissement. Or, nous avons enregistré une multitude de faits, et nombre d'autres praticiens en ont observés aussi, qui démontrent que cette opinion n'est pas fondée. Sans doute, il arrive souvent qu'un grand nombre de ces malades se sont refroidis quelque temps avant l'invasion de leur maladie; mais ce n'est toujours pas là la cause unique, ni même la cause principale. Il faut nécessairement admettre, chez ces individus, l'existence d'une prédisposition que le refroidissement a pu développer. Le froid, dans cette circonstance, n'a été que l'occasion de l'explosion d'un état morbide préexistant; de même, par exemple, qu'une simple indigestion peut être la cause déterminante d'une gastrite chez un sujet dont l'estomac est déjà fort disposé à cette inflammation. De sorte que la circonstance du refroidissement n'a pas, en réalité, toute l'importance que quelques médecins ont voulu lui accorder.

Il n'en est pas de même du frisson au début de la maladie. Ce frisson est un phénomène initial presque constant de l'inflammation pulmonaire; c'est dans cette affection qu'on l'observe le plus souvent. Par conséquent, toutes les fois que le médecin se trouve en présence de ce symptôme, il doit tout d'abord porter son attention du côté de l'appareil respiratoire où il trouvera presque toujours le travail morbide en voie de développement, à moins que d'autres symptômes bien prononcés ne le forcent à s'arrêter sur un autre organe. Il ne faut donc jamais perdre de vue le frisson du début comme phénomène initial d'une affection aiguë du poumon. Je ne nie pas que ce frisson ne puisse se présenter aussi dans le début d'autres affections, d'une entérite ou d'une péritonite, par exemple; mais ce sont là des exceptions. Or, il ne faut jamais baser un diagnostic sur des cas exceptionnels. Ainsi, toutes les fois qu'appelé auprès d'un malade, je le trouve avec un frisson bien prononcé, lors même qu'il se présenterait en même temps d'autres phénomènes qui pussent lo rattacher à toute autre maladie, je ne manque jamais de tourner mes regards du côté des poumons, car je sais que le plus souvent ce sera là le siége de la maladie. Je ne saurais dire combien de fois ce signe seul m'a servi de guide dans cette maladie; tandis que d'autres médecins appelés comme moi auprès des mêmes malades, et ne tenant pas assez de compte de ce signe, soupçonnaient un tout autre siége à la maladie.

Il est un autre caractère qui mérite également d'être pris en grande considération, c'est la douleur de côté.

Dans la pleuro-pneumonie, la douleur se présente ordinairement dans la région de la mamelle, quoique le point du poumon enflammé ne corresponde point à cette région, ou qu'il s'étende bien au-delà. Les médecins ont cherché à expliquer la cause de cette douleur et cette espèce de contradiction dans les rapports qu'elle a avec le siége de la maladie. Ils ont dit que la plèvre viscérale exerçant un frottement plus considérable au niveau de la mamelle que dans tous les autres points des parois thoraciques, la douleur devait se manifester surtout lorsque la plèvre est enflammée ou près de l'être. Mais s'il en était ainsi la douleur ne serait pas bornée à un point circonscrit, elle embrasserait toute la surface qui est le siége de ce frottement des plèvres contre les côtes; elle devrait aussi changer souvent de place, ce que l'on ne voit point arriver. L'explication de ce phénomène est donc, à vrai dire, encore ignorée. Nous ne nous perdrons pas en vaines hypothèses pour l'expliquer. Il faut se borner à tenir compte du fait qui est d'une grande importance pour le diagnostic.

Hypertrophie des cavités droites du cœur, et persistance du trou de botal avec bronchite capillaire, et hypertrophie du foie chez une jeune fille rachitique. Mort.

Au n° 6 de la salle Saint-Bernard était une jeune fille dont la maladie a présenté un très grand intérêt. Elle était âgée de seize ans, mais si petite, si peu développée, qu'on ne lui en eût donnée tout au plus que douze; elle était rachitique, et d'une constitution extrêmement chétive; elle était affectée d'une déviation très prononcée de la colonne avec une gibbosité énorme. En l'abordant, on était frappé par l'aspect que présentait sa physionomie; sa figure était bouffie, infiltrée, ses lèvres violettes, presque noires; ce qui constitue un signe à peu près infaillible d'une affection organique du cœur déjà avancée. Elle était dans un état d'anxiété considérable; la respiration était très gênée et très difficile, au point qu'elle était à chaque instant menacée de suffocation. Enfin les membres inférieurs et les parois abdominales étaient infiltrés.

A la vue de ces symptômes, la pensée qui se présenta la première, ce fut celle de l'existence d'une affection grave du centre circulatoire. Cependant comme à ces symptômes se joignaient une toux fréquente, une expectoration de crachats opaques, on pouvait présumer que cette affection n'était point unique. En effet, en auscultant, on reconnaissait du râle dans toute la poitrine, un râle fin et sec à gauche, à droite un râle plus gros et humide; la respiration était en outre très obscure partout. Il y avait par conséquent une bronchite générale, et surtout une bronchite capillaire à gauche.

Le foie était très volumineux; il occupait toute la région épigastrique, et son bord antérieur descendait jusqu'à l'ombilic; de sorte que toute la région sus-ombilicale de l'abdomen était mate, tandis que la partie sous-ombilicale était sonore.

L'examen du cœur fit reconnaître un bruit de souffle médiocrement prononcé au premier temps. Ce bruit de souffle était en partie masqué par les râles que l'on entendait dans toute la poitrine; les bruits du cœur étaient en outre très difficile à percevoir, parce que la dyspnée était telle qu'il était impossible à la malade de retenir volontairement sa respiration pendant quelques instants. Cette circonstance empêcha qu'on pût établir un diagnostic précis de l'état du cœur. Malgré cela, les symptômes généraux étaient tellement prononcés, qu'ils ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. L'intermittence extraordinaire du foie tenait probablement à cette même affection. Cette pyspnée, cette coloration bleuâtre des lèvres et des poumons, étaient autant de signes à peu près certains de cette affection du cœur.

En résumé, nous avions donc ici tous les signes d'une bronchite capillaire, principalement à gauche, et suivant toutes les apparences une affection du cœur (probablement une insuffisance des valvules); enfin, consécutivement à cette dernière affection, un gonflement ou une hypertrophie considérable du foie. Il faudrait tenir compte toutefois de la conformation vicieuse de la poitrine par suite des déformations rachitiques qu'elle a subies, conformation qui pourrait n'avoir pas été étrangère à la production de quelques-uns de ces symptômes, à en juger d'ailleurs par la gêne habituelle de la respiration, à laquelle cette jeune fille nous dit avoir été sujette depuis sa première enfance. Bien qu'on pût légitimement mettre sur le compte de cette circonstance une certaine partie des phénomènes morbides présentés par la malade, toujours était-il qu'une affection organique du cœur, indépendante de cette confirmation vicieuse du thorax, ne pouvait un instant nous paraître douteuse.

Une affection aussi complexe et aussi grave ne pouvait que faire prévoir une issue très prochainement funeste, et ne permettait pas de fonder le moindre espoir sur les ressources de

turel, et dont on obtient si difficilement le rétablissement par nos procédés ordinaires chez les sujets atteints de maladies de la peau.

Tel est le langage que je tenais publiquement à la fin de la saison de 1841. Depuis lors, plusieurs obstacles sont venus interrompre le cours de nos expériences publiques, quoique nous ayons pu les continuer en ville (avec de nombreuses modifications, il est vrai).

Parmi ces obstacles, le plus puissant a été le défaut de coopération du docteur Wertheim, qui après avoir étudié la méthode à Graeffemberg, était venu nous proposer de l'appliquer à l'hôpital Saint-Louis, et avait dirigé cette application dans nos salles, pendant plusieurs mois, avec un zèle que l'amour profond de l'humanité peut seul inspirer. Découragé par des difficultés de service que nous n'avions pu surmonter, le docteur Wertheim s'était joint à moi pour demander certaines améliorations, dont la note fut remise dans le temps à monsieur l'administrateur. En attendant que ces améliorations pussent être obtenues, nous avons cru devoir suspendre nos expériences. Hâtons-nous d'ajouter que, dès le début, l'administration avait bien voulu accueillir et encourager dans les limites de son pouvoir, nos essais thérapeutiques.

Je ne saurais donc aujourd'hui encore me prononcer d'une manière absolue sur la valeur de la méthode de Priessnitz.

Quant à la statistique qui m'est demandée par le conseil, je ne puis lui fournir de renseignements précis que sur sept malades, dont deux (*prurigo* et *psoriasis*) ont complétement guéri (le traitement commencé dans nos salles ayant été continué pour l'un des deux dans les salles de notre collègue, M. le docteur Devergie; deux autres (*icthyose*), encore aujourd'hui dans notre division, ont paru guéris; mais il y a eu récidive au bout de quelques mois; deux autres (*psoriasis*) ont éprouvé la plus notable amélioration, sans arriver à une guérison entière; le septième, enfin, a dû renoncer au traitement qui paraissait avoir une influence fâcheuse sur l'état de la poitrine.

Sauf ce dernier cas, on a pu constater chez tous les malades soumis au traitement sous nos yeux (et ils sont au moins au nombre de douze), outre les effets produits sur la peau, une amélioration des plus marquées dans la santé générale.

Nous nous croyons donc en droit de conclure, en terminant ce rapport :

1° Que le traitement des maladies chroniques par l'eau froide et le régime froid (en suivant plus ou moins fidèlement les pratiques mises en usage à Graeffemberg), nous a donné des résultats avantageux;

2° Que lorsqu'il est dirigé avec les soins convenables et entouré de toutes les conditions favorables, il peut, sans jamais présenter de dangers pour le malade, produire des effets thérapeutiques qu'on n'avait pas pu obtenir des méthodes ordinaires;

3° Enfin que dans les maladies de la peau, en particulier, il peut seul procurer la guérison, ou du moins concourir à la rendre plus solide, lorsqu'il est ajouté comme complément aux autres méthodes curatives (1).

Paris, 5 décembre 1842. GIBERT.

Cours de Nosologie clinique;

Par F.-P. Emangard, D.-M. de la Faculté de Paris, professeur de pathologie interne et clinique médicale à l'Ecole de médecine du Caire. Ouvrage traduit en langue arabe, et imprimé par ordre de S. A. Méhémet-Ali, vice-roi d'Egypte. In-8°. Prix, 7 fr.
Paris, J.-B. Baillière. Londres, H. Baillière.

(1) A la suite de ce rapport, le conseil-général des hôpitaux a décidé que l'autorisation serait donnée pour la continuation des expériences hydro-thérapiques, et que des encouragements et des remerciements seraient adressés à M. Gibert, et, par ce médecin (au nom du conseil), à M. le docteur Wertheim.

l'art, complétement impuissant d'ailleurs contre une semblable affection.

Ce pronostic fâcheux ne tarda pas à se vérifier. La petite malade succomba peu de jours après son entrée à l'hôpital.

Voici ce que l'on a trouvé à l'autopsie :

Le cœur avait le volume de celui d'un adulte. Les cavités droites étaient hypertrophiées ; elles présentaient une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Il n'y avait point d'insuffisance des valvules, mais persistance du trou de Botal. Cette circonstance, très rare et très importante, expliquait naturellement la plupart des phénomènes observés pendant la vie, la gêne extrême de la respiration, l'anxiété, la coloration violette des lèvres, des narines et des joues, la bouffissure du visage, l'œdème des membres, etc. ; elle rendait compte surtout de la dyspnée à laquelle cette jeune fille se rappelait avoir été toujours sujette.

Le foie était beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, et offrait à sa surface une coloration brunâtre et comme ecchymosée ; il était sensiblement hypertrophié et congestionné.

Les poumons étaient engoués ; le poumon gauche surtout était infiltré de sérosité sanguinolente qui le rendait dur et friable.

On a trouvé aussi une certaine quantité de sérosité dans l'abdomen.

HOTEL-DIEU.— M. Roux (M. Denonvilliers, suppl.).

Abcès profond de la région iliaque, déterminé par la rupture des muscles psoas et iliaque. Considérations sur les abcès de cette région.

Au n° 77 de la salle des hommes, est couché un malade qui porte un abcès à la région inguinale droite ; cet abcès a été ouvert dernièrement par une large incision de 4 à 5 centimètres, faite à la partie supérieure de la cuisse. Ce cas est assez intéressant pour que nous croyions devoir en rapporter succinctement l'histoire ; ce qui nous fournira d'ailleurs texte à quelques réflexions pratiques.

Ce sujet paraît bien constitué, avoir toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais eu de claudication (on verra tout à l'heure l'importance de ces renseignements) ; il n'est point sujet au rhumatisme articulaire ; il n'a jamais éprouvé de trouble profond dans les fonctions digestives ; il n'a jamais eu de douleurs dans l'épine dorsale ni dans les hanches. Bref, sa santé était excellente, lorsque, il y a trois mois et demi environ, s'étant baissé pour soulever un fardeau, il sentit tout à coup une douleur très vive avec une sensation de craquement dans l'aine droite, au-dessus du pli cutané de cette région. Cette sensation ne fut qu'instantanée ; mais il resta, après sa disparition, une certaine douleur sourde et profonde qui se propageait en bas jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, et en haut tout le long de la fosse iliaque jusqu'à la partie latérale droite du dos. Cette douleur était accompagnée d'une difficulté pour l'exécution des mouvements du membre droit, surtout pour la flexion de la cuisse sur le bassin, qui réveillait et exaspérait les douleurs. Depuis cet accident, la santé de cet homme s'altéra un peu ; il éprouva des symptômes fébriles le soir ; ses digestions se faisaient moins bien ; l'appétit diminuait. Ce malaise allant croissant, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. Roux.

Lorsque j'examinai le malade pour la première fois, je trouvai une tuméfaction qui paraissait avoir le volume du poing, autant que sa profondeur permettait d'en juger. La tumeur était médiocrement sensible à la pression, sans changement de couleur à la peau, et sans élévation de la température. Le pli de l'aine formait une ligne droite, au lieu d'une ligne courbe qu'elle décrit ordinairement ; ce qui indiquait qu'il était soulevé par un corps placé au-dessous de lui. Le malade n'y ressentait pas précisément de la douleur, mais simplement un sentiment de gêne.

Les jours suivants, nous examinâmes à plusieurs reprises la tumeur qui nous parut faire quelques progrès, sans toutefois qu'il se présentât aucune indication importante. Enfin, vers le 25 décembre, le malade nous dit avoir éprouvé des frissons qui lui parcouraient le dos. C'est là un caractère presque toujours certain de la formation du pus. En examinant de nouveau la tumeur, je la trouvai plus étendue en bas, vers la cuisse ; elle était un peu ramollie, et il me sembla y reconnaître de la fluctuation. Je répétai cet examen pendant plusieurs jours, et je reconnus à chaque fois une augmentation de volume et d'étendue de la tumeur qui s'allongeait et prenait une forme ovalaire dans le sens vertical ; la fluctuation devenait en même temps de plus en plus évidente.

Qu'existait-il chez ce malade ? Il y avait évidemment là un abcès, et par conséquent nous devions écarter de suite l'idée de toute autre maladie. Mais cet abcès, de quelle nature était-il ? quelle était son origine ? aux dépens de quelles parties s'était-il développé ? Ce sont là autant de questions importantes sous le point de vue pratique, qu'il est de toute nécessité de chercher à résoudre. Il faut, pour cela, d'abord se rappeler la disposition anatomique de cette région.

Il y a dans cette région deux espèces de gaînes : l'une, postérieure et profonde, contenant les muscles psoas et iliaque, les nerfs de cette région, les vaisseaux et une certaine quantité de tissu cellulaire, communiquant largement avec la colonne vertébrale en haut et par conséquent avec les parties les plus profondes de la cavité abdominale, en bas avec la partie supérieure de la cuisse par les aponévroses. La seconde gaîne, antérieure, plus superficielle, sous-péritonéale, ayant des communications indirectes seulement et par de petites ouvertures avec les parties environnantes, c'est-à-dire en bas avec la cuisse par le canal inguinal et le canal crural, en haut avec le tissu cellulaire sous-cutané, avec le cordon testiculaire en dedans chez l'homme, les ligaments larges chez la femme.

Il peut se développer dans chacune de ces gaînes des abcès de diverse nature, chauds ou froids, soit idiopathiques, soit symptomatiques, qu'il importe, mais qu'il est souvent difficile de distinguer les uns d'avec les autres. Cependant la connaissance de la disposition anatomique que nous venons de signaler, peut contribuer, avec la considération des symptômes généraux ou locaux, de la marche, des causes antécédentes, etc., à en élucider le diagnostic.

Ainsi, les abcès idiopathiques ou chauds siégent le plus souvent dans la gaîne antérieure, tandis que les symptômatiques affectent de préférence la région profonde et occupent la gaîne postérieure. Parmi ces derniers, ceux qui proviennent d'une coxalgie fusent ordinairement en haut dans le bassin, et en bas jusqu'à la partie antérieure de la cuisse, le long des insertions des muscles psoas et iliaque. Ceux qui résultent d'une maladie dont le siége est plus éloigné, les abcès proprement dits par congestion, et provenant d'une carie vertébrale, se trouvent le plus souvent dans la gaîne postérieure.

Les abcès idiopathiques peuvent bien aussi quelquefois se développer dans la gaîne profonde, dans le tissu cellulaire qui environne les muscles psoas et iliaque ; les abcès de même nature paraissent aussi quelquefois autour du cœcum, cette portion de l'intestin étant sujette à une foule de causes d'irritation, et celle-ci se communiquant facilement au tissu cellulaire ambiant. De là ces abcès profonds qui se révèlent extérieurement par des symptômes d'inflammation à la peau, et qui tendent à se faire jour d'eux-mêmes à travers les téguments, si on ne les ouvre de bonne heure. Mais ces abcès idiopathiques profonds se distinguent, en général, assez aisément dans les abcès symptômatiques, bien qu'occupant le même siége, par leurs symptômes et leur marche.

Cette courte digression nous mettra à même de diagnostiquer avec plus de fondement la maladie qui nous occupe en ce moment. La marche de la maladie, ses symptômes, étaient ceux d'un phlegmon : on ne pouvait s'y tromper. Mais il pouvait être intéressant de savoir ce qui avait pu donner naissance à ce phlegmon, quelle en était, en un mot, l'origine et la nature. La tumeur était dans la gaîne profonde postérieure des muscles psoas et iliaque ; la paroi abdominale était dans le relâchement, sans rougeur ni aucun changement à la peau. La tumeur s'étendait jusqu'à la cuisse, avec laquelle la gaîne profonde a justement des communications larges et étendues ; l'arcade, ou ligament de Fallope, était soulevé ; enfin la cuisse était maintenue continuellement fléchie sur le bassin. Or, ce sont là tout autant de phénomènes qui existent constamment dans les cas d'abcès d'iliaques profonds. Mais cet abcès était-il symptômatique ou par congestion ? Rien ne devait nous le faire penser ; car les abcès de cette nature ont une marche toute différente de celle que nous avons observée ici. Le malade n'a d'ailleurs jamais eu, ainsi que nous l'avons dit, en y insistant à dessein, de douleurs, ni dans la colonne vertébrale, ni dans les articulations, ni dans les os du bassin ; par conséquent il n'y a eu là aucune des circonstances qui peuvent donner lieu à un abcès symptômatique. Est-ce un abcès symptômatique local ? Pas davantage, et par les mêmes raisons. Serait-ce par hasard une sacro-coxalgie ? Non plus, car nous n'avons eu aucun des symptômes de cette affection. Nous avons donc lieu de croire qu'il s'agit d'un abcès idiopathique. Quelle en a été la cause ? La réponse n'est pas ordinairement facile. Bien souvent on ne sait pas comment ces abcès se sont développés. Ici cependant la cause me paraît aisée à reconnaître. Le malade se baisse pour soulever un fardeau ; en faisant cet effort il éprouva une espèce de craquement dans l'aine et le long du côté droit des lombes, accompagné d'une douleur vive dans cette région ; de sorte qu'il paraît infiniment probable qu'il s'est fait là une rupture des fibres musculaires du psoas. En effet, cette rupture ayant eu lieu, une douleur s'est manifestée au point d'insertion et sur le trajet de ce muscle ; puis une inflammation lente s'est développée, puis il s'est fait un épanchement de lymphe plastique pour la réunion des parties musculaires déchirées ; mais cet épanchement ayant eu lieu probablement en trop grande abondance, il s'en est suivi une suppuration du tissu cellulaire inter-musculaire.

Quoi qu'il en soit, le malade se trouve soulagé par la flexion de la cuisse, cette flexion laissant les muscles affectés dans le relâchement et le repos. C'est là un caractère qui vient encore confirmer ce diagnostic.

Le pronostic de ces abcès est variable selon leur cause et leur nature. — Ayant affaire dans ce cas à un abcès idiopathique, le pronostic n'en est point fâcheux. Cependant il est une circonstance qui pourrait impliquer une certaine gravité, c'est la rupture musculaire et la profondeur des parties au milieu desquelles l'abcès s'est développé. Cette gravité consiste non-seulement en ce que la vie du malade pourrait être compromise par l'abondance de la suppuration, qui, se formant dans une région profonde d'où il n'est pas facile de faire sortir le pus, peut, par suite de cette stagnation, donner lieu à des phénomènes graves et même mortels, phénomènes que quelques personnes ont voulu à tort, selon nous, attribuer à la résorption purulente, et que nous attribuons plutôt à l'altération du pus dans le foyer, à l'absorption des gaz qui se développent dans le foyer purulent, et qui peuvent donner lieu à une véritable fièvre hectique. Cette gravité tient aussi au danger qu'il y a à ce que le membre reste fléchi, même après la guérison de l'abcès, à cause des adhérences que le muscle déchiré peut contracter.

Qu'y avait-il à faire ? Il fallait ouvrir largement, et l'ouverture devait être faite à la partie inférieure de l'abcès ; c'est-à-dire à la cuisse plutôt qu'à l'abdomen, où l'on courait le risque de léser des parties importantes, et où le pus aurait eu moins de faciliter à s'écouler. L'ouverture n'a pas présenté de grandes difficultés ; nous l'avons pratiquée au côté externe de la gaîne des vaisseaux fémoraux ; il n'a été divisé que quelques petites artérioles peu importantes.

Quant au traitement consécutif, il se présentait une première question : fallait-il réunir par première intention ? C'était évidemment impossible, nous avions affaire à un abcès dont les parties environnantes sont inextensibles, et dans l'intérieur desquelles il y avait çà et là des espèces de ponts. Il fallait laisser à la nature le temps de remplir ces vides, et pour cela il ne fallait point désemplir entièrement les fosses, crainte que cette vaste cavité ne se trouvant tout à coup désemplie, ne fût soumise à l'influence fâcheuse de l'air extérieur. Il était donc plus prudent de laisser le foyer se vider de lui-même et peu à peu. Nous avons, à cet effet, placé la cuisse dans une demi-flexion. Depuis huit jours que l'abcès est ouvert, le pus s'écoule naturellement et peu à peu, ainsi que nous le désirions.

Le quinzième jour après l'incision, le foyer était vide en grande partie, à l'aide de la position seule que nous avions donnée au membre. Nous n'avons pas voulu rapprocher les bords de la plaie ni exercer de compression. On en connaît les raisons. Le malade va bien ; le foyer s'est en partie rétréci. Cette tuméfaction extérieure qui soulevait le ligament de Poupart est presque complétement disparue, et, en introduisant la sonde, on la sent arrêtée à une certaine distance, ce qui prouverait que la partie supérieure de l'abcès s'est déjà affaissée.

Une tuméfaction nouvelle s'est manifestée à la partie externe de la cuisse où l'on trouve un empâtement considérable. Depuis quelques jours, en portant les doigts sur la région trochantérienne, on sentait une certaine élasticité, d'où nous avons conclu que le foyer purulent communiquait avec cette partie de la cuisse. Nous nous en sommes assuré par l'introduction d'une sonde de femme. Le bout de la sonde a pénétré assez loin, mais la tuméfaction externe de la cuisse et l'espèce d'œdème de ces parties empêchaient qu'on ne la pût sentir à travers la peau. Nous avons reconnu la nécessité d'une contre-ouverture dans ce point, c'est ce que nous avons fait ce matin. L'incision a été de deux pouces environ ; nous avons dû inciser une grande étendue de parties molles, c'est-à-dire la peau et quelques fibres musculaires, avant d'arriver au foyer purulent. Il en est sorti une grande quantité de pus. On a placé dans cette nouvelle ouverture une mèche de charpie qu'on laissera séjourner pendant un certain temps pour prévenir l'adhésion immédiate de ses bords et faire en sorte que le pus trouve une issue libre et facile. La partie supérieure du foyer semble déjà dégagée et oblitérée ; il ne reste plus que l'inférieure, qui s'était étendue, comme nous venons de le dire ; mais la contre-ouverture pratiquée la place dans de très bonnes conditions, et tout nous fait espérer que le travail de la cicatrisation ne sera plus entravé.

Le dix-huitième jour. Dans ces deux derniers jours le pus ne s'est plus écoulé par la plaie de l'aine, mais exclusivement par la contre-ouverture faite à la partie externe de la cuisse. Il est bien lié et de bonne nature. Le foyer diminue graduellement à la partie supérieure et semble limité à sa partie inférieure. On ne voit pas de fusée purulente en aucun point, et il ne paraît point devoir s'en former. Le frisson que le malade avait éprouvé à la suite de la première incision, et qui avait cessé au bout de deux heures, ne s'est plus reproduit. Il paraissait n'être qu'un effet purement nerveux et sans conséquence.

Ce matin le malade, qui se rend bien compte de tout ce qu'il éprouve, nous disait qu'il craignait que l'abcès ne gagnât en arrière, parce qu'il ressentait un peu de douleur dans la région sacro-lombaire. Nous avons examiné attentivement cette partie, nous n'y avons rien trouvé. Le malade n'avait probablement conçu cette crainte qu'à cause d'un peu de rougeur qui s'était manifestée au niveau du coccyx. Nous avons fait recouvrir cette partie de diachylum, afin de prévenir la formation d'une escharre. Nous avons recommandé aussi au malade de se coucher sur le côté droit. Tout nous donne lieu de croire que ce léger accident n'aura aucune conséquence.

Le malade est en voie de guérison pour ce qui a rapport à son phlegmon iliaque ; mais quelles seront les conséquences de cette guérison même ? c'est-à-dire quel sera l'état consécutif du membre par rapport à ses mouvements ? C'est ce que l'on ne peut pas encore prévoir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er décembre 1842. — Présidence de M. Fouquier.

A deux heures M. Moret, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Serrurier* rend compte de quatre observations de dysenterie envoyées à la Société par M. Peysson, à l'effet d'obtenir le titre de membre-correspondant. Le rapporteur conclut à l'adoption. La proposition, mise aux voix, est adoptée.

— *M. Sorlin*, chargé de rendre compte de 118 observations, qui ont été adressées à la Société par M. Peysson, au sujet de l'épidémie de dysenterie qui a régné dans la garnison de Lyon en 1840, s'exprime en ces termes :

La collection des faits dont il s'agit offre l'histoire de l'épidémie en raccourci ; on y trouve, en effet, toutes les nuances et tous les degrés que la maladie a comportés pendant sa durée, depuis la plus simple diarrhée, la colite aiguë, jusqu'à la dysenterie hémorrhagique et celle avec prostration extrême et refroidissement presque cholérique de toute la périphérie du corps. Partout même caractère de simplicité, à la violence des symptômes près ; absence de complication, bien qu'il régnât à la même époque et au même titre une fièvre typhoïde grave. Aussi, toutes les indications s'adressèrent-elles à la dysenterie franche ; aussi la saignée générale a fait de véritables merveilles ; en trois ou quatre jours elle avait généralement dissipé les symptômes les plus graves, et malgré quelques chicanes de détail, on peut dire que la méthode des saignées, si heureusement venue dans l'esprit de M. Peysson, s'est montrée supérieure dans les cas les plus graves, où la débilité semblait en repousser au loin jusqu'à la pensée. Des succès aussi décisifs, aussi prompts, qui embrassent l'épidémie tout entière, attestent assez la nécessité de la méthode nouvelle dans la presque totalité des cas où elle a été mise en pratique. Nous désirons de grand cœur que M. Peysson ait enrichi la science d'une méthode qui soit à tout jamais, pour la dysenterie épidémique, ce que la vaccine est à la variole, et le quinquina aux fièvres intermittentes. Mais comme c'est là

une question d'avenir, nous terminerons cette notice en opposant à de si chaleureuses convictions, les déceptions causées par des méthodes éminemment rationnelles dans le traitement des épidémies de méningo-céphalites observées à Avignon et à Strasbourg.

M. Souberbielle. En 1794, j'étais officier de santé en chef à l'école de Mars, qui se composait de 3000 jeunes gens arrivés de tous les points de la France, et campés dans des tentes au milieu du bois de Boulogne. La dysenterie se mit parmi eux, et 1200, sur ces 3000, éprouvèrent tous les symptômes les plus graves qui peuvent compliquer cette terrible maladie. Les abords du camp étaient inondés du sang qui provenait des déjections; les corps étaient abattus, les langues sales et fuligineuses, les yeux larmoyants; l'alarme était répandue dans Paris et gagnait les provinces (1). Ces souvenirs sont présents à ma mémoire, et notre président, M. Fouquier, alors employé comme élève à cette école, pourrait attester au besoin combien ils sont exacts; je cherchai quelle pouvait être la cause de cette funeste invasion, je pensai que la maladie était causée par les viandes salées qu'on donnait en nourriture à ces jeunes gens pendant la saison la plus brûlante de l'année; j'en parlai au Représentant du peuple, qui fit afficher que le mal venait de la mauvaise nourriture, et qu'on allait la changer. On fit distribuer effectivement de la viande fraîche, et ajouter du vinaigre à l'eau des bidons, et la maladie s'arrêta. Quant aux malades restés sous la tente et traités par MM. Chaussier, Gavard, Lallemand et moi, ils ne furent point saignés; on leur donna l'ipécacuanha, le laudanum de Sydenham, l'esprit de Sylvius. Sur 1200 malades, 10 seulement succombèrent, et néanmoins on n'employa, je le répète, ni saignées, ni sangsues.

M. Moret. C'est un fait opposé à un fait, preuve nouvelle qu'en médecine comme en toutes choses on peut arriver au même but en prenant des chemins différents.

M. Chéneau. J'ai la conviction que dans un grand nombre de cas on peut triompher de la phthisie pulmonaire. Récemment M. Fouquier, afin de me mettre à même d'expérimenter si mes espérances sont fondées, m'a permis de traiter, selon ma méthode, quatre phthisiques couchés dans une de ses salles de la Charité. Deux sont déjà en voie de guérison; je ferai transporter les deux autres chez moi, parce que le régime suivi à l'hopital ferait obstacle à la cure. Chez tous quatre, la maladie est fort avancée. Je reviendrai plus tard sur ces malades, et tiendrai la Société au courant des changements qui surviendront en bien ou en mal dans leur état.

J'ajouterai que j'ai pu vérifier dernièrement, que le poumon était susceptible de devenir le siége d'une vomique, d'un abcès véritable. En faisant une ouverture, j'ai trouvé dans la partie supérieure du poumon gauche un amas de pus crèmeux renfermé dans une membrane mince et comme séreuse. La présence de cet abcès n'avait déterminé aucune inflammation durant la vie; il y avait eu absence de tous les signes qui annoncent une lésion de l'organe pulmonaire. A peine l'auscultation faisait-elle reconnaître vers cette région un peu de matité.

Choléra survenu chez des pneumoniques traités par l'émétique. — *M. Chalu.* J'ai observé cinq cas de choléra chez des malades atteints de pneumonies. J'avais pratiqué au début de fortes saignées, fait appliquer des sangsues, des vésicatoires, usé enfin de la médication suivie par tous les praticiens; mais après avoir administré l'émétique dans une potion mucilagineuse (20 centigr. dans 130 grammes de véhicule, une cuillerée chaque heure), j'ai vu apparaître tous les symptômes du choléra, à la cyanose près: froid glacial des extrémités, perte de la voix, suppression des urines, crampes violentes, vomissements et déjections de liquides sans couleur et sans odeur. Trois ont succombé; deux ont survécu, et ont guéri sous l'influence de vésicatoires placés dans le dos. Deux habiles médecins de Charenton et de Paris m'ont assisté de leur présence et de leurs conseils. J'avoue que je n'ai point osé depuis essayer de ce médicament, et cependant jusqu'alors je n'avais eu qu'à me louer de son emploi dans des circonstances absolument semblables.

M. Perthus, appelé près d'un malade atteint de pneumonie, s'est bien trouvé après l'avoir saigné largement de l'administration d'une potion contenant 40 centig de tart. stib. dissous dans 250 gramm. de véhicule. Le malade n'a pas tardé à se rétablir.

M. Duhamel. Je ne viens point défendre l'emploi de l'émétique contre la pneumonie; c'est bien souvent l'ancre de salut dans un péril extrême; mais il faut le donner à haute dose, à doses exceptionnelles. Je ne l'administre pas à moins de 80 centig., ou 1 gramme en vingt-quatre heures, et mille exemples m'ont démontré son efficacité.

M. Sorlin. Quelles conséquences peut-on déduire des faits rapportés par M. Chalus? Les causes occasionnelles nous sont inconnues. Ces accidents étranges sont-ils dus aux saignées? doit-on en accuser l'émétique? Le choléra asiatique en passant au milieu de nous, aurait-il laissé après lui quelque germe capable de se reproduire? Les cinq cas de choléra qui ont éclaté sur un même point, offrent quelque chose de bien singulier; c'est un sujet de grave réflexion pour les médecins.

M. Léger. On serait tenté de croire à une sorte de commémoration du choléra, en voyant que les accidents cholériques sont survenus précisément dans les mois qui ont vu sévir l'épidémie de 1832. Ne doit-on pas en conclure qu'il faut s'abstenir de donner l'émétique si son emploi n'est pas impérieusement indiqué, et s'en abstenir surtout dans ces temps de l'année où les *ventres sont susceptibles*, où beaucoup de maladies ont de la tendance à se terminer par le choléra.

M. Chalus. J'ai eu à soigner effectivement dans le mois d'août, cinq choléras qui ont guéri sous l'influence de la glace.

M. Belhomme. Les médicaments agissent différemment suivant les doses auxquelles ils sont administrés. Lorsqu'on s'est assuré qu'il n'existe aucune inflammation des organes de la digestion, l'émétique prise à doses considérables amène dans la pneumonie une diaphorèse considérable. (M. Ch. Masson: Et surtout un ralentissement de la circulation.) Dans les cas qui nous ont été rapportés, ce sel n'a peut-être pas été administré à dose suffisante.

M. Perthus fait observer qu'il est difficile d'attribuer à l'émétique les accidents survenus. Que ce médicament pourrait occasionner quelqu'inflammation, mais non déterminer le choléra, qu'il a combattu souvent avec succès; il ajoute que dans le traitement de la pneumonie il agit comme sédatif.

M. Souberbielle cite deux cas de fluxion de poitrine; dans le premier, il n'a pas cru devoir saigner; et dans le second, il a saigné et fait vomir: les deux malades ont guéri. Il en conclut qu'il faut agir différemment suivant les diverses indications.

M. Puzin fait observer que Rouvière, l'auteur de *la Médecine sans médecins*, est mort pour s'être administré inconsidérément l'émétique.

M. Dupérthuis annonce à la Société que le petit garçon qui a reçu au milieu du front un coup de pistolet chargé de petit plomb, est en voie de guérison; la réunion immédiate au moyen de compresses agglutinatives, n'a pu se faire à cause de l'exfoliation du périoste, mais que des bourgeons charnus de bonne nature se sont élevés, et tout lui fait espérer qu'il pourra bientôt le montrer guéri à la Société.

— *Trachéotomie.* — *M. Guersant.* Messieurs, je ne compte que deux succès bien francs de trachéotomie dans le cas de croup. Je veux vous entretenir du dernier. J'ai été appelé, il y a quelques jours, à Sèvres auprès d'un enfant de 5 ans qu'on traitait depuis trois jours pour une affection croupale. Le pharynx, les amygdales n'offraient rien de particulier; mais l'enfant avait la respiration très courte et la voix presque éteinte; je pensai qu'il existait des fausses membranes qui des bronches s'étaient étendues à la glotte. Je portai un pronostic grave.

Je conseillai des frictions mercurielles sur le cou et le calomel à l'intérieur; il y eut de l'amélioration, mais les accidens récidivèrent. Le huitième jour, je trouvai le petit malade en danger d'être asphyxié, il ouvrait la bouche comme fait un poisson hors de l'eau; je conseillai l'opération et la pratiquai sur-le-champ. Elle fut prompte: arrivé sur la trachée j'incisai, et, contre mon attente, je ne trouvai point de fausses membranes dans la trachée-artère; ce ne fut que le lendemain, par la partie supérieure, que je retirai de ces membranes épaisses, mais peu étendues: le croup était borné au larynx. Cinq jours après je retirai la canule, et la guérison ne se fit pas attendre.

Sous le rapport du pronostic, je me suis trompé: il y avait croup borné au larynx sans complication de trachéo-bronchite pseudo membraneuse.

Sur 27 cas, je compte deux succès, cela prouve qu'on peut tenter cette opération.

La séance est levée à quatre heures.

CHARLES MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison par l'électricité d'une paralysie incomplète de la main; observation recueillie par M. le docteur WITTZACK, de Templin.

Une demoiselle, âgée de vingt ans, bien portante, du reste, était atteinte, depuis plusieurs années, d'une paralysie incomplète de la main contre laquelle on avait déjà employé inutilement un grand nombre de moyens.

L'amaigrissement remarquable que le membre avait éprouvé commençait à partir du coude, mais devenait surtout considérable au poignet. Les parties charnues de la paume de la main avaient presque entièrement disparu et ne présentaient presque plus que des replis de la peau. Les doigts étaient gros, disproportionnés, et ne pouvaient se remuer sous l'empire de la volonté; la flexibilité leur manquait aussi, ce qui avait également lieu pour la main prise dans son ensemble.

La malade avait conservé peu de force dans les parties qui se fatiguaient très facilement. La sensibilité avait notablement diminué, à ce point que des actes irritants, et qui occasionnaient des douleurs dans les parties saines, étaient à peine ressentis dans la main émaciée.

L'investigation la plus minutieuse ne peut faire reconnaître aucune cause évidente à cette maladie; peut-être devait-elle son origine à une métastase rhumatismale?

Les moyens ordinaires ayant déjà échoué, M. le docteur Wittzack prescrivit l'usage de l'électricité, deux fois par jour, pendant trente-minutes à une heure pour chaque application. Il fit prendre intérieurement, d'abord deux fois, puis trois fois par jour, quatre à cinq milligrammes d'azotate de strychnine. Il fit appliquer aussi, tout autour de l'articulation carpo-métacarpienne, un vésicatoire large de trois centimètres environ, dont la suppuration fut entretenue avec soin. Outre ces moyens, il conseille de frictionner, deux fois par jour, le bras et la main avec une solution d'une partie en poids d'huile volatile de moutarde dans huit parties d'alcool.

On continua sans interruption l'emploi de ces divers moyens, et on seconda leur action par des exercices fréquents de la main, d'abord avec une balle de cuir, puis peu à peu avec des balles de fer.

Au bout de quelque temps, la malade commença à sentir la force revenir dans sa main qui déjà recouvrait visiblement de l'embonpoint, et elle put reprendre ses exercices au piano. Après un laps de six semaines, elle retourna dans son pays pour consolider son rétablissement. *(Medicinische Zeitung.)*

Du proto-sulfure de fer hydraté, comme nouvel antidote du sublimé corrosif; par M. MIALHE.

Il résulte des expériences de M. Mialhe que le proto-sulfure de fer hydraté, corps tout à fait inerte, décompose instantanément le sublimé corrosif en donnant lieu à une formation de proto chlorure et de bisulfure de mercure, c'est-à-dire de deux substances totalement inoffensives, propriété précieuse qui doit faire proclamer le sulfure ferreux, à l'état d'hydrate, comme constituant l'antidote par excellence de ce terrible poison.

M. Mialhe doit publier les détails de ses recherches chimiques, ainsi que les résultats physiologiques des expériences auxquelles il se propose de se livrer à ce sujet. Mais voici, dès à présent, une preuve chimico-physiologique en faveur de l'efficacité de ce contre-poison qui paraît avoir une valeur bien réelle.

Lorsqu'on introduit dans la bouche quelques centigrammes de bichlorure de mercure, on ne tarde pas à avoir cet organe infecté par la saveur métallique insupportable qui le caractérise. Il suffit alors de se gargariser avec de l'hydrate de sulfure de fer à l'état de bouillie claire, c'est-à-dire tel qu'il doit toujours être employé, pour voir disparaître comme par enchantement la saveur mercurielle dont il vient d'être question. Ce fait n'a besoin d'aucun commentaire; il parle assez de lui-même sans qu'il soit nécessaire d'en donner l'explication.

Ce contre-poison ne borne pas son effet aux seuls composés salins fournis par le mercure; il peut également servir à anniliiler l'action malfaisante de plusieurs autres genres de sels métalliques, et en particulier de ceux de cuivre et de plomb.

Pour préparer le proto-sulfure de fer hydraté, on fait dissoudre une quantité quelconque de proto-sulfate de fer pur dans au moins vingt fois son poids d'eau distillée privée d'air par l'ébullition; et on en opère la précipitation au moyen d'une quantité suffisante de proto-sulfure de sodium (hydrosulfate de soude) également dissous dans de l'eau distillée non aérée. On lave ensuite avec de l'eau pure le proto-sulfure obtenu, et on le conserve dans un flacon plein d'eau distillée bouillie et bouché à l'émeri.

Bien que la préparation du sulfure ferreux soit des plus simples et qu'elle puisse être exécutée dans quelques instants, il convient néanmoins de l'avoir toujours préparée à l'avance, afin de ne pas perdre des moments toujours précieux lorsqu'il s'agit d'un empoisonnement.

La recommandation de conserver ce sulfure hors du contact de l'air doit être exécutée à la lettre; en effet, cette précaution est de la plus grande importance, car ce composé a une très forte tendance à passer à l'état de sulfate. *(Journ. de pharm. et de chim.)*

Mort subite par pression des testicules; observation recueillie par M. le docteur W. SCHLESIER, de Peitz.

Il paraît qu'en Allemagne il est d'usage, parmi les gens du peuple qui en viennent aux mains, de chercher à saisir les testicules de son adversaire pour les comprimer fortement et pour se rendre ainsi maître de lui; de telle sorte que les querelleurs de profession ont l'habitude de recouvrir et de masquer ces organes avec une bande d'étoffe pour les garantir de toute aggression.

Le 7 novembre 1836, vers les sept heures du soir, un jeune ouvrier, en cherchant à séparer des combattants, tomba tout-à-coup en jetant un grand cri, fut pris de violentes convulsions et succomba dans l'espace de quelques minutes.

M. Schlesier, appelé aussitôt, trouva le sujet étendu tout habillé sur un lit. Il commença par faire retirer les vêtements, pour examiner quelles lésions pouvaient exister; mais il ne lui fut pas possible d'en constater une seule. Il tenta alors tous les moyens propres à le rappeler à la vie, mais inutilement; et après deux heures et demie de ces essais infructueux, voyant que la raideur cadavérique et les sugillations hypostatiques commençaient à se prononcer, il abandonna le cadavre.

Le lendemain matin, en examinant le corps de nouveau, il remarqua que le scrotum et le pénis étaient fortement sugillés.

A l'autopsie, on ne trouva d'autres particularités à noter qu'une extravastion de sang d'environ trente grammes au-dessus du psoas, de chaque côté, en dehors du sac péritonéal, dans le point où le cordon spermatique pénètre dans l'anneau abdominal, et où le vaisseau déférent le sépare des vaisseaux spermatiques pour descendre dans le bassin. Dans ce point, l'artère et la veine spermatiques étaient, sinon déchirées, du moins tellement distendues et amincies dans leurs parois qu'elles paraissaient transparentes, poreuses, cribriformes.

Ce cas mérite d'autant plus l'attention des médecins légistes qu'il ne s'en rencontre pas d'analogue dans les annales de la médecine judiciaire. *(Casper's Wochensc. fuer die gesam. Heilk.)*

Si les gens du monde recherchent l'eau dentifrice du docteur Pierre, pour la suavité de son goût et la finesse de son parfum, les médecins la recommandent chaque jour davantage comme le dentifrice le plus parfait. L'expérience personnelle leur a appris que c'est bien là une composition que la science peut avouer. Elle raffermit les gencives, conserve aux dents leur blancheur, sans en compromettre l'émail, puisqu'elle ne contient aucun acide; elle prévient ou combat les effets de toutes les cachexies qui ont leur siége dans la cavité buccale.

Ecole préparatoire de médecine, rue de l'Arbalète, 25 bis.—Quinze élèves au plus. Vie de famille, conférences, répétitions. — S'adresser à M. Ratier, D.-M., rue de l'Arbalète, n° 25 bis, près l'Ecole de pharmacie.

(1) *Le Moniteur* avait annoncé faussement la mort de 200 élèves, et leur inhumation clandestine dans le bois de Boulogne. Ce jour-là eut lieu le premier décès.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 11, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 25 JANVIER.

De l'introduction de l'air dans les veines.

Comme le premier article sur l'introduction de l'air dans les veines, le second est terminé par une observation. Nous n'avons nul besoin de détruire celle-ci pour soutenir notre opinion. Nous n'en dirons que quelques mots, qui suffiront pour formuler notre jugement sur cette observation, qui nous a été communiquée par M. Schuster.

La ligature destinée à produire le gonflement de la veine qu'on voulait ouvrir a produit une *compression qui pouvait jusqu'à un certain point intercepter le cours du sang artériel*. Malgré cette énergique compression, l'air serait entré dans la veine en produisant *un sifflement assez prononcé, semblable à celui de l'air qui se serait précipité dans la cavité presque vide de sang du tronc veineux*. Nous le demandons à M. Amussat, à M. Blandin, à tous ceux qui ont observé et expérimenté pour connaître les phénomènes produits par l'introduction de l'air dans les veines, est-ce là ce qu'on entend quand cet accident a lieu? Rien n'est plus varié que le bruit ou le son qu'on appelle sifflement; il faut donc comparer ce bruit à un bruit connu. D'ailleurs, en admettant que le phénomène se soit réellement produit, on avouera qu'il perd ici son caractère d'accident; car rien de fâcheux ne s'est passé, et M. Schuster a pu, en *comprimant à pleines mains le bras au-dessus de la ligature, faire refluer tout le sang compris entre les points comprimés et l'ouverture veineuse*. Ici encore on voit une ligature du bras qui *pouvait, jusqu'à un certain point, intercepter le cours du sang artériel*; on voit cette même ligature, qui avait pu permettre l'introduction de l'air, ne pas s'opposer à sa sortie! Or, on sait que cette ligature intercepte le cours du sang de la veine qui doit être piquée, et que l'air marche avec le sang! Encore une fois, si c'est là une introduction de l'air dans les veines, ce fait ne contrarie en rien notre thèse, car elle veut prouver que la saignée est moins dangereuse que ne le feraient penser les observations déjà critiquées avec quelque sévérité. Quand on possède un puissant moyen thérapeutique, on doit le défendre contre les imputations qui pourraient le déconsidérer.

Ainsi, pour nous, *il n'est pas complètement prouvé que l'air se soit introduit dans une veine du pli du bras par la piqûre de ce vaisseau*. Nous voulions arriver à cette conclusion dans l'intérêt de la logique et surtout de la pratique médicale; car, nous le répétons, des préventions injustes contre la saignée pourraient avoir les plus fâcheux résultats.

Nous avions une autre pensée en écrivant ces articles; c'était d'appeler le doute, de provoquer la critique sur plusieurs observations d'introduction spontanée de l'air dans les veines, observations qu'on a considérées comme *irréfragables* et qui sont loin de l'être. Quoique nous ne soyons pas le moins du monde enclins au paradoxe, nous avons revêtu notre premier article d'une forme qui y ressemblait assez, et nous avons pris sur nous les dangers de heurter de front un fait qui avait une origine fort élevée.

Aujourd'hui nous allons prouver, par des citations, que nous ne sommes pas seuls dans la conspiration du doute. Nous nous réservions une autorité que personne ne récusera. On sait que des travaux importants sont sortis de cette grande discussion que M. Amussat a provoquée au sein de l'Académie de médecine; ces ouvrages sont: les *Recherches sur l'introduction de l'air dans les veines*, de M. Amussat; le remarquable rapport de M. le professeur Bouillaud, et l'excellente thèse de M. Blandin. Ce travail est le dernier; il contient donc le résumé des autres et les idées du professeur de médecine opératoire. Eh bien! M. Blandin professe, sur cette question, les mêmes opinions que nous cherchons à répandre, ce qui nous flatte infiniment. On lit, dans son travail, le passage suivant: « On doit être peu étonné d'apprendre que de nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises au sujet de cet accident. Disons-le même, il serait bien plus extraordinaire qu'il eu eût été autrement. L'esprit humain a d'ailleurs suivi, sous ce rapport, sa marche accoutumée: on a d'abord refusé de croire à la réalité du phénomène; puis bientôt, par une véritable réaction en sens inverse, *on a cru le voir dans une foule de cas auxquels il n'avait aucune part, et toutes les morts subites arrivées pendant les opérations lui ont été attribuées*, comme s'il était possible de se consoler d'une aussi terrible catastrophe en en plaçant la cause dans l'agent invisible et subtil qui nous entoure. Qu'on n'oublie pas d'ailleurs que la syncope peut d'autant plus facilement être confondue avec l'accident qui nous occupe, que presque toujours, chez l'homme au moins, elle vient s'ajouter à lui. » (*Thèse de Concours*, 1841, pag. 157.)

On le voit, voilà tout à fait le langage que nous avons tenu. Nous étions donc bien informés ou inspirés à de bonnes sources, quand nous avons entrepris de nous mêler à cette discussion. Bien plus, si nous avions craint d'assumer sur nous la responsabilité (et nous le dirons franchement), si nous avions redouté le ridicule qui tombe sur ceux qui s'en prennent si facilement aux grandes autorités chirurgicales; si nous avions eu cette double crainte, nous aurions d'abord laissé parler M. Blandin, qui, assis à l'Hôtel-Dieu sur le fauteuil du grand homme, se trouve assez élevé pour se permettre une critique juste et mesurée, sur une de ses observations qui ne paraît pas dire absolument ce que Dupuytren voulait lui faire dire. En effet, M. Blandin, dans sa thèse, après avoir prouvé l'insuffisance de l'observation de Beauchêne, pour prouver la mort par l'introduction spontanée de l'air dans les veines; après cette critique, le professeur de médecine opératoire attaque ainsi l'observation de Dupuytren:

« Comme la précédente, cette observation manque des caractères les plus essentiels:

» 1° Le sifflement aigu et prolongé, entendu pendant l'opération n'a rien qui ressemble au bruit sourd et saccadé du lapement.

» Dans l'examen nécroscopique, on a bien trouvé l'oreillette droite distendue par un gaz, mais ce gaz n'était par combiné avec le sang sous la forme d'écume, comme cela ne manque jamais d'arriver dans les expériences où l'introduction spontanée de l'air a été manifestement produite.

» 3° Enfin cet air s'est échappé en grande quantité au moment de l'autopsie, et sans mélange de sang; il offrait, par conséquent, tous les caractères qui ont été si justement attribués par M. Amussat à l'air qui s'introduit dans le cœur après la mort.

» Or, il est d'autant plus probable que l'air trouvé dans le cœur s'y était introduit à cette époque par les veines ouvertes dans l'opération, que long-temps encore après que la malade avait cessé de respirer, Dupuytren et les personnes qui l'assistaient dans cette triste circonstance exerçaient sur la poitrine, dans le but de ranimer cette malheureuse, des frictions et des pressions analogues aux manœuvres employées par M. Amussat, pour faire pénétrer l'air dans le cœur des cadavres auxquels il a probablement ouvert une des grosses veines de la partie inférieure du cou. » (*Thèse citée*.)

Nous avons promis de dire un mot sur les théories de la mort par introduction de l'air dans les veines:

1° On sait que Bichat attribuait à l'air un effet promptement mortel quand il était introduit dans l'arbre veineux. Selon lui, c'était à son action sur le cerveau qui causait la mort.

2° M. Mercier admet aussi la mort par le cerveau. Mais ce n'est pas parce que l'air le frappe, mais parce que le sang ne

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques; par F. BARRIER, D.-M. Tom. II. In-8°. Paris et Lyon, 1842. — Savy jeune, libraire.

En rendant compte du premier volume de cet ouvrage (*v.* n° du 17 mai 1842), je l'ai signalé aux praticiens, comme un travail des plus remarquables, très complet et consciencieusement élaboré. Exposition fidèle de l'état de la science telle que l'ont faite nos devanciers et nos contemporains, sur la pathologie de l'enfance; érudition solide puisée aux meilleures sources, appréciation et critique pleines de justesse et de sagacité, recherches et opinions nouvelles propres à l'auteur, voilà ce que j'avais remarqué dans le premier volume de cet ouvrage, et ce que je suis heureux de rencontrer encore dans ce second volume, qui confirme et qui justifie tous mes éloges.

Ce volume renferme les maladies du tube digestif et de ses annexes, des organes génito-urinaires, du système nerveux, des organes des sens, l'œdème des nouveau-nés, les hydropisies, les scrofules externes et le rachitisme. Comme je l'ai fait pour le premier volume, je suivrai plutôt l'auteur dans l'exposition de ses idées propres et des faits nouveaux qu'il peut avoir recueillis; cela seul intéresse le public et la critique.

M. Barrier trouve dans les conditions physiologiques propres au nouveau né, la raison de la présence presque exclusive du *muguet* à cet âge. C'est, pour lui, une phlegmasie de la muqueuse digestive occasionnée par la mauvaise alimentation ou une alimentation trop substantielle et peu en rapport avec la faiblesse et l'inhabitude des organes digestifs. Cette phlegmasie se rattache directement à l'acte par lequel se fait la rénovation des couches épidermiques et épithéliaques des membranes tégumentaires, acte dont la phlegmasie ne constitue, pour ainsi dire, que l'exagération occasionnée par l'influence de l'aliment au contact duquel le tube digestif n'est point encore habitué; de sorte que le muguet n'emprunte sa forme spéciale qu'à deux circonstances principales, savoir:

1° De s'accompagner de sécrétion pseudo-membraneuse, surtout dans la muqueuse sus-diaphragmatique;

2° De se rattacher à l'acte d'évolution organique par lequel il s'opère immédiatement après la naissance une rénovation de la cuticule des membranes tégumentaires externes et internes.

M. Valleix avait déjà dit que la gastro-entérite simple est très rare chez le nouveau-né, et que presque toujours elle s'accompagne de muguet. M. Barrier a pleinement confirmé cette opinion soit par ses propres recherches, soit par l'analyse critique des faits publiés par Billard.

Le chapitre intitulé *Diacrises gastro-intestinales*, est un chapitre tout à fait neuf et qui mérite à un haut degré l'attention des praticiens. M. Barrier appelle de ce nom toutes les maladies qui peuvent être rationnellement attribuées à une modification morbide des sécrétions gastro-intestinales. Elles diffèrent les unes des autres suivant que l'altération porte sur tel ou tel des fluides gastro-intestinaux; mais elles se ressemblent toutes par leur élément constant, qui est une lésion de sécrétion. M. Barrier décrit successivement: 1° la diacrise muqueuse ou folliculeuse; 2° la diacrise acescente; 3° la diacrise séreuse; 4° la diacrise venteuse; 5° la diacrise vermineuse.

La diacrise muqueuse ou folliculeuse présente plusieurs formes dans lesquelles on doit distinguer: 1° la diacrise folliculeuse simple, apyrétique; 2° celle qui s'accompagne de fièvre avec prédominance de l'élément muqueux; 3° celle qui donne lieu à des épiphénomènes et à des complications de siége et de nature diverses.

A la première forme se rapportent les affections décrites par les auteurs sous les noms d'embarras gastrique, intestinal et gastro-intestinal.

La seconde forme renferme les maladies connues sous les noms de fièvres gastriques muqueuses, bilieuses.

Dans la troisième sont décrits les épiphénomènes et les complications, soit locaux, soit généraux.

L'ordre, la clarté, la précision qui règnent dans l'analyse, et l'exposition de ces maladies ordinairement si embrouillées, si confuses dans les auteurs, font de ce chapitre un traité tout à fait remarquable, et qu'il faudrait citer tout entier si je voulais en extraire ce que j'y ai trouvé d'instructif et d'éminemment pratique. Que le lecteur me permette d'attirer surtout son attention sur les opinions de l'auteur concernant les complications cérébrales qui surgissent si fréquemment chez les enfants dans les diacrises muqueuses, et dont l'ensemble simule plus ou moins la méningite. Ce sont ces accidents cérébraux, dit M. Barrier, qui ont fait donner à la maladie le nom de fièvre cérébrale; ce sont eux que dans ces derniers temps on a presque toujours considérés comme appartenant à une inflammation hydrocéphalique, opinion souvent erronée, mais qui explique cette autre opinion si généralement répandue depuis la doctrine physiologique, à savoir: que l'inflammation méningo-céphalique dépend très souvent de celle de l'estomac. Dans la plupart des cas sur lesquels cette opinion a été basée, il n'y avait ni inflammation de l'estomac, ni inflammation de l'encéphale ou des méninges. On sait, en effet, que les affections saburrales avec ou sans fièvre s'accompagnent presque constamment de céphalalgie, de vertiges, d'affaissement de l'intelligence, d'insomnie, d'agitation, etc. Ces phénomènes prennent facilement chez les enfants une intensité plus grande; le délire et des phénomènes convulsifs s'y ajoutent souvent. Ceux-ci peuvent se borner à des hoquets, à des grincements de dents, à des soubresauts de tendons, au strabisme; mais quelquefois ce sont de véritables convulsions. Dans la plupart des cas, il est difficile et cependant très important de reconnaître la dépendance plus ou moins absolue de ces accidents par rapport à l'état gastro-intestinal; car les conséquences de l'opinion qu'on se forme sur ce point sont d'une importance majeure pour le traitement. Celui-ci pourra être en effet presque inutile s'il est essentiellement dirigé contre un état cérébral supposé inflammatoire et idiopathique, alors que cet état est étranger à une inflammation franche et qu'il est symptomatique. Le traitement sera également funeste si, cette inflammation existant réellement, on attribue à une simple sympathie les résultats de son développement et qu'on se borne à combattre l'état gastro-intestinal qui en a été moins la cause que l'occasion. Les anciens à cet égard s'écartaient beaucoup moins que nous de la vérité en donnant à des cas de ce genre le nom de fièvres cérébrales, parce qu'ils ne perdaient jamais de vue l'état général de l'économie au milieu duquel survenaient les accidents cérébraux; tandis que pour nous, quand le mot de méningite ou d'hydrocéphalite est prononcé, nous ne voyons plus que l'inflammation à combattre dans les méninges ou dans le cerveau. Il n'est pas douteux que ces deux manières de voir ne soient fausses quand elles sont exclusives; mais il est certain que la première s'applique à un plus grand nombre de faits que la seconde.

Ces réflexions sont trop judicieuses et font voir dans quel sens pratique et critique est conçu l'ouvrage de M. Barrier.

Le chapitre consacré à la *Fièvre typhoïde* contient une exposition complète des travaux des médecins contemporains sur cette maladie, dont on n'a connu la fréquence chez les enfants que depuis quelques années. Les opinions particulières de M. Barrier sur divers points de l'histoire de cette maladie n'offrent pas des différences assez essentielles avec les opinions généralement admises, pour qu'il soit nécessaire de les constater. Comme la plupart des praticiens qui ne se laissent pas influencer par des résultats équivoques, M. Barrier n'admet pas une thérapeutique exclusive, mais bien des traitements appropriés aux diverses formes qu'elle peut présenter, bien convaincu d'ailleurs que l'art est aussi impuissant à juguler une fièvre typhoïde que la variole.

Nulle autre part nous n'avions vu l'*affection convulsive* traitée avec la même étendue et les mêmes développements. Le paragraphe consacré à l'étiologie contient des notions d'un haut intérêt pratique, et élucide singulièrement ce point très obscur de la pathologie.

Voici comment M. Barrier résume le traitement de la *chorée*, dont il a fait une très bonne histoire; « Quoique la nature de la chorée soit à peu près inconnue, il ne doit pas nous être interdit de rationna-

le stimule plus. Ce sang n'est plus envoyé suffisamment au cerveau, parce que le cœur est arrêté ou embarrassé dans ses mouvements.

3° On voit que la théorie de M. Mercier part de celle de Nysten, qui admet la distension qui empêchait les mouvements de cet organe.

4° La théorie de M. Gerdy est encore mécanique. Selon ce professeur, l'action de l'air se ferait surtout sentir ailleurs. Ce serait la circulation du sang dans les poumons et les autres organes qui serait fortement entravée par le mélange de ce sang à l'air.

5° M. Marchal est venu ajouter une autre théorie à celles que nous avons citées et à celles que nous avons omises. Selon cet ingénieux chirurgien, les morts promptes observées chez l'homme seraient dues à une intoxication. Il y aurait de l'acide carbonique dégagé dans le cœur toutes les fois que l'air s'est introduit ou a été poussé dans cet organe. N'est-ce pas là, dit M. Marchal, le phénomène immanquable dès que l'air atmosphérique se trouve en présence du sang veineux ?

Maintenant que devient et que produit dans le cœur cet acide carbonique ? Ne serait-il pas, cet agent d'intoxication, vaguement entrevu jusqu'à ce jour ?

Voilà les questions que s'adresse et que cherche à résoudre M. Marchal dans les *Annales de chirurgie*.

Nous ne discuterons pas plus cette théorie que les autres. Nous avons seulement voulu les signaler pour engager nos lecteurs à réfléchir à ce grand problème dont la solution pourrait avoir une si grande influence sur la pratique.

Déjà on a pu signaler quelques conditions anatomiques, pathologiques et physiologiques qui favorisaient la production de ces accidents. On a donc ainsi fourni quelques données à la prophylaxie, et les chirurgiens, avant d'attaquer les tumeurs du cou, placent le malade dans les conditions les plus convenables pour éviter l'introduction de l'air dans les veines. On trouvera dans la thèse de M. Blandin d'excellents conseils sur ce point de pratique; mais avec ces conseils, toute l'habileté et la prudence possibles, on peut être cruellement déçues. Il faudrait donc trouver le *moyen curatif*. Or, ici surtout, la théorie peut l'indiquer, si elle peut aller de l'effet à la cause, mais à la cause intime, c'est-à-dire si elle peut nous dire ce que fait le sang une fois introduit dans le système veineux et dans les organes importants le plus directement en rapport avec ce système.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Quelques réflexions sur les fractures considérées comparativement chez l'enfant et l'adulte, sous le rapport des causes, du traitement, de la marche et de la durée de la maladie.

Nous avons dans nos salles, en ce moment, un assez grand nombre de fractures, parmi lesquelles trois fractures du fémur, deux de l'humérus, une de la clavicule. Tout dernièrement, nous avions, comme vous avez pu les voir, deux fractures de l'avant-bras. Quoiqu'il puisse arriver, comme vous le verrez, qu'un plus grand nombre de lésions de cette nature se rencontrent à la fois dans nos salles, elles nous ont paru assez multipliées pour que nous puissions, à ce propos, vous présenter quelques observations.

Les fractures sont, en général, plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Cette fréquence tient à plusieurs causes, dont voici les principales : d'abord, les enfants se tiennent moins solidement sur leurs jambes que les adultes, sont doués d'une force beaucoup moindre, et sont par conséquent plus exposés aux chutes. En outre, les enfants de la classe pauvre ne sont point surveillés ou le sont mal, raison en vertu de laquelle on se rendra facilement compte de la fréquence proportionnellement beaucoup plus forte des fractures chez les enfants de la classe pauvre que chez ceux de la classe riche. Enfin, nous devons nous garder de passer sous silence les causes qui prédisposent aux fractures, telles que le rachitisme, dont l'influence ne pourra être contestée par personne.

Quant à ce que présentent de particulier les fractures chez les enfants, voici quelques réflexions qui nous ont été suggérées par l'examen des faits : il arrive souvent que des fractures sont méconnues chez les enfants par les chirurgiens qui n'ont occasion d'en observer que chez les adultes. Voici pourquoi : c'est que trois fois sur quatre, ces fractures ont lieu sans déchirure du périoste. Dans ce cas, il n'y a pas de déplacement, surtout dans les membres où il y a deux os, et l'on voit qu'au premier abord le diagnostic peut offrir une certaine difficulté. Cependant, si l'on prend franchement les deux fragments, et que l'on cherche à produire la crépitation avec un peu d'attention, on finira par la déterminer et reconnaître la lésion, malgré l'intégrité du périoste. Il va sans dire que l'on doit procéder avec la plus grande précaution et doucement afin de ne pas produire plus de désordres qu'il n'en existe naturellement.

Une remarque assez importante à faire, parce qu'elle a soulevé des discussions assez animées, c'est qu'il peut se produire chez les enfants des fractures incomplètes. Je m'explique. Lorsque l'on imprime à une baguette un mouvement de flexion, il peut arriver que la moitié du cylindre que forme la baguette se rompe, tandis que l'autre moitié qui offre la plus petite courbure reste entière ; il faut alors, en redressant cette fracture, une certaine force pour remettre les parties en rapport. Eh bien ! chez les enfants, on peut quelquefois constater des fractures de ce genre. J'en ai, pour ma part, constaté deux, dans des autopsies de jeunes sujets. Y a-t-il eu dans ce cas, comme le prétendent quelques chirurgiens, seulement courbure brusque de l'os et distension portée jusqu'à un certain degré ? Je pense comme ces auteurs, qu'il y a eu en effet courbure brusque de l'os et distension des fibres osseuses; mais, en outre, j'ai constaté deux fois, je le répète, la rupture d'une certaine partie du calibre de l'os lui-même. Ce ne pourrait être que dans les cas d'ostéo-malaxie qu'il pourrait y avoir courbure de l'os avec légère flexion persistante, sans rupture de fibres osseuses.

Nous ne dirons rien des autres signes des fractures chez les enfants, les mêmes remarques pouvant leur être appliquées qu'aux fractures des adultes.

Si l'on abandonne chez l'enfant la fracture à la nature, sans employer d'appareil contentif, il arrive le plus ordinairement qu'elle exige, pour se consolider, un espace de temps beaucoup plus grand que chez l'adulte. La cause en est bien simple. Le sujet adulte, plus raisonnable, maintiendra immobile le membre fracturé; l'enfant, rendu d'abord immobile pendant quelque temps par la douleur, fera bientôt ses mouvements aussitôt que cette douleur aura diminué, et la consolidation, non-seulement sera longue à obtenir, mais encore sera vicieuse.

Le contraire arrivera, si nous supposons les sujets dans les conditions les plus favorables.

On verra alors chez l'enfant la consolidation se faire avec beaucoup plus de rapidité que chez l'adulte. Nous devons cependant dire que le pronostic variera suivant certaines circonstances individuelles. L'enfant est-il rachitique, par exemple ? La consolidation exigera huit ou quinze jours de plus que dans un état de santé parfaitement normal. L'état scrofuleux causera un retard analogue dans la production du cal.

Vous pouvez voir au n° 4 de la salle Saint-Côme, un enfant de neuf ans, présentant une fracture de l'humérus, et qui, au neuvième jour, n'offrait pas la moindre apparence d'un travail de consolidation. Nous avons pris le parti, il y a huit jours, de mettre le membre dans l'appareil dextriné inamovible. Aujourd'hui nous avons pu constater la formation, mais très lente, d'un cal mou, flexible, et qui nécessitera quelque temps encore l'emploi de cet appareil.

Nous avons, dans un lit voisin, un enfant entré, il y a quinze jours à peine, pour une fracture du fémur. Il y a déjà consolidation presque complète.

Ainsi donc, pour nous résumer en quelques mots, nous pouvons dire que chez les enfants, les fractures sont ordinairement consolidées au bout de quinze, vingt, ou vingt-cinq jours au plus ; mais que des circonstances individuelles, telles que les scrofules, le rachitisme, peuvent retarder la formation du cal.

Traitement. — Nous nous trouvons toujours bien de mettre l'appareil de bonne heure. En voici les principales raisons : si l'on a affaire à l'un de ces cas favorables dans lesquels le périoste n'est pas déchiré, l'enfant peut, par des mouvements imprudents, en causer la déchirure, et la consolidation ne se fait point aussi rapidement. Il ne faudrait cependant pas croire que nous appliquions toujours l'appareil aussitôt après l'arrivée du malade. Il peut y avoir des cas où la tuméfaction du membre oblige de pratiquer quelques émissions sanguines locales, et alors on conçoit que l'appareil ne puisse être immédiatement appliqué.

Le plus souvent nous n'avons pas besoin, pour mettre l'appareil, de faire faire la contre-extension. Nous plaçons les aides comme s'il était nécessaire de la faire, mais nous ne leur faisons employer que très peu de forces, au moins dans la grande généralité des cas.

Quant aux appareils que nous employons chez les enfants de l'âge le plus tendre, nous nous servons du bandage roulé, disposant du reste les attelles selon les règles ordinaires, n'oubliant pas, par exemple, les compresses graduées inter-osseuses dans la fracture de l'avant-bras. Il est rare qu'il survienne des excoriations. Lorsqu'il s'agit d'enfants plus âgés, nous employons le bandage des adultes.

Nous employons aussi quelquefois l'appareil inamovible, plus souvent pour la fracture du bras que pour celle de l'avant-bras ; il est assez rare, en effet, que l'on parvienne à bien maintenir la compression graduée inter-osseuse avec le bandage inamovible. Nous employons également ce mode de pansement des fractures beaucoup plus fréquemment au membre supérieur qu'au membre inférieur. Les enfants au-dessous d'un certain âge, urinant souvent dans le lit, l'appareil est presque toujours mouillé, quelles que soient les précautions que l'on prenne ; il vaut donc mieux s'en passer, et avoir recours, pour le membre inférieur, soit au bandage roulé, soit à l'appareil des adultes.

Pour le renouvellement de l'appareil, nous ne le faisons que quand il s'est relâché, et sans avoir de règles fixes. Cependant, nous devons faire observer qu'il est, en général, besoin de le renouveler plus fréquemment que chez l'adulte.

Dans les circonstances ordinaires, nous levons habituellement l'appareil pour tout à fait au bout de dix-huit à vingt jours. Le plus ordinairement, c'est-à-dire dix-neuf fois sur vingt, le cal est régulier et ne présente pas de difformité. Je ne parle pas du volume du cal, volume qui diminue toujours avec le temps. Je veux dire qu'il n'y a ni déviation, ni raccourcissement, etc. Un grand avantage que nous avons chez l'enfant, et que ne présente pas l'adulte, c'est

---

liser son traitement, et ce serait un empirisme grossier et absurde que l'emploi aveugle des différentes médications dont nous avons parlé. Dans un bon nombre de cas, l'indication fondamentale repose sur l'étiologie, c'est-à-dire sur quelque chose de parfaitement appréciable. Ainsi, par exemple, que la constipation, comme dans le cas rapporté par M. Baudelucque, ou tout autre état morbide des voies digestives paraissent le point de départ de la chorée, les purgatifs, les vomitifs, les anthelmintiques trouvent leur emploi. Il faut donc tenir compte des causes de la maladie, même de celles qui paraissent n'être que prédisposantes. Une constitution faible, délicate, le tempérament lymphatique, un état anémique, chlorotique, réclament les toniques, en y joignant les exercices gymnastiques, la promenade au grand air, l'insolation, une nourriture fortifiante, l'usage d'un vin amer et généreux, surtout chez les sujets qui souffrent de la misère. Les antispasmodiques et les stupéfiants conviendront surtout dans les chorées essentielles, idiopatiques, qui ne sont souvent que le plus haut degré d'une surexcitation nerveuse habituelle et accrue par une cause morale, une frayeur, par exemple. Les antiphlogistiques ne devront point être omis en présence d'un état plétorique évident ou probable. Employées avec mesure chez des enfants non anémiques, la saignée ou les sangsues, seront de temps en temps d'une grande utilité. Enfin, en l'absence d'indications fournies par l'étude approfondie des causes, on devra généralement commencer par les bains froids, dont l'action, directement sédative du système nerveux, ne peut être contestée ; les bains sulfureux doivent aussi être mis en première ligne. Ce n'est qu'après avoir constaté leur insuccès qu'on aura recours à l'électricité ou aux préparations de noix vomique. Nous pensons que ces excitants directs de l'axe rachidien demandent une certaine réserve, surtout si l'on a affaire à un état d'éréthisme nerveux très prononcé, si les secousses musculaires sont continuelles et fortes. De nouvelles observations modifieront peut-être par la suite notre manière de voir, mais nous ne pouvons exprimer aujourd'hui que celle qui nous paraît appuyée par l'expérience et l'induction. »

Les chapitres suivants, consacrés aux maladies importantes de l'encéphale, aux fièvres éruptives, etc., présente le même intérêt pratique. En définitive, l'ouvrage de M. Barrier marquera dans la littérature médicale ; il mérite et obtiendra certainement un succès honorable et de bon aloi.

Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques dans l'état de santé et de maladie ; par MM. Andral, Gavarret et Delafond. Broch. in-8°.

Les faits renfermés dans ce travail, et les résultats qui en découlent, peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Dans les différentes espèces d'animaux, le sang, identique quant à la nature des principes qui le composent, peut varier quant à la proportion relative ou absolue de ces principes.

2° Les moyennes de la fibrine, des globules, de l'albumine et de l'eau, ne sont pas les mêmes dans le sang des différentes espèces.

3° La fibrine du sang, ses globules et son albumine, n'augmentent pas ou ne diminuent pas nécessairement dans les différentes espèces d'une manière simultanée : il y a des animaux dont le sang est riche en fibrine et pauvre en globules; il y en a d'autres dont le sang est riche en globules, et pauvre en fibrine.

4° Cette loi d'indépendance de la fibrine, des globules et de l'albumine, se maintient chez toutes les espèces dans l'état de maladie.

5° La fibrine a présenté ses moyennes les plus élevées chez des animaux herbivores ; elle a offert la moyenne la plus basse chez les carnivores.

6° La moyenne de fibrine qui représente, dans une espèce, l'état physiologique, peut devenir, transportée dans une autre espèce, la représentation d'un état pathologique; de telle sorte qu'une certaine composition du sang, normale pour une espèce, sera anormale pour une autre.

7° L'énergie de la constitution n'a pas eu une influence constante sur l'élévation du chiffre de la fibrine.

8° Chez les animaux dont nous avons examiné le sang pendant les premières vingt-quatre heures qui ont suivi leur naissance, la fibrine a été remarquable par sa petite quantité.

9° Pendant les derniers temps de la gestation, la fibrine s'abaisse au-dessous de sa moyenne; peu après la parturition, et pendant la durée des accidents qui caractérisent la fièvre de lait, le chiffre de la fibrine s'élève. et atteint ou dépasse même un peu la limite supérieure de l'état physiologique. Le degré de cette élévation est en rapport avec l'intensité des accidents puerpéraux.

10° Dans toutes les espèces, l'élévation du chiffre de la fibrine au-dessus de la limite supérieure de l'état physiologique, a constamment coïncidé avec l'existence de l'état phlegmasique.

11° Dans la cachexie aqueuse des moutons, la fibrine a conservé son chiffre normal, quel que fût d'ailleurs l'appauvrissement du sang. Ce chiffre s'est élevé lorsque l'arsenic s'est compliquée d'un état phlegmasique aigu.

12° Les globules ont présenté leur moyenne la plus élevée chez les animaux carnivores, et la plus basse chez les herbivores.

13° Chez les différents individus d'une même espèce, l'élévation du chiffre des globules a été en rapport constant avec l'énergie de la constitution.

14° L'amélioration des races ovines, fruit de leur croisement, s'est marquée dans le sang par une augmentation du chiffre des globules.

15° Pendant les premières vingt-quatre heures de la naissance, les globules ont été très abondants relativement à la fibrine.

16° Pendant les derniers temps de la gestation, les globules ont diminué; ils ont augmenté après la parturition, pendant la durée de la fièvre de lait.

17° Chez aucun animal les globules n'ont été directement influencés par l'état phlegmasique. Jamais, en pareil cas, ils ne se sont élevés au-dessus de la limite supérieure de l'état physiologique, mais on les trouvait diminués si, lors de la première saignée, les animaux étaient déjà dans un état d'anémie, ou si plusieurs saignées leur étaient pratiquées.

18° Dans la cachexie aqueuse des moutons, les globules ont constamment subi une diminution très considérable.

19° L'albumine du sérum a présenté, comme les principes précédents, des moyennes différentes suivant les diverses espèces.

20° Cette albumine a diminué de quantité chez les moutons qui, atteints de cachexie aqueuse avaient en même temps des douves dans le foie.

21° L'eau du sang a présenté sa moyenne la plus basse chez les carnivores, et la plus élevée chez les herbivores.

22° Elle s'est accrue considérablement dans la cachexie aqueuse des moutons.

23° La maladie des moutons connue sous le nom vulgaire de *cachexie aqueuse*, est une anémie qui se lie à deux sortes d'altérations différentes dans la composition du sang ; d'où deux sortes d'hydroémies chez les moutons : l'une qui est le résultat du seul fait de la diminution des globules, l'autre qui est le produit d'une diminution simultanée des globules et de l'albumine.

La première sorte d'hydroémie se montre comme un effet commun de toutes les causes qui ont pu affaiblir les animaux et appauvrir leur sang ;

La seconde sorte d'hydroémie coïncide avec une altération spéciale, savoir la présence de douves dans le foie.

24° L'hydropisie ne survient, comme suite d'une altération de composition du sang, que lorsque le sang s'est dépouillé d'une certaine quantité de son albumine.

La diminution seule des globules, quel que soit l'abaissement qu'ait subi leur chiffre, ne la détermine pas. Voilà pourquoi l'hydropisie manque dans la chlorose de l'homme, et existe, au contraire, soit chez l'homme, lorsque l'albumine de son sang s'échappe à travers les reins; soit chez les moutons, lorsque leur foie se remplit de douves.

qu'une fois l'appareil retiré, pour les fractures du membre inférieur, l'enfant commence à marcher, avec des béquilles, il est vrai ; mais bientôt il s'en affranchit, et la progression est sûre et franche. J'ai vu un enfant qui, vingt-cinq jours après la levée définitive de l'appareil, marchait sans béquilles, parfaitement guéri d'une fracture du fémur. Chez l'adulte, au contraire, les choses ne se passent pas aussi rapidement ; le sujet est quelquefois obligé de rester plusieurs mois au lit, et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'il peut parvenir à marcher de nouveau.

Ces quelques réflexions nous ont paru suffisantes pour faire apprécier les différences que peuvent présenter les fractures chez les enfants et les adultes, sous le rapport des causes, de la marche et de la durée de l'affection ; enfin sous celui du traitement, qui, comme nous avons essayé de le démontrer, diffère souvent essentiellement aux différentes périodes de la vie. Dr A. F.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BONNET.

Nouveau procédé pour l'extraction des corps étrangers introduits dans les yeux. Excision de la conjonctive dans les ophthalmies traumatiques qui surviennent chez les mineurs blessés par les explosions des mines. Leçon recueillie par le docteur F. BARRIER.

L'emploi de la poudre à canon pour l'exploitation de la pierre et du charbon de terre, expose fréquemment les ouvriers mineurs aux graves blessures qui résultent de l'explosion de la poudre comprimée. Soit que ces malheureux, impatients et curieux de connaître la cause qui retarde l'explosion de la mine, s'en approchent au moment où elle éclate, soit qu'en bourrant la poudre avec des fragments de pierre le choc échauffe des parcelles de silex et détermine la détonation, dans ces deux cas le visage et les yeux sont rarement épargnés.

Pour ne parler ici que des lésions dont les yeux peuvent être atteints, elles consistent souvent dans la pénétration d'une certaine quantité de grains de poudre et de petits fragments pierreux dans l'épaisseur des membranes de l'œil. Quand la contusion a été très forte, la cornée est perforée, l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris fait hernie, le corps vitré peut aussi s'échapper, et le globe oculaire affaissé et vide est incapable de reprendre ses fonctions. D'autres fois, les corps étrangers s'arrêtent dans l'épaisseur de la cornée, et alors, soit qu'on en fasse l'extraction, soit qu'on les laisse en place, il arrive, suivant les cas, que la cornée s'enflamme et devient opaque, ou bien, au contraire, qu'elle s'habitue au séjour des corps étrangers, et conserve sa transparence. On a vu des malades guérir sans accident, en conservant cette membrane parsemée de points noirs et comme poivrée, suivant la comparaison de M. Velpeau.

Il est probable que la cornée, à cause de sa surface convexe, lisse et glissante, échappe à l'action du plus grand nombre des grains de poudre qui sont projetés sur elle ; car on la voit parfois intacte ou très légèrement atteinte ; taudis qu'autour d'elle la conjonctive et la sclérotique sont criblées de points noirs dus à des grains de poudre qui, là comme dans l'épaisseur de la peau, produisent une espèce de tatouage. Ce genre de blessure de la muqueuse oculaire offre plus de gravité qu'on ne pourrait le croire à priori. Si les corps étrangers n'ont pas été retirés peu de temps après l'accident, il survient presque toujours une conjonctivite des plus violente avec chémosis et tuméfaction énorme des paupières, des douleurs excessivement vives, et enfin une suppuration qui entraîne la perte de l'œil même dans des cas où la cornée n'a été que faiblement contuse. A plus forte raison si elle a été déchirée, si elle renferme des corps étrangers, cette terminaison fâcheuse est encore plus à redouter. L'ophthalmie qu'on observe dans ces circonstances a la plus grande analogie, sinon par sa cause, du moins par ses symptômes, sa marche et ses suites, avec l'ophthalmie blennorrhagique. Ceux qui ont vu un certain nombre de cas de ce genre, savent assez combien les malheureux mineurs sont alors exposés à devenir aveugles pour le reste de leurs jours.

Si l'on recherche les causes de cette impuissance de la thérapeutique, on est amené à faire les remarques suivantes. Quand le chirurgien est appelé de très bonne heure, et que les corps étrangers arrêtés dans les membranes de l'œil ne sont pas très nombreux ni enfoncés trop avant, il lui est assez souvent possible d'en extraire la plupart. Mais si l'accident date déjà de la veille même ou seulement de quelques heures ; si les corps étrangers sont très nombreux et profondément engagés dans les tissus, la douleur et le boursouflement inflammatoire qui surviennent rapidement dans la conjonctive empêchent le chirurgien de songer à l'extraction des grains de poudre. On se trouve réduit alors à combattre l'inflammation sans avoir enlevé sa cause, et l'on voit trop souvent le mal qui résiste aux saignées générales et locales, aux révulsifs les plus énergiques, aux topiques répercussifs ou émollients, etc., amener la perte de la vue. Telles sont les circonstances qui faisaient vivement désirer le perfectionnement de l'art sur une espèce d'accidents qui n'est point rare dans la pratique, dont la clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon en particulier nous fournit de fréquents exemples, et sur laquelle on ne trouve presque aucuns détails dans nos auteurs classiques.

Par suite de ces remarques et de celles qu'il avait faites dans le cours de ses opérations sur l'œil, M. Bonnet fut conduit à appliquer à l'extraction des corps étrangers de la cornée le procédé qu'il mettait en usage pour l'opération de la cataracte par extraction, et qui consiste à fixer le globe oculaire au moyen d'une pince à griffes portée sur la conjonctive à l'angle interne ou externe de l'œil. Ce procédé, combiné avec l'écartement des paupières au moyen des deux élévateurs employés dans la strabotomie, permet d'extraire les corps étrangers avec une facilité dont n'approchent point les procédés ordinaires. On sait, par exemple, que ceux-ci échouent très-souvent quand il s'agit d'extraire des paillettes métalliques fixées dans la cornée, accident commun chez les forgerons et les serruriers, tandis qu'en fixant l'œil, la manœuvre de l'aiguille ou des autres instruments qu'on emploie dans les cas de ce genre devient extrêmement aisée et n'échoue jamais. M. Bonnet a recours au même moyen quand des grains de poudre ont pénétré dans la cornée ou dans la conjonctive et la sclérotique. Mais si l'inflammation s'est déjà développée dans la muqueuse oculaire, l'extraction des grains de poudre devenant impossible, il faut songer à quelque autre moyen. C'est alors que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu pratiqua l'excision de la conjonctive. Cette opération, qui n'a pas plus d'inconvénients dans ces cas que dans ceux de chémosis simple ou d'ophthalmie blennorrhagique, a le grand avantage de soustraire les paupières aux frottements douloureux que les corps étrangers exercent sur leur face postérieure, et de prévenir la suppuration et la fonte de l'œil qui suivent si souvent les inflammations traumatiques de cet organe. Quant au procédé à mettre en usage, voici comment M. Bonnet l'a exécuté dans deux cas récemment soumis à notre observation.

Le malade étant couché, le chirurgien se place du coté opposé à celui de l'œil sur lequel il opère. Il écarte les deux paupières avec deux élévateurs confiés à des aides et saisit la conjonctive à l'angle externe de l'œil avec une pince à griffes, pourvue d'un ressort qui la tient fermée. Cette pince, étant confiée à un aide qui fixe ainsi l'œil et le tire en dehors, le chirurgien, tenant une pince à griffes sans ressort, de la main gauche et des ciseaux mousses droits et fins de la main droite, soulève et excise toute la portion de la conjonctive qui recouvre la sclérotique ou du moins toute celle qui est incrustée de grains de poudre. Lorsque cette membrane est enlevée, on voit souvent au-dessous d'elle des grains de poudre qui l'ont traversée et ont pénétré dans l'épaisseur de la sclérotique. Alors, sans désemparer, et l'œil restant fixé, on extrait ces corps étrangers avec la pointe d'une aiguille à cataracte, et l'on s'applique surtout à enlever ceux qui font relief à la surface de la sclérotique et qui, par leur saillie, continueraient d'irriter la face postérieure des paupières. Si la cornée en contient aussi on procède immédiatement à leur extraction.

Après l'opération, on applique sur les yeux des compresses imbibées d'eau de roses.

M. Bonnet employa ce procédé pour la première fois dans le milieu du mois de novembre dernier sur un ouvrier mineur atteint de blessures très graves au membre supérieur gauche et aux deux yeux. Le malade fut examiné six heures après l'accident. A cette époque, les paupières étaient déjà tellement tuméfiées par l'inflammation et l'œdème que l'on pouvait à peine découvrir l'œil, et que la supérieure, abandonnée à elle-même, descendait au-devant de l'inférieure. La douleur était des plus vives, le malade ne pouvait voir la lumière. On reconnut que la conjonctive était, à droite et à gauche, parsemée d'un grand nombre de points noirs ; il y avait un chémosis considérable, un écoulement abondant de larmes et de mucus sanguinolent. On vit ensuite que la cornée de l'œil gauche avait été violemment contuse, déchirée, que l'œil s'était vidé en partie et qu'il y avait par conséquent peu de chances de prévenir la perte de la vue de ce côté. Mais à droite, la cornée n'avait point été perforée par les corps étrangers dont trois ou quatre s'étaient arrêtés dans son épaisseur et avaient déjà produit autour d'eux un commencement d'opacité. On pratiqua des deux côtés l'excision de la conjonctive et l'on retira autant qu'on le put les corps étrangers engagés dans la sclérotique, et ceux que renfermait la cornée à droite. Des compresses d'eau de roses furent appliquées sur les yeux. Dès les premiers instants après l'opération, le malade cessa, pour ainsi dire, de souffrir ; le lendemain les paupières étaient détuméfiées et s'ouvraient sans peine, le malade supportait très bien la lumière, ne souffrait nullement ; plus d'écoulement ; en un mot l'inflammation avait disparu. Les jours suivants cet état satisfaisant persista complètement et les plaies de la cornée paraissaient en voie de se cicatriser sans déterminer aucune opacité autour d'elles. Malheureusement le malade ayant dû subir l'amputation de l'avant-bras succomba aux suites de cette opération le sixième jour après l'accident.

Un second exemple semblable au précédent par les résultats, s'est présenté à la clinique ces jours derniers chez un ouvrier mineur admis à l'hôpital le 28 décembre. Outre une fracture comminutive de la jambe droite qui fit porter dès le premier jour un pronostic très fâcheux, le blessé avait eu les yeux atteints par l'explosion de la poudre. A gauche la cornée était intacte ; à droite on y voyait deux grains de poudre, l'un du volume d'une petite tête d'épingle, l'autre beaucoup plus petit et presque imperceptible. Des deux côtés la conjonctive était comme tatouée par la poudre. Quoique l'accident ne datât que de sept à huit heures environ, la muqueuse formait déjà chémosis autour de la cornée ; le malade accusait de très vives douleurs et ne pouvait écarter les paupières, qui étaient rouges, tuméfiées et œdémateuses. M. Bonnet procéda immédiatement à l'excision de la conjonctive et à l'extraction des corps étrangers que l'on aperçut dans les sclérotiques et dans la cornée droite. Dès le lendemain matin le malade n'accusait plus de douleur, ouvrait facilement les yeux, et supportait bien la lumière ; les paupières n'étaient plus tuméfiées et toute inflammation avait disparu. Les choses allèrent très bien les jours suivants, et il fut évident que ce second malade aurait parfaitement guéri et conservé la vue intacte sans la coïncidence de la blessure de la jambe, qui l'emporta le 2 janvier, cinq jours après l'accident.

D'après ces deux faits et bon nombre d'autres dans lesquels le traitement ordinaire n'a pas prévenu la perte des yeux, M. Bonnet n'hésite pas à croire que l'excision de la conjonctive est le meilleur moyen qu'on puisse mettre en usage en pareille occurrence. Les deux observations que nous venons de rapporter, quoique incomplètes, sont assez concluantes en faveur de ce procédé pour que nous ayons dû le faire connaître et le livrer à l'appréciation des hommes de l'art. Non seulement ce procédé se recommande comme moyen nouveau appliqué avec succès à la cure d'une affection grave, mais encore par le perfectionnement apporté à son exécution. Sous ce dernier rapport on peut le considérer comme une nouvelle et heureuse application de quelques-uns des procédés opératoires dont la strabotomie a démontré l'innocuité ; et, ce qui n'est pas le moindre des avantages dus aux progrès récents de la chirurgie que d'avoir facilité et simplifié, comme l'a fait M. Bonnet, des opérations difficiles telles que l'extraction du cristallin, celle des corps étrangers venus du dehors, et, en dernier lieu, l'excision de la conjonctive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Duval lit un rapport snr un mémoire de M. Talma, chirurgien-dentiste de Bruxelles, relatif à quelques affections douloureuses de la tête, provoquées par des maladies organiques et principalement par l'exostose de la racine des dents.

Conclusions : Remercîments à l'auteur ; renvoyer son Mémoire au comité de publications ; inscrire son nom au rang des candidats au titre de correspondant

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

— *M. Voisin* lit un travail sur l'idiotie, dans lequel il expose le programme qu'il se propose de suivre dans la nouvelle organisation adoptée par le Conseil des hôpitaux dans la section des idiots de Bicêtre.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Virey, Londe, Cornac, Réveillé-Parise et Dubois (d'Amiens).

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Torsion des artères. — *M. Thierry* adresse une réclamation de priorité sur M. Amussat, en faisant valoir les motifs suivants :

Le 28 avril 1829, il a soutenu la proposition suivante dans une composition écrite de concours des hôpitaux : « On n'a jamais observé d'écoulement de sang après l'arrachement des membres ; les artères sont insensibles ; on évite chez les animaux tout écoulement de sang en arrachant les artères, après leur avoir fait éprouver un léger mouvement de torsion ; pourrait-on se servir de ce moyen ? »

Depuis cette époque, et avant le 1er juin, il a fait des expériences sur les animaux vivants.

Pâte arsenicale contre les cancers. — *M. Souberbielle* écrit que depuis soixante ans il emploie avec succès la pâte arsenicale de frère Côme, son parent et son ami, contre les cancers siégeant principalement au nez et aux lèvres.

Rapports de la structure intime avec la capacité fonctionnelle des poumons dans les deux sexes et à divers âges. — *M. Bourgery* lit sur ce sujet un mémoire dont voici les conclusions :

1° Toutes circonstances égales d'ailleurs, la respiration, par rapport à l'ensemble de l'organisme, est d'autant plus puissante que le sujet est plus jeune et plus mince. Aucune autre condition de force ou de santé inaltérable ne supplée à la jeunesse.

2° La respiration virile est, pour un même âge, le double en volume de la respiration féminine ; différence fondamentale et qui suffirait à expliquer la supériorité des actes vitaux de l'organisme de l'homme sur celui de la femme.

3° La plénitude de la respiration dans les deux sexes, appartient à l'âge de 30 ans, qui correspond avec le complet développement de l'appareil capillaire aérien du poumon.

Chez les sujets bien constitués, le chiffre de la respiration forcée, à cet âge, est, dans l'homme, de 2 litres 50 à 4 litres 30, et, dans la femme, de 1 litre 10 à 2 litres 20. Le jeune garçon de 15 respire 2 litres, et le vieillard de 80 1 litre 35. Ainsi donc, sous le rapport de la respiration, l'homme fort de 30 ans représente également,

ou 2 hommes faibles,
ou 2 garçons de 15 ans,
ou 2 femmes fortes,
ou 4 femmes faibles,
ou 4 garçons de 7 ans,
ou 4 vieillards de 85 ans,

La femme forte de 30 ans représente,

ou 1 homme faible,
on 1 garçon de 15 ans,
ou 2 femmes faibles,
ou 2 garçons de 7 ans,
ou 2 vieillards de 85 ans.

4° Le volume d'air dont un individu a besoin pour une respiration ordinaire, augmente graduellement avec l'âge. Les rapports entre les âges de 7, 15, 30 et 80 ans sont géométriques, et représentés par les nombres 1, 2, 4, 8. L'adulte parfait respire habituellement le quadruple du jeune enfant, et le double de la femme et du garçon de 15 ans. Le vieillard respire le double de l'adulte. L'augmentation progressive, ou le besoin d'un plus grand volume d'air, n'exprime que la diminution d'énergie de l'hématose pulmonaire ; c'est-à-dire que cette faculté relative décroît de l'enfance au vieillard dans un rapport représenté par les nombres fractionnels inverses du premier 1, 1/2, 1/4, 1/8.

5° Dans la respiration forcée, la capacité aérienne, ou la perméabilité du poumon à l'air, présente deux périodes ; l'une ascendante, de l'enfance à 30 ans ; l'autre descendante, de 30 ans à la vieillesse. Sur l'ensemble, la respiration se triple en 23 ans, dans la jeunesse, et augmente de 1/9e chaque année. Dans l'âge mûr, elle diminue en 20 ans de 1/5e ou 1/100e pour chaque année. De 50 à 60 ans elle décroît seulement en dix années aussi de 1/5e, ou 1/50e pour chaque année. Dans la vieillesse, de 60 à 80 ans, elle tombe encore de près de moitié en 20 ans, ou 1/20e pour chaque année.

6° La faculté respiratoire s'use d'elle-même par la déchirure capillaire de canaux aériens et sanguins, improprement nommée l'*emphysème des poumons ;* cette déchirure accompagne plus ou moins, mais inévitablement, tous les grands efforts respiratoires. Quoiqu'elle semble l'usure sénile du poumon, elle commence néanmoins dès l'enfance, et augmente graduellement avec l'âge, jusqu'à la vieillesse, par la seule réitération des actes fonctionnels. Toutes les maladies du poumon, même passagères, hâtent ce genre de destruction.

7° Le dernier résultat de l'emphysème sénile sans autre maladie, est d'assimiler le poumon caverneux et la respiration mi-partie à sang rouge et noir du vieillard décrépit, au poumon loculaire et à la respiration incomplète du reptile.

Effets de l'arsenic sur les animaux. — *M. Chatin*, professeur agrégé de l'Ecole de pharmacie, envoie une note sur ce sujet, exposant le résultat des expériences qu'il a failes, et dont il tire les conclusions suivantes:

1° L'acide arsénieux est absorhé par les voies respiratoires, comme par l'estomac et les surfaces sous-cutanées.

2° Il est porté dans les organes, mais plus particulièrement dans le foie, et est éliminé par les urines; toutes choses que M. Orfila avait prouvées pour les empoisonnements par les deux aulres modes.

3° L'acide arsénieux est éliminé en des temps qui varient suivant les espèces animales.

4° Chez certains animaux, le premier effet de l'acide arsénieux est d'augmenter l'appétit.

5° Les animaux ne supportent pas tous également celte substance toxique.

6° La différence d'action de l'arsenic ne peut être rapportée seulement au volume des individus, non plus que leur nature carnivore ou végétivore.

7° Les animaux qui supportent le moins l'acide arsénieux, sont aussi ceux qui l'éliminent le plus promptement par les urines.

8° Les faits relatifs à l'espèce humaine, les expériences de M. Orfila sur les carnassiers, celles qui me sont propres sur le même groupe d'animaux, sur les rongeurs et les oiseaux, les communications de MM. Cambessédes, Lassaigne, Renault, Flandin et Danger, elc., relatives aux pachydermes et aux ruminants, conduisent à penser que l'aclion toxique de l'acide arsénieux et son élimination par les urines, sont en raison composée de la perfection du système respiratoire et cérébro-spinal.

9° Enfin la présence de sérosité abondante dans les plèvres d'animaux bien portants avant l'empoisonnement, me semble indiquer ce fait pathologique d'autant plus curieux, que c'est dans la pleurésie que l'arsenic est préconisé comme un remède souverain. Je livre ce rapprochement à l'homœopathie.

Des odeurs. — *De leur nature et de leur action physiologique.* — *M. Aug. Duméril* lit sur ce sujet un Mémoire dont voici les faits principaux :

Les odeurs résultent de la volatilisation des corps; les sensations olfactives naissent du contact des molécules volatilisées avec la membrane pituitaire. Quelle que soit l'origine des émanations odorantes, il y a beaucoup d'influences diverses auxquelles elles sont toutes soumises, et qui modifient singulièrement soit leurs productions même, soit leur propagation. Parmi les agents impondérables, le calorique, la lumière, l'elettricité, favorisent la volatilisation. L'état hygrométrique de l'atmosphère est une condition essentielle de production de certaines odeurs. Après plusieurs autres considérations sur les classifications des odeurs, M. Aug. Duméril est amené à reconnaître que l'olfaction, sans parler de ce qui a lieu dans les cétacées, n'existe, en raison même de son mécanisme, que chez les animaux à respiration aérienne, soit pulmonaire, soit trachéale, et à l'entrée des voies respiratoires; que par conséquent la perception des odeurs est nulle chez les poissons, chez les crustacées et chez les mollusques à branchies.

Anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus; possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. — *M. Amussat* adresse sur ce sujet un memoire dont voici les conclusions :

1° L'anatomie pathologique, en indiquant la véritable disposition des tumeurs fibreuses développées dans l'utérus, m'a conduit à une opération qu'on n'avait pas osé entreprendre jusqu'alors.

2° Cette opération, que j'ai pratiquée deux fois avec succès, n'est ni aussi difficile, ni aussi dangereuse qu'on l'avait pensé, bien qu'on soit obligé d'aller chercher une tumeur au milieu des tissus de l'utérus.

3° Les règles du procédé opératoire sont très simples, et peuvent être tracées facilement. Par le mouvement de rotation imprimé à la tumeur au moyen des pinces de Museux placées successivement les unes au-dessus des aulres, on abrège beaucoup l'opération. Ce procédé trouvera son application dans les cas de polypes volumineux et de tumeurs renfermées dans l'utérus ou descendues dans le vagin.

4° Si l'on veut tenter d'extirper les tumeurs plus grosses que celles qui peuvent passer par la vulve, il faudra les diviser incomplètement en deux moitiés latérales, au lieu de les enlever par tranches transversales ou autrement.

5° Si la tumeur était trop grosse ou trop dure pour sortir par la vulve, on pourrait peut-être tenter de l'extraire avec quelques chances de succès par une espèce d'opération césarienne.

6° Je crois avoir franchi la limite opératoire qui avait été établie entre les tumeurs fibreuses non péduculées ou interstitielles, c'est-à-dire renfermées dans les parois de l'utérus, et j'espère que l'extirpation des tumeurs de cette dernière espèce, ne tardera pas à être généralement admise dans la science et dans la pratique chirurgicales.

7° Enfin, pour se préparer convenablement à faire cette nouvelle opération, il faut observer avec soin des dessins, des pièces d'anatomie pathologique surtout, et étudier tout ce qui se rapporte à ce sujet important.

Candidatures. — *M. Gerdy* écrit pour annoncer sa candidature à la place laissée vacante par la mort de Larrey.

M. Rayer écrit qu'il se désiste de sa candidature dans la section de médecine, et annonce qu'il sollicitera les suffrages de l'Académie pour la place vacante dans la section d'agriculture et d'économie rurale.

FAITS DIVERS.

Altération particulière des reins chez les nouveau-nés ictériques; par M. le docteur Cless, de Stuttgard,

M. Cless, se trouvant à Paris en 1838, eut l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants-Trouvés, une altération remarquable et assez constante des reins chez les nouveau-nés morts à la suite d'ictère. En continuant ses recherches sur ce point, de nouvelles observations vinrent confirmer les premières qu'il avait faites, et démontrer la constance de cette altération.

Si l'on incise les reins, qui d'ailleurs ne présentent rien d'anormal, on trouve, dit-il, les mamelons finement injectés de matières jaune-rougeâtre, dans l'étendue de deux à trois millimètres vers les pyramides. A l'œil nu, et mieux encore à l'œil armé d'une loupe, on remarque que tous les tubes urinifères sont remplis de cette matière à leur point de terminaison dans les mamelons. Si l'on comprime ces derniers, on fait sortir de leurs nombreuses ouvertures cette substance qui se montre sous l'aspect d'une poudre très ténue, d'une couleur jaune claire, ressemblant assez bien au pollen des végétaux dans un état de très grande division. Une pression, même légère, exercée sur une papille, suffit pour la vider entièrement. Dans tous les cas observés par l'auteur, les papilles contenaient une quantité plus ou moins grande de ce liquide jaune, dont il existait aussi des traces dans les calices et dans les bassinets. Par une macération de ces reins ainsi altérés, dans l'eau ou dans l'alcool, on voit, dans l'espace de vingt-quatre heures, l'injection jaune-rougeâtre disparaître dans toutes les papilles découvertes.

En recourant à l'aide d'une lentille douée d'un grand pouvoir amplifiant, M. Cless a bien pu constater la ténuité des granules qui constituent cette poussière particulière; mais il lui a été impossible de reconnaître si ces mêmes granules possèdent une configuration spéciale et bien déterminée, cristalline ou autre. Du reste, pour cette investigation spéciale, il ne s'est pas servi du microscope. Le seul résultat auquel il fut possible d'arriver avec la petite quantité de poussière que l'auteur parvint à extraire de deux reins (3 centigrammes environ), fut la constation de son insolubilité complète dans l'eau et dans l'alcool à toutes les températures.

Malgré son impuissance à déterminer si cette substance est organique ou saline, M. Cless incline à voir en elle un précipité déposé par l'urine pendant son passage de la substance rénale dans les calices; il croit en outre à l'existence préalable d'une altération particulière de l'urine chez les nouveau-nés ictériques; mais à la chimie seule est réservée la solution des questions de cet ordre.

(*Medicinisches Correspondenz Blatt*; T. IX, n° 15.)

Production particulière d'une odeur fétide pendant le travail de la digestion; observation publiée par M. le docteur Fleckles, médecin des eaux de Carlsbard.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, d'une forte sonstitution, et qui avait toujours été bien portant jusqu'à sa quarantième année, fut atteint, en 1834, d'une pléthore abdominale qui s'annonça par des engorgements du foie et de la rate, par des flatuosités, des aigreurs, de la constipation, des symptômes d'hypochondrie et des douleurs hémorrhoïdales.

De tous ces accidents, celui qui tourmentait le plus le malade, dont la position était d'ailleurs très heureuse, c'était l'exhalation d'une odeur fétide par tous les points du corps, une ou deux heures après le repas, l'exhalation arrivait aussi plus tard.

Le malade s'astreignit à des soins extraordinaires de propreté. Il essaya les médicamenls les plus variés, mais sans aucun succès, et il finit par se décider à aller prendre les eaux de Carlsbard.

M. Fleckles fut consulté et pensa que ce symptôme si désagréable était en rapport intime avec les troubles des fonctions abdominales, dont la date remontait déjà à plusieurs années. Il prescrivit l'usage en boissons et en bains de l'eau de la source du Sprudel, et il le fit continuer pendant huit semaines, à la dose de six à huit verres par jour.

L'état resta le même pendant ce traitement, et encore pendant quatre mois après. Ce ne fut qu'à cette dernière époque qu'il survint un flux hémorrhoïdal dont l'apparition fut salutaire et fit diminuer le mal. Enfin, le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle l'incommodité dont il s'agit disparut entièrement : il consolida son rétablissement en faisant succéder à une vie jusqu'alors sédentaire, des voyages fréquents.

(*Allgemeine medicinische Central-Zeitung.*)

Chronique et Nouvelles.

Qui de nous, bons et simples habitants de Paris, dans une belle journée d'été, et alors que les soucieuses affaires de notre profession nous donnent l'espoir de quelques heures de liberté, ne rompt, au moins une fois l'an, avec les paisibles habitudes du ménage, et n'accompagne sa famille ou un ami dans un de ces lieux que, par antiphrase assurément, on nomme *restaurants*? Il est fort à craindre que la découverte que vient de faire un membre du conseil de salubrité de la Seine ne rende quelques-uns de nous un peu moins empressés pour cette innocente distraction. En effet, vers la barrière du Combat, et non loin de Montfaucon, on rapporte qu'il existe un grand établissement où se fabriquent les *potages* et les sauces qui se consomment dans la plupart des restaurants de Paris. Ces aliments s'y prépareraient, devinez avec quoi? — Avec de la viande de cheval? — Non; elle a un autre usage, et ce serait trop dispendieux. C'est avec la peau des animaux les plus immondes, des vieux chiens, des vieux chats dont l'enveloppe cutanée ne peut avoir aucune utilité industrielle; c'est — le dégoût nous en prend seulement d'y penser — avec des rats que ces abominables cuisiniers feraient leurs consommés. La chose est assurée par un homme digne de foi, et la spéculation aurait été si bonne qu'une concurrence se serait elevée depuis peu dans la plaine de Grenelle, sans doute pour la consommation de la rive gauche.

La même personne, chargée d'inspecter quelques charcuteries suspectes, aurait trouvé des côtelettes de chien panées offertes aux consommateurs en guise de côtelettes de porc. La chair à saucisse, et ce qu'on nomme à Paris *fromoge d'Italie*, aurait présenté le plus bizarre et le plus dégoûtant assemblage de viandes d'animaux très peu en estime auprès des gourmets.

Ces faits auraient été signalés au préfet de police, qui, dans l'absence de lois et d'ordonnances qui défendent d'une manière formelle et qui punissent la vente des viandes de chien, de chat et de rat, se trouverait embarrassé pour mettre un terme à ce scandaleux et ignoble commerce.

— M. Coste, par autorisation spéciale du ministre de l'instruction publique, ouvrira, au Collége de France, le vendredi 3 février prochain, à une heure précise, son cours d'embryogénie comparée, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Il traitera plus spécialement, cette année, du développement des organes.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 12, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 27 JANVIER.

Maladies régnantes.

On observe dans ce moment-ci dans les hôpitaux un assez grand nombre de maladies éruptives, des varioles, des scarlatines, des rougeoles, des érysipèles. Ces derniers s'observent plus particulièrement dans les services de chirurgie, comme complication des plaies et des opérations. Si nous joignons à ces affections les fièvres typhoïdes, dont on voit un assez grand nombre de cas, mais avec un caractère, en général, assez benin, nous aurons à peu près, en gros, l'ensemble des maladies qui sont actuellement les plus communes. Empressons-nous d'ajouter qu'il n'y a, ni dans la coexistence et la fréquence relative de ces maladies, ni dans leur physionomie, rien qui révèle l'existence d'une épidémie. Mais on sera frappé, sans doute, rien qu'en songeant à la saison dans laquelle nous sommes, de voir que les maladies prédominantes sont justement celles qui, dans l'état ordinaire, sont le moins fréquentes en hiver. Mais si l'on s'arrête aussi un instant sur le caractère particulièrement et insolitement tempéré de la saison actuelle, on s'expliquera plus facilement cette sorte d'anomalie plus apparente que réelle, dans le caractère des maladies régnantes. Nous nous bornerons, pour l'instant, à signaler ce fait sans en étudier les rapports et sans en rechercher la signification par rapport à la doctrine des maladies saisonnières. Nous allons seulement grouper dans une série d'articles quelques exemples de chacune des maladies que nous venons de signaler, après quoi nous reviendrons sur l'ensemble de ces faits et sur les caractères particuliers et communs qne leur analyse nous permettra d'apercevoir. Nous commencerons par rapporter quelques cas de variole, dont quelques-uns se sont terminés d'une manière funeste.

Première observation. — *Variole confluente. Eruption irrégulière. Symptômes d'adynamie. Mort.*

Au n° 4 de la salle Sainte-Agnès (Hôtel-Dieu), est un malade âgé de vingt-trois ans, d'une constitution faible, d'une santé habituellement mauvaise. Il est entré à l'hôpital affecté de variole. Ce malade assure avoir non-seulement été vacciné, mais avoir eu en même temps une maladie éruptive tout-à-fait semblable à celle qu'il a actuellement. Il était assez bien portant lorsqu'il fut pris, le 30 décembre dernier, de courbature, de céphalalgie, de malaise général, d'inappétence, en un mot, de tous les symptômes précurseurs de l'éruption variolique. Trois jours après (le 2 janvier) l'éruption se manifesta avec ses caractères ordinaires, et ce fut alors que le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

L'éruption ne marcha pas d'une manière régulière. Le malade éprouva en outre quelques symptômes graves; il rendit à la fois du sang avec les selles; ses gencives devinrent saignantes, et il eut en même temps de légères épistaxis. Les pustules, au lieu de contenir une sérosité puriforme, comme à l'ordinaire, contenaient du sang presque pur, qui évidemment était exhalé par les capillaires de la peau. Il y avait, en un mot, chez ce malade, une tendance particulière aux hémorrhagies passives ou atoniques; car le rectum, les gencives, les narines et la peau tout à la fois, en étaient le siége.

La face était peu tuméfiée; on n'y remarquait point cette turgescence des tissus cutanés qu'on remarque ordinairement chez les varioleux; de sorte qu'à ne s'en rapporter qu'à ce seul caractère, l'éruption ne paraissait pas précisément de mauvaise nature; mais en considérant les pustules varioliques, qui étaient petites, affaissées, molles, entourées d'une auréole violette, au lieu d'être saillantes, dures, résistantes au toucher, et entourées d'une auréole d'un rouge vif, comme elles sont habituellement. En tenant compte de l'état du pouls, qui était petit, dépressible; de l'état de la bouche et de la langue, qui étaient sèches; des lèvres et des dents, recouvertes du sang desséché qui provenait des gencives; si l'on considérait enfin que l'éruption présentait des caractères tout à fait irréguliers et insolites, que le malade était sous l'influence d'hémorrhagies passives, on voyait facilement que l'on avait affaire à une maladie très grave, et qui laissait peu de chances de soustraire ce malade à une terminaison funeste.

On prescrivit les boissons aromatiques chaudes, telles qu'infusion de camomille ou de menthe avec du jus de citron, dans le but de favoriser le travail de l'éruption et d'arrêter le *molimen* hémorrhagique. On joignit dans le même but, à ce moyen, une boisson avec l'acétate d'ammoniaque, et des frictions sur la peau avec l'eau-de-vie camphrée chaude, des vésicatoires aux jambes, et des sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

Ces moyens furent employés pendant deux jours sans résultat. Les symptômes graves que nous avons énumérés n'ayant fait que s'accroître, le malade succomba le 6 janvier.

L'autopsie a montré dans le tube intestinal des mucosités sanguinolentes noirâtres qui en occupaient presque toute l'étendue. Le sang avait une couleur plus naturelle dans le duodénum; il était au contraire altéré et comme digéré dans la partie inférieure du canal intestinal.

Les reins étaient un peu plus rouges qu'à l'état normal, et on voyait de petites ecchymoses autour des calices.

Les poumons étaient un peu engoués; on remarquait à leur base du sang épanché, comme on en observe dans les cas d'apoplexie pulmonaire.

Le larynx offrait à l'intérieur, dans toute son étendue, une couleur violacée piquetée çà et là de petits points blancs.

Telles étaient les seules lésions importantes qu'il fût possible de constater. On ne trouva rien qui annonçât la préexistence d'une maladie chronique ou de quelque affection organique ancienne. La seule circonstance, autre que la constitution, qui put rendre raison de l'irrégularité de l'éruption variolique et de la forme adynamique de la maladie et de sa terminaison fatale, c'est l'état de détérioration et de faiblesse générale du sujet au moment où il avait été pris de la variole.

Deuxième observation. — *Variole confluente. Inflammation extrêmement intense de la peau. Délire calme, sympathique. Etat inflammatoire sub-aigu du tube digestif. Mort.*

Au n° 4 de la même salle, est un malade affecté d'une variole confluente. Il nous a assuré avoir été vacciné; il rappelle même quelques particularités relatives à sa vaccination. Cependant, ayant bien examiné ses bras, nous ne lui avons trouvé aucune trace de vaccine, de sorte que nous conservons quelques doutes à cet égard.

Quoi qu'il en soit, il y a huit jours, dit-il, qu'il est tombé malade. On ne peut avoir de renseignements précis sur l'origine de sa maladie, savoir: si elle s'est déclarée spontanément ou par communication.

Lors de son entrée à l'hôpital (le 19 décembre) l'éruption était déjà très prononcée; mais elle faisait encore des progrès considérables.

Le 20, presque tout le corps était recouvert de petites pustules coniques, dures et extrêmement rapprochées. C'est à la figure surtout que ces caractères graves étaient très prononcés. La face était déjà considérablement tuméfiée; pourtant on ne voyait point de pustules dans la cavité buccale ni dans la gorge. La fièvre n'était que d'une médiocre intensité. L'intelligence avait paru jusque là saine; les réponses étaient nettes et précises. Cependant, quoiqu'il nous parût, la veille encore, conserver toute l'intégrité de son jugement, nous apprîmes qu'il s'était levé pendant la nuit, et qu'on avait été obligé de le remettre de force dans son lit.

Ce matin il était, en effet, un peu agité; il paraît avoir eu un délire assez prononcé pendant la nuit; bien qu'il répondît avec beaucoup de calme et d'exactitude aux questions qu'on lui adressait, on pouvait remarquer cependant que ce calme n'était pas naturel et qu'il existait un trouble réel dans les fonctions cérébrales. Le malade paraissait être dans cet état de délire calme que l'on peut appeler *délire raisonnant.*

A ce signe s'en joignait un autre non moins grave. Le malade, qui jusque là avait demandé à satisfaire ses besoins, a laché involontairement ses urines et ses selles dans son lit. (Il avait depuis quelques jours une diarrhée abondante.)

Le délire et ces déjections involontaires dès le début de la maladie, étaient du plus fâcheux augure et un signe presque certain d'une terminaison funeste. En présence d'un état aussi grave, le traitement était embarrassant.

Le malade avait été saigné dès le début de la maladie, et l'on avait rempli en cela une indication rationnelle, à raison de l'état d'orgasme et de surexcitation considérable de la peau. Mais dans la période à laquelle la maladie était parvenue; il n'était plus possible de songer à réitérer la saignée. La peau était trop irritée déjà pour qu'on pût songer à employer les révulsifs cutanés. D'ailleurs, le délire qui aurait pu paraître indiquer l'emploi de ces moyens, n'était qu'un phénomène sympathique de l'état d'orgasme de la peau, et point un symptôme d'altération cérébrale. D'un autre côté, les révulsifs sur le canal intestinal étaient contre-indiqués par la diarrhée qui existait et qui révélait un état sub-aigu du tube digestif. Les antispasmodiques et les toniques ne paraissaient pas davantage indiqués. De sorte qu'on se trouvait en définitive borné à l'expectation et à l'observation des soins hygiéniques.

Le 22, le délire continuait avec cette apparence de calme que nous avons signalée les jours précédents. Les symptômes s'aggravant, le malade succomba soudainement quelques instants après la visite, huit jours après le début de la maladie.

Des raisons particulières ont empêché de faire l'ouverture du cadavre. Au reste, la maladie étant connue dans sa première période, l'autopsie n'eût probablement rien présenté de remarquable. Le malade a dû succomber à la force et à l'étendue de l'inflammation cutanée, et à la perturbation profonde du système nerveux qui en a été la suite.

Troisième observation. — *Variole compliquée de miliaire et de scarlatine.*

Un malade coucbé au n° 16 de la même salle, a présenté une variole qui a été remarquable par sa complication.

Il s'agit d'un jeune bomme de vingt et quelques années, qui, arrivé au dixième jour d'une variole bénigne déjà en voie de dessiccation, nous présente une éruption miliaire sur presque toute la surface du corps, mais très abondante surtout sur la poitrine et sur le dos. Outre cette éruption, on observe encore sur le corps de ce malade quelques points rouges qui porteraient à croire qu'il y a là-dessous une autre éruption imminente, telle qu'une scarlatine, par exemple, ou une rougeole. Il n'est pas encore possible de déterminer le caractère de cette éruption; cependant, la miliaire ne se compliquant que très rarement avec l'éruption rubéoleuse, tandis qne cette complication se montre, au contraire, assez souvent avec la scarlatine, il paraît plus probable que ce sera à cette dernière éruption que l'on aura affaire.

L'examen de la bouche vient d'ailleurs à l'appui de cette dernière opinion. On trouve, en effet, dans cette cavité, de la rougeur à la voûte palatine et au voile du palais; on y voit aussi quelques fausses membranes commençantes. Enfin la rougeur du corps est ponctuée et régulière, telle qu'on l'observe habituellement dans la scarlatine. En somme, tout porte à croire, jusqu'à présent, qu'il y a chez ce malade une affection scarlatineuse commençante, compliquée d'éruption miliaire, de sorte que l'éruption miliaire ne serait pas ici la maladie principale, mais bien une affection accessoire compliquant l'éruption scarlatineuse.

L'état général n'offrait d'ailleurs rien encore d'alarmant, malgré la gravité réelle dont s'accompagne ordinairement la complication en question. Le pouls était large, d'une fréquence médiocre (96), la peau moite.

On a prescrit pour tout traitement l'administration de boissons émollientes et légèrement béchiques (tisane de violette miellée, dans le but d'entretenir une légère diaphorèse, et en même temps la liberté du ventre; gargarisme émollient pour favoriser la chute des fausses membranes et la résolution de la phlegmasie buccale.

Les jours suivants, l'éruption miliaire disparaît en quelques points et persiste dans d'autres. La rougeur scarlatineuse n'a point fait de progrès; l'état général est le même.

Le 10 décembre, dix-huitième jour de la maladie et le cinq ou sixième jour de l'éruption miliaire, celle-ci est en pleine desquammation dans quelques points du dos et de la poitrine, mais elle persiste dans d'autres parties, et principalement à la région hypogastrique et entre les deux épaules, où elle se montre très confluente. Les vésicules miliaires sont aplaties, faciles à déchirer lorsqu'on passe le doigt dessus. L'éruption en elle-même paraît n'avoir rien de sérieux, mais l'intérieur de la bouche présente toujours des stries muqueuses brunâtres, avec des mucosités filantes brunes, qui pendent du haut du palais. Ce malade offre, en outre, une sorte d'indifférence et de paresse pour se débarrasser de ces mucosités, qui doivent nécessairement l'incommoder, et donner lieu à une sensation désagréable. Cette sorte d'apathie, jointe au mauvais état de la bouche, est un assez mauvais signe, qui paraît indiquer une altération de l'organisme assez profonde.

Toutefois cet état, qui a paru grave un instant, n'a pas tardé à s'améliorer d'une manière sensible. Après s'être maintenu ainsi pendant trois ou quatre jours, il y a eu une amélioration notable et rapide dans tous les symptômes. Le 14, le pouls était revenu à l'état normal; la chaleur de la peau était tout à fait naturelle; l'éruption miliaire était en pleine desquammation; la bouche se débarrassait des mucosités de mauvaise nature qui l'avaient embarrassée jusque-là; son aspect devenait de plus en plus naturel; enfin le malade s'était relevé de cet état d'abattement et d'apathie qui avait donné un instant des craintes sérieuses.

Quant à l'éruption varioleuse, elle était depuis long-temps complétement desséchée; le malade est donc en pleine convalescence, et à la veille d'un rétablissement très probablement complet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Considérations sur les grossesses gemellaires, à l'occasion de deux cas récents d'accouchements de jumeaux à la Clinique. (Premier article.)

Deux accouchements de jumeaux ont eu lieu à quelques heures de distance dans notre service. Six autres ont été presque à la même époque observés à l'hospice de la Maternité. Ces

coïncidences pourront vous donner lieu de supposer que les grossesses multiples sont fréquentes; il n'en est pas ainsi cependant : dans l'espèce humaine, de même que dans les autres espèces animales chez lesquelles l'utérus est uniloculaire, cet organe ne reçoit en général, après la conception, qu'un seul œuf à la fois ; la gestation est donc ordinairement simple. Il n'est cependant pas rare que plusieurs œufs fécondés ensemble soient transportés dans l'utérus et s'y développent ; dans ce cas, la gestation est multiple, c'est-à-dire double, triple, quadruple, ou même quintuple : cette dernière nous paraît représenter la limite extrême de la grossesse multiple dans l'espèce humaine. La grossesse double est infiniment plus commune que les autres espèces de grossesse multiple ; les résultats suivants donneront une idée assez exacte de leur fréquence comparative.

Sur 484,350 accouchements dont les observations ont été recueillies en Allemagne, en Angleterre et en France, 6,330 accouchements multiples ont eu lieu, c'est-à-dire un accouchement multiple sur environ 76 accouchements. Parmi ces accouchements multiples, on a noté 6,248 accouchements doubles, 78 accouchements triples, et 4 accouchements quadruples ; d'où l'on peut conclure que le rapport des accouchements doubles aux autres accouchements est à peu près de 1 à 78, celui des accouchements triples de 1 à 6,209, et enfin celui des accouchements quadruples de 1 à 121,082. Si cependant, au lieu d'établir les proportions qui précèdent sur l'ensemble des faits observés dans les trois contrées que nous avons indiquées, nous les recherchons séparément dans les faits qui appartiennent à chacune d'elles en particulier, nous trouvons les résultats qui suivent : Dans la Grande-Bretagne, les grossesses doubles seraient aux autres dans le rapport de 1 à 63 environ, les grossesses triples dans celui de 1 à 4,311, et les grossesses quadruples dans celui de 1 à 77,613 ; en Allemagne, le rapport des grossesses doubles aux autres serait comme 1 à 84, celui des grossesses triples comme 1 à 7,182, et celui des grossesses quadruples comme 1 à 125,693 ; en France, enfin, le rapport des grossesses doubles aux autres grossesses serait comme 1 à 92 environ, et celui des grossesses triples comme 1 à 11,105 ; en sorte qu'il est permis de conclure, ce nous semble, des résultats comparatifs qui précèdent, que les conditions organiques qui favorisent les conceptions multiples sont plus communes dans la Grande-Bretagne qu'en France et en Allemagne, et qu'elles sont plus communes encore dans cette dernière contrée que dans la nôtre. Nous ajouterons que si les calculs de M. Collins sont exacts, le nombre des grossesses multiples serait proportionnellement plus considérable en Irlande qu'en Ecosse et en Angleterre. Ainsi l'Irlande aurait, suivant l'expression de M. Kennedy, une assez grande supériorité de puissance prolifique sur ses deux voisines.

Parmi les accouchements gémellaires que vous avez récemment observés dans notre clinique, et ceux qui ont eu lieu à la même époque à l'hospice de la Maternité, et que je vous ai signalés, il en est un qui a été suivi de la mort de la femme accouchée ; cette circonstance malheureuse nous a permis de reconnaître que dans ce cas les deux produits fécondés avaient été fournis par le même ovaire, l'existence de deux corps jaunes sur cet organe ne laissait aucun doute à cet égard. Il est peu probable qu'il en soit toujours ainsi ; mais je suppose néanmoins que ce cas est le plus commun ; j'ai pu faire voir aux élèves de la clinique, il n'y a pas long-temps encore, la réunion de deux corps jaunes sur l'un des ovaires d'une femme qui avait succombé dans notre service après y être accouchée de deux enfants, et je sais que mon collègue, M. Danyau, possède une pièce semblable, et de laquelle il résulte que la fécondation des deux ovules avait eu lieu dans le même ovaire. Je vous rappellerai enfin que la femme qui a succombé dans notre clinique y avait donné naissance à deux enfants de sexe différents ; ce qui démentirait positivement, si cela était nécessaire encore, l'ancienne opinion qui attribuait les germes mâles à l'ovaire droit, et les germes femelles à l'ovaire gauche. Je ne quitterai pas ce sujet sans vous signaler une autre circonstance. Lorsqu'il y a peu de jours je vous ai fait voir un corps jaune sur l'ovaire d'une femme qui avait succombé à la suite d'un accouchement simple, vous avez dû remarquer que ce corps jaune était placé sur le bord convexe et libre de l'ovaire, où se développent en effet les vésicules préparées à une fécondation prochaine ; il n'en était pas ainsi des deux corps jaunes réunis sur le même ovaire, l'un occupait une partie du bord libre de cet organe, mais l'autre était placé à sa base et très près de son adhérence au ligament large.

Les jumeaux qui sont nés dans notre service étaient renfermés chacun dans une poche membraneuse particulière, et celle-ci était composée de tous les éléments qui lui appartiennent dans les cas de grossesse simple, il en résulte que la cloison formée par l'adossement des deux sacs membraneux étaient composée de six feuillets, savoir : deux membranes caduques, deux chorions et deux amnios ; il est vrai que les feuillets de la membrane caduque compris dans cette cloison étaient peu apparents ; mais ils l'étaient assez néanmoins pour qu'il ne fût pas possible d'en contester l'existence. Cette disposition des deux poches membraneuses dans les cas de grossesse gémellaire, est assurément la plus commune ; cependant elle n'est pas constante : quelquefois, en effet, un seul chorion et une seule membrane caduque placée en dehors de celui-ci, enveloppent deux sacs amniotiques distincts et adossés ; de telle sorte que chaque fœtus a son amnios qui lui est propre, mais avec un chorion et un épichorion communs. Ajoutons, enfin, qu'une troisième disposition peut encore s'offrir ; c'est celle d'une poche unique pour les deux fœtus.

En général, les placentas de jumeaux sont confondus et paraissent ne former qu'un seul organe, et c'est ainsi qu'ils se sont présentés dans la plupart des faits que je vous ai signalés ; il n'est cependant pas rare qu'ils soient séparés, et c'est précisément ce qui a eu lieu dans l'un des cas que vous avez observés à la Clinique, et il en est résulté que l'expulsion de l'un des délivres s'est opérée avant la naissance du second enfant et même avant la rupture de ses membranes. Je profiterai encore de cette occasion pour vous rappeler, et même pour vous démontrer que la réunion des deux masses placentaires, quand elle a lieu, n'implique pas une communauté de circulation comme on serait tenté de le croire, et il suffit du moindre examen des placentas de jumeaux que je vous présente ici pour vous en convaincre. (M. Dubois met en ce moment sous les yeux de son auditoire, une masse placentaire injectée avec de l'encre par l'un des cordons ; une moitié de cette masse est remarquable par sa teinte noire foncée, et l'autre par sa couleur rouge ordinaire.)

Les deux femmes accouchées de jumeaux dans notre service ont eu, l'une deux enfants du même sexe, et l'autre deux enfans de sexes différents, et parmi les femmes accouchées aussi de jumeaux à l'hospice de la Maternité, trois sont dans le cas de la première et trois dans le cas de la seconde. Ces résultats, remarquables par leur similarité, ne sont cependant pas ceux qu'on observe communément, et l'on se tromperait si l'on en tirait une conclusion logique. En effet, les naissances de jumeaux de sexes différents sont moins fréquentes que celles de jumeaux de même sexe. Ainsi, sur 456 accouchements de jumeaux indiqués par M. Churchill, dens un *Manuel d'accouchement* récemment publié en Angleterre, 277 fois les enfants ont été du même sexe, et 177 fois de sexes différents. Une circonstance assez remarquable de cette dernière statistique, c'est qu'elle établirait que le nombre des enfants du sexe féminin serait prédominant dans les grossesses gémellaires. Je ne crois cependant pas qu'il en soit généralement ainsi, et il me paraît bien probable qu'il en est des grossesses multiples, sous ce rapport, comme des grossesses simples, et que pour démontrer la prédominance ordinaire du sexe mâle, il ne manque à la statistique que j'ai mentionnée que d'être basée sur un chiffre beaucoup plus élevé.

Les grossesses gémellaires sont-elles plus communes chez les femmes primipares, ou au contraire chez celles qui ont déjà eu des enfants ? Cette question ne saurait être résolue que par l'observation d'un grand nombre de faits : Des deux femmes accouchées à la Clinique, l'une était primipare, l'autre multipare, et il y avait également partage parmi les six femmes accouchées presque en même temps de jumeaux a la Maternité. Ces résultats, ainsi que vous allez le reconnaître, ne sont pas ceux qu'on observe ordinairement ; sur 240 cas d'accouchements gémellaires qui ont eu lieu à l'hôpital des femmes en couches de Dublin, et qui ont été indiqués par M. Collins, 72 étaient primipares et 168 avaient eu déjà un ou plusieurs enfants. Cette différence est trop remarquable pour qu'on puisse la regarder comme exceptionnelle.

Lorsque les deux femmes qui sont accouchées dans notre service se sont présentées à la salle des accouchements, leur aspect seul nous a fait soupçonner qu'elles étaient enceintes de deux enfants, et nous avons été conduits à cette supposition par le développement considérable que l'abdomen offrait chez elles. Cette circonstance nous a déterminés à chercher plus tard, à l'aide de l'auscultation, les battements du cœur des deux fœtus ; nous les avons trouvés, en effet, chez l'une d'elles. Les deux phénomènes qui nous ont éclairés, savoir : le développement de l'abdomen et la double circulation fœtale, sont, en effet, ceux qui, dans la plupart des cas, font d'abord soupçonner, puis reconnaître les grossesses gémellaires. Il s'en faut de beaucoup néanmoins que ce soient les seules circonstances que les accoucheurs fassent concourir au diagnostic et sur lesquelles leur attention se soit arrêtée, aussi ne m'en tiendrai-je pas à la seule indication de ces signes ; je veux, au contraire examiner la valeur des différents caractères que l'on a assignés aux grossesses multiples, ce sont : le développement considérable de l'abdomen, l'existence d'une dépression longitudinale moyenne, dirigée de haut en bas dans le sens de la ligne blanche ; la sensation éprouvée par la mère de mouvements tumultueux en plusieurs points du ventre à la fois, la difficulté de produire le mouvement de ballottement, la sensation par la main de l'accoucheur et à travers les parois abdominales, de plusieurs fœtus contenus dans la cavité utérine, l'extension du souffle utérin sur une large surface, enfin l'audition de doubles battements en deux points différents et éloignés l'un de l'autre.

Il est vrai que chez les femmes enceintes de plusieurs enfants l'abdomen est généralement plus développé, plus étendu sur les côtés et proportionnellement moins saillant en avant que dans le cas d'une grossesse simple ; il est vrai aussi que dans les grossesses multiples l'abdomen semble parfois partagé en deux moitiés latérales par un sillon longitudinal médian peu profond ; mais cette double circonstance se remarque assez souvent dans des cas tout à fait étrangers au sujet qui nous occupe, et particulièrement lorsque l'utérus contient une grande quantité de liquide amniotique, ou un fœtus très volumineux avec une grande quantité d'eau proportionnelle. Aussi un diagnostic qui se fonderait sur ces signes, et à plus forte raison sur le développement seul du ventre, comme cela arrive assez souvent, serait-il très sujet à erreur. La sensation des mouvements du fœtus, éprouvée par la mère dans plusieurs points de l'abdomen à la fois, est certainement un des phénomènes propres à la grossesse gémellaire, mais il n'a qu'une médiocre importance dans le diagnostic, parce qu'il n'appartient pas exclusivement à la grossesse multiple, les mouvements d'un seul enfant dans l'utérus pouvant produire assez souvent la même sensation, et je serais bien trompé si, dans notre service, vous n'en aviez eu déjà plusieurs fois la preuve.

La difficulté d'imprimer au fœtus qui se présente un mouvement étendu de ballottement, bien qu'il semble contenu dans une cavité utérine très développée, a été regardée par quelques accoucheurs, et par Baudelocque en particulier, comme un signe assez probant de grossesse gémellaire. On ne saurait contester la justesse de la remarque de Baudelocque à cet égard, mais la condition qu'il signale, bien que réelle, n'est pas constante, et sa constatation n'en est pas aussi facile et surtout aussi claire et aussi probante qu'il paraît le croire.

Quant à la sensation par la main de l'accoucheur et à travers les parois abdominales de plusieurs fœtus contenus dans la cavité utérine, cette circonstance est malheureusement exceptionnelle ; les parois abdominales sont ordinairement assez tendues dans les grossesses gémellaires pour n'être que difficilement ou douloureusement déprimés par la main, et, d'un autre côté, il est beaucoup moins facile qu'on ne le pense généralement de distinguer avec certitude les diverses régions du fœtus à travers les parois de l'abdomen et de l'utérus, et je rappellerai à cette occasion combien de fois j'ai fait remarquer à plusieurs d'entre vous à quel point l'extrémité pelvienne du tronc fœtal offre par sa rondeur et sa résistance à travers les parois qui la séparent de la main, les caractères apparents de l'extrémité céphalique : ce signe ne me paraît pas, en conséquence, avoir une grande valeur.

Depuis que l'auscultation a été appliquée à l'étude de certaines parties de la science obstétricale, on s'en est servi dans le diagnostic de la grossesse gémellaire, et elle lui a fourni, ainsi que je le dirai dans un instant, ses lumières les plus précieuses. On a pensé que l'audition du souffle utérin, de même que celle des doubles battements, pourrait éclairer ce diagnostic. M. Hohl, en particulier, a cru que l'extension du souffle sur une surface très étendue des parois utérines, et plus de sonorité et de rudesse, pouvaient être regardées comme des signes d'une grossesse multiple. Cette opinion n'est pas fondée. Sans doute le souffle utérin doit être plus étendu et plus sonore que dans la plupart des grossesses simples ; mais il en est de même lorsque l'utérus est développé par une grande quantité de liquide, c'est-à-dire, dans les cas même qui sous ce rapport offrent le plus d'analogie avec la grossesse gémellaire ; aussi le signe indiqué par M. Hohl a-t-il été considéré avec raison, per les meilleurs observateurs, comme peu utile au diagnostic des grossesses multiples. Il n'en est pas de même de l'audition des doubles battements ; les prévisions exprimées par M. de Kergaradec, dans son Mémoire sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse, et avant même qu'il pût être éclairé par l'expérience, ont été complètement justifiées, et des observations aujourd'hui très nombreuses ont prouvé en effet que les doubles battements entendus sur des points différents de l'utérus et avec la même intensité, révèlent la présence de plusieurs fœtus dans cet organe.

Dans un travail fort intéressant sur ce sujet, M. Naegèle fils a fait observer que l'un de ces bruits est ordinairement entendu d'un côté et en bas, et l'autre du côté opposé et en haut, quelleque soit d'ailleurs la situation des enfants. Je reviendrai plus tard sur ce dernier point ; je ferai seulement remarquer que chez une des femmes accouchées dans notre service, les bruits du cœur ont été entendus, comme l'indique M. Nacycle, bien que les fœtus soient nés ensuite en présentant l'extrémité pelvienne. Une particularité également digne d'attention, c'est que ces bruits sont assez souvent isochrones ; mais plus souvent, il est vrai, ils offrent quelque différence dans leur rhythme ; l'isochronisme existait presque dans le cas que vous avez observé. Je n'abandonnerai pas ce sujet sans y ajouter quelques réflexions. Quoiqu'il soit exact de dire que les bruits des deux cœurs peuvent être entendus dans la plupart des cas, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne le sont pas toujours ; et j'ai cru moi-même autrefois, me fondant sur des observations insuffisantes, que les doubles battements d'un seul cœur étaient ordinairement entendus dans les grossesses de jumeaux. Je vous rappellerai qu'il en a été ainsi dans l'un des cas qui se sont offerts à votre observation, la situation respective des enfants, l'extrême développement de l'utérus expliquent assez l'absence possible de l'un de ces bruits.

Je ne saurais m'empêcher de vous faire observer encore que l'audition des doubles battements en deux points différents de l'abdomen, ne prouve l'existence de jumeaux qu'autant que ces bruits sont entendus sur ces deux points avec une égale intensité ; en effet, les doubles battements du cœur d'un seul fœtus retentissent assez loin quand ils sont énergiques, pour que l'oreille en soit frappée en des points assez éloignés les uns des autres, mais ils n'ont pas en ces divers points la même intensité. La possibilité de ce fait trompeur a cependant assez frappé un excellent observateur, M. Kennedy, pour qu'il ait cru devoir ajouter une autre condition à celle de l'audition de doubles battements distincts et séparés ; c'est leur défaut d'isochronisme. Je dois dire enfin, que dans les grossesses gémellaires, de même que dans tous les autres cas où l'auscultation est employée pour constater la présence d'un fœtus par l'audition des bruits du cœur, ce mode d'investigation ne peut avoir de succès qu'autant que le fœtus est vivant. Il n'éclairera donc pas toujours le diagnostic des grossesses multiples, car nous dirons plus tard que la mort de l'un des fœtus dans ces cas est malheureusement une circonstance assez souvent observée.

Dans les cas de trijumeaux, l'auscultation peut-elle éclairer le diagnostic ? M. Hohl assure que l'auscultation n'apprend rien dans ces cas, et il croit qu'elle cesse d'être utile au diagnostic lorsque l'utérus renferme plus de deux enfants ; pour ma part, je n'ai sur ce point aucune expérience personnelle ; M. Velpeau croit, au contraire, que l'auscultation peut apprendre s'il y a plus de deux enfants dans l'utérus. La comparaison qu'il emploie, des battements de plusieurs montres avec ceux du cœur de plusieurs fœtus, me fait penser qu'il s'est un peu éloigné dans l'opinion qu'il exprime à cet égard, de la sévérité habituelle de son jugement, et qu'il a plutôt résolu cette question *à priori* qu'il ne l'a fait en se fondant sur l'observation. Mettez deux montres ensemble, dit-il, on peut en distinguer les battements ; quand il y en a trois, cela n'est plus possible. Je ne pense pas que l'analogie soit exacte, ni d'ail-

leurs applicable aux cas qui nous occupent; l'oreille peut être frappée par le bruit de trois montres à la fois parce qu'elles en peuvent être fort rapprochées, mais je ne pense pas qu'il lui soit possible de l'être simultanément par les doubles battements du cœur de trois fœtus. M. Kennedy cite à cette occasion les expériences qu'il a faites sur des femelles d'animaux en état de gestation, pour savoir jusqu'à quel point on peut entendre et distinguer les battements du cœur de plusieurs fœtus, et il assure y être parvenu avec assez de facilité; mais il fait remarquer que la situation de ces fœtus dans les cornes utérines se prête beaucoup mieux aux résultats qu'il a obtenus, que celle de plusieurs fœtus dans une matrice uniloculaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Suite de la séance du mois d'août 1842. — Présidence de M. LESAGE.

M. Bossion lit une note dans laquelle il expose les remarques qu'il a faites d'un grand nombre de fièvres typhoïdes qu'il a eues à soigner récemment. Trente-quatre individus affectés de cette maladie épidémique étaient très jeunes, et n'avaient pas atteint vingt-huit ans; un seul avait trente-six ans. Tous ont été traités par les purgatifs, et ont guéri sous l'influence de ce traitement. M. Bossion a employé l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz ou l'eau de Pulna. Dans les cas graves il faisait appliquer un cataplasme de farine de lin sur le ventre, et donnait des quarts de lavements émollients réitérés quatre et six fois en vingt-quatre heures; les boissons étaient délayantes. Dans les cas très graves, il employait du chlorure d'oxyde de sodium à l'extérieur sur les cataplasmes. Enfin, dans les fièvres compliquées d'une grande prostration, il faisait prendre du bouillon et du vin; les évacuations sanguines étaient réservées pour les cas aigus. Sur trente-trois malades, douze ont été saignés ou ont eu des sangsues.

M. Legros pense qu'il est fort difficile de formuler un traitement dans les fièvres typhoïdes; il croit aux bienfaits de la médecine expectante. M. Bouillaud croit, il est vrai, guérir la fièvre typhoïde par les saignées coup sur coup, mais M. Legros avoue qu'il n'a pas osé suivre cette méthode, et n'a pas osé non plus administrer le sulfate de quinine à fortes doses, suivant la formule de M. Blache. A l'Hôtel-Dieu annexe, la forme qui prédominait chez les femmes qu'il a observées, était adynamique et putride; le camphre et le quinquina ont paru particulièrement réussir.

M. Blattin a vu de très bons effets obtenus en pareil cas par l'emploi de l'acétate d'ammoniaque; le médicament agit surtout en modifiant d'une manière remarquable l'intensité de la fièvre.

M. Lagasquie déplore la division et l'incertitude qui règnent parmi les médecins à l'égard du traitement de la maladie dont il s'agit. Dernièrement, au sein d'une autre société médicale, il a entendu un confrère qui s'était jadis montré opposé à la méthode de M Bouilland, en vanter les résultats après avoir suivi pendant deux ou trois mois la clinique de ce professeur. M. Bossion, au contraire, se loue de l'usage des purgatifs. Une pareille confusion vient surtout, suivant M. Lagasquie, de ce qu'on n'agit pas sur une maladie identique. Aujourd'hui, en effet, pour la plupart des praticiens, toutes les fièvres continues s'appellent des fièvres typhoïdes; or, il est évident que ces fièvres comprennent des états morbides différents. M. Lagasquie voudrait donc qu'on s'attachât à bien déterminer les espèces, et à distinguer ce qui constitue réellement la fièvre typhoïde d'avec ce qui ne mérite pas ce nom.

M. Lagasquie se demande si la fièvre typhoïde, dont les exemples sont si multipliés de nos jours, ne serait pas une maladie nouvelle. Il pense, en effet, avec beaucoup d'autres auteurs, tels que Sydenham, Huxham, etc., que par suite des changements de toute sorte qui s'opèrent incessamment dans l'état social, il peut surgir au sein des populations des maladies nouvelles. En serait-il ainsi de la fièvre typhoïde? Son origine coïnciderait-elle, par hasard, avec l'introduction de la vaccine? Et dans ce cas, ajoute M. Lagasquie, ne pourrait-on pas se demander, en se plaçant au point de vue hypothétique, si la dothinentérie, qui a bien toutes les apparences d'une variole intestinale, ne serait pas produite par le refoulement de la variole vers la surface de l'intestin. Cependant, M. Lagasquie se rappelle qu'il existe des descriptions de fièvre typhoïde ou d'affections qui se rapprochaient, antérieures à la vaccine. La maladie qui a été décrite par Rœderer et Wogler, par exemple, ressemble beaucoup à la fièvre typhoïde. Alors l'hypothèse tomberait d'elle-même; aussi M. Lagasquie croit-il qu'il serait important de s'assurer si, en effet, entre les maladies anciennes qu'on regarde comme des fièvres typhoïdes et la fièvre typhoïde d'aujourd'hui, la ressemblance est parfaite.

M. Lagasquie termine ces considérations en insistant sur la nécessité de bien s'entendre sur les caractères essentiels de la fièvre typhoïde; sans cela toutes les statistiques dont cette maladie est l'objet sont sans valeur, et l'on reste, relativement au traitement, dans un vague désespérant.

M. Collomb pense comme M. Lagasquie, qu'il y a confusion au sujet de la maladie à laquelle on donne le nom de fièvre typhoïde. Pour lui, il voit deux choses distinctes, savoir la dothinentérie, et l'état adynamique de Pinel. Ce sont là deux maladies différentes et qu'on a confondues. Or ces deux états réclament des traitements différents. Dans le premier cas, on peut employer les purgatifs; dans le second, le quinquina. Toutefois, M. Collomb reconnaît qu'en général dans la pratique on est ramené à la médecine des symptômes.

M. Bossion est bien d'avis qu'on peut modifier le traitement suivant les symptômes. Cependant il lui semble que les saignées doivent ôter au malade les forces nécessaires pour supporter une maladie de longue durée.

M. Lozes rapporte l'observation suivante : Une dame qu'il a accouchée plusieurs fois, a été prise, à la suite de son dernier accouchement, d'une variole confluente, quoi qu'elle eût été vaccinée. Elle guérit très bien de la variole. Dernièrement cette dame se sentit indisposée; elle avait de la fièvre, et un état de prostration. M. Lozes se borna à une médecine expectante; mais cédant bientôt aux sollicitations de sa famille; il lui donna une bouteille d'eau de Sedlitz. La moitié étant prise, quatorze selles eurent lieu. On se félicitait déjà du succès de ce moyen, lorsque le soir on l'appela en toute hâte, et il trouva à la malade la figure violacée, les membres refroidis, des vomissements et des déjections alvines de matières semblables à de l'eau de riz. Enfin, sauf la suppression d'urine, elle semblait avoir une attaque de choléra-morbus; elle resta vingt-six heures dans cet état; après quoi tout est rentré dans l'ordre, à part un point de côté qui a cédé à une application de sangsues. Est-ce à l'eau de Sedlitz qu'il faut attribuer ces accidents? ajoute M. Lozes. Quant à la malade, elle est persuadée qu'elle a été empoisonnée par suite d'une erreur.

M. Bourrière, pharmacien, regarde comme très possible une substitution de médicament. Une dame, arrivée de Bruxelles à Paris, avait acheté avant son départ de Belgique deux paquets de sel de Sedlitz; elle voulut en faire usage à son arrivée, et elle éprouva les mêmes accidents que la malade de M. Lozes. M. Bourrière reconnut que le médicament était de l'acide oxalique, au lieu de sel de Sedlitz.

M. Lesage, pharmacien, a de la peine à croire qu'il y ait eu erreur, l'acide oxalique est d'une saveur extrêmement âcre; il aurait été rejeté immédiatement par le vomissement. Toutefois, il se souvient que le même accident est arrivé à Alger, et a donné lieu à un empoisonnement mortel.

M. Lozes se rappelle que le pharmacien n'ayant pas d'eau de Sedlitz, donna 8 gros de sel de Sedlitz. La malade n'avala que la moitié de la dose, le reste du médicament n'a pas été retrouvé; on n'a pu rien constater.

M. Vée, pharmacien, rapporte qu'une erreur a eu lieu de la part d'un pharmacien anglais. Il croit qu'on peut avaler un médicament plus ou moins mauvais au goût; car on s'attend toujours, quand on se purge, à une saveur plus ou moins désagréable.

M. Legros ne croit pas qu'il soit nécessaire de supposer une erreur de médicament. Les accidents éprouvés ci-dessus sont ceux d'une superpurgation arrivant chez une femme impressionable. Lui-même a eu une superpurgation par la prise d'une seule pilule de Bontius.

M. Bossion a vu les mêmes effets produits par une demi-once de manne.

M. Lesage a vu qu'un homme avait été purgé abondamment avec 10 grammes d'huile de ricin.

M. Lozes remarque que l'huile de ricin purge très bien à petites doses.

M. Vée. A l'époque où l'huile de ricin a été introduite en France il y a quinze ans, on la prescrivait toujours à petites doses.

M. Lagasquie. Il faut toujours consulter le degré de tolérance de chaque individu, d'après son impressionnabilité, pour employer la saignée, comme les purgatifs, afin de bien apprécier dans quelle mesure et à quelle dose on peut appliquer à chacun ces différents moyens.

M. Blattin a eu occasion de voir un certain nombre d'hémorrhagies dont le siége a été variable, à l'estomac, aux intestins, à l'utérus. Il demande si la constitution amosphérique est un élément prédisposant à ce genre d'accident.

MM. Legros et Collomb pensent que la chaleur peut avoir été la cause déterminante de ces divers écoulements sanguins.

Séance du 6 septembre 1842.

A propos de la lecture du procès-verbal, où il est question de la fièvre typhoïde, M. Belhomme fait observer que dans cette maladie on ne tient pas assez compte du trouble du système nerveux; il croit qu'en général on néglige trop l'appréciation de son désordre; il a remarqué que l'emploi du camphre modifie heureusement les phénomènes cérébraux et l'éréthisme qui compliquent si souvent ces fièvres. Il administre ce médicament à la dose de 2 grammes par jour dans deux demi-lavements.

M. Legros se livre à des considérations intéressantes sur l'introduction des corps étrangers dans la vessie. Les gazes formés dans cet organe sortent très facilement par l'urètre; un liquide s'introduit difficilement dans cet organe par le canal; les corps solides ont plus de tendance à sortir du canal qu'à s'y introduire, et la preuve, c'est qu'il faut fixer une bougie dans l'urètre, sinon elle sort presque immédiatement. On explique facilement cette difficulté d'introduction par la contraction des bulbo-caverneux qui, sentinelles vigilantes, se raidissent contre l'action d'un corps étranger qui veut les franchir.

M. Ségalas pense qu'il faut se hâter d'extraire les corps étrangers soit de l'urètre soit de la vessie, afin qu'ils ne puissent pas s'encroûter de sels calcaires; on empêche aussi l'irritation qui est toujours produite par le séjour d'un corps qui agit sur la sensibilité de ces organes.

Séance du 4 octobre 1842.

M. Benet communique le fait d'une dame âgée de quarante-six ans, qui avait une affection ancienne d'estomac; elle fut visitée et traitée par trois médecins; l'un d'eux ne voyait qu'une gastrite et les deux autres une affection pylorique. Cette dame a succombé à une affection cérébrale aiguë. L'autopsie a démontré un épaississement de la muqueuse stomacale et une tuméfaction évidente de la valvule pylorique. Cependant l'ouverture du pylore avait conservé sa grandeur naturelle; elle avait 27 millimètres de diamètre, l'épaisseur de la tuméfaction était de 8 millimètres. M. Benet reconnaît par cette inspection une inflammation de la valvule et non un commencement de cancer.

M. Belhomme raconte comment cette dame a été amenée dans son établissement. Elle était dans la Maison de Santé de M. Dubois, et son délire était tellement violent qu'on fut obligé de la placer dans un asile consacré aux aliénés; elle présentait tous les signes d'une méningo-encéphalite. Bientôt des signes de paralysie se déclarèrent, surtout du côté gauche du corps; la respiration s'embarrassa et elle succomba assez promptement.

A l'autopsie, on trouva des lésions graves occupant la partie moyenne du cerveau, et l'estomac, ayant été examiné, on trouva, comme l'annonce M. Benet, la muqueuse de l'estomac fort épaissie et parsemée de marbrures noirâtres. L'ouverture pylorique était tuméfiée et cependant était assez large pour laisser pénétrer le doigt; mais en coupant avec le scalpel les parties endurcies, on entendait distinctement un cri particulier qui est caractéristique et dénotait le premier degré du squirrhe.

M. Félix Legros voit dans le fait quelque chose d'obscur; l'ouverture pylorique n'était point égale, et l'on ne pouvait par l'inspection juger du rétrécisssement, et d'ailleurs, ajoute-t-il, tout en ne voulant pas trancher la question du squirrhe, le bruit qu'a fait le scalpel, lui paraît mériter quelque confiance pour l'appréciation de la nature du mal.

M. Blattin lit l'observation d'une thyroïdite aiguë. Une domestique, âgée de trente ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours été bien réglée. Il y a six mois, à la suite d'une suppression dont elle ne peut indiquer la cause, elle fut prise d'étouffements, de palpitations, d'aigreurs d'estomac et de tous les signes d'une gastro-entérite sub-aiguë; elle fut saignée à l'époque où les règles auraient pu paraître. Les accidents diminuèrent, mais peu après se montra une chlorose des plus intenses, bruit de souffle dans les artères, palpitations violentes, faiblesse extrême, spasmes, perte de connaissance, et enfin quelques signes de fièvre typhoïde, qui ne durèrent que quinze jours environ. Les règles vinrent un mois après, elles furent abondantes, et depuis se sont montrées régulièrement, suivies de flueurs blanches, qui durèrent environ une huitaine de jours. Les ferrugineux, les bains froids, les dérivatifs sur la peau et le régime furent employés successivement.

Le 2 octobre, les règles vinrent abondamment, sans être précédées, comme de coutume, de gastralgie et d'aigreur. Le 4, elles se supprimèrent; leur durée habituelle est de six jours.

Immédiatement la glande thyroïde, qui, il y a six mois, au début de la chlorose, avait acquis le volume d'une noix et de la dureté, mais qui était peu à peu revenue à l'état normal, se gonfle, devient dure, tendue, sensible à la moindre pression; elle avait alors le volume et la forme arrondie d'une orange, et produit une sensation de strangulation très pénible. La malade a une céphalalgie très vive, les pupilles dilatées, de la faiblesse, de l'oppression, des spasmes; le pouls est fort, mais régulier. M. Blattin fit appliquer des cataplasmes de farine de graine de lin; pédiluves sinapisés; infusion légère de safran, avec addition d'un gramme d'acétate d'ammoniaque; 15 sangsues à l'anus; diète.

M. Blattin rapportera à la Société les effets du traitement.

M. Selme présente a quelques considérations sur le goître, qu'il regarde comme le résultat d'une inflammation chronique que favorise le climat et surtout l'hérédité. Il a observé beaucoup de goîtreux à Clermont, où cette affection est très fréquente. La malade qu'il a observée a eu des parents goîtreux; elle a les mâchoires larges et les ailes du nez relevées, comme on l'observe chez les scrofuleux.

M. Gaide ne croit pas qu'il y ait inflammation de la glande thyroïde chez les goîtreux; c'est une affection très complexe que le goître, et qui a beaucoup d'analogie avec le gonflement de l'ovaire.

M. Blattin ne voit pas d'analogie entre le goître et l'ovarite; il croit fermement à l'inflammation sub-aiguë. Il a eu occasion de faire un certain nombre d'autopsies de glandes thyroïdes, et il a constamment trouvé des traces d'inflammation.

M. Lagasquie ne croit pas à l'inflammation, et ce qui tendrait à le faire croire, c'est qu'ordinairement on emploie le traitement stimulant avec succès contre cette affection.

M. Belhomme. Dans les tumeurs blanches anciennes, il n'y a pas de signes d'inflammation, et cependant on les traite par les sangsues et les cataplasmes. Il y a, comme le dit Broussais, une inflammation chronique qui cède aux antiphlogistiques.

M. Gaide rappelle le traitement de M. Lisfranc, qui couvre les tumeurs blanches anciennes de sangsues et de vésicatoires.

M. Benet. M. Lisfranc commence par faire exécuter la compression du genou, avant d'employer le traitement précité.

M. Toirac, à propos des tumeurs blanches, rappelle que M. Velpeau fait des injections d'iode dans la capsule articulaire pour guérir les hydarthroses.

M. Benet. Dans l'Inde, les médecins anglais pratiquent depuis vingt-cinq ans une injection de teinture d'iode dans la tunique vaginale, pour guérir l'hydrocèle.

Séance du 8 novembre 1842.

M. Bonnassis a observé des attaques d'éclampsie survenues chez une jeune femme primipare, à huit mois de gestation. Après un léger repas, elle fut prise de douleurs de tête et d'envies de vomir; l'accès se déclare peu à peu, le visage se colore en noir, et une abondante écume sort de la bouche. Le mari, fort effrayé, ne savait que faire, et attendit pendant deux heures le médecin. Celui-ci pratiqua une saignée sans succès; une potion avec eau de laurier cerise et oxyde de zinc fut administrée; les convulsions persistèrent; la malade fut touchée, et l'on s'aperçut de la dilatation du col de la matrice par la poche des eaux qui se perça trois heures après. On put alors distinguer la tête de l'enfant qui était dans la première position; le col était flasque. M. Bonnasis fit une seconde saignée, et fit mettre la malade dans un bain tiède; bientôt les douleurs expulsives se terminèrent; la dilatation s'opéra graduellement, et l'accouchement allait se terminer, lorsqu'une nouvelle attaque survint. M Bonnassis n'hésita pas à appliquer le forceps, et l'enfant fut extrait. Après l'accouchement, les accès se succédèrent encore avec violence, et M. Bonnassis commençait à s'inquiéter de tout ce qui arrivait; il fit appliquer les sangsues derrières les oreilles. A mesure que le sang coulait, les phénomènes de l'éclampsie diminuèrent, et bientôt disparurent entièrement. M. Bonnassis fait observer qu'une grande quantité de meconium s'échappa avant la terminaison de l'accouchement. Ce qui l'étonna beaucoup.

M. Benet pense que l'accouchement aurait pu se terminer sans l'application du forceps, et a observé les mêmes phénomènes chez une femme qui est accouchée très heureusement.

M. Félix Legros trouve que la conduite de M. Bonnassis est parfaitement rationnelle; que l'expectation en présence de l'éclampsie, qui est une maladie toujours très grave pour la femme, le plus souvent mortelle pour l'enfant, serait plus qu'une hérésie médicale. Que la surexcitation nerveuse soit cause ou effet de cette espèce d'épilepsie utérine, il faut la faire cesser à tout prix, et que les meilleurs moyens pour y arriver sont les bains, les saignées, la version, et mieux encore l'application du forceps..

M. Gaide aurait employé le seigle ergoté, le col de la matrice n'étant pas rigide.

M. Bonnassis fait observer que M. Gardien ne prescrit le seigle ergoté que lorsque la tête est déjà dans l'excavation du bassin.

M. Bonnassis cite un autre fait : Il y a trois jours qu'il fut appelé auprès d'une dame mariée depuis peu, âgée de vingt ans, mal réglée. Après un repas peu copieux, elle éprouva un malaise général, et bientôt tomba dans un état comateux : la bouche était inondée d'écume; les pupilles étaient dilatées, surtout à gauche; la paupière de l'œil droit était flasque et recouvrait en partie le globe oculaire; le pouls était mou et faible : la malade n'avait pas prononcé une seule parole depuis son accident. M. Bonnassis se décida à pratiquer une saignée. Le sang se coagula promptement, et était couenneux; la malade put alors articuler quelques mots. Une deuxième saignée fut pratiquée peu après la première; des sangsues furent appliquées au col; des sinapismes furent mis à la plante des pieds; ingestion d'un liquide mêlé de calomélas. La malade succomba pendant la nuit. M. Bonnassis ne pût obtenir l'autopsie; il demande quelle est la maladie qui a déterminé la mort.

M. Lagasquie pense que c'est une apoplexie foudroyante.

M. Lesage rappelle à la Société les accidents déjà signalés par M. Vée par la vapeur cantharidée qui s'exhale de l'onguent à vésicatoire dans sa préparation. Ces jours derniers, un jeune élève en pharmacie faisait une forte masse cantharidée, lorsqu'il se plaignit de forts picotements des yeux, et bientôt se développèrent des douleurs atroces aux paupières. M. Benet fut appelé vingt-quatre heures après. Les accidents avaient disparu par des lotions d'eau froide. Ce moyen lui avait déjà réussi parfaitement lors d'un accident semblable dont il avait été lui-même le sujet.

M. Vée a remaqué que les accidents étaient fréquents lorsqu'on fait chauffer les graisses cantharridées sans eau. Une première fois on avait appliqué des sangsues pour combattre ces accidents; mais depuis il a remarqué que l'eau froide suffisait.

M. Toirac demande combien il faut de temps pour éprouver du soulagement par cette application d'eau froide.

MM. Lesage et *Vée* Immédiatement après.

Séance du 6 décembre 1842.

M. Gaide fait un rapport sur les travaux de M. Richelot, qui a demandé à faire partie de la Société du Temple. Il examine très succinctement les traductions des œuvres de Cooper et de John Hunter, qui présentent des annotations faites par l'auteur.

Le rapporteur conclut à l'admission de M. Richelot.

Ce médecin est admis à l'unanimité des suffrages.

— *M. Lagasquie* fait un rapport verbal sur un travail de M. Desrivière, intitulé : Réflexions sur la peste. Après avoir fait ressortir tout ce que peut renfermer d'intéressant cette monographie, le rapporteur conclut à l'admission de M. Desrivières comme membre résident de la Société. Cette admission est prononcée à l'unanimité.

— *M. Ségalas* a opéré pour la troisième fois de la pierre, par la lithotritie, un homme qui présentait d'abord un calcul assez volumineux. La seconde fois, le malade s'étant aperçu de nouveaux symptômes de la pierre, fut opéré, séance tenante, chez M. Ségalas. La troisième opération a été faite aussi chez l'opérateur. Trois séances ont suffi. Quelle différence, ajoute M. Ségalas, il y a maintenant entre les opérations simples de la lithotritie et l'opération de la taille d'autrefois; les malades n'attendent plus que le calcul soit volumineux, et ils simplifient ainsi l'opération, qui se fait alors très facilement.

L'ordre du jour désigne le renouvellement du bureau pour 1843. Le scrutin est ouvert; sont nommés :

Président,	MM. Toirac.
Vice-président,	Belhomme.
Secrétaire-général,	Louis.
Secrétaire-particulier,	Félix Legros.
Trésorier,	Bertot.

Après la reddition des comptes du trésorier actuel, la séance est levée,

Le secrétaire-général, BELHOMME.

Orchite syphilitique (*Albuginite syphilitique*); par M. RICORD.

M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, a présenté à l'Académie (17 janvier), une pièce d'anatomie pathologique qui offre de l'intérêt, les cas analogues n'ayant pas encore été suffisamment étudiés.

Il s'agit d'une affection syphilitique tertiaire du testicule.

M. Ricord saisit cette occasion pour signaler les différences qui existent entre les diverses maladies réputées vénériennes qui affectent les organes sécréteurs du sperme, et qui dans ces derniers temps avaient été assez généralement confondues sous la dénomination commune de *testicule vénérien*, et considérée dans tous les cas comme la conséquence de l'infection syphilitique.

M. Ricord a rappelé qu'il était important de distinguer deux ordres différents dans les maladies vénériennes du testicule.

Au *premier*, qui ne reconnaît pas le virus syphilitique pour cause, se rapporte l'*épididymite blennorrhagique* due à une propagation de proche en proche de l'inflammation de l'urètre aux voies spermatiques. Maladie sur la nature et le siége de laquelle il ne peut plus y avoir de doute, et dont le nom est juste et rigoureux, attendu que l'*orchite* qui lui succède assez rarement, ainsi bien que l'épanchement dû ou non à l'inflammation de la tunique vaginale, ne sont autre chose que des accidents ou des propagations de la maladie, qu'on est loin d'observer dans le plus grand nombre des cas.

Au deuxième ordre, dépendant de l'affection syphilitique constitutionnelle arrivée à sa troisième période, appartiennent deux formes très distinctes de lésions du testicule. La première est celle dont Astley Cooper a le premier donné une esquisse, et à laquelle on pourrait donner le nom d'*orchite syphilitique* ou d'*albuginite syphilitique*. C'est à cette espèce qu'appartient la pièce d'anatomie pathologique qu'il a soumise au jugement de l'Académie. Le sujet auquel elle avait appartenu avait été atteint d'un chancre induré en 1835. Par suite de traitements irrégulièrement suivis, il avait successivement passé par toutes les phases de la syphilis : chancre induré, roséole, éruption papulo-squammeuse générale, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, éruption croûteuse du cuir chevelu, précédée de douleurs crâniennes nocturnes et névralgiformes ; tous ces accidents s'étaient développés pendant les premiers six mois qui suivirent l'accident primitif. Trois ans plus tard, surgirent des tubercules crustacés, réunis en groupe sur divers points du corps et sur la face, qui furent bientôt suivis de douleurs ostéocopes nocturnes, périostose crânienne, hyperostose des extrémités inférieures des deux radius et de l'extrémité supérieure du cubitus gauche ; et enfin arriva l'engorgement du testicule droit. Cet engorgement n'avait été précédé ni accompagné d'aucune douleur ; il s'était d'abord manifesté par quelques points isolés d'induration qui paraissaient avoir pour siége la tunique albuginée ; ils envahirent de proche en proche la totalité de l'organe qui avait fini par constituer une tumeur homogène non fluctuante, pesante, sans rénitence ni élasticité, et dont le volume était à peu près égal à celui du poing. Dans cette tumeur pyriforme, à grosse extrémité inférieure, sans bosselure, sans adhérence à la peau qui avait conservé sa couleur, il était impossible de distinguer l'épididyme. Le canal déférent, comme dans tous les cas de ce genre non compliqués, n'avait subi aucune altération, et la tunique vaginale, comme on l'observe très ordinairement, n'était le siége d'aucun épanchement. Sous l'influence d'un traitement consistant dans l'usage des pilules de proto-iodure de mercure combiné à la ciguë, dans l'emploi de l'iodure de potassium à doses assez élevées, de la compression méthodique avec les bandelettes de l'emplâtre de Vigo cum mercurio sparadrapé, la tumeur avait graduellement diminué de volume, et dans les cinq derniers mois de la vie du malade, l'organe du côté affecté commençait à être moindre que celui du côté opposé.

Après la résolution, comme cela arrive le plus ordinairement, survenait l'atrophie.

Dans la pièce présentée, on ne reconnaît presque plus la texture testiculaire, les vaisseaux séminifères ont presque complétement disparu. Ils sont remplacés par un tissu d'apparence fibreuse, blanc rosé, criant sous la pointe du bistouri ; et ceux qu'on peut encore détacher çà et là sont courts, plus cassants, et évidemment amincis.

La tunique albuginée, du côté malade, avait doublé d'épaisseur ; l'épididyme et le canal déférent n'étaient le siége d'aucune altération appréciable. Toutes ces conditions pouvaient être parfaitement bien reconnues, en comparaison avec le testicule qui était resté sain. Il y avait donc eu là une altération profonde de l'organe, une sorte d'inflammation plastique tendant à la transformation fibreuse, et susceptible de résolution ou tout au moins d'une sorte de condensation de plus en plus considérable.

La guérison, chez ce malade, ainsi que cela arrive assez souvent, avait été seulement apparente ; c'est-à-dire qu'on avait obtenu une disparition presque complète de l'engorgement ; mais, en réalité, l'organe devait être définitivement perdu.

Il est important d'observer cependant que quand la maladie est traitée de bonne heure, qu'elle se borne à la tunique albuginée, et qu'elle n'a pas encore causé d'altérations trop profondes, on peut espérer d'obtenir la résolution franche sans craindre l'atrophie.

Dans d'autres cas, quand l'organe est affecté dans sa totalité, il est à craindre qu'il ne demeure altéré pour toujours ; il peut alors conserver un certain volume sous l'influence d'une dégénérescence pour ainsi dire cartilagineuse, et même osseuse quelquefois. Ces altérations, par elles-mêmes, ne compromettent jamais la vie du malade. De plus, l'*orchite syphilitique*, à moins de conditions accidentelles et indépendantes de l'affection elle-même, n'arrive jamais à la suppuration.

Quant à la deuxième espèce d'affection du testicule que nous avons signalée, elle ne paraît pas avoir été bien comprise jusqu'ici. On ne la trouve décrite ni dans les traités généraux de chirurgie, ni dans les traités spéciaux de syphilographie. Elle a dû être souvent confondue avec la première espèce dont nous venons de parler. Peut-être aussi, à cause de sa forme de début, de sa marche, de ses terminaisons presque constantes par la suppuration et de sa résistance au traitement mercuriel, on ne l'a pas toujours distinguée des tubercules scrofuleux ou des dégénérescences cancéreuses du testicule.

Cette dernière forme d'affection syphilitique du testicule, sur laquelle M. Ricord appelle l'attention, peut être considérée, d'après lui, comme une des variétés de la tumeur gommeuse, ou nodus du tissu cellulaire du scrotum, du testicule lui-même et de ses annexes.

FAITS DIVERS.

Cas de corps étranger introduit dans les bronches et sorti sans opération ; observation recueillie par M. le docteur WANDESLEBEN, de Stromberg.

Un paysan, âgé de quarante ans, très adonné aux boissons alcooliques, en mangeant un soir de la purée fort épaisse de pommes de terre, fut atteint subitement d'une grande gêne de la respiration. Il se roula d'abord par terre, puis se releva précipitamment pour ouvrir la croisée, en s'écriant que l'air lui manquait. En même temps, il survint une toux violente et continue qui lui laissait à peine la liberté de parler.

Le lendemain, il alla trouver M. Wandesleben, et lui raconta qu'il avait avalé un objet qui avait fini à la longue par descendre plus avant, et qui se trouvait actuellement dans sa poitrine. En effet, il disait éprouver, entre la quatrième et la cinquième côtes, une sensation incessante de picotement ; il était encore très oppressé et toussait beaucoup. Il supposait que ce corps étranger consistait en un morceau de cuiller de bois avec laquelle un avait agité la purée de pommes de terre, parce qu'il avait remarqué qu'il s'était détaché un fragment de cette cuiller.

Le surlendemain de l'accident, il survint de la fièvre, et le malade se trouva forcé de garder le lit. On prescrivit deux saignées, l'usage d'une émulsion nitrée, et un régime approprié.

Le neuvième jour, la toux s'accompagna tout à coup de l'expectoration d'une tasse de pus mêlé d'une petite quantité de sang. Les picotements, d'ailleurs, disparurent après cela ; mais la toux et les crachats purulents persistèrent avec beaucoup de force. La respiration était toujours fréquente et gênée. Il survint des transpirations d'une odeur désagréable ; le pouls se montra fréquent et petit ; les forces diminuèrent, et l'embonpoint se perdit ; les extrémités inférieures s'œdématièrent jusqu'aux genoux.

L'auscultation immédiate pratiquée à cette époque, fit reconnaître l'existence de la pectoriloquie du côté droit de la poitrine, et amena le médecin à diagnostiquer une caverne du volume du poing environ, caverne dans laquelle se trouvait encore contenu le corps étranger, cause première de tous les accidents observés.

Pendant la sixième semaine depuis le début du mal, les forces étaient arrivées à un tel point de prostration, que M. Wandesleben jugea à propos de suspendre l'emploi de la médication antiphlogistique et d'y substituer celui des préparations amères et du quinquina. Ce nouveau traitement exerça une influence salutaire, car le malade commença dès lors à recouvrer l'appétit, mais il garda si peu de modération à l'égard des aliments ingérés, que bientôt il fut pris de pesanteurs d'estomac, de nausées et même de vomissements.

Par suite des efforts faits en vomissant, de violentes douleurs se manifestèrent au côté droit du thorax et à la région sternale ; la respiration redevint gênée, et la toux acquit un tel degré de fréquence qu'elle put faire redouter la suffocation. Dans une des quintes, le malade sentit arriver jusqu'à sa bouche un corps dur : c'était le morceau de bois qui s'était détaché de la cuiller.

A dater de cette époque l'amélioration commença ; la toux, l'expectoration purulente, la fièvre, l'œdème, etc, diminuèrent promptement, et, sans qu'il fût besoin de recourir à l'intervention d'aucun moyen thérapeutique, le malade ne tarda pas à se rétablir complètement. Le morceau de bois offrait une forme irrégulièrement triangulaire, et avait le volume d'une moyenne noisette. (*Medicinische zeitung.*)

Cas de perforation du sternum et du cœur par instrument tranchant ; observation recueillie par M. le docteur J. WEGELER, de Coblentz.

Nous avons donné, dans notre supplément du 15 octobre dernier, une observation de M. Casper relative à un cas de ce genre, et que ce savant professeur considérait comme unique jusqu'alors dans les annales de la médecine judiciaire. Mais le cas suivant présente avec elle une si grande analogie, que son auteur l'a publiée comme en devant faire le pendant.

Un jeune paysan, de Lehmen-sur-Moselle, jaloux d'un de ses camarades, fort et bien portant, se battit avec lui, le renversa en arrière, et lui enfonça un couteau de poche dans la poitrine : le blessé succomba dans l'espace de quelques minutes.

A l'autopsie, on reconnut que la lame du couteau avait pénétré à la profondeur de trois à quatre centimètres, entre la troisième et la quatrième vraies côtes du côté gauche : le coup, dirigé en bas et à droite, avait traversé l'oreillette droite, puis le sternum dont l'épaisseur était d'environ huit millimètres. On put reconnaître la violence du coup à cette particularité que la portion du sternum non traversée était, dans le prolongement de l'axe de la perforation, presque complétement fracturée, et ne tenait plus que par sa surface interne de l'os.

M. Wegeler a conservé cette pièce curieuse d'anatomie pathologique dans son cabinet.

(*Casper's Wochensch. fuer die gesam. Heilkunde.*)

PARIS, — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 31 JANVIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 13, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 30 JANVIER.

Du diagnostic de la pleurésie, et spécialement du souffle bronchique, de l'égophonie et du frémissement vocal dans cette affection.

A voir les publications qui ont été faites tout récemment sur le souffle bronchique dans la pleurésie, et même les réclamations qui ont suivi ces publications, il semble que les notions stéthoscopiques qui, à Paris au moins, ont cours dans la société scientifique, ne sont pas encore suffisamment répandues dans la pratique. C'est ce qui nous engage aujourd'hui à exposer avec quelques développements ces notions, bien que nous soyons persuadés que le plupart de nos lecteurs ne trouveront dans cet exposé rien que leur expérience ne leur ait déjà enseigné. Nous essaierons de dégager, autant que possible, la discussion de toutes les complications théoriques, et de nous borner aux faits palpables et immédiatement applicables au lit du malade.

On a dit depuis long-temps qu'en toute question d'auscultation, Laënnec, malgré les nombreux travaux de ses successeurs, restait le plus souvent le juge suprême; nous devons dire à la louange de ce grand homme que cette proposition est rigoureusement vraie dans la question qui nous occupe, au moins pratiquement parlant.

« Dans les points où l'égophonie a lieu, on obtient souvent le phénomène de la respiratien *trachéale* ou *bronchique.* » Telle était l'opinion de Laënnec touchant les modifications de la respiration dans la pleurésie, ou plutôt dans les épanchements pleurétiques. La grande majorité des médecins a reconnu la justesse de l'observation de Laënnec; et dans l'état actuel de la science, ces paroles sont encore ce que l'on peut dire de plus précis si l'on veut rester dans le vrai. En effet, la respiration bronchique n'existe pas toujours dans la pleurésie, et quand elle existe elle peut n'être que faiblement bronchique, ou, au contraire, avoir le timbre trachéal; c'est tout cela que Laënnec a exprimé dans sa phrase.

Si la respiration bronchique n'existe pas dans tous les cas d'épanchement pleural, il y a donc des conditions particulières nécessaires à sa production. Quelles sont ces conditions? voilà ce qu'il reste à trouver. C'est très probablement à cause de l'impossibilité dans laquelle se sont trouvés MM. Barth et Roger, de rapporter à des conditions déterminées de l'épanchement les cas où l'on entend la respiration bronchique, que ces habiles observateurs ont nié l'existence de ce phénomène dans les pleurésies simples, et l'ont attribué à des complications qui avaient leur siége hors de la plèvre elle-même. Aussi dès que leur livre eût paru, ils furent maintes fois interpellés à ce sujet, et leur excellent esprit ne les a pas permis de rester long-temps dans l'erreur. On leur a plusieurs fois montré des cas de pleurésie dépourvus de toute espèce de complication, et dans lesquels cependant on observait une magnifique respiration bronchique, et nous savons positivement que ces auteurs professent aujourd'hui une opinion opposée à celle qu'ils ont soutenue dans leur ouvrage. Ce n'est donc point dans la présence d'une complication qu'il faut chercher la cause de la respiration bronchique de la pleurésie. Est-il plus exact de la placer, comme l'a fait M. Hirtz, dans l'abondance déterminée de l'épanchement, et faut-il dire avec lui que la respiration tubaire existe *toujours* quand l'épanchement ne remplit pas tout à fait la cavité des plèvres? Nous ne le croyons pas. Si nous ne consultions que notre propre expérience, nous dirions même tout le contraire; car il ne nous est jamais arrivé de trouver un épanchement thoracique complet (et par là nous entendons ceux qui donnent de la matité sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse) sans rencontrer en même temps la respiration plus ou moins bronchique et ordinairement très bronchique. Mais nous craignons d'avoir été servis par le hasard; c'est pourquoi nous ne nous prononcerons pas. Nous ajouterons seulement un complément qui semblerait donner du poids à l'induction que nous pourrions tirer de nos observations, c'est que nous n'avons jamais trouvé le phénomène du souffle bronchique aussi prononcé dans les épanchements incomplets que dans ceux qui occupaient toute la cavité pleurale; nous avons trouvé de plus que l'intensité du souffle était le plus souvent en rapport avec l'abondance du liquide, et nous ne l'avons jamais trouvé lorsque le liquide ne remplissait que le tiers ou moins du tiers de la hauteur de la plèvre. Au reste, on conçoit facilement qu'il doive en être ainsi, en réfléchissant un instant aux conditions nécessaires à la production ou à la transmission (1) de la respiration bronchique. La première condition, c'est l'existence d'un corps bon conducteur du son; le poumon ne devient tel que lorsqu'une modification morbide en a fait un corps solide en expulsant l'air qu'il contient; et dans le cas de pleurésie en particulier, l'air est d'autant mieux expulsé que l'épanchement est plus considérable. On voit donc que physiquement l'abondance de l'épanchement est une des premières conditions pour la production de la respiration bronchique (1) dans la pleurésie. On peut même dire plus généralement que toutes les circonstances qui condenseront le tissu pulmonaire sans obturer les bronches et sans interposer entre le poumon et l'oreille un corps aériforme, donneront lieu à la respiration bronchique. On pourra paraître étonné, d'après cela, qu'on ait observé des cas d'épanchement complet sans souffle tubaire; quoique nous pensions que l'on doive apporter une grande réserve dans l'acceptation de ces faits, il est possible cependant de les concevoir, soit en admettant que les tuyaux bronchiques se trouvent en grande partie oblitérés par une disposition particulière des parties, soit parce que le poumon du côté sain et le médiastin auront cédé assez pour soustraire le poumon du côté malade à une compression suffisante.

Quoi qu'il en soit des explications, les faits restent, et ces faits prouvent que la respiration bronchique est un signe fréquent de pleurésie. Cette respiration bronchique diffère-t-elle de celle de la pneumonie, et peut-elle en être facilement distinguée? Souvent, oui; toujours, non. Sa faiblesse ne permet pas ordinairement de la confondre avec celle plus intense de la pneumonie; rappelons-nous cependant qu'il y a des pneumonies profondes qui ne produisent qu'un faible souffle, tandis que le souffle de la pleurésie peut, ainsi que l'a observé Laënnec, revêtir le caractère trachéal, c'est-à-dire, le degré le plus élevé du caractère bronchique.

Le souffle tubaire de la pleurésie se trouve ordinairement circonscrit à l'étendue de la fosse sous-épineuse, et la gouttière vertébrale correspondante; celui de la pleurésie a le plus souvent un siége différent ou plus étendu; mais on conçoit facilement qu'il puisse n'en pas être toujours ainsi. On peut donc, dans certains cas, conserver des doutes sur la cause du phénomène. Dans ces cas, ce doute sera facilement levé par le secours d'un grand nombre d'auxiliaires, et en particulier par la percussion, l'auscultation de la voix et la palpation. Disons quelques mots des deux derniers de ces trois moyens d'exploration.

L'égophonie, quand elle possède d'une manière tranchée son caractère essentiel, le chevrotement, c'est-à-dire quand elle est réellement l'égophonie, est un phénomène saillant, facile à saisir, et jusqu'à présent pathognomonique d'un épan-

(1) Nous disons *production* ou transmission, parce qu'il y a deux manières de concevoir ce phénomène de la respiration bronchique : ou bien la respiration bronchique existe naturellement, mais ne peut être entendue faute d'avoir un corps bon conducteur pour la transmettre; ou bien, sous l'influence des changements anatomiques que certaines maladies produisent dans le thorax, la respiration naturelle prend le caractère bronchique. La première opinion nous semble à beaucoup près la plus plausible, et une des bonnes raisons qu'entre beaucoup d'autres on peut donner pour l'appuyer, c'est que sur le trajet de la trachée on entend la respiration trachéale dans l'état physiologique : ce qui dépend uniquement de ce que l'auscultation peut se passer de corps conducteur, puisqu'elle se pratique immédiatement sur le lieu où se produit le bruit.

(1) Il ne faudrait pas croire que la condensation du tissu pulmonaire due à l'épanchement fût contrebalancée par l'éloignement du poumon, que le liquide produit également; il suffit, pour éviter cette erreur, de se rappeler les propriétés de condictibilité des liquides.

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE;

Par le docteur Sichel.

Deuxième partie. — *De la cataracte lenticulaire corticale, des caractères qui la distinguent des cataractes lenticulaire, déhiscente et capsulaire, et de l'opération qui lui convient.*

(Suite du n° 4.)

VI. *Marche de la cataracte lenticulaire corticale postérieure.*

Les stries de la surface postérieure, après s'être étendues en différents sens et avoir atteint la circonférence, se recourbent autour du bord du cristallin et apparaissent à la périphérie de sa surface antérieure. Là elles peuvent rester plus ou moins long-temps stationnaires, avant de s'étendre davantage à cette surface dans laquelle, en général, elles surviennent plus tard et marchent plus lentement que dans la substance corticale pustérieure. Plus tard encore elles envahissent la partie centrale de la substance corticale antérieure, et y tracent des figures semblables à celles qu'elles ont affectées à sa surface postérieure, en ayant cependant moins de régularité et en convergeant surtout moins régulièrement et moins constamment vers le centre. Si. à la surface postérieure, elles ont souvent un aspect lisse, luisant, nacré ou jaune-doré qui leur est donné par le reflet jaunâtre du noyau cristallinien, elles sont toujours d'une teinte blanc-grisâtre matte à la surface antérieure. Dans les interstices transparents laissés entre ces stries, on continue de voir celles de la surface postérieure. Plus tard, et quelquefois même avant qu'elles se soient étendues à la surface antérieure, à laquelle, dans quelques cas, elles n'arrivent jamais, les stries de la substance corticale postérieure deviennent plus larges, plus nombreuses et finalement confluentes. Elles forment alors une surface concave et marbrée à taches inégales, sous le rapport de leur forme, de leur dimension et de leur couleur, plus foncées et plus épaisses dans certains endroits et variant du blanc-grisâtre au gris et au jaune; elles sont, en général, plus claires sur leur pourtour où elles paraissent un peu soulevées; souvent elles ont l'aspect d'écailles juxta-posées. Enfin, les couches adjacentes du cristallin prennent une teinte opaline qui devient grisâtre et de plus en plus opaque et foncée et qui finit par envahir toute la lentille, en marchant de sa circonférence vers son noyau. A mesure que cette cataracte se développe, les stries de la substance corticale, enveloppées par la teinte opaline, s'effacent de plus en plus et se confondent avec l'opacité uniforme de tout le cristallin; celles de la surface postérieure disparaissent les premières. Il se forme une cataracte lenticulaire ordinaire, qui en général ne rappelle plus par aucun de ses caractères la cataracte corticale striée. Quelquefois cependant la cataracte, devenue complète, présente encore à sa surface antérieure une ou plusieurs stries corticales. La cataracte lenticulaire complète qui succède à la cataracte corticale est d'une consistance demi-dure, ou, plus souvent encore, demi-molle, d'un volume considérable et d'une forme à peu près sphérique, c'est à-dire peu aplatie sur ses bords. De cette forme résulte, lorsque l'opacité est complète ou presque complète, une vision presque également troublée ou abolie aux différents degrés de la lumière, c'est-à-dire une amélioration peu notable de la vision par le demi-jour, ou la dilatation de la pupille provoquée par l'application locale des narcotiques de la famille des solanées. Ces cataractes, comme demi-molles et exceptionnellement même tout à fait molles, peuvent devenir déhiscentes. On se rappellera que sous le nom de cataractes *demi-molles* nous désignons celles dont le noyau est dur ou assez consistant, de couleur jaune d'ambre, et la substance corticale de consistance molle et de couleur gris clair tirant plus ou moins sur le blanc (ouvrage cité, p. 487), et que nous appelons *demi-dures* celles d'une consistance un peu plus considérable.

VII. *Cataractes corticales antéro-postérieures.*

On voit aussi des cataractes corticales antéro-postérieures, c'est-à-dire, présentant à la fois des opacités aux deux surfaces du cristallin. Alors entre les stries de son plan antérieur il reste des espaces transparents suffisants pour que l'observateur puisse reconnaître celles de sa surface postérieure avec tous leurs caractères particuliers, tels que nous les avons exposés plus haut. Nous avons déjà dit que l'opacité commence d'ordinaire à l'une des surfaces du cristallin, plus souvent à la postérieure, et se propage de celle-ci à l'autre. Lorsque exceptionnellement les deux surfaces paraissent être atteintes simultanément, la postérieure est presque toujours la plus malade, sans doute parce qu'elle l'est depuis plus long-temps. On voit quelquefois l'opacité commencer par de petites stries recourbées autour du bord du corps lenticulaire, placés à cheval sur ce bord et parallèlement entre elles, de manière que celles de la partie inférieure du cristallin présentent leur concavité à l'observateur placé debout devant le malade assis. De là, les stries s'étendent vers le centre des deux surfaces, et plus tard au noyau de la lentille. Cette particularité, en rappelant la configuration des courbes concentriques du cristallin, justifient encore le rapprochement que nous avons fait entre les cataractes corticales et déhiscente partielle. De tout ce que nous avons dit jusqu'ici sur la marche des cataractes corticales et sur leur fréquence, il résulte que la grande majorité des opacités du cristallin envahissent ce corps de dehors en dedans, et de la périphérie vers le milieu, et non pas, comme on le dit d'ordinaire, du centre vers la circonférence, et du noyau vers la superficie.

VIII. *Caractères physiologiques de la cataracte corticale.*

Ils sont en général peu nombreux. Le plus constant de tous est un trouble de la vision qui survient de bonne heure, et qui n'est pas en raison directe de l'opacité apparente. Ce dernier symptôme tient en partie à ce qu'au premier aspect cette espèce de cataracte est facilement méconnue; mais elle trouve une cause plus réelle dans la position et la multiplicité des stries. Qu'on se rappelle seulement le trouble visuel et la fatigue qu'éprouvent les personnes habituées à l'usage des lunettes, lorsque leurs verres sont rayés par le contact de corps durs.

Dans cette espèce de cataracte, la vision est meilleure au demi-jour, et les objets placés latéralement sont mieux perçus dans les seuls cas où les taches occupent le milieu de l'une des surfaces de la lentille. Lorsqu'elles siégent dans la circonférence, et que la vision n'est troublée que parce que son champ, restreint au centre du cristallin, est trop rétréci, la dilatation de la pupille ne met en évidence que la partie obscurcie de cet organe; il est donc naturel que la vision ne s'exerce pas mieux à une lumière modérée qu'à une clarté plus vive. Comme dans toutes les cataractes incomplètes, la réfraction notablement altérée produit des phénomènes qui étonnent et souvent inquiètent les malades. Ainsi ils voient la flamme d'une bougie entourée d'un globe d'une lumière blafarde, formée comme par une vapeur lumineuse et semblable à la lune entourée de nuages. D'autres fois les lumières et même des objets non lumineux, mais brillants, sont vus doubles, multiples ou déformés; à une malade, par exemple, affectée de cataracte corticale postérieure assez avancée, les flammes des bougies apparaissent sous forme de croissant. Les symptômes des mouches volantes (mysodopmie), beaucoup moins constant en général dans les opacités du cristallin qu'on l'indique, est moins fréquent encore dans la cataracte corticale que dans la cataracte commençante ordinaire; ce qui peut paraître étonnant.

IX. *Sur la marche de la cataracte corticale en général, et sur quelques règles d'hygiène oculaire à observer par les malades jusqu'à l'époque de l'opération.*

La cataracte corticale marche en général très lentement et fait la désolation des malades, surtout de ceux de la classe peu aissée, qui sont forcés de vivre au jour le jour du produit de leur travail. La vue, trop faible pour permettre aucun ouvrage nécessitant de l'exactitude et surtout fort troublée de bonne heure par les stries corticales postérieu-

chement liquide dans les plèvres ; mais il est juste d'ajouter qu'ainsi caractérisé, c'est un phénomène rare. L'égophonie, au contraire, en tant que constituée par une voix aiguë, aigre, argentine, est aussi fréquente que la respiration bronchique, à laquelle, comme on l'a dit, elle est intimement liée. Cette différence dans la fréquence du même phénomène, suivant qu'on le considère sous telle ou telle de ses faces, explique en grande partie les divisions qui existent sur la manière de le considérer et même de le sentir. Sans vouloir entrer ici dans des détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, nous dirons ce qui nous paraît être la vérité, et nous remarquerons que, dans ce cas encore, c'est Laënnec qui est arrivé le plus près de l'exactitude. Ce grand observateur a dit que l'égophonie est une voix *superficielle*, et des observateurs postérieurs ont, au contraire, cru devoir lui assigner un caractère tout opposé. Voici comment on doit, selon nous, s'expliquer cette dissidence.

En ce qui concerne l'égophonie vraie, celle avec chevrottement, il nous paraît incontestable que Laënnec a raison ; il nous a toujours semblé que cette variété se faisait entendre immédiatement sous l'oreille ; mais comme c'est là un fait de sensation, quoi qu'il soit assez simple, il peut en être de lui comme des goûts et des couleurs, et nous n'y insisterons pas davantage ; c'est à nos lecteurs à s'assurer de l'impression que le phénomène produira sur eux. Quant à la variété d'égophonie non chevrottante, elle est tantôt superficielle, tantôt profonde, mais pourtant le plus souvent profonde, et en voici la raison. Cette variété fort semblable à la bronchophonie, dont il est souvent impossible de la distinguer, possède tous les caractères de cette dernière lorsqu'elle est faible (et nous avons dit que dans la pleurésie c'était le cas le plus fréquent) elle semble profonde ; lorsqu'elle est forte, elle paraît superficielle.

Les rapports qui existent entre l'abondance de l'épanchement et le caractère particulier de l'égophonie sont susceptibles à peu près des mêmes réflexions. Il est avéré, pour nous, que les cas où l'on entend la plus belle égophonie sont ceux où l'épanchement n'atteint que l'angle inférieur du scapulum ou quelques millimètres au-dessus, et alors elle s'entend à la limite supérieure de l'épanchement. Quand l'épanchement est complet, c'est bien toujours dans la fosse sous-épineuse que l'égophonie s'entend le mieux ; mais dans ces cas, elle perd presque toujours son principal caractère. On a cru que l'égophonie indiquait la nature du liquide épanché ; nous croyons que c'est une erreur.

Il résulte de tout ce qui précède, que l'égophonie nous laissera ignorer encore assez souvent la cause du souffle bronchique, c'est dans ces cas qu'il faut recourir à l'application des mains sur les parois de la poitrine pour explorer le frémissement vocal, phénomène bien connu, quoique l'on ait voulu le présenter comme quasi-nouveau, mais, il faut l'avouer, en général trop rarement appliqué à l'art du diagnostic.

Tout le monde sait que lorsqu'on applique les mains sur la poitrine d'un homme qui parle ou qui chante, on perçoit une sensation de frémissement, comme lorsqu'on touche un corps métallique en vibration, une cloche par exemple. Lorsqu'un épanchement occupe la cavité pleurale, ce frémissement disparaît entièrement, et ce signe suffit seul pour faire reconnaître l'épanchement, et par conséquent pour distinguer le souffle bronchique de la pneumonie de celui de la pleurésie. Dans la pneumonie, le frémissement, au contraire, augmente, surtout lorsque l'hépatisation est étendue ; dans le cas où l'augmentation est faible, il faut appliquer simultanément les deux mains sur chacun des côtés du thorax, et alors la comparaison permet d'établir facilement les différences. Du reste, c'est une précaution indispensable dans tous les cas que d'explorer les deux côtés à la fois, attendu que chez certains individus, et surtout chez les femmes, le frémissement vocal est insensible à l'état normal, et que dans ce cas son absence ne saurait prouver la présence d'un épanchement.

Nous pensons que les développements qui précèdent suffisent aux besoins de la pratique, et doivent lever toutes les difficultés qui se rattachent au diagnostic des épanchements pleurétiques ; nous ne reviendrions sur les explications théoriques, qu'autant que nous serions dans la possibilité de les rendre un peu plus précises qu'elles ne l'ont été jusqu'à ce jour, ou bien encore dans le cas où elles porteraient avec elles quelque enseignement pratique évident.

HOTEL-DIEU.— M. Roux (M. Denonvilliers, suppl.).

Rupture de la paroi antérieure de la vessie, déterminée par des coups reçus sur l'hypogastre. Mort.

Au n° 4 de la salle Sainte-Marthe était un malade qui a offert un cas fort grave et fort intéressant. Il était entré le 14 janvier dans un état d'ivresse tel, que l'interne qui le visita ne put obtenir aucun renseignement. Le lendemain matin les effets de l'ivresse étant dissipés, le malade nous dit qu'il avait été attaqué, renversé et frappé à plusieurs reprises et avec force, sur le ventre et les parties génitales. Nous constatâmes en effet de prime-abord des contusions sur la région pubienne et sur le pénis. Il se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, et de l'impuissance où il était d'y satisfaire. Il eut dans la nuit suivante deux ou trois vomissements bilieux. Bien qu'il parût avoir une constitution bonne et vigoureuse, il paraissait abattu ; sa face était pâle, ses traits altérés, la peau froide, le pouls vif, fréquent.

En examinant la région hypogastrique qui avait été frappée, nous trouvâmes une tuméfaction considérable remontant jusque près de l'ombilic et parfaitement circonscrite tout autour par une sonorité manifeste. Nous introduisîmes le doigt dans le rectum, afin d'explorer la vessie de ce côté ; nous ne sentîmes pas le bas-fond de cet organe, que l'on sent cependant ordinairement à travers la paroi du rectum, lorsque la vessie est distendue par de l'urine ; nous pressâmes avec l'autre main sur l'hypogastre, afin de faire refluer le liquide, s'il y en avait, du côté où était placé le doigt explorateur dans le rectum, nous ne pûmes percevoir la moindre fluctuation. Je sondai le malade avec une sonde de gros calibre ; l'instrument entra assez facilement dans la vessie ; mais au moment où elle passa sous le pubis, le malade accusa une vive douleur, bien que cependant la sonde n'eût rencontré aucun obstacle à son introduction. Il sortit environ la valeur d'un verre d'urine ayant une teinte un peu sanguinolente ; puis le liquide, à mesure qu'il sortait, devenait de plus en plus rouge, et enfin ce ne fut plus en dernier lieu que du sang pur qui sortit en petite quantité. Nous avons engagé le malade à faire des efforts pour expulser l'urine ; mais ces efforts n'avaient été suivis d'aucun résultat. En retirant la sonde, nous trouvâmes quelques caillots de sang dans les yeux de l'instrument. Nous introduisîmes de nouveau une sonde plus grosse, que nous fîmes tourner dans tous les sens, en bas, en haut, à droite, à gauche, dans le but de reconnaître autant que possible l'état des parties. Ces nouvelles manœuvres, qui ne furent du reste que très peu douloureuses, nous permirent de retirer encore quelques cuillerées d'urine sanguinolente. Il nous sembla en même temps que la sonde frappait contre quelque chose de rude lorsqu'on la tournait vers la partie antérieure de la vessie. Les souffrances du malade paraissaient se borner à cette région. Il n'éprouvait point de douleur dans toutes les autres parties du ventre.

Qu'existait-il chez cet homme qui pût donner lieu à un ensemble de symptômes en apparence aussi contradictoires ? S'il s'était agi d'une rétention d'urine, on aurait senti le bas-fond de cet organe par le toucher rectal, et en pressant sur l'hypogastre on aurait facilement senti la fluctuation ; on aurait enfin, en sondant, retiré une grande quantité d'urine ; mais l'urine n'a été retirée qu'en très petite quantité ; elle était mêlée avec du sang ; quelques gouttes de sang pur se sont écoulées par la sonde, et l'instrument a amené avec lui des caillots sanguins. Ces symptômes pouvaient nous faire croire à une déchirure interne de la vessie, à la formation d'une espèce de poche dans les parois même de cet organe, dans laquelle se serait épanché de l'urine et du sang coagulé.

A l'aide de cette hypothèse, on pouvait assez bien expliquer l'envie fréquente d'uriner, et la difficulté d'expulser les urines. ce liquide étant contenu dans une poche artificielle, d'où il ne pouvait être retiré à cause de la présence des caillots sanguins qui pouvaient oblitérer l'ouverture de communication de cette poche avec la vessie. On expliquait aussi par-là la petite quantité d'urine qu'on retirait avec la sonde, vu que cet instrument n'aurait pu entrer que par hasard, en quelque sorte, dans la poche en question.

Toutes ces circonstances paraissaient cadrer assez bien avec notre supposition. Effectivement, telle fut la première idée qui se présenta à notre esprit. D'un autre côté, cependant, comment expliquer par cette hypothèse l'absence du bas-fond de la vessie, qu'on ne pouvait point découvrir à travers les parois du rectum et en même temps cette tuméfaction parfaitement circonscrite, existant au-dessous du pubis et s'étendant jusque près de l'ombilic ?

De là le doute qui entra dans notre esprit. Nous pensâmes dès lors à la possibilité d'une rupture complète de la vessie à sa partie antérieure, rupture par laquelle le liquide contenu dans cet organe était passé et s'était épanché dans le tissu cellulaire existant en grande abondance dans cette région, dans l'espace compris entre la vessie et les parois abdominales, et s'y était réuni en collection mêlée à une certaine quantité de sang, dans une sorte de poche supplémentaire, ce qui avait simulé une distension de la vessie.

Cette seconde hypothèse s'accordait peut-être mieux que la première avec les faits et avec les circonstances qui avaient précédé la maladie. Le malade avait été violemment frappé sur la région pubienne, ce dont il portait encore de nombreuses traces. Rien de plus simple et de plus naturel que de concevoir dans ce cas une rupture de la vessie qui devait d'ailleurs dans le moment de l'accident se trouver amplement distendue, par suite des libations copieuses auxquelles cet homme s'était livré quelques instants auparavant. Il y avait en outre une tumeur à la région pubienne et abdominale qui ne communiquait pas (au moins librement) avec la vessie, parce que celle-ci était vide et ne donnait que quelques cuillerées de liquide par la sonde. Il était dès lors presque évident que cette tuméfaction qu'on attribuait d'abord à la distension de la vessie par l'urine, était due à l'existence de cette poche secondaire remplie d'urine et de sang. Alors, en sondant le malade et en exécutant certaines manœuvres avec la sonde, on arrivait par hasard à tomber dans l'intérieur de la poche secondaire et l'on pouvait en retirer un peu de sang et quelques caillots sanguins que l'on entraînait avec le bec de la sonde. Tous les phénomènes paraissent s'expliquer ainsi d'une manière assez satisfaisante.

Telles sont les deux hypothèses par lesquelles nous avons cherché à nous expliquer l'étiologie et la nature des phénomènes morbides que nous présentait ce malade. Nous avouons être resté indécis entre ces deux explications. Quoi qu'il en

---

res, persiste à un certain degré, tant que les couches profondes ne sont point envahies ou que les bandes opaques ne sont pas devenues confluentes. Les malades peuvent se conduire et faire certains gros ouvrages, mais craignent d'un côté de perdre leurs moyens d'existence et de l'autre redoutent une opération dont le succès, selon leur opinion et celle de beaucoup de médecins, est impossible avant que la cataracte ne soit mûre. Je me suis expliqué sur les restrictions à apporter à cette idée trop généralement admise sur la maturité des cataractes, dans mon ouvrage cité pag. 524. Aux exemples que j'y ai donnés, j'en pourrais joindre beaucoup d'autres de cataractes opérées long-temps avant la cécité complète. Les cataractes lenticulaires corticales exigent quelquefois cette opération prématurée, selon les idées généralement répandues, puisque les malades y voient encore à un certain degré. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit une marche plus rapide dans ces cataractes lorsqu'elles sont très avancées, que les stries sont déjà presque confluentes, et que les couches moyennes, c'est-à-dire rapprochées du noyau, sont déjà envahies ou sur le point de l'être. Alors en huit jours, ou même en moins de temps, il peut y avoir un changement notable dans l'état de la vue. Quelquefois même celle-ci, après s'être long-temps maintenue à un état tolérable, tant qu'une petite portion du centre était encore transparente, se trouble subitement en peu de jours, ou dans quelques cas rares, même en vingt-quatre heures, par l'apparition soudaine d'une ou plusieurs nouvelles opacités au milieu même de la partie restée intacte jusqu'alors. Les cas peu nombreux rapportés comme des exemples du développement subit des cataractes lenticulaires pures et simples, doivent sans doute être rangés dans cette catégorie.

Je me rappelle une observation semblable fort intéressante d'une dame plus que septuagénaire qui me fut adressée, il y a six ans environ, par un des professeurs de la Faculté, et qui soutenait avec opiniâtreté que la cataracte lenticulaire presque complète de son œil gauche pour laquelle elle me consultait était survenue d'un jour à l'autre. Le mot de l'énigme fut trouvé dès que j'eus regardé l'œil droit, parfaitement bon au dire de la malade, mais dont le cristallin était opaque dans tout son pourtour, presque jusqu'au bord de la pupille. Les cataractes lenticulaires survenues brusquement sur des personnes âgées à la suite d'émotions violentes se forment probablement de cette manière, et la diminution de la vue ne devient que plus appréciable et plus soudaine par l'action souvent passagère de la cause morale sur les centres nerveux, le nerf optique et la rétine. Pour ma part, ce que j'ai pu observer jusqu'ici me force de restreindre le développement soudain des opacités cristalliniennes aux seules cataractes traumatiques produites par les corps vulnérants, les émanations des acides et l'action du feu ou des caustiques ; encore, pour tout ce qui est en dehors des véritables blessures du cristallin et de sa capsule, est-ce plutôt le raisonnement que l'expérience qui me fait adopter l'opinion de Beer et d'autres ophthalmologistes.

Bien qu'en général la cataracte corticale, surtout la postérieure, trouble de bonne heure la vision à un degré notable et disproportionné à l'étendue peu considérable de l'opacité, néanmoins il y a des cas où la vision se conserve long temps assez bien pour permettre au malade de vaquer à ses affaires et de se livrer même à la lecture et à l'écriture. S'il est presbyte, on peut lui faciliter beaucoup cette tâche en lui faisant employer des lunettes convexes appropriées, c'est-à-dire d'un numéro ni trop bas ni trop élevé, mais en général plus fort que dans le cas où il n'existe pas de cataracte. Un magistrat de Paris qui m'a consulté, il y a trois ans, pour une cataracte corticale bien prononcée des deux yeux, et auquel j'ai fait prendre des lunettes convexes un peu fortes, continue encore aujourd'hui, malgré son âge avancé, à l'aide de ce moyen, l'exercice très assidu de ses fonctions publiques. Des verres trop forts, ici encore plus que dans le cas où le cristallin a conservé sa transparence normale en affaiblissant notablement la vue, produisent une amblyopie tantôt asthénique, tantôt irritative, dont la guérison exige avant tout la suspension de la lecture, de l'écriture, et de tout travail qui nécessite l'usage des lunettes. Pendant tout le temps de cette suspension et du traitement rationnel de l'amblyopie, il faut que les yeux soient exercés sur des objets distants et plus ou moins volumineux, afin de les ramener à un foyer moins raccourci. On fait reprendre au malade, le plus tard possible et avec beaucoup de ménagement, ses travaux habituels, en substituant aux verres dont il s'est servi d'autres lunettes d'un numéro moins élevé. J'ai vu, il y a peu de temps, une douairière anglaise, octogénaire, chez laquelle il n'existait que quelques stries isolées en forme de bandelettes dans la substance corticale postérieure des cristallins, accompagnées, par suite de l'usage assidu de lunettes convexes du n° 8, d'une amblyopie congestive très prononcée avec photopsie et photophobie.

Disons en passant que la cataracte corticale, pas plus que la cataracte lenticulaire des personnes âgées en général, n'est susceptible de guérison par un traitement pharmaceutique. Cette affection n'étant précédée ni de phlegmasie, ni d'aucun travail pathologique spécial, mais simplement l'effet d'une espèce de marasme sénile de l'appareil cristallinien, elle ne donne prise à aucune thérapeutique rationnelle non chirurgicale. Nous avons essayé en vain les mercuriaux, les préparations iodurées, les révulsifs, et l'emploi long-temps continué d'une foule d'autres moyens ; les résultats de nos essais nombreux, dans cette variété comme dans toutes les espèces de cataracte lenticulaire en général, ont toujours été d'une nullité complète. Le charlatanisme seul, dans l'état actuel de la science, peut persister à prôner le traitement des cataractes sans moyens chirurgicaux.

Une seule variété de la cataracte disséminée qui consiste dans des épanchements fibro-albumineux circonscrits et isolés, éparpillés dans les différentes couches du cristallin, et quelquefois en même temps dans sa capsule (voir le paragraphe XIV), cataracte qui est probablement consécutive à une phlegmasie chronique de ces organes, pourrait faire une exception si on la découvrait d'assez bonne heure. Observer la marche de la maladie, tracer les règles d'hygiène oculaire parmi lesquelles le choix de lunettes convenables occupe une place importante ; faire un pronostic qui, sans effrayer le malade et en le rassurant même sur son avenir, lui fasse nettement entrevoir sa position et l'empêche de se jeter dans les bras de charlatans cupides et pour la plupart ignorants ; soutenir l'énergie des organes visuels, et les ranimer au besoin par des fomentations fréquentes d'eau fraîche et des frictions douces avec un liniment spiritueux et aromatique employé journellement. Telles sont les limites du ministère du médecin dans les cas de cataracte corticale de toute espèce de cataracte lenticulaire, et là se bornera tout son rôle, s'il suit les lois d'une saine et consciencieuse observation.

(La suite à un prochain numéro.)

NOUVELLES.

— Une société de jeunes médecins vient de se former à Edimbourg, dans le but de travailler à la propagation de l'Evangile et au bien de l'humanité, au moyen de la diffusion des sciences médicales. La première séance a eu lieu le 3 décembre 1842.

— M. Benjamin Walker, l'un des chirurgiens de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, vient de mourir après une maladie de quatre jours de durée.

— M. Delaye, médecin des aliénés de l'hospice Saint-Joseph-de-la-Grave, à Toulouse, est parti pour Dublin. Il a été invité par les juges de la capitale de l'Irlande à se présenter devant le coroner, pour être entendu dans une affaire qui se rattache à une question d'aliénation mentale.

— M. Lefort, ancien premier médecin en chef de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à Amiens, à l'âge de soixante-quinze ans.

— M. le docteur Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— On assure que plus de quarante docteurs en médecine ont déjà demandé le transport gratuit, sur les bâtiments de l'Etat, pour les îles Marquises.

fût d'ailleurs, comme il y avait dans la région hypogastrique des symptômes évidents d'inflammation qu'il fallait se hâter d'abord de combattre, nous fîmes appliquer immédiatement quarante sangsues sur cette partie, et le malade fut mis à l'usage des boissons émollientes et à la diète.

Le lendemain (15) la tumeur hypogastrique avait augmenté de volume; elle présentait du reste les mêmes caractères que la veille; il était sorti très peu d'urine de la vessie, malgré les envies fréquentes d'uriner qu'éprouvait le malade. Dans la nuit, il y avait eu encore des vomissements; le malade était abattu.

Le 16, même état. On a sondé le malade; on a extrait une petite quantité de liquide, d'abord limpide et de la couleur naturelle de l'urine, puis coloré en rouge comme les premières fois. Tous les phénomènes étaient en un mot les mêmes. Il était évident qu'il n'existait point chez cet homme une infiltration d'urine, car on aurait observé dans ce cas les symptômes de résorption urineuse et toutes ses suites. Admettant une déchirure simple des parois de la vessie, nous crûmes conséquemment devoir recourir à l'usage des injections d'eau tiède, qui avaient pour objet de délayer les caillots sanguins et de faciliter ainsi la sortie de l'urine contenue dans la poche accidentelle.

Nous avons fait l'injection; le liquide a été rejeté en totalité par l'urètre; il était un peu coloré en rouge. En poussant l'injection, nous avons demandé au malade s'il souffrait, il nous a répondu négativement; il nous a dit de même qu'il n'avait aucune envie d'uriner, même pendant l'injection, ce qui confirmait l'idée d'une rupture complète de la vessie.

Nous avons continué le même traitement adoucissant, auquel nous avons joint l'usage d'un bain et de lavements.

Le 17, la région hypogastrique était sonore; il est probable que quelques anses d'intestin s'étaient portées dans ce point, ou bien que des gaz développés dans la poche accidentelle donnaient lieu à ce météorisme. Nous avons, à raison de cette circonstance, ordonné un purgatif, afin de débarrasser l'intestin. Nous avons aussi pratiqué, dans un but analogue, deux injections d'eau tiède, après quoi nous avons aspiré le liquide par l'ouverture de la sonde; mais le liquide cette fois n'est pas venu.

L'état général était grave; il y avait une prostration extrême des forces. Aussi pronostiquâmes-nous dès ce moment une terminaison funeste. En effet, la mort eut lieu le lendemain matin. Voici ce que l'autopsie nous a fait constater.

Ayant fendu l'urètre dans toute son étendue, nous avons trouvé la muqueuse de ce canal un peu rouge et injectée. La symphyse des pubis était fracturée dans sa branche ascendante; un des fragments faisait saillie en dedans. Un épanchement sanguin s'était formé dans le tissu cellulaire de cette région: c'était là l'origine de la douleur vive que le malade éprouvait lorsqu'on pressait avec la sonde sur ces parties.

En ouvrant l'abdomen, on trouve là où l'on sentait une tuméfaction considérable, une espèce de poche remplie d'urine sanguinolente et de caillots sanguins tapissés d'une espèce de fausse membrane qui la circonscrivaient d'avec les parties voisines, et communiquant par une ouverture avec la vessie qui était rompue dans sa face antéro-supérieure. La déchirure de cet organe était de la largeur d'une pièce d'un franc; elle était irrégulière, bouchée par des caillots sanguins et des fausses membranes. La poche accidentelle était placée un peu plus haut; elle était couverte par le feuillet péritonéal et bien circonscrite, ainsi qu'on l'avait déjà reconnu, et s'étendait jusqu'au niveau des artères ombilicales.

Ainsi donc, pour nous résumer, les violences extérieures qui ont été exercées chez cet homme, sur la région hypogastrique, ont déterminé:

1° Une rupture de la branche ascendante des pubis, d'où l'extravasation sanguine qui a donné lieu aux ecchymoses que l'on observait pendant la vie, la saillie d'un fragment osseux en dedans, la douleur que le malade éprouvait lorsqu'on le sondait et que la sonde passait au-dessous du pubis;

2° Une rupture de la vessie, à la suite de laquelle du sang épanché d'abord dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'hypogastre, puis mêlé probablement à de l'urine, s'est ramassé dans une espèce de poche qui se trouva formée par le tissu cellulaire ambiant et des fausses membranes développées sous l'influence d'un certain degré d'inflammation consécutive. Dans cette poche, qui communiquait avec la vessie par le point déchiré de cet organe, on trouvait une certaine quantité d'urine; de là, la tumeur sous-pubienne indépendante de la vessie; de là aussi les envies fréquentes d'uriner, avec impossibilité d'expulser les urines; de là enfin, la vacuité presque complète dans laquelle on a trouvé la vessie.

Ce cas est on ne peut plus intéressant; c'est le second de ce genre que j'ai vu. Le premier cas en question s'est présenté à notre observation, dans le service de Dupuytren, il y a environ douze ans. Ce fait n'ayant point été publié à cette époque, nous croyons devoir le rappeler ici succinctement.

Il s'agissait d'un homme qui, après avoir bu trois ou quatre litres de vin blanc, reçut aussi des coups sur le ventre. A son entrée à l'hôpital, il présentait une tumeur à l'hypogastre, que l'on attribua d'abord à une rétention d'urine, et que l'on reconnut pourtant, plus tard, par le cathétérisme, être indépendante de la vessie. Le malade resta dix-sept jours à l'hôpital, après quoi il succomba aux symptômes progressivement croissants d'une fièvre adynamique. A l'autopsie, on trouva, comme chez notre malade, une rupture de la vessie, audevant de laquelle existait également une poche accidentelle de nouvelle formation, bien organisée et nettement limitée et séparée des parties voisines par des fausses membranes.

Deux cas de contusion et d'abcès consécutifs du coude, à la suite d'une chute sur cette partie. Indications que commandent ces sortes d'abcès.

Aux numéros 72 et 78 de la salle Saint-Roch, sont deux malades qui offrent une maladie du coude déterminée par une chute faite sur cette région. L'anatomie apprend qu'il existe dans cette partie, autour de l'olécrâne, qui en forme en quelque sorte la base, des plans fibreux qui lui viennent des régions voisines et le tendon du triceps brachial qui l'enveloppe de toute part; plus superficiellement, on rencontre une bourse muqueuse contenant de la synovie, et enfin la peau mince dans ce lieu comme dans tous les points opposés à la flexion. Lors donc qu'une personne tombe sur cette région, il en résulte différentes lésions, selon la violence de la cause externe qui a agi. La peau peut être simplement contuse, et dans ce cas il peut se faire un épanchement de sérosité qui, plus tard, sera résorbé sans suppuration, ou bien la bourse muqueuse sous-cutanée peut avoir été contuse aussi, et alors l'épanchement séreux ou séro-sanguinolent s'étendant à cette bourse, qui a pu être déchirée, il s'y développera une inflammation qui donnera lieu, tôt ou tard, à un abcès qu'il faudra ouvrir. Il peut encore se faire que la contusion ait été si forte que la peau en ait été déchirée, décollée même dans une certaine étendue, l'os mis à nu, et de là, comme conséquence, nonseulement une suppuration plus ou moins abondante, mais peut-être, plus tard, une nécrose de l'apophyse olécrâne. Ou bien enfin la chute aura été si violente que ce même os aura été rompu, et dans ce dernier cas on pourra avoir, soit une fracture simple, soit une fracture comminutive ou compliquée de déchirure et de délabrement des parties molles, etc. De là une foule d'indications différentes à remplir, et dont quelquesunes vont ressortir de l'histoire même des deux malades en question.

Le malade du n° 78 eut, à la suite d'une chute, une petite plaie qui s'enflamma et donna lieu à une petite suppuration dans la bourse muqueuse sous-cutanée. Le malade alla consulter un chirurgien de la ville, qui pratiqua l'ouverture du petit foyer. L'incision fut probablement trop petite, car bientôt un érysipèle se déclara autour de la plaie. Le pus ne sortit les jours suivants qu'en très petite quantité; la suppuration parut même se tarir tout à fait en peu de temps, et la plaie ne tarda pas à se fermer. Mais presque aussitôt le membre se tuméfia, ce qui obligea le malade à entrer à l'hôpital.

Ce qui est arrivé chez ce malade arrive ordinairement lorsqu'on fait des incisions trop petites, surtout pour des abcès de cette nature, et lorsqu'on ne débride pas largement ces bourses muqueuses qui fournissent un liquide séro-purulent qui peut y stagner, et donner lieu, par la suite, à des désordres assez considérables. Il faut donc, dans ces circonstances, pratiquer de larges incisions afin que le pus ait une issue facile et qu'il ne puisse s'altérer par suite d'un séjour prolongé dans le fond du foyer. Les petites incisions ont encore l'inconvénient de mettre dans l'obligation d'exercer une certaine compression sur le pourtour de la plaie pour faire sortir le pus. Or, cette compression irrite et dispose à l'inflammation des parties qui sont déjà irritées; de là les érysipèles; de là la stagnation du pus dans le foyer, les décollements de la peau, etc.

Tel est précisément le cas dans lequel s'est trouvé ce malade. L'incision qui a été pratiquée ayant été trop petite, le pus n'a pas trouvé une issue suffisante, il n'est point sorti librement et en totalité, il a stagné en partie dans le foyer, et il en est résulté une irritation des parties voisines et un érysipèle; puis, la plaie s'étant refermée d'elle-même, il s'est formé une nouvelle accumulation de pus dans le foyer. Nous avons été obligé de faire une nouvelle incision; nous avons débridé la bourse muqueuse, siége de l'abcès dans toute son étendue, mettant ainsi à nu le fond de l'abcès. Les douleurs vives que le malade éprouvait ont cessé presque immédiatement.

C'est là un point important qu'il ne faut pas perdre de vue. Toutes les fois que le pus ne sort pas librement et complètement du foyer, il y a de la douleur, *et vice versâ*, lorsque dans un point qui a été le siége d'une inflammation ou d'une irritation à la suite d'une violence extérieure, il existe de la douleur, on peut diagnostiquer presque à coup sûr la présence du pus. Dans ce cas la douleur ne cessera que lorsqu'on aura donné issue au pus par une incision.

Nous avons l'habitude de faire, en général, de larges incisions pour l'ouverture des abcès; mais c'est surtout dans les abcès de cette espèce que les larges ouvertures sont nécessaires si l'on veut éviter les récidives.

Après avoir fait, chez ce malade, une large incision, nous avons fait mettre dans la plaie une mèche que nous avons laissé séjourner le temps nécessaire pour que la cicatrisation se fît par le fond de la plaie.

Il est un autre point pratique qui mérite spécialement de fixer l'attention; c'est le danger qu'il y aurait à renvoyer de l'hôpital les malades affectés de ces sortes d'abcès lorsqu'ils sont sur le point de guérir, et que la réunion est à la veille d'être complète. Ces individus, en effet, se croyant complètement guéris, retournent à leurs occupations habituelles sans prendre les précautions convenables, et souvent même sans aucun ménagement pour la partie qui vient d'être le siége de abcès. Qu'en résulte-t-il? C'est que la plaie, encore sensible, s'irrite, il se déclare un érysipèle, et bientôt la maladie se reproduit entièrement, au point qu'on est obligé de revenir au même traitement qui vient à peine d'être terminé.

Cette dernière circonstance s'est présentée effectivement chez le malade du n° 72. Cet homme était entré à l'hôpital, il y a peu de temps pour une lésion traumatique du coude. La plaie qui résultait de l'incision qu'on avait pratiquée lors de son entrée, s'était rouverte; il y avait eu un commencement d'érysipèle avec phlegmon. Aujourd'hui nous avons introduit une sonde que nous avons fait pénétrer jusqu'à l'os, qui nous a paru malade. Nous avons fendu largement, ce qui nous a permis de vérifier notre prévision. Plusieurs esquilles et fragments osseux ont été extraits, et une mèche a été introduite dans le fond de la plaie, comme dans le cas précédent.

Le quatrième jour (15 janvier), l'état de ces deux malades était notablement amélioré. Celui du 72, n'a plus rendu de fragments d'os nécrosés; le fond de la plaie était , la suppuration était abondante et le pus de bonne nature; les tissus environnants étaient dégorgés.

Chez le malade du n° 78, la plaie était considérablement rétrécie; la suppuration allait diminuant; les bourgeons charnus s'avançaient vers les bords de la plaie.

Le 20, la plaie marche rapidement chez ces deux malades vers une bonne cicatrisation. Tout fait espérer qu'elle s'opérera très prochainement et d'une manière complète sans nouveaux accidents.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

De la nécrose du calcanéum.

A l'occasion d'un jeune garçon affecté de nécrose du calcanéum, et qui a succombé dans le service de M. Bérard à une affection tuberculeuse générale, ce professeur s'est livré aux considérations suivantes sur la nécrose du calcanéum, maladie assez commune, et cependant peu connue.

La nécrose du calcanéum a pour caractères anatomiques la mortification d'une portion plus ou moins étendue de cet os. Cette mortification se montre, en général, dans la partie la plus postérieure de l'os, dans le talon proprement dit; elle peut cependant exister aussi dans les autres parties du calcanéum, mais beaucoup plus rarement qu'en arrière. La nécrose se développe tantôt à la surface de l'os, et alors elle peut occuper plus spécialement les plans externe, interne, postérieur ou même supérieur; tantôt, au contraire, elle se développe dans sa partie centrale, de sorte que la portion d'os nécrosée est entourée de toute part de parties saines qui la masquent et la cachent à la vue.

Le séquestre a un volume très variable, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui de la presque totalité de l'os. Le plus communément il varie entre les dimensions du bout du doigt et celles d'une noix ou d'une châtaigne. Dans certains cas il y a plusieurs points mortifiés à la fois; ces mortifications sont tantôt contenues dans une cavité commune, d'autres fois elles sont distinctes, isolées et séparées par des portions d'os saines. Tels sont les caractères anatomiques de cette lésion.

Lorsqu'un séquestre existe seul, il occupe le plus ordinairement la partie postérieure du calcanéum. Le plus souvent la nécrose est bornée à ce seul os; on trouve cependant quelques cas dans lesquels elle s'est étendue aux os voisins; mais cette circonstance se présente beaucoup plus rarement que celle de l'existence d'une nécrose limitée au calcanéum.

La nécrose du calcanéum atteint plus fréquemment les enfants que les adultes; aussi l'observe-t-on beaucoup plus souvent à l'hôpital des Enfants que dans les autres hôpitaux. L'âge est donc déjà une prédisposition à cette affection. Cette prédisposition paraît tenir surtout à la constitution scrofuleuse et tuberculeuse qui est commune à cet âge.

Est-il nécessaire, pour que cette affection se développe, que le calcanéum ait été préalablement soumis à l'action d'une cause traumatique, telle qu'une chute sur les pieds, un coup, une contusion sur le talon, etc? Non; ce serait une hypothèse gratuite que de croire que la plus grande disposition du calcanéum pour cette sorte d'affection tient à ce qu'il est plus exposé que toute autre partie aux coups, aux chutes, aux violences extérieures. Sans doute aucune partie n'est plus exposée que celle-là aux pressions qui résultent d'une chute sur les pieds, aux coups, aux violences de toute espèce, mais il ne paraît nullement démontré, sauf les cas où ces violences auraient été portées au point de produire une sorte de trituration de cet os, que ces accidents aient jamais suffi pour donner lieu à la nécrose. Il faut admettre, de toute nécessité une prédisposition antérieure au développement de cette affection; prédisposition que peuvent mettre en jeu, à titre de causes déterminantes, les accidents en question.

Quoi qu'il en soit, voyons quelle est la marche de cette maladie. Certainement il n'est pas impossible que cet os, placé, à cet égard, dans les mêmes conditions que les autres, se trouve exposé à une maladie commune à tout le système osseux, celle qui est connue sous le nom de nécrose, maladie qui survient souvent sans cause connue, ou bien sous l'influence d'une cause constitutionnelle générale, telle que la syphilis ou le scrofule. Mais le calcanéum est un os spongieux; or, il est reconnu par tous les chirurgiens que les os spongieux sont, en général, très peu disposés à la nécrose, laquelle frappe plus exclusivement les os longs et les diaphyses. Il faut donc chercher dans quelques circonstances particulières les conditions de cette disposition en quelque sorte exceptionnelle que paraît avoir le calcanéum pour cette affection. Quelle est, en un mot, la cause qui fait que cet os, très vasculaire, est aussi fréquemment disposé à être frappé de mort?

M. Nélaton a, je crois, trouvé cette cause. La nécrose des os spongieux, d'après cet observateur, n'est point spontanée; elle est le résultat de la dégénérescence tuberculeuse de ce tissu spongieux. Voici, sur ce point l'opinion de M. Nélaton:

Il se développe dans tous les os de la matière tuberculeuse. Cette matière s'offre ici, comme dans les poumons, sous deux aspects différents, sous la forme enkystée et sous la forme d'infiltration. Tout le monde sait qu'on trouve dans les poumons des masses tuberculeuses plus ou moins considérables, qui se sont en quelque sorte, substituées au tissu pulmonaire et qui forment un tissu compacte, homogène, renfermé dans une poche ou sorte de kyste commun. Le même phénomène se reproduit d'une manière toute analogue dans les os spongieux, où l'on trouve également des masses tuberculeuses qui se sont développées à la place de la substance osseuse. Voilà une des formes de la tuberculisation dans quelque tissu qu'on la considère. Mais ce n'est point celle dont il s'agit ici. Nous avons affaire dans le cas en question à la seconde forme de tuberculisation, l'infiltration.

Les tubercules infiltrés des os se développent, ainsi que l'indique le mot lui-même, par une véritable infiltration de matière tuberculeuse dans les mailles et vacuoles du tissu spongieux des os, dans lesquelles elle remplace en quelque sorte la substance médullaire, ce qui fait ressembler ces os à de la matière encéphaloïde ou à de la substance gélatiniforme. Telle est la première période de l'infiltration tuberculeuse. Cette période passe le plus souvent inaperçue ; car les malades n'éprouvent aucune douleur ; il ne s'est fait encore aucun changement dans le volume et la forme des os ; aussi ce n'est en quelque sorte que par hasard qu'on peut découvrir l'existence de cette maladie à son début.

A cette première période en succède une autre dans laquelle se passent des phénomènes très curieux. Voici comment elle procède : Le tissu de l'os dans lequel la matière tuberculeuse a été infiltrée subit une hypertrophie interstitielle, c'est-à-dire que les cellules osseuses qui circonscrivent les vacuoles du tissu spongieux s'épaississent ; elles perdent cette apparence dentelée, fine, qu'elles ont habituellement, et acquièrent une épaisseur d'un dixième ou cinquième de millimètre d'épaisseur et quelquefois davantage. Les cellules sont par conséquent réduites d'une quantité proportionnelle, de sorte qu'au lieu de cellules à cloisons très minces, on trouve au contraire des cellules très petites à parois épaisses. L'hypertrophie ne porte exclusivement que sur les cellules et point sur l'os lui-même, qui conserve ses dimensions normales. Il n'y a point eu d'autres termes d'hypertrophie excentrique. Qu'arrive-t-il alors ? Ce tissu change d'aspect et de consistance ; de spongieux qu'il était, il devient compacte, au point que des vertèbres, par exemple, qui seraient affectées de cette maladie, ne se laisseraient plus traverser par un stylet. Ainsi le premier effet de ce genre de tuberculisation est de transformer les os mous et spongieux en un tissu dur et compacte. Il en résulte un effet consécutif qu'il importe surtout de signaler, c'est la compression et l'étranglement des vaisseaux nourriciers de l'os. Nous arrivons à la troisième période, au passage à l'état de suppuration. Les portions d'os tuméfiées ne contiennent plus alors cette matière gélatiniforme dont nous parlions tout à l'heure, mais du pus.

J'ai dit que les vaisseaux étaient comprimés et la circulation arrêtée. Mais quelle est la conséquence de cette compression ? Chacun la prévoit déjà. La conséquence inévitable est la mortification de l'os. C'est ainsi que se produit la nécrose centrale des os spongieux, comme la nécrose superficielle, ce que l'on ne pouvait comprendre connaissant l'organisation des os. Rien de plus simple, de mieux expliqué, de plus facile à comprendre, au contraire, lorsqu'on sait que la nécrose n'est que la conséquence d'une transformation tuberculeuse préalable. Tel est le mécanisme du développement de la muqueuse partielle et des séquestres du talon.

On a fait cependant une objection à cette théorie. On a dit que, dans certains cas, il y avait dans la nécrose raréfaction du tissu spongieux, ce qui semble, au premier abord, ne pas s'accorder avec la théorie en question. Il est vrai que les choses se passent quelquefois ainsi ; mais cette raréfaction que l'on oppose comme objection à cette explication est un phénomène pathologique particulier, différent de celui que nous venons de décrire, indépendant de la tuberculisation, mais ne l'excluant pas cependant. Ces deux états pouvant coexister, ce qui a donné lieu sans doute à une méprise de la part des personnes qui ont adressé cette objection à M. Nélaton. Ainsi il est des cas dans lesquels la tuberculisation n'est survenue qu'après cette raréfaction ; d'autres, au contraire, dans lesquels la raréfaction a précédé le développement des tubercules ; de sorte que bien qu'il existe en réalité dans ces cas une tuberculisation et une nécrose consécutive, on ne trouve plus cette disposition à l'hypertrophie que nous signalions tout à l'heure comme un des caractères de cette maladie.

La portion d'os nécrosée n'est éliminée qu'au bout d'un temps plus ou moins long ; elle se sépare des portions saines de l'os par un mécanisme semblable à celui qui a lieu dans tous les cas de nécrose et que tout le monde connaît. Une fois isolé le séquestre échappe aux influences vitales, et n'est plus soumis qu'aux influences chimiques et physiques. Il se fait autour de lui, dans les parois de la cavité artificielle nouvelle qui le renferme, un travail vital, inflammatoire d'élimination. Cette cavité, tapissée par une sorte de membrane pyogénique plastique, contient, outre l'os nécrosé, une quantité plus ou moins considérable de pus sanieux et fétide ; de là les abcès et les fistules qui s'établissent consécutivement et qui permettent de reconnaître la maladie à laquelle on a affaire.

Le diagnostic de cette affection est facile et difficile. Je m'explique : Il est facile lorsqu'on voit un sujet jeune, scrofuleux, portant depuis long-temps des petites plaies fistuleuses autour du talon, et qu'en explorant ces parties avec un stylet on sent une portion d'os mobile et cédant facilement sous l'instrument. On ne saurait avoir de doute dans ce cas sur l'existence d'une nécrose. Mais ce n'est pas tout ; lorsqu'on a reconnu cette nécrose, il faut encore savoir si elle est invaginée, ou bien si elle communique à l'extérieur ; si elle est bornée au calcanéum seul, ou si elle s'étend aux os voisins ; enfin, si elle est curable, ou si elle ne l'est pas. Là commence déjà la difficulté. Il faut, ai-je dit, pouvoir constater si le séquestre est superficiel ou profond, s'il est invaginé ou non. Le degré de pénétration du stylet peut indiquer, jusqu'à un certain point le degré de profondeur, la position centrale ou superficielle du séquestre, lorsqu'il est limité, circonscrit et mobile. Mais quand la nécrose n'est point encore nettement limitée, lorsque le séquestre n'est point solé des parties saines et qu'il n'est point mobile, il devient extrêmement difficile de reconnaître l'étendue et les limites de la nécrose, sa situation profonde et superficielle, etc. Une autre circonstance s'opose souvent aussi à ce que ces diverses conditions puissent être bien appréciées, c'est lorsque les parties molles sont tuméfiées et empâtées. Il existe, en effet, assez souvent, dans les cas de nécrose du calcanéum, un empâtement des parties molles suffisant pour rendre cette exploration entièrement difficile et infidèle. Pour que le diagnostic soit complet, il faut encore s'assurer si les articulations sont ou non malades. On peut en général s'en assurer assez bien, en imprimant des mouvements à ces articulations. Lorsque ces mouvements produisent de la douleur, il y a toute probabilité que ces articulations participent à la maladie ; dans le cas contraire il y a tout lieu de présumer qu'elles sont saines.

Le pronostic est, en général, assez facile ; il se déduit surtout des lésions coïncidentes et de l'état général du sujet. Il est rare que les tubercules soient bornés au calcanéum ; et, à supposer qu'ils aient commencé à se développer dans cette partie, on doit s'attendre à les voir graduellement s'étendre et gagner d'autres parties. Si l'on ne considérait la maladie que localement, elle n'aurait pas, sans doute, une grande gravité ; nous entendons parler uniquement de la nécrose du calcanéum ; car il n'en serait pas de même de celle qui se serait développée dans les vertèbres ou dans le voisinage des grandes articulations ; car, dans ce dernier cas, le pronostic serait, au contraire, toujours grave. Ainsi, la gravité du pronostic se déduit, soit de la coïncidence des tubercules et des nécroses consécutives dans plusieurs points de l'économie, soit de l'importance des parties dans lesquelles siégent ces altérations. Disons donc que si le pronostic de la nécrose est grave, en général, il offre peu de gravité si l'on ne considère la nécrose est grave en général ; il offre peu de gravité si l'on ne considère la nécrose que dans le calcanéum seulement et abstraction faite de toute autre lésion coïncidente.

Traitement. Autrefois on ne connaissait qu'un seul moyen à opposer à cette maladie, l'amputation. Lorsqu'on avait affaire à une nécrose du pied, soit dans le calcanéum ou dans les autres os du tarse, l'on faisait le sacrifice du membre. Ce n'est guère qu'au commencement de ce siècle, et en France, qu'on a proposé et mis en usage des moyens de traitement moins extrêmes. Dupuytren et M. Roux ont les premiers appliqué un traitement qui a été depuis généralement adopté. Voici en quoi consiste ce traitement. Si la nécrose est superficielle on fend les trajets fistuleux qui existent, on les agrandit suffisamment pour pouvoir donner issue au séquestre que l'on extrait par cette voie artificielle. Ce procédé est très simple et très facile. Mais si la nécrose est centrale et invaginée, l'opération n'est plus aussi simple et aussi facile. S'il existe des ulcères fistuleux extérieures conduisant à la partie de l'os affectée, c'est sur ces parties qu'on devra pratiquer de préférence l'incision cutanée ; dans le cas contraire, comme dans ces cas où la nécrose occupe une grande étendue du talon et s'étend également vers tous les côtés, quel est le point sur lequel on devra faire les incisions ? On devra les faire de préférence à la face externe du talon, où l'os est plus superficiel et où il y a moins de tendons et de vaisseaux exposés à être lésés. Les parties molles étant incisées, et le calcanéum mis à découvert dans une certaine étendue, on ébrèche l'os soit avec une gouge ou le maillet, comme M. Roux, soit avec une couronne de trépan, comme l'a fait Dupuytren, jusqu'à ce que l'instrument ait pénétré dans l'intérieur de la cavité accidentelle qui renferme le séquestre. Nous pensons qu'on pourrait substituer avec avantage à la gouge et au trépan quelques-uns des instruments modernes que l'on a si bien perfectionnés, tels que la scie à chaînette ou à molette, ou bien encore un instrument analogue à ceux qu'on emploie dans la lithotritie. Ce qui nous ferait préférer ces instruments, c'est qu'ils auraient surtout l'avantage d'user et de détruire les portions d'os malades, en évitant la destruction d'une trop grande portion d'os saine, qui n'est jamais sans danger. Le séquestre étant ainsi mis à découvert, on l'extrait selon le procédé que l'on a mis en usage, en totalité ou par fragments, à l'aide d'un stylet, de pinces à pansement ou à polype, ou bien enfin à l'aide d'un de ces instruments dont j'ai supposé qu'on pourrait se servir.

Quelquefois des portions nécrosées qui n'ont pu être enlevées du premier coup ne se détachent que plus tard, et sont entraînées par la supuration qui s'établit toujours à la suite de cette opération. Le travail de réparation ne se fait, en général, qu'au bout d'un temps assez long ; ce n'est guère qu'après six, huit ou dix mois que les plaies se ferment entièrement, et que le malade peut repreudre l'usage de son membre.

Mais je n'ai supposé jusqu'ici que le cas où le séquestre est mobile et nettement limité ; tant que ces deux conditions n'existent point, il n'y a point de traitement chirurgical possible. On doit se borner alors à l'expectation, mais aidée par les moyens généraux qui sont réclamés par l'état scrofuleux, et enfin entretenir la fistule et maintenir le membre de manière à ce que le pus ne séjourne point dans le fond de la plaie et trouve une issue facile et naturelle au dehors.

FAITS DIVERS.

Choléra par l'ingestion des œufs de barbeau ; par M. le Dr TRUSEN, de Posen.

Dans le siècle dernier, on professait des opinions diamétralement opposées relativement à l'action que les œufs de barbeau sont susceptibles de produire sur l'organisme vivant. Ainsi, tandis que Sauvages (*De venenati Galliæ animalibus, etc.*, 1758) assurait avoir éprouvé lui-même, après l'usage de ces œufs, de la cardialgie, des vomissements bilieux et une forte diarrhée, Bloch (*Naturgeschichte der Fische*; Berlin, 1783 ; T. I, p. 183), d'après sa propre expérience aussi, les déclarait tout à fait inoffensifs. Mais les observations récentes de Kopp (*Jahrbuecher der Staats-arzneikunde* ; T. VI, p. 244) et de Marx (*Lehre von don Giften* ; T. II, p. 68), démontrent que l'usage des œufs et de laitance du *Cyprinus Barbus* donnent lieu à des accidents d'intoxication, et provoquent des vomissements et des déjections alvines ; ce que M. Trusen a eu, de son côté, de fréquentes occasions de vérifier.

Ce dernier praticien n'a jamais observé ces accidents que chez des enfants, et il croit que ces œufs agissent moins énergiquement sur les adultes.

Les symptômes qui se montrent bientôt après l'ingestion, sont des vomissements bilieux et très fréquents, et accompagnés d'anxiétés précordiales considérables, des garderobes diarrhéiques avec ténesme, des sueurs abondantes, des mouvements convulsifs des membres. Si la maladie dure long-temps, les traits se décomposent ; il survient des hoquets et des syncopes.

S'il ne s'est pas encore manifesté de vomissements fréquents, on peut assez aisément les arrêter par l'administration de l'épicacuanha à dose vomitive ; mais, s'ils sont déjà survenus avec violence, M. Trusen emploie avec succès, outre l'application d'un révulsif sur la région précordiale, l'eau oxi-muriatique avec saturation, et en même temps il recommande pour boisson de la limonade prise en grande abondance.

Most (*Encyclopedie der Staatsarzneikunde* ; vol. suppl., p. 62 ; Leipzig, 1840) recommande dans ce cas l'usage de l'esprit de sel ammoniac caustique à la dose de 15 à 20 gouttes dans une tasse d'eau, toutes les cinq à vingt minutes. (*Hunfeland's Journal*, 1842.)

Cas de corps étranger introduit dans le larynx et retiré par le moyen de la trachéotomie ; observation recueillie par M. HUNDHAUSEN, chirurgien à Dabringhausen.

Un tisserand, âgé de vingt-quatre ans, occupé à cueillir des cerises, en mangea quelques-unes, et l'un des noyaux, en raison de la position de la tête renversée en arrière, pénétra dans le larynx.

M. Hundhausen, en voyant le malade le lendemain de cet accident, lui trouva peu de douleur et une toux modérée, mais une gène assez notable de la respiration. Le sujet indiquait d'une manière bien précise le point où se trouvait le corps étranger qu'il sentait monter et descendre par suite des mouvements que lui inspiraient alternativement des accès de toux.

Le chirurgien se décida de suite à pratiquer l'opération de la trachéotomie. Le noyau se trouvait alors descendu à une grande profondeur dans la trachée. Trois anneaux furent divisés, mais la toux ne suffit pas pour faire remonter le corps étranger.

Le lendemain de l'opération, M. Hundhausen introduisit son petit doigt dans la trachée, ce qui détermina une forte quinte de toux, et, d'après le dire du malade, fit remonter un peu le noyau. Cet essai fut renouvelé, et, à la troisième reprise, le doigt fut maintenu dans l'ouverture de la trachée jusqu'à ce que la toux devînt très inteuse ; il fut alors retiré vivement, et, dans le même instant, une forte quinte de toux projeta le noyau hors de la plaie.

M. Hundhausen réunit dès-lors les bords de l'ouverture, et dans l'espace de quinze jours la cicatrisation fut obtenue.

(*Medicinische Zeitung*, 1842.)

— *Prix de la Société médico-pratique de Paris.* — La Société propose la question suivante :

« Déterminer la valeur relative des divers traitements locaux dans les affections cancéreuses. »

Une médaille d'or de 300 fr. sera accordée à l'auteur du meilleur travail sur cette question.

Les manuscrits, revêtus des formes académiques, doivent être adressés, avant le 1er janvier 1844, au secrétaire-général, M. le docteur Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

— M. Dubouchet, médecin spécial pour le traitement des affections des organes génito-urinaires, vient de transporter son cabinet de consultations, rue Taitbout, n° 14.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2 FÉVRIER 1843. 16e ANNÉE. N. 14, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Stomatite mercurielle. Traitement par les bains de vapeur. Guérison.

Au n° 26 de la salle Saint-Bernard, se trouve couchée une femme affectée d'une maladie peu grave par elle-même, mais très pénible et fort désagréable pour la malade et pour le médecin même qui souvent y a contribué par l'emploi d'une médication intempestive ou peu mesurée, nous voulons parler d'une stomatite mercurielle.

Cette malade est âgée de vingt-six ans; elle est d'une constitution assez forte; elle a accouché heureusement il y a deux mois; elle avait revu ses règles peu de temps après et se portait fort bien, lorsque, il y a douze jours, elle commença à ressentir de la douleur dans les gencives et dans toute la bouche, et éprouva en même temps une salivation très abondante avec une fétidité extrême de l'haleine. Après être restée chez elle pendant neuf jours dans cet état, souffrant beaucoup jour et nuit, elle se décida enfin à entrer à l'hôpital. Voici l'état qu'elle nous a présenté à la première visite.

En ouvrant la bouche, on voit la muqueuse gonflée et d'une couleur violacée; les gencives sont également gonflées et présentent un liseré blanc, déprimé autour de la couronne des dents, et qui tranche sur la coloration violette du reste des gencives. On remarque aussi des saillies, des espèces de crêtes lardacées sur la muqueuse gencivale. Toutes ces parties sont, en outre, très douloureuses à la plus légère pression. Le fond de la gorge est rouge et phlogosé. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. La malade éprouve une grande difficulté pour parler, cracher et avaler. Le moindre mouvement des mâchoires détermine une vive douleur; enfin une salive épaisse et filante s'écoule en abondance de la bouche.

A ce seul aspect il n'était pas difficile de reconnaître une stomatite mercurielle; mais désirant épuiser, en quelque sorte, tous les moyens de diagnostic, nous avons voulu savoir de la malade elle-même si elle avait été dans le cas de faire usage de préparations mercurielles: elle nous répondit négativement. Nous lui demandâmes alors quelle était sa profession: elle nous dit qu'elle travaillait dans un atelier de dorure sur cuivre dans lequel on se servait de mercure. C'est donc, sans aucun doute, aux émanations mercurielles qu'il faut attribuer le développement de cette affection.

En même temps que se manifestait l'affection buccale, la malade a éprouvé de la diarrhée. Ce phénomène n'est point rare dans l'intoxication mercurielle; on voit assez souvent les sujets atteints de stomatite mercurielle éprouver en même temps des coliques et de la diarrhée; elle est assez fréquente aussi à la suite d'un traitement mercuriel un peu prolongé ou donné à des doses élevées. Toujours est-il que, chez cette femme, la bouche et les intestins sont coïncidemment affectés, et, suivant toute apparence, sous l'influence de la même cause, l'action du mercure sur l'économie.

La malade accuse aussi de l'insomnie, depuis le commencement de sa maladie, insomnie qui résulte sans doute de la gêne à laquelle la stomatite donne lieu, et la nécessité où se trouve la malade de se débarrasser à chaque instant de la salive qui inonde ses joues, ou peut-être même d'une certaine agitation générale, quoiqu'il n'existe point de fièvre.

Le traitement de cette affection consiste principalement à porter des substances astringentes et même légèrement caustiques, sur les gencives et sur toutes les parties malades de la bouche; on y joint avec avantage l'usage des purgatifs et d'un régime convenable. Ces moyens, s'ils ne guérissent pas immédiatement l'affection, ne tardent pas du moins à l'amoindrir et à la rendre beaucoup plus supportable. Il est des circonstances dans lesquelles les purgatifs ne peuvent pas être employés, parce qu'ils sont contre-indiqués par la diarrhée et l'irritation du tube intestinal; tel est le cas de notre malade. Nous avons proposé dans le temps, contre cette affection, l'emploi des bains de vapeur. Il y a vingt-cinq ans environ, étant médecin à la Charité, nous avions reçu dans notre service une pauvre femme couverte de vermine; nous lui prescrivîmes l'usage des frictions mercurielles, à la suite desquelles elle ne tarda pas à éprouver tous les accidents de la stomatite. Nous la fîmes mettre dans un bain de vapeur; l'affection buccale disparut comme par enchantement. Le succès de cette première tentative nous ayant donné quelques espérances sur l'efficacité de ce moyen comme traitement de la stomatite mercurielle, nous l'employâmes plusieurs fois dans des cas semblables; mais bien qu'assez souvent il nous ait semblé avoir contribué efficacement à la guérison des malades, il n'a pas entièrement répondu à notre attente. Nous y avons recouru cependant chez cette malade, d'une part parce que nous n'avons pas perdu toute notre confiance dans ce moyen, et, d'autre part, parce que l'usage des purgatifs que nous employons habituellement contre cette affection étaient contre-indiqués ici par l'existence de la diarrhée.

Après douze jours de traitement par les bains de vapeur et les collutoires astringents, les accidents étaient en grande partie dissipés. La malade commençait à pouvoir manger. Les gencives étaient cependant encore un peu ramollies, et l'haleine fétide.

Ces moyens ont été continués encore pendant cinq jours; après quoi la guérison a été complète, et la malade est sortie de l'hôpital.

Symptômes apoplectiques. Perte subite de connaissance et du mouvement. Retour spontané de la connaissance et d'une partie du mouvement au bout de quelques heures. Persistance d'une hémiplégie. Décroissement graduel des phénomènes paralytiques.

Une femme de soixante et quelques années fut apportée vers les premiers jours de décembre à l'Hôtel-Dieu, sans connaissance et dans un état complet de paralysie. Quelques heures après son entrée, elle commença à ouvrir les yeux, et recouvra l'intelligence et la faculté d'exercer quelques mouvements du bras et de la jambe gauche, les membres droits restant paralysés. D'après le peu de renseignements qu'on put recueillir auprès d'elle, il paraît que l'avant-veille du jour de son entrée à l'hôpital, sans qu'elle eût éprouvé auparavant aucun accident, aucun phénomène précurseur, elle tomba subitement sans connaissance et sans mouvement.

Au moment de la visite nous la trouvâmes couchée sur le dos, le bras et la jambe du côté droit complétement paralysés, les membres du côté gauche ayant en partie recouvré leurs mouvements. La commissure des lèvres était un peu entraînée à gauche; il n'y avait point de strabisme; la figure était empreinte d'une certaine expression d'hébétude; la parole était très embarrassée; la malade ne parvenait qu'avec peine, et seulement à l'aide de signes, à se faire comprendre; elle répondait toutefois à nos questions de manière à nous laisser voir que son intelligence était à peu près intacte. La déglutition se faisait sans difficulté. Le bas-ventre présentait au toucher une tumeur considérable, que l'on reconnut être formée par la vessie distendue par l'urine qui sortait par regorgement.

Tels étaient les phénomènes que nous pûmes constater au premier examen; ce qui en ressortait d'abord de plus saillant, c'était la circonstance d'une paralysie générale et d'une résolution complète de tout le système musculaire, en partie disparue en quelques heures.

D'après cet ensemble de symptômes, on ne pouvait méconnaître une affection cérébrale. Les phénomènes hémiplégiques ne trompent jamais ou presque jamais sur l'existence d'une lésion cérébrale du côté opposé à celui où siége la paralysie. L'invasion de ces symptômes ayant eu lieu d'une manière soudaine et sans avoir été précédée de prodromes manifestes, et d'un état morbide antérieur appréciable; tout devait porter à reconnaître, en outre, que l'on avait affaire à une affection aiguë. Mais quelle pouvait en être la nature? Nous devions penser tout d'abord à une hémorrhagie cérébrale ou à un ramollissement du cerveau, car il n'y a que ces deux affections qui puissent produire les phénomènes que nous observons chez cette malade. Toutefois, l'hémorrhagie nous parut plus probable que le ramollissement, et en voici la raison: Il existe des différences assez tranchées dans les symptômes qui révèlent ces deux sortes de lésions cérébrales. Les symptômes auxquels le ramollissement donne lieu, ont rarement une invasion aussi soudaine et une marche aussi rapide; ils ont le plus ordinairement une marche lente et chronique. L'hémorrhagie, au contraire, produit des phénomènes dont la marche et la succession sont extrêmement rapides.

Il ne faut cependant pas oublier non plus que le ramollissement peut quelquefois aussi présenter les symptômes tout à fait semblables à ceux de l'hémorrhagie, et qu'il peut dans quelques circonstances devenir extrêmement difficile de les distinguer. Aussi nous avons eu l'occasion de voir dans notre service un homme qui, pendant qu'il satisfaisait à ses besoins, tomba soudainement sans connaissance, et fut immédiatement apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état complet de paralysie. Peu de temps après il reprit l'usage de ses sens et des mouvements qu'il avait perdu, et put nous raconter lui-même ce qui lui était arrivé. Malgré cette amélioration momentanée, la maladie s'aggrava, et le malade s'éteignit quelques jours après. A l'autopsie, nous trouvâmes un ramollissement de l'un des hémisphères du cerveau. Le ramollissement peut donc quelquefois produire des phénomènes morbides semblables à ceux qui résultent d'une hémorrhagie; mais qu'on le retienne bien, ce n'est là qu'un cas exceptionnel; or il ne faut jamais prendre des cas exceptionnels pour base du diagnostic.

Il s'est présenté hier chez notre malade un phénomène qui pourrait jusqu'à un certain point faire pencher en faveur de l'idée, qu'il existait un ramollissement. Le bras droit, où siége la paralysie, a été pris d'un peu de raideur et de contracture musculaire. Mais on remarquera toutefois que ce phénomène ne s'est montré que consécutivement aux symptômes de résolution paralytique; de sorte qu'on en pourrait déduire, avec quelque probabilité, qu'une partie de la masse cérébrale qui environne le foyer hémorrhagique s'est ramollie consécutivement pa. suite du travail inflammatoire local autour du foyer, et a produit les phénomènes que nous venons de signaler. Aussi, tout bien considéré, regardons-nous l'existence d'une hémorrhagie dans l'hémisphère gauche du cerveau, comme beaucoup plus probable que celle d'un ramollissement.

Le pronostic n'a pas, dans ce cas-ci, toute la gravité ordinaire. La malade a repris connaissance; elle a recouvré une partie des mouvements qu'elle avait entièrement perdus; il ne serait pas, par conséquent, impossible qu'elle parvînt à se rétablir plus ou moins complétement. Il y a même une circonstance qui nous paraît très favorable pour l'avenir, c'est l'absence de tout mouvement fébrile, le pouls est à l'état normal. Or, l'expérience nous a démontré, et tous les praticiens l'ont observé avant nous, que lorsque la paralysie est accompagnée d'un mouvement fébrile, l'issue de la maladie est presque toujours funeste; l'existence de la fièvre, dans cette circonstance, prouve, en effet, que le travail inflammatoire consécutif fait des progrès, et que la désorganisation du cerveau est presque inévitable. Si donc, d'ici à quelques jours, nous voyons le pouls s'élever, le pronostic deviendra extrêmement grave; jusque-là nous penserons qu'elle peut survivre aux accidents actuels. Toujours est-il que si elle échappe à la mort, elle ne conservera plus l'intégrité de son intelligence et de ses mouvements.

Lorsque la paralysie générale persiste pendant quelque temps, c'est un signe que l'hémorrhagie a été très étendue et la compression des nerfs très forte. Cependant le caillot sanguin se résorbe peu à peu, et la vie, qui semblait très compromise au début de la maladie, peut persister. Mais les mouvements restent à peu près perdus pour toujours, ainsi que l'usage de la parole; souvent aussi les malades tombent alors dans un état d'imbécillité. Leur existence n'est plus qu'une véritable végétation.

Quant au traitement, on a déjà pratiqué deux saignées; on applique des sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche correspondant au côté du cerveau que nous supposons être malade. On prescrit en même temps l'usage des lavements purgatifs et des purgatifs à l'intérieur, tels que l'huile de ricin mêlée à quelques gouttes d'huile de croton-tiglium, afin d'agir par révulsion sur le canal digestif. On y joint enfin les compresses froides sur le front.

Ces moyens antiphlogistiques, directs et indirects, tendent à modérer le travail inflammatoire qui pourrait se faire dans le cerveau et favorisent la résolution du caillot sanguin.

12 décembre. Ces jours derniers la malade a été à peu près dans le même état que le jour de son entrée à l'hôpital. Il n'y a eu aucun changement sensible dans l'état des membres affectés. La paralysie persiste au même degré; la sensibilité est toujours aussi obtuse. Lorsqu'on pince la malade du côté affecté, c'est à peine si elle indique, par une petite grimace, qu'elle ressent quelque chose. Les selles sont devenues involontaires. On remarque aussi un phénomène assez curieux, quoique très connu, c'est la torsion de la langue telle, que sa face antérieure devient presque latérale et le bord externe supérieur, sa convexité regardant du côté malade. Les médecins anciens avaient déjà signalé cette particularité. Le plus souvent cette déviation de la langue d'un côté est plutôt apparente que réelle, ou pour mieux dire elle dépend de la position de la bouche qui est déviée elle-même. Dans le cas actuel la déviation de la langue est postérieure, et elle offre de plus, comme nous le disions, cette espèce de torsion qui la fait paraître divisée en deux espèces de mamelons séparés par un sillon médian.

La malade présentant, comme la veille, un peu d'injection à la face, quoiqu'il n'y ait aucun signe bien apparent d'inflammation cérébrale, on fait appliquer des sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche, afin de combattre l'état congestionnel qui pourrait se propager aux organes intra-crâniens, et augmenter le travail morbide qui y est déjà établi. Le pouls est d'ailleurs assez fort et assez large pour permettre encore cette évacuation sanguine.

Le 24 décembre, la malade paraît aller un peu mieux; elle commence à prononcer plus distinctement quelques mots; son intelligence semble pourtant s'affaiblir de plus en plus; la paralysie persiste au même degré dans les deux membres droits. Il y avait eu les jours précédents un peu de contracture douloureuse dans le bras malade. Nous ne pouvions pas trop nous rendre compte de cette douleur et de cette contracture, en l'absence de tout autre signe qui indiquât un travail inflammatoire manifeste dans le cerveau. Mais ayant examiné

le bras, nous avons trouvé au coude une petite excoriation entourée d'une rougeur érythémateuse produite, suivant toute apparence, par la pression du bras sur cette partie. Cette circonstance fort minime en elle-même, est cependant utile à signaler, parce qu'elle fait voir la nécessité qu'il y a d'examiner souvent et attentivement les malades, surtout ceux qui, par suite de leur état, ne sont pas à même de rendre compte de ce qu'ils éprouvent.

Ce qui s'est passé depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, nous autorise plus que jamais à croire que c'est à une hémorrhagie cérébrale, plutôt qu'à un ramollissement, que nous avons eu affaire ; à raison de cela on se décide à appliquer à la région de la nuque un cautère avec la pâte de Vienne qui agira comme dérivatif continu ; on entretiendra la liberté du ventre par quelques légers purgatifs ; la malade sera tenue à un régime doux et sera abandonnée, quant au reste, aux efforts de la nature. Elle est, pour le moment du moins, à l'abri du danger de mort. Elle se rétablira probablement, mais en conservant un trouble considérable dans les facultés intellectuelles et une grande faiblesse dans le système musculaire.

La malade est restée une dixaine de jours encore à l'hôpital, soumise à ce traitement. Au bout de ce temps son état était notablement amélioré ; la parole était devenue beaucoup plus libre ; la malade causait avec lenteur, mais avec justesse et d'une manière intelligible. L'amélioration était plus lente et moins manifeste du côté du système musculaire des membres. Sur la demande même de la malade on autorise sa sortie.

Affection chronique du larynx d'une nature tout à fait obscure et inconnue. Invasion d'une méningo-encéphalite. Mort.

N° 10, salle Sainte-Agnès. — Un homme entra à l'Hôtel-Dieu, il y a quatre ou cinq mois, pour y être traité d'une affection chronique du larynx. Nous avions d'abord soupçonné l'existence d'une cause syphilitique, car la constitution du malade ne permettait pas de penser à une maladie tuberculeuse ; mais le malade ayant persisté à nier qu'il eût eu jamais aucune affection vénérienne, et nous ayant dit, d'autre part, qu'il avait été long-temps sujet à des maladies dartreuses, nous finîmes par présumer que la laryngite chronique était d'origine herpétique. Nous guidant d'après cette donnée, nous soumîmes le malade à l'usage des bains sulfureux, aux frictions stibiées et aux vésicatoires sur la région laryngienne. Sous l'influence de ces moyens combinés la maladie semblait s'amender, l'enrouement avait diminué, et nous nous félicitions déjà d'avoir amélioré la position de ce malade, lorsque, il y a quatre jours, il se plaignit d'une douleur vive à l'oreille droite. Croyant à l'existence d'une simple otite, nous prescrivîmes l'application de quelques sangsues sur cette région.

Le lendemain nous trouvâmes le malade dans un état plus grave ; la douleur de l'oreille était plus aiguë ; il s'y joignait une céphalalgie intense, ayant principalement son siége au côté droit de la tête. Dans le cours de la journée précédente il avait eu des frissons ; le pouls était fébrile, les traits de la figure exprimaient la souffrance. Reconnaissant à ces signes l'invasion d'une phlegmasie cérébrale, nous nous décidâmes à employer un traitement énergique. Deux saignées furent pratiquées dans la journée. Le sang présentait une couenne partielle, mais épaisse, qui, pour nous, équivaut, comme caractère séméiologique, à une couenne moins dense, mais générale. Nous fîmes appliquer des sinapismes aux jambes et des lavements purgatifs.

Nous le trouvâmes, le matin, dans un état de somnolence presque comateux ; nous n'en pûmes obtenir aucune réponse. Nous voulûmes nous assurer si cet état était récent, et si cet assoupissement était habituel chez le malade. Nous apprîmes des assistants qu'il n'était ainsi que depuis la veille seulement. Nous remarquâmes que le cou et la tête étaient portés à droite ; les yeux paraissaient aussi déviés du même côté ; le bras gauche était paralysé ; le pouls était dur et fréquent. Il n'y avait pas de doute que le siége de la maladie ne fût au cerveau.

Quelle est la lésion qui a pu produire l'ensemble des symptômes que nous venons d'exposer ? Avant l'invasion de ces derniers phénomènes, le malade se trouvait assez bien, ne paraissant éprouver d'autre gêne que celle qui résultait de la laryngite chronique pour laquelle il était entré à l'hôpital. La maladie qui s'est développée depuis ne pouvait évidemment être une maladie à marche chronique ; ce ne pouvait être, par conséquent, un ramollissement du cerveau, dont la marche est ordinairement beaucoup plus lente et les symptômes différents. Ce ne pouvait être non plus une hémorrhagie primitive ; car une hémorrhagie ne procède jamais ainsi, et s'annonce par des signes directs. La maladie a paru débuter dans l'oreille, ou, pour mieux dire, elle s'est traduite tout d'abord par une vive douleur dans cette partie ; puis la céphalalgie s'est manifestée, et avec elle le frisson, la fièvre, etc. C'est donc une maladie aiguë des organes intra-crâniens. Est-ce une méningite ou une encéphalite ? Nous croyons plutôt avoir affaire à une phlegmasie des méninges. D'ailleurs, cette maladie se transmet si vite des membranes au cerveau, qu'il n'est pas étonnant que l'un et l'autre paraissent affectés à la fois. On en peut juger par la rapidité avec laquelle cette propagation s'est faite chez ce malade. Le pronostic est très grave ; la maladie aura, suivant toute apparence, une terminaison très prochainement funeste. On fait une nouvelle application de sangsues derrière l'oreille droite ; vésicatoires et sinapismes sur les extrémités ; lotions froides sur la tête et frictions mercurielles. La difficulté que le malade éprouve à avaler empêche qu'on administre rien dans l'intérieur.

L'état du malade s'étant rapidement aggravé, il a succombé le soir même.

L'autopsie nous a présenté d'abord une altération très-remarquable dans la trachée-artère, et telle que nous n'en connaissons aucun exemple semblable dans les auteurs. La trachée est parsemée de dépressions de plusieurs dimensions et dont quelques-unes permettent l'introduction du doigt. On trouve dans leurs intervalles des saillies et des espèces de brides blanchâtres. Cette altération a une certaine ressemblance avec celle qui résulterait d'une brûlure laissant après elle des cicatrices irrégulières. Ces brides s'observent depuis le larynx jusqu'à l'origine des bronches, mais principalement dans la trachée-artère. Nous n'y avons trouvé ni pus, ni ulcérations. Le larynx semble un peu rétréci ; ses cordes vocales semblent un peu plus rapprochées qu'à l'état normal : c'est un fait d'anatomie pathologique tout à fait extraordinaire et dont nous n'avons vu aucun exemple.

Le cerveau et ses membranes nous ont présenté des altérations en rapport avec les lésions dont nous avions présumé l'existence. Il y avait d'abord une adhérence remarquable de la pie-mère avec le cerveau ; la première était injectée, principalement à droite, et, en la soulevant, on trouvait du pus dans son intérieur. Les circonvolutions de la convexité cérébrale étaient très aplaties par une grande quantité de sérosité opaline qui la couvrait partout. En tournant le cerveau vers sa base on trouvait des lésions beaucoup plus prononcées ; les traces de l'inflammation des méninges étaient plus profondes ; on voyait une couche de pus qui couvrait les circonvolutions et s'insinuait jusque dans les anfractuosités même, mais qui étaient plus abondantes à droite qu'à gauche.

Nous pensons que ces altérations peuvent expliquer facilement l'hémiplégie du côté gauche qui s'est manifestée pendant les derniers temps de la vie ; elle était évidemment due à une compression plus forte du côté droit du cerveau, produite par l'épanchement plus considérable de la sécrétion morbide dans les méninges de ce même côté. Les auteurs n'ont pas assez clairement signalé l'existence de l'hémiplégie à la suite des méningites, et pourtant c'est un fait bien constaté aujourd'hui et même assez commun et que nous avons, pour notre part, eu l'occasion d'observer plusieurs fois.

L'hémiplégie, dans ce cas, est certainement l'effet d'une phlegmasie des membranes qui se développe principalement d'un côté plutôt que de l'autre. Il arrive fréquemment qu'en faisant l'autopsie d'individus morts de méningite, et qui ont présenté pendant la vie des phénomènes d'hémiplégie, on trouve la phlegmasie des membranes générale et aussi prononcée d'un côté que de l'autre ; et alors on reste embarrassé pour expliquer l'hémiplégie. Ce phénomène tient à ce que la phlegmasie des méninges, d'abord partielle et limitée à un seul côté, s'est étendue et généralisée plus tard ; et si dans les derniers moments de la vie on avait bien observé les malades, on aurait vu que l'hémiplégie avait fait place vers la fin à une résolution générale des membres, résultat ordinaire de l'affection des méninges généralisée. Cette hémiplégie, du reste, est un signe précieux de l'inflammation des méninges, que l'on ne doit point perdre de vue dans la pratique.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Varicelle. Ce qu'il faut entendre par maladie épidémique (1).

Déjà, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous parler de la varicelle, et je vous ai fait voir combien cette maladie différait de la variole et de la varioloïde, par sa forme, sa marche, sa durée, et par les phénomènes généraux qui la précèdent ou l'accompagnent.

Cette maladie règne maintenant *épidémiquement* dans une de nos salles, et vous pouvez avec facilité vérifier chaque jour ce que j'ai déjà eu l'occasion de vous dire.

Quelques-uns de vous semblent étonnés de me voir parler d'ÉPIDÉMIE, lorsqu'une maladie quelconque vient à envahir une portion de mon service médical ; et je veux, une fois pour toutes, m'expliquer avec vous nettement sur le sens que tous les pathologistes accordent ou doivent accorder aux mots, *maladie épidémique*.

Une maladie est dite épidémique, lorsque en vertu des conditions générales accidentelles, elle vient à sévir en même temps sur un grand nombre d'individus vivant dans le même lieu.

Une maladie épidémique peut être contagieuse ou ne l'être pas.

Contagieuse, elle se multipliera nécessairement plus que si elle ne l'est pas.

Mais il ne suffit pas que beaucoup d'individus vivant dans le même lieu, soient en même temps atteints d'une maladie, pour que celle-ci soit dite *épidémique*. En effet, si par hypothèse on vaccinait 1,000 personnes le même jour, dans une même localité, je ne sache pas qu'il y eût un seul médecin assez inepte pour dire qu'il y a une épidémie de vaccine.

Cependant, entre l'inoculation *directe* de la vaccine et l'inoculation *indirecte* de la variole, il n'y a véritablement pas de différence essentielle. Dans un cas, le virus est porté sous l'épiderme par la lancette ; dans l'autre, il est porté sur les surfaces d'absorption par l'air qui charrie les miasmes, et le phénomène est identique au fond. D'où il suit que si on plaçait aujourd'hui, dans le même lieu, mille individus non vaccinés avec un enfant atteint de variole, et que ces mille individus prissent la petite-vérole, on ne serait pas plus en droit de dire qu'il y a *épidémie de variole*, que tout à l'heure on n'était en droit de prétendre qu'il y avait *épidémie de vaccine*.

Cela est rigoureusement vrai.

Mais l'usage a prévalu, et l'on dit qu'une maladie *indirectement contagieuse* règne *épidémiquement* lorsqu'elle frappe en même temps un grand nombre d'individus dans une même localité.

J'admets pourtant qu'ici, la dénomination de *maladie épidémique* est foncièrement fausse et peu philosophique.

Tout à l'heure, dans ma définition d'une maladie épidémique, je voulais que la maladie sévît en même temps sur un grand nombre, en *vertu de conditions générales accidentelles.* Je vais m'expliquer.

Dans le cours de l'année 1842, il entre dans mes deux salles plusieurs enfants atteints de coqueluche et de varicelle.

Par hypothèse, ces deux maladies sont contagieuses. Comment se fait-il que nos malades, vivant au milieu des autres, ne transmettent la maladie à personne ? Ce sont le même hôpital, les mêmes salles, les mêmes berceaux, les mêmes conditions de température, de nourriture ; et cependant les deux maladies ne se transmettent pas.

Mais, au commencement de 1841, un enfant atteint de coqueluche entre dans une de nos salles ; quinze jours s'écoulent à peine, que déjà presque tous les autres berceaux sont atteints par la maladie. Cependant l'autre salle reste à l'abri du fleau ; bientôt un petit malade vient dans cette salle avec la toux convulsive, et peu de jours après le mal éclate avec violence sur les autres enfants.

La même chose s'observe pour la varicelle ; deux fois depuis trois ans elle a sévi épidémiquement, et bien souvent des cas sporadiques se sont présentés sans transmission.

Je le demande maintenant à tout homme doué de quelque intelligence médicale : n'est-on pas forcé d'admettre des *conditions générales accidentelles*, en vertu desquelles la masse des enfants qui se trouvaient alors dans mes salles, a reçu et laissé facilement germer la semence morbide déposée dans l'économie de chacun ; semence qui, ces conditions générales accidentelles manquant, a été le grain de blé de l'Evangile tombé sur la pierre.

Mais si la maladie n'est pas contagieuse, si elle n'est pas endémique, et si elle règne en même temps sur un grand nombre d'individus vivant dans la même localité, à plus forte raison dirons-nous qu'elle est épidémique.

Ceci posé, j'arrive à un autre point de la question. On s'étonne que je décore du nom de maladie épidémique une affection qui envahit huit ou dix berceaux dans mes salles, qui en contiennent chacune douze. On trouve ma prétention exorbitante, et l'on réserve le nom d'épidémie à une maladie qui sévira sur de bien plus grandes masses, et qui s'étendra davantage.

Ceux qui me font une pareille objection ont sans doute bien peu réfléchi à ce qu'ils disent.

Pensez-vous que la fièvre jaune mérite le nom d'épidémie, si elle frappe, à Cadix, 10,000 individus sur 60,000 ? Vous n'en doutez pas, que je sache. Pensez-vous que si elle frappe, à Puerto-Santa-Maria, 2,000 habitants sur 7,000, elle ne règne pas épidémiquement ? Croyez-vous qu'elle ne soit pas épidémique à Paterna, si elle atteint 40 habitants sur 300 ?

Croyez-vous que, sur un vaisseau mouillé devant le Port-Passage, elle ne sévisse pas épidémiquement, si elle tue treize hommes de l'équipage sur vingt ? Ce que je dis de la fièvre jaune, ce que je dis d'une grande cité, d'une petite ville, d'un village, d'un navire, je le dirai de la coqueluche de Paris, de Saint-Denis, de Viroflay, d'un hameau, d'une caserne, d'un pensionnat, d'une salle d'hôpital. Ce qui constitue l'épidémie n'est pas de frapper un grand nombre absolument, mais un grand nombre relativement ; et si sur 24 berceaux, 22 sont atteints dans l'espace d'un mois par la même maladie, il y a épidémie tout aussi bien que si dans une cité de 240,000 habitants 220,000 étaient frappés en même temps. Dans un cas seulement l'épidémie est dite circonscrite (*epidemia circumscripta*), dans l'autre elle est dite universelle ou populaire (*epidemia universalis aut popularis.*)

Je reviens à ma varicelle épidémique. Vous avez pu de nouveau constater ce sur quoi j'avais appelé si souvent votre attention.

Fièvre d'invasion durant à peine quelques heures, quelquefois n'ayant pas été appréciée par la mère, se renouvelant plusieurs fois de suite jusqu'à l'accomplissement de l'éruption.

Eruption de pustules non simultanées, se faisant successivement pendant deux, trois, quatre, cinq jours.

Pustules apparaissant d'abord dans un grand nombre de cas sous forme de bulles parfaitement hémisphériques et remplies de sérosité tout à fait transparente ; bientôt s'aplatissant, devenant irrégulières, se remplissant de pus et s'entourant d'une auréole inflammatoire très étendue et d'un rouge très ardent.

Pas de fièvre de maturation.

Dessiccation commençant par les pustules qui ont apparu

---

(1) Nous espérons qu'à propos du présent article nos lecteurs voudront bien se rappeler ce que nous disions dans une autre occasion (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 10 décembre 1842) : « Il y a deux choses bien distinctes dans un journal : 1° les articles communiqués ; 2° les articles qui appartiennent à la rédaction. Nous croyons qu'on doit être d'une *neutralité* absolue quand il s'agit de la première catégorie d'articles ; *les écrivains qui font le contraire manquent à leur devoir.* Dans les autres articles, c'est l'*impartialité* qu'on a droit d'exiger et non la neutralité, etc. » Rien n'est plus commun que de voir certains organes de la presse se consacrer au culte d'une doctrine exclusive, et voiler toujours à leurs lecteurs une face de la médaille pour ne leur présenter que celle qui cadre avec leurs opinions. Nous respecterons toujours assez nos lecteurs pour nous garantir de cet esprit étroit et indigne d'un journal qui comprend dignement sa mission ; quand nous formulerons une opinion, nos lecteurs ne seront pas obligés de nous croire sur parole ; ils auront toujours sous les yeux les pièces qui auront servi à motiver notre jugement. C'est, à notre avis, le seul moyen de concourir efficacement au progrès de la science.

Nous avons voulu rester fidèles aux principes que nous venons d'énoncer ; principes que nous regardons comme notre premier devoir, en reproduisant aujourd'hui une clinique de M. Trousseau, dans laquelle ce professeur distingué paraît avoir eu en vue de réfuter notre article du 7 de ce mois, relativement à ce qu'il faut entendre par épidémie. La définition qu'il donne de ce mot dans sa leçon même, confirme pleinement notre manière de voir, et nous aurons occasion de montrer que la dénomination d'*épidémie* appliquée à la coqueluche, dont il a rapporté l'histoire dans une lettre adressée à son maître, est, comme il le dit très bien lui-même, *foncièrement fausse et peu philosophique.*

(N. du R.)

les premières et marchant du centre de la pustule à sa circonférence ; accomplie huit jours au plus tard après le début de la maladie.

Traces fugaces ; quelques-unes pourtant aussi profondes, aussi résistantes que celles de la petite vérole.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Gaultier de Claubry écrit qu'il se désiste de sa candidature pour la place vacante dans la section de physique et de chimie.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie.

La liste de présentation proposée par la commission et accueillie par l'Académie, est ainsi composée :

M. Dumas, hors ligne.
MM. Bouchardat,
Boudet,
Gaultier de Claubry,
Lassaigne,
Mialhe,

M. Barthélemy, appuyé par M. Moreau, demande que le vote au scrutin soit fait par appel nominal.

M. Emery combat cette proposition.

L'Académie, consultée, vote en faveur de l'appel nominal.

La liste de présence indique 115 membres présents.

La majorité est de 58.

MM. Dumas obtient	85 suffrages.
Lassaigne	12
Boudet	11
Bouchardat	5
Billets blancs	2.

En conséquence, M. Dumas est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

— *M. Sandras* lit une observation de morve aiguë farcineuse chez l'homme.

Ce travail est renvoyé à la commission de la morve.

— *M. Filugelli* lit un mémoire sur les muscles distendus et allongés, et sur ceux qui sont relâchés ou ayant leurs insertions rapprochées.

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Dans toutes les luxations, et même dans celles accompagnées de raccourcissement du membre, contrairement à ce que les auteurs en avaient affirmé, il y a toujours des muscles distendus et allongés.

2° Ordinairement les muscles distendus sont placés dans un plan opposé à celui où se trouve l'os déplacé ; mais il existe des luxations, comme, par exemple, celle de l'humérus en avant, où des muscles distendus sont aussi placés sur le même côté de l'os luxé ; ainsi pour la luxation mentionnée, outre les muscles sus et sous épineux qui sont tendus et placés en arrière, le coraco-brachial et les deux portions du biceps placés sur le même plan de l'os luxé sont distendus et poussent l'humérus contre l'omoplate.

3° Dans toutes les luxations, même dans celles avec allongement, contrairement à l'opération des auteurs, il existe des muscles relâchés.

4° Ces muscles sont ordinairement placés sur le même plan de l'os luxé ; mais il y a des exceptions et nous venons d'en voir un exemple.

5° Dans presque toutes les luxations dans lesquelles, outre le déplacement dans le sens de l'épaisseur de l'os, il existe un déplacement dans le sens de la circonférence, il y a des muscles tordus dans le sens de la rotation advenue. Dans la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, cet os ayant tourné en dedans, le court et long supinateurs et les radiaux externes, mais surtout le premier, sont tordus en dedans.

6° Si ces muscles tordus et distendus se contractaient, ils feraient nécessairement disparaître le déplacement dans le sens de la circonférence, et ils faciliteraient la réduction.

7° Ce ne sont pas tous les muscles qui environnent une articulation qui empêchent l'os luxé d'être facilement réduit : les muscles relâchés n'entravent la réduction que dans les deux cas suivants, savoir : 1° quand les luxations récentes sont compliquées d'irritation des muscles ; 2° quand les luxations sont anciennes.

8° Dans les luxations récentes compliquées d'irritation des muscles, et dans les luxations anciennes, les muscles relâchés se trouvent contracturés. Dans ces cas les os déplacés ne peuvent pas regagner leur position normale, car ils sont retenus par des cordes trop courtes.

9° Le relâchement d'un muscle diffère de la contracture en ce que le premier peut disparaître par la moindre traction, tandis que la contracture exige l'intervention du ténotome.

10° Si pour réduire une luxation ancienne on veut diviser les muscles contracturés ou raccourcis, il ne faut s'adresser qu'à ceux qui, dans les luxations récentes, étaient relâchés.

11° Ce sont les muscles distendus qui, entraînant l'os déplacé contre des éminences osseuses, contribuent à la production des entraves rencontrées pendant la réduction.

12° Il faut placer dans le relâchement les muscles distendus pour décrocher facilement les os luxés.

13° Sans les éminences osseuses placées sur le chemin qui doit être parcouru par l'os luxé, les muscles distendus tendraient à ramener ce dernier dans sa cavité normale.

14° Le décrochement ayant été obtenu, il faut placer de nouveau dans leur position primitive les muscles dont il est question dans la douzième proposition, afin qu'ils se chargent, pour ainsi dire, de la coaptation ; en conséquence, en réduisant une luxation, il faut employer plus d'adresse que de violence.

15° La connaissance exacte de tous les muscles distendus et de ceux qui, dans les luxations son relâchés, fournit les moyens de donner au membre luxé une position telle qu'elle relâche les premier et qu'elle ne distend pas les derniers.

Ce Mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Velpeau, Amussat et Bégin.

—*M. Boinet* lit une note sur un appareil irrigateur de la matrice, inventé par le docteur Foucault.

Commissaires : MM. Bérard, Moreau, Capuron.

Tumeur fibreuse abdominale. — *M. Amussat* présente à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique remarquable sous plusieurs rapports, qui lui a été adressée par M. le docteur Boulenger, de Calais. Avant d'en donner la description, M. Amussat fait connaître les phases principales de la maladie contre laquelle ont échoué les moyens les plus rationnels qui ont été employés.

M. Th..., âgé de trente-deux ans, demeurant à Calais, atteint depuis plusieurs années d'une diarrhée chronique, consulta M. Boulenger au mois de juillet dernier, pour une blennorrhagie récente assez forte, et qui, après un exercice fatigant, s'accompagnait d'ischurie, d'hématurie et d'engorgement du testicule droit, ainsi que des glandes inguinales. A cette époque, on découvrit sur la ligne médiane, au-dessus des pubis, une tumeur du volume d'une grosse orange qu'on soupçonna être formée par la vessie distendue par l'urine, ou dont les parois auraient été hypertrophiées.

Le 20 septembre suivant, M. Boulenger fut consulté de nouveau ; l'examen de l'hypogastre lui apprit que la tumeur s'était portée vers la fosse iliaque droite, et qu'elle était distincte de la vessie. A cette époque, l'émission des urines et la défécation se faisaient sans gêne ni douleur.

Le 4 octobre, à la suite d'une indigestion, M. Th. fut pris de fièvre, de diarrhée, de douleurs vives au col de la vessie et d'une grande difficulté d'uriner. La tumeur avait acquis à peu près le volume de la tête d'un enfant à terme ; elle occupait la fosse iliaque droite et s'enfonçait dans le bassin, où, sans doute, elle comprimait le col de la vessie et les parties environnantes. Des sangsues au périnée, des bains, des lavements, etc., furent employés pour faciliter l'émission de l'urine qui devenait de plus en plus difficile. Mais les accidents ne cessèrent pas de s'aggraver ; la tumeur augmentait de jour en jour ; des douleurs causées par la compression des nerfs du bassin se firent bientôt sentir dans les membres inférieurs ; la cuisse droite s'œdématia ; enfin le 16 octobre, la rétention d'urine était complète, et la distension de la vessie portée au dernier point. Le cathétérisme ayant été impossible, on se décida, dans la supposition que la tumeur contenait peut-être un liquide, à y pratiquer une ponction. Mais elle n'eut d'autre résultat que l'écoulement de quelques gouttes de sang noirâtre, et le surlendemain on fit la ponction de la vessie, qui mit fin de suite aux accidents occasionnés par la rétention d'urine ; les urines reprirent leur cours naturel, de sorte que deux jours après on supprima la canule du trocart qui avait été laissée dans la plaie : mais à partir de ce moment, soit que la tumeur ait éprouvé un déplacement, soit que son accroissement ait eu particulièrement lieu à la partie postérieure, il est survenu chez M. Th... un ténesme constant, une constipation opiniâtre, des coliques incessantes, du météorisme, du gargouillement, un glou glou continuel, des nausées, des vomissements, du hoquet et de la fièvre. Lorsque M. Amussat fut consulté, il y avait dix-sept jours de constipation opiniâtre, et dans l'impossibilité où l'on avait été de la faire cesser, on lui demandait si ce n'était pas là un cas qui réclamait l'établissement d'un anus artificiel ; si telle était son opinion, on le priait de se rendre à Calais pour pratiquer cette opération. Sa réponse fut affirmative ; mais la rétention d'urine apparut de nouveau ; la ponction de la vessie devint encore indispensable ; la tympanite stercorale fit des progrès, et M. Amussat reçut avec la nouvelle de la mort du malade, la pièce pathologique qu'il présente à l'Académie, et dont voici la description succincte.

La tumeur que l'on avait reconnue pendant la vie pèse 1 kilogramme 590 grammes ; son diamètre verticale est de 20 centimètres (7 pouces à peu près) ; son diamètre transversal, 15 centimètres (5 pouces 1/2) ; son diamètre antéro-postérieur, 14 centimètres (5 pouces) ; circonférence verticale, 53 centimètres (19 pouces) ; circonférence antéro-postérieure, 40 centimètres (14 pouces) ; circonférence transversale, 50 centimètres (18 pouces). Elle est extra-péritonéale, et le péritoine enveloppe la partie supérieure dans l'étendue de un pouce et demi à deux pouces. Cette enveloppe s'est formée aux dépens du tissu cellulaire, au milieu duquel la tumeur s'est développée, et elle se compose de plusieurs feuillets superposés confondus ensemble en divers points, et offrant une assez grande résistance. La portion de la tumeur qui se trouve logée dans l'hypogastre, est intimement unie à la vessie par une large adhérence ; ainsi réunie à ce viscère, elle forme une masse arrondie qui s'élève à plus d'un pouce au-dessus de l'ombilic, et descend dans le petit bassin jusqu'à un point au-dessus de l'ouverture de l'anus. Transversalement, elle s'étend d'un os des îles à l'autre, et occupe la majeure partie de la région hypogastrique, ainsi que la presque totalité de la cavité pelvienne. D'une forme irrégulièrement ovoïde, la tumeur est lisse, légèrement mamelonnée à la surface, d'une consistance variable dans les différentes parties. Sa surface offre une teinte rosée assez uniforme, et est parsemée de nombreux vaisseaux sanguins. Elle est unie à la vessie par une surface très étendue, et les adhérences sont très intimes et résistantes. Deux poches enkystées d'un pouce à un pouce et demi de diamètre existent à la partie antérieure de la tumeur près de son point d'union avec les parois vésicales. Ces kystes étaient remplis d'un liquide séro-purulent d'une grande fetidité ; leur cavité est tapissée d'une membrane lisse et polie, largement incisée suivant son grand diamètre, on constate que la tumeur est formée par un tissu offrant assez de résistance au tranchant du scalpel ; d'un blanc légèrement grisâtre, composé de petits mamelons, irréguliers quant à leur forme et à leur grosseur, unis entre eux par un tissu fibro-celluleux plus résistant que ne le sont les mamelons eux-mêmes. La section présente l'extrémité de vaisseaux sanguins assez nombreux, disséminés irrégulièrement dans la masse morbide ; en un mot, la tumeur paraît, quant à la consistance et à la texture, formée par du tissu fibreux. Une portion assez considérable de cette tumeur contiguë aux kystes mentionnés plus haut, s'est transformée en une sorte de bouillie qui s'écoule comme le ferait la matière cérébrale ramollie.

Les parois de la vessie sont beaucoup plus épaisses que dans l'état normal. Sa membrane muqueuse offre une teinte livide, probablement due au contact prolongé du sang qu'elle contenait au moment de l'autopsie, deux petites plaies, dont l'une est cicatrisée, s'aperçoivent à la partie antérieure et latérale gauche de l'organe.

La cavité abdominale ne contenait pas de liquide. Le gros intestin était distendu par une grande quantité de gaz et de matières fécales.

— *M. Gerdy* montre une pièce pathologique provenant d'une femme morte dans son service vingt-deux jours après une fracture du col du fémur. Sur la portion des os qui avoisinent la fracture, on remarque des traces évidentes de congestion sanguine, des points ensanglantés ; enfin toutes les marques d'un travail inflammatoire organisateur.

— *M. Marchal* (de Calvi) présente une polype utérin expulsé spontanément après un effort. — Une dame, âgée de quarante-huit ans, ayant eu plusieurs enfants, était affectée de métrorrhagies répétées, avec douleurs lombaires et pesanteurs dans le bassin. La maladie fut regardée par le médecin qui donnait des soins à cette dame, comme un engorgement inflammatoire de la matrice et traitée par les applications de sangsues à l'hypogastre, les bains, le repos. Cette dernière prescription n'était guère observée par la malade, qui était d'un naturel très vif. Un jour qu'elle chauffait elle-même l'eau d'un bain à l'aide d'un fort cylindre, elle sentit, en soulevant ce dernier, s'échapper quelque chose de ses parties génitales, et s'écria, après avoir examiné l'objet, *qu'elle venait de faire un cœur de volaille.* Il s'écoula une petite quantité de sang, et la malade, qui n'avait éprouvé aucune douleur fut dès ce moment radicalement guérie.

Le polype, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, a, selon la première impression de la malade, une certaine ressemblance avec le cœur d'une grosse volaille ; il est seulement plus aplati. Il est très lisse partout, et donne dès le premier coup d'œil l'idée de la surface externe de l'utérus. Il offre un corps et un pédicule. Celui-ci est lisse d'un côté et déchiré de l'autre.

J'appelle l'attention de l'Académie sur cette petite surface déchirée du pédicule, parce qu'en la voyant on comprend très bien le mécanisme de la séparation violente du polype. Celui-ci, divisé dans sa longueur, se montre formé d'un tissu homogène, qu'il est impossible de ne pas reconnaître pour celui de la matrice. Voici donc un polype entièrement formé de tissu utérin, un de ces polypes qui constituent de véritables prolongements pédiculés de la matrice. Deux petits foyers sanguins existent dans l'épaisseur de cette production, l'un à la partie inférieure du corps, l'autre vis à vis le collet. Ce fait, ajoute M. Marchal, est unique dans la science, par rapport au mécanisme de la séparation du polype. Dans les observations de M. le docteur Hue, de Londres, et de M. H. de Chégoin, auquel nous devons un travail si instructif sur les polypes utérins, le polype s'est détaché, et n'a pas été expulsé ; il y a eu ulcération du pédicule, et non rupture de ce pédicule, comme dans l'observation que je rapporte. Ce cas méritait donc, sous un double rapport, d'être soumis à l'appréciation de l'Académie ; et cela d'autant plus que les exemples de séparation spontanée de polypes utérins ne sont pas, abstraction faite du mécanisme de la séparation, aussi nombreux qu'on pourrait le croire d'après quelques indications bibliographiques. Des cas d'arrachement artificiel ont été cités comme des observations de détachement spontané, et le même fait s'est multiplié en raison des recueils dans lesquels il a été rapporté.

— *M. Le Roy d'Etiolles* écrit que les irrigations continues sont bien préférables aux courtes injections dans le traitement des leucorrhées et des ulcérations du col de l'utérus. Il rappelle que l'un des premiers, sinon le premier, il a employé ces irrigations en 1826 et 1827, dans le service de M. Bougon, à l'hôpital St-Côme, pendant l'internat de M. P. Guersant. Elles peuvent être faites dans le lit avec un mode de tamponnement approprié, et mieux encore sur le bidet ou sur la chaise percée. Les douches émollientes, puis d'eau de goudron, que les femmes peuvent employer elles-mêmes, sans embarras, rendent souvent inutiles les cautérisations, dont on a si étrangement abusé depuis quelques années. M. Le Roy a produit aussi des résultats semblables avec des fumigations résineuses dirigées au moyen d'entonnoirs en gomme qu'il a fait fabriquer par M. Lasserre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1843. — Présidence de M. Dumas.

Digestion.— Rapport sur un mémoire de MM. Sandras et Bouchardat, relatif à la digestion.

Au nom de MM. Magendie, Flourens, Payen, Dumas, M. Milne Edvards lit le rapport suivant :

L'Académie nous a chargé d'examiner un mémoire relatif à la digestion, dans lequel les auteurs proposent des vues à quelques égards nouvelles sur cette importante fonction, et font connaître en même temps des expériences très dignes de l'intérêt des physiologistes.

Les chimistes modernes ont admis, avec le docteur Prout, qu'il convient de diviser les principaux aliments en trois classes : les aliments azotés, les aliments gras, les aliments sucrés ou féculents. Chacun d'eux joue dans la digestion, ainsi que dans la nutrition, un rôle distinct. Les auteurs se sont proposé de l'éclairer par des expériences nouvelles.

Admettant que l'objet de la digestion consiste à faire passer dans le sang les matières alimentaires qu'il peut utiliser, ils ont cherché à déterminer par l'expérience à quelle voie d'absorption la nature a recours pour cela. Ils sont partis, d'ailleurs, de ce point de vue, en général vrai, que les aliments solubles sont absorbés par les veines et que les aliments insolubles passent par les conduits chilitères.

Ceci admis, restait donc à savoir seulement, comment la nature avait pourvu aux moyens de rendre certains aliments solubles, ou bien de les diviser au degré convenable pour les rendre propres à passer dans les vaisseaux chilifères.

Les auteurs ont fait dans ce but deux séries d'expériences ; les unes, purement chimiques, ont été exécutées par les procédés ordinaires du laboratoire ; les autres, principalement physiologiques, ont été tentées sur des chiens.

Les expériences chimiques ont mis en évidence un fait nouveau et très remarquable, consistant dans l'action que l'eau, faiblement acidulée par l'acide chlorhydrique exerce sur la fibrine, l'albumine, le caséum, le gluten et les tissus gélatineux. Toutes ces matières se gonflent, deviennent translucides et quelques-unes se dissolvent. Il suffit d'ajouter à 10,000 gr. d'eau 6 gr. d'acide hydrochlorique, pour produire tous ces phénomènes.

Toutefois, les auteurs ont été trop loin, en considérant l'acide hydrochlorique comme le seul agent de la dissolution des aliments azotés. En effet, tandis que sous son influence la fibrine se borne à se distendre à l'excès, mais sans se dissoudre, il suffit de faire intervenir quelques gouttes de présure, pour que la dissolution soit complète. Ainsi, dans le suc gastrique, l'acide hydrochlorique n'est pas le seul agent de la dissolution. Il faut peut-être aussi tenir compte de cette matière animale qu'on a désignée sous les noms de *pepline* ou *clignosine*, qui fonctionne probablement à la manière de la diastase, et que MM. Pelwam et Deschamps ont signalée dans l'estomac.

Ceci admis, toutefois il semble bien probable, d'après les expériences des auteurs, que les matières azotées animales neutres, une fois dissoutes dans l'estomac, passent directement dans les veines. Le gluten se comporte comme elles.

L'amidon, les fécules, se convertissent en tout ou en partie dans l'estomac en acide lactique et s'absorbent sous cette forme. On ne retrouve ni amidon, ni sucre dans le chyle pendant la durée d'une alimentation féculente.

Les graisses résistent évidemment à l'action de l'estomac. Elles passent dans le canal intestinal, et là elles forment une bouillie crémeuse, en même temps que le chyle se montre sous leur influence d'une abondance et d'une richesse inaccoutumée en globules capables de le rendre laiteux et opaque.

Les auteurs voient donc dans les graisses les agents principaux de la production du chyle ; les produits alimentaires dont la digestion rend surtout nécessaire l'intervention de l'appareil chylifère.

En général, ces opinions ont paru fondées à votre commission ; mais les expériences sur lesquelles elles reposent, reproduites sous ses yeux, n'ont pas donné des résultats aussi nets qu'elle l'aurait désiré.

Vos commissaires croient donc devoir encourager les auteurs à persévérer dans une étude qui leur offre encore tant de problèmes à résoudre et qu'ils ne font qu'aborder, mais qui leur doit déjà des observations curieuses. (Adopté.)

Constitution du sang ; effets de l'injection du lait dans les vaisseaux. — La même commission fait un rapport sur un travail de M. Donné sur ce sujet.

Rappelons d'abord qu'il résulte d'anciens travaux de l'auteur, que le lait consiste en un liquide aqueux, tenant en dissolution du sucre de lait et de la matière caséeuse, et en suspension des globules de matière grasse. La plupart des observateurs admettent cette opinion maintenant.

L'auteur a également publié depuis long-temps des expériences concernant la constitution du sang, desquelles il résulte que le sang renferme :

1° Des globules rouges qui sont généralement communs ;

2° Des globules blancs plus volumineux et doués de propriétés fort distinctes ;

3° Des globules chyleux très reconnaissables et faciles à distinguer.

Les globulins chyleux qu'on voit dans le sang ont à peine 1/300 de millimètre de diamètre ; il sont en tout semblables aux globulins du chyle.

Les globules blancs sont incolores, sphériques, comme granuleux ou frangés à leur contour. L'eau finit par les désagréger. L'ammoniaque les dissout ; l'acide acétique les contracte. On les retrouve plus ou moins abondants dans le sang de tous les vertébrés.

Les globules rouges, d'après l'auteur, diffèrent un peu les uns des autres par leurs propriétés, comme s'ils se présentaient à divers états de développement.

En partant de ces résultats, l'auteur a cru voir dans les globulins du chyle l'origine des divers globules du sang, et convaincu de l'analogie qui existerait entre le lait et le chyle, il a essayé de faire des injections de lait dans les veines, persuadé qu'il assisterait ainsi à la conversion du lait en sang, ou du moins à celle des globules du lait en globules du sang.

Votre commission a reconnu que, le cheval excepté, chez qui les injections de lait produisent souvent des accidents mortels, la plupart des animaux supportent des injections de lait sans inconvénients. Il en a été ainsi du moins de la grenouille et du chien, dans les expériences auxquelles elle a assisté.

Une fois injecté dans les veines, le lait se mêle au sang, circule avec lui, et rien n'est plus facile que de reconnaître au passage dans les vaisseaux capillaires de la langue de la grenouille les globules de lait mélangées aux globules du sang. Dans le chien, le sang qu'on se procure par une piqûre, présente avec la même netteté ce mélange incontestable de globules laiteux et de globules sanguins.

Au bout de quelques jours, tous les globules du lait ont disparu, et le sang a repris son aspect accoutumé.

Mais avant de disparaître, les globules du lait se montrent associés, deux à deux, trois à trois, et s'entourent d'une auréole nébuleuse qu'on prendrait pour quelque mucosité condensée autour d'eux, et qui pourrait bien provenir de quelques modifications du liquide en contact avec eux.

Cette agrégation des globules, d'abord isolés dans le sang et séparés par tant d'autres globules en suspension, est certainement un fait fort remarquable. Votre commission s'est fait un devoir de la constater assez souvent pour lever tout doute à cet égard.

Faut-il admettre avec l'auteur que ces agrégats se réunissant dans la rate, y passent à l'état des globules blancs, et que ceux-ci produisent à leur tour les globules rouges? Faut-il accepter cette assimilation complète entre les globules du chyle et ceux du lait? Ce sont là des questions sur lesquelles l'Académie approuvera la réserve de la comsion.

Elle s'est assurée de l'exactitude des faits annoncés par l'auteur, et elle s'empresse de le déclarer; quant à sa théorie physiologique, elle lui en laisse la responsabilité.

Mais, en raison de leur importance, quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur leur interprétation, les faits observés par l'auteur méritent, à l'avis de la commission, l'approbation et les encouragements de l'Académie pour ce Mémoire de l'auteur.

Torsion des artères. — M. Amussat écrit en réponse à la réclamation de priorité élevée par M. Thierry.

Recherches sur le mode et les circonstances de développement du végétal, de la fermentation dans les liquides albumineux, normaux et pathologiques. — MM. Andral et Gavarret envoient sur ce sujet le commencement d'un Mémoire, dont nous extrairons les faits suivants :

Le 22 mars 1841, il fut lu à l'Académie des sciences une lettre de M. Liebig, contenant le passage qui suit :

« Nous avons également réussi à précipiter l'albumine sous forme de *globules*, en ajoutant une suffisante quantité d'eau à du sérum rendu neutre par un acide. »

C'était là, disent les auteurs, une question capitale qui venait d'être soulevée. Il ne s'agissait de rien moins, en effet, que de savoir si l'albumine ne pouvait, par un simple changement de forme, constituer les noyaux des globules rouges. Or, un pareil résultat nous paraissait trop important pour que nous ne cherchassions pas à nous assurer de son exactitude. Nous répétâmes donc l'expérience de l'illustre chimiste allemand, et nous ne fûmes pas peu surpris de constater que les corps plus ou moins exactement arrondis que nous développions ainsi effectivement au sein du sérum, n'étaient autre chose que les premiers rudiments du végétal de la fermentation, étudié dans ces derniers temps par M. Turpin.

Après avoir trouvé ce végétal, dans le sérum du sang, nous l'avons cherché et nous l'avons aussi retrouvé d'abord dans le blanc de l'œuf, puis dans diverses sérosités produites par la maladie, et enfin dans la partie séreuse du pus, de telle sorte que, quel que soit le liquide albumineux auquel on enlève son alcalinité par un acide, on y développe le végétal de la fermentation, et comme ce fait, intéressant en lui-même, n'est pas non plus sans application possible à la physiologie et à la pathologie, et que nous l'avons trouvé sur le chemin de nos recherches, nous avons cru devoir en exposer les détails à l'Académie.

Suit la description du végétal dans les liquides provenant d'un état physiologique ou pathologique.

Comme résumé général, les auteurs ajoutent que, quelle que soit donc l'origine d'un liquide albumineux, qu'on le prenne dans l'état physiologique ou qu'il reconnaisse pour cause productrice un travail pathologique quelconque, il suffit de la rendre légèrement acide et de l'étendre d'eau distillée, pour que le végétal de la fermentation se développe dans son sein sous l'influence de l'oxygène de l'air ambiant.

— *M. J. Guérin* commence la lecture d'un mémoire intitulé : De l'unité et de la solidarité scientifique de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique dans l'étude des phénomènes de l'organisme animal, que l'heure avancée ne lui permet pas de terminer.

Sur l'Introduction de l'air dans les veines.

Monsieur le Rédacteur,

Je commence par déclarer que je ne suis pas l'homme primitif désigné dans votre second article, lequel vous supposait l'intention de nier absolument les funestes effets de l'introduction de l'air dans les veines : vous n'avez eu en vue, cela est évident, que la répression d'une exagération fâcheuse. Il n'entre pas non plus dans votre pensée de mettre en doute l'aspiration de l'air par les veines affluentes directes de la veine cave et dans les limites où s'observe le pouls veineux, que l'on pourrait nommer aussi pouls respiratoire, puisqu'il est isochrone aux mouvements de la respiration : les expériences de Méry, de Rudiger, de Haller, de MM. Magendie, Barry, Poiseuille et Amussat sont trop concluantes pour permettre de nier cette introduction. D'ailleurs, parmi les cas de morts subites survenues pendant les opérations chirurgicales, il y en a, ceux de MM. Castera et Roux, par exemple, dans lesquels l'influence de l'air est incontestable. Aussi ce n'est pas pour discuter ces deux points que je vous écris cette lettre; mais dans le but de rappeler l'attention sur deux phénomènes appréciables, l'un pendant la vie, l'autre après la mort. Le premier, c'est le gargouillement produit dans le cœur par l'agitation de l'air avec le sang sous l'influence de la contraction de l'organe. Ce bruit, que j'ai depuis longtemps signalé, est moins fugace que celui de lapement ou de sifflement produit par l'entrée de l'air dans la veine; il dure encore lorsque l'autre a cessé; parfois même il persiste pendant plusieurs minutes, quand l'animal n'est pas foudroyé par l'asphyxie. Ce gargouillement, je l'ai retrouvé sur la jeune femme opérée par M. Roux, et je le signalai aux assistants. Je m'étonne qu'il n'en ait pas été fait mention dans la narration de cette opération à l'Académie de médecine.

Le second point est l'emphysème du poumon qui produit l'introduction de l'air dans les veines : cet emphysème, je l'ai signalé le premier en 1823 (*Archives de médecine*); M. Piedagnel, dans le même temps, l'observait de son côté, et depuis il a été constaté par beaucoup d'expérimentateurs. Ce n'est donc pas sans étonnement qu'en lisant les détails des expériences de M. Amussat, j'ai vu qu'il disait avoir presque toujours trouvé les poumons parfaitement sains. Je puis d'autant moins laisser sans réponse une telle assertion que, M. Amussat, ayant reçu de l'Académie des sciences une indemnité pour ses recherches sur l'introduction de l'air dans les veines, l'on pourrait croire que le corps savant a vérifié et sanctionné l'exactitude de ses observations. Mais, pour qu'il y ait emphysème, est-il donc nécessaire que les bulles d'air épanchées dans le tissu du poumon, ou que les vésicules elles-mêmes aient le volume d'un pois? Eh quoi! l'air a pris dans les radicules de l'artère pulmonaire la place du sang; poussé par les contractions du cœur, dilaté d'un dixième à peu près dans l'hiver sous l'influence d'une différence de température de 80 degrés environ entre l'air ambiant et l'intérieur de la poitrine, il s'y est engagé forcément dans les capillaires au point de rendre impossible le passage du sang dans les radicules veineuses; souvent même il a rompu les artérioles pour s'infiltrer dans le tissu cellulaire intervésiculeux; et l'on dit que de tels poumons sont parfaitement sains? Ne voir que la distension des cavités droites du cœur sans rechercher pourquoi cet air n'est pas chassé dans les cavités gauches par les veines pulmonaires, comme le serait le sang, c'est ne considérer que la superficie, que les apparences du phénomène; et, pour employer une comparaison, ce serait dans l'acte de la respiration ne voir que l'entrée et la sortie de l'air, sans avoir égard à l'hématose. C'est dans le poumon que se produisent les désordres qui causent la mort subite; c'est par asphyxie que cette mort a lieu. Que l'on introduise, au lieu d'air, une cuillerée d'huile dans la veine, et l'animal succombera dans le même temps avec des symptômes tout à fait semblables : pourtant, il n'y a pas alors de distension des cavités du cœur.

Quant au remède à cet accident, je n'en connais pas : lorsque la quantité d'air est peu considérable, la respiration, gênée pendant quelque temps, se rétablit; mais lorsque toutes les radicules de l'artère pulmonaire sont engouées d'air, et que le passage du sang dans les radicules veineuses est subitement intercepté dans les deux poumons, la mort est inévitable; ni la position, ni l'introduction d'une sonde dans l'oreillette, ni la compression abdominale, ne peuvent l'empêcher.

J'avais pensé que l'injection d'une petite quantité d'huile dans la veine pourrait faire tomber ou du moins diminuer l'écume formée par les mélanges et l'agitation du sang avec l'air. Cet essai est mentionné dans les expériences sur la reproduction du cristallin, entreprises avec addition d'un corps gras n'a pas empêché la mort (1). M. Baresville, jeune chimiste d'un grand mérite, me disait à ce sujet que probablement j'avais injecté trop d'huile, et qu'une seule goutte suffit pour abattre une énorme masse de mousse; c'est un essai à tenter.

J'ai l'honneur d'être votre très dévoué confrère,

LE ROY-D'ÉTIOLLES.

Cas de monstruosité par absence du sternum; observation recueillie par M. le docteur LANDSBERG, de Muenslerberg.

L'auteur, qui a désigné cette monstruosité par le nom de *gymnostethicus*, rapporte l'opinion de Harvey, d'après lequel le sternum se formerait du sixième au septième jour chez les oiseaux, et celles des physiologistes les plus modernes suivant lesquels cet os se formerait au bout de la douzième semaine chez l'embryon humain.

La monstruosité dont il s'agit ici fut observée chez un enfant, bien conformé d'ailleurs, né d'une mère en bonne santé, et dont l'accouchement n'offrit aucune difficulté.

(1) *Journal de Physiologie* de M. Magendie, 1825.

Par suite d'un arrêt de formation tout le sternum manquait, sans qu'il fût possible de découvrir même un rudiment de cartilage qui pût le remplacer. Les côtes descendaient de chaque côté, en affectant une direction convexe vers la cavité abdominale; et, à en juger par l'étendue de l'espace resté inoccupé, elles paraissaient manquer de leur portion cartilagineuse, bien que leurs extrémités internes fussent cohérentes. Dans les points où les côtes se trouvaient le plus rapprochées les unes des autres, c'est-à-dire au milieu de la poitrine, il y avait une distance d'environ cinq centimètres entre celles du côté droit et celles du côté gauche.

Les clavicules étaient dans leur position normale, et se terminaient de chaque côté par un segment semi-ovalaire sur la première côte correspondante.

A la partie supérieure du thorax, et sur la ligne médiane, il existait une cicatrice ronde, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes à peu près, et ressemblant à celles que laissent ordinairement les plaies par ustion.

Pendant les mouvements respiratoires, on voyait les poumons et la trachée-artère se dilater et s'affaisser alternativement, et il était facile de suivre la trachée jusqu'au point où elle se bifurque pour donner naissance aux bronches. On pouvait de même distinguer les mouvements de systole et de diastole de la base du cœur, et la paume de la main, appliquée sur cette région, était fortement soulevée par la secousse.

L'os hyoïde et le larynx ne présentaient aucune anomalie; il en était de même des téguments dans toute l'étendue du corps.

La mère accusait, comme cause probable de cette monstruosité, une chute qu'elle avait faite sur le ventre plusieurs mois avant l'époque de son accouchement.

L'enfant prenait bien le sein, et toutes les fonctions se faisaient chez lui d'une manière normale. Au bout de sept semaines il vivait encore; et, bien qu'il parût en retard sous le rapport de la naissance, il se nourrissait cependant bien.

Pour ne pas rester simple spectateur de ce cas, M. Landsberg conseilla l'application d'un bandage simple autour du thorax, et en outre il recommanda de fixer les bras sur les côtés du corps pour éviter l'augmentation du vice d'organisation, par suite des mouvements qu'auraient pu exécuter ces extrémités. Malheureusement, il n'a pu avoir de nouvelles ultérieures de l'état de cet enfant.

Cette espèce d'arrêt de formation, que l'on peut considérer comme l'analogue de la division congéniale du voile du palais, du spina bifida, etc., est sans contredit une des plus rares monstruosités qui aient été observées jusqu'ici.

Haller (*Elementa*, T. X, p. 141) dit : « *Ostendi nunquam viscera pectoris nuda* esse; *et si tempus est, quo et sternum, et costæ, et musculi, mera araneosa membrana fieri videmur.* » Ce grand physiologiste ne fixe pas, d'ailleurs, l'époque dont il parle ici.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie (1760, pag. 86) un cas analogue à celui qui fait le sujet de cette observation, et dans lequel les clavicules manquaient également. Ce cas est rapporté aussi dans l'anatomie pathologique de Voigtel, t. I[er], pag. 327.

(*Hufeland's Journal*; 1842.)

NOUVELLES.

— La ville d'Annecy, en Savoie, patrie de Berthollet, a pris la résolution d'élever une statue à ce chimiste célèbre. Une commission a été nommée pour recueillir les souscriptions; une somme considérable a déjà été réunie par ses soins, et le monument ne tardera pas à s'élever sur l'une des places publiques de cette ville.

— Dans le dernier comité secret de l'Académie des sciences, les présentations pour la place vacante dans la section de médecine, ont été faites dans l'ordre suivant :

MM. Poiseuille et Andral, *ex æquo*.
M. Cruveilhier.
MM. Bourgery et Jules Guérin, *ex æquo*.

— A la suite d'un brillant concours, M. Chrestien vient d'être nommé agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'Hygiène des yeux est propre à toutes les classes de la société.

« Il vaut mieux prévenir le mal que de le guérir; il ne suffit pas de » vivre, mais il faut encore jouir de la vue et de la santé. »

Cette épigraphe, mise en tête de l'ouvrage, en fait connaître assez la pensée et le mérite.

Ce Traité est clair, précis et à la portée de tout le monde. Chacun peut y puiser des conseils salutaires, non-seulement pour conserver sa vue et sa santé dans leur intégrité, mais encore pour remédier à une infinité de maux qui, peu graves à leur début, en se prolongeant, constituent des maladies sérieuses.

M. le docteur Goullin, en le publiant, a acquis des titres à l'estime de ses concitoyens.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 4 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 15, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 3 FÉVRIER.

Sur les tubercules des os. Examen critique des différentes opinions sur cette maladie.

Dans le compte-rendu que nous avons donné dernièrement d'une clinique de M. Bérard (*Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1843), on a vu que ce professeur, à propos d'une observation intéressante de nécrose du calcanéum, avait abordé quelques points de l'histoire des tubercules des os, maladie naguère si obscure et sur laquelle maintenant on possède tant de données positives. Malgré la facilité avec laquelle on peut maintenant vérifier l'exactitude de ces données, quelques chirurgiens ont conservé du doute sur la réalité des tubercules des os, et ont dit n'en avoir jamais vu, quoiqu'ils eussent été placés dans les circonstances les plus favorables. M. Bérard n'a pas eu de peine à combattre victorieusement les objections qui se sont trouvées sur son chemin lorsqu'il a donné à ses élèves l'interprétation du fait qu'il venait d'observer; mais les objections dont il a parlé ne sont pas les seules qu'on ait adressées à l'opinion qu'il défend, et c'est autant pour compléter la leçon du savant professeur que pour chercher à répandre des connaissances encore trop peu connues, que nous allons passer en revue les principales objections que l'on a faites à la doctrine de la tuberculisation des os. Mais avant d'aborder la discussion, établissons d'abord les faits d'observation sur lesquels il ne reste point de doute, et hors desquels par conséquent il ne peut pas y avoir d'opinion vraie.

1° On trouve dans les os de petites masses sphériques renfermées dans des cavités closes de toutes parts; cavités dont les parois nettement découpées, comme par un emporte-pièce, sont formées d'un tissu *parfaitement sain.*

2° La matière qui forme ces petites masses est tantôt d'un blanc jaunâtre, *demi-transparente*, quelquefois sillonnée de marbrures grisâtres, d'une consistance ordinairement molle, rarement assez consistante pour résister à une pression médiocrement forte entre les doigts; tantôt d'une matière opaque fort analogue à du mastic de vitrier miscible à l'eau, au fond de laquelle elle forme un dépôt quand le mélange est laissé en repos. Enfin cette matière peut être plus molle encore, réduite en bouillie ou en un liquide puriforme. A cette époque, ou même un peu avant, les parois de la cavité présentent ordinairement une injection d'une à deux lignes d'épaisseur, quelquefois plus. La matière est ordinairement enfermée, outre la cavité osseuse dans une membrane molle, blanchâtre à sa face interne, et d'autant plus rosée à sa face externe, que la matière contenue est plus ramollie.

C'est à cette forme de lésion que l'on a donné le nom de *tubercules enkystés.*

3° Au lieu de masses ainsi isolées, on peut rencontrer une foule de petites granulations ou taches grisâtres demi-transparentes infiltrées dans les cellules osseuses, aux parois desquelles elles adhèrent assez fortement pour qu'un filet d'eau ne puisse pas les en détacher. Les petites masses qui constituent la première forme, sont quelquefois le résultat de l'aggrégation, par suite de la disparition du tissu osseux intermédiaire, de plusieurs de ces granulations primitivement isolées.

4° Au lieu d'être grisâtre, demi-transparente et adhérente, la matière infiltrée peut être jaunâtre, plus ou moins liquide, et se laisser entraîner par le filet d'eau. Lorsqu'on la trouve à ce dernier état, les lamelles du tissu spongieux, qui, avec la forme précédente, étaient d'épaisseur normale, ou à peu près, et sillonnées de vaisseaux sanguins, sont très épaissies, beaucoup plus dures, blanchâtres, sans traces de vaisseaux, et bientôt sans aucun caractère de vie.

C'est à ces deux dernières formes que l'on a donné le nom d'*infiltration tuberculeuse* distinguée en *infiltration demi-transparente* et en *infiltration puriforme.*

5° Enfin on trouve dans le tissu osseux de vastes cavernes contenant une matière purulente mélangée de débris osseux facilement reconnaissables, et quelquefois de fragments d'os très volumineux formant de véritables séquestres. Rarement, au lieu de l'augmentation d'épaisseur que nous avons signalée comme coïncidant avec l'infiltration de matière opaque jaunâtre, augmentation d'épaisseur qui a reçu le nom d'hypertrophie interstitielle, on rencontre au contraire une raréfaction et un ramollissement du tissu osseux.

Tels sont les faits primordiaux qu'il est donné à tout le monde d'observer, de contrôler. Avant d'aborder l'examen des interprétations diverses qu'on en a données, disons quelques mots des dissidences qui existent sur l'exactitude des faits eux-mêmes.

Certaines personnes disent n'avoir jamais rencontré la première variété de la forme enkystée; et comme cette variété est sinon la seule caractéristique de l'affection tuberculeuse, puisqu'elle représente le tubercule cru, du moins celle sur la nature de laquelle on ne peut conserver du doute, on en a conclu que si l'affection tuberculeuse des os existait elle était au moins très rare, puisqu'on pouvait observer long-temps sur un théâtre favorable sans la rencontrer. Malgré toute l'attention que ces personnes peuvent avoir apporté dans leur observation, il nous semble permis de douter qu'elles aient su chercher ce que probablement elles ne se souciaient guère de trouver; cela ressort même assez bien de leurs observations, et voici ce qui manque à ces observations pour qu'elles soient probantes. Lorsque la matière tuberculeuse passe à l'état de ramollissement, elle détermine la suppuration des parties environnantes, la tuméfaction, les fistules des parties molles, les abcès par congestion, en un mot tous les désordres qui constituent les *tumeurs* blanches et le mal de Pott. Dans les foyers qui résultent de cette fonte purulente, on ne trouve qu'un mélange de matières diverses et tout à fait méconnaissables; on ne peut pas plus reconnaître dans ces amas la matière tuberculeuse qu'on ne peut la reconnaître dans les crachats des phthisiques où il est bien certain cependant qu'elle existe. D'un autre côté, les dépôts tuberculeux des os sont loin d'offrir la multiplicité de ceux du poumon; un os peut être infiltré de tubercules, et les os voisins être parfaitement sains; mais dans ces cas, presque toujours on trouvera dans un ou plusieurs os plus ou moins éloignés, d'autres productions tuberculeuses qui ne laisseront pas de doute sur la nature de la maladie; l'examen d'autres organes, des poumons, par exemple, viendra encore éclairer le diagnostic, surtout si l'observation a lieu chez l'adulte. A-t-on procédé ainsi quand on a voulu chercher le tubercule cru? Nullement. On s'est ordinairement borné à l'examen de l'os affecté ou de quelques os environnants, et c'est après un examen aussi superficiel qu'on s'est hâté de conclure, parce qu'on était pressé. Quelquefois cependant on a porté l'investigation jusque sur le poumon; on y a même trouvé des tubercules, mais cette circonstance n'a pas suffi pour dévoiler la vérité à des esprits prévenus. C'est d'ailleurs une chose tellement reçue parmi les chirurgiens que de borner l'anatomie pathologique à l'examen exclusif de la partie affectée, que des hommes du premier mérite suivent très souvent cet usage. Nous avons eu l'occasion de voir un chirurgien des plus distingués faire l'autopsie d'un cadavre affecté de mal de Pott, et, après avoir examiné seulement le foyer du mal, ainsi que les abcès qui en avaient été la suite, prononcer qu'il ne voyait là rien de tuberculeux, et s'étonner que dans des cas pareils on eût osé conclure à l'existence de tubercules des os. On lui demanda de faire scier toute la colonne vertébrale en différents sens, et on put lui montrer alors une douzaine de petites masses appartenant aux deux périodes de la forme enkystée: l'inspection de ces productions ne laissa aucun doute dans son esprit sur la nature de la maladie. Il n'est donc pas contestable qu'on ne trouve quelquefois le tubercule à l'état cru avec tous les caractères qu'il offre dans le tissu pulmonaire, et si on ne l'a pas trouvé, c'est qu'on a mal cherché ou qu'on a été mal servi par le hasard. Il ne faut pas croire, en effet, que le tubercule cru existe dans tous les cas. Lorsqu'on a l'occasion de faire l'anatomie pathologique des lésions, la maladie est arrivée à la dernière période de son évolution, et l'on conçoit facilement qu'on ne trouve plus à cette époque la variété qui appartient au début. Est-ce une raison pour méconnaître l'affection tuberculeuse, ou pour

---

FEUILLETON.

CANCER DU POUMON.

Lettre adressée à l'Académie royale de médecine, par MM. Lionet et A. Legrand.

Paris, 25 décembre 1842.

Monsieur le Président,

Le cancer du poumon est une maladie assez rare pour que les auteurs de cette note aient pu penser que l'Académie accueillerait avec bienveillance cette communication, qu'ils feront suivre de quelques réflexions dictées par le sujet. Avant de donner l'histoire du malade, ils exposeront le résultat de l'autopsie cadavérique qui a été faite trente-trois heures après la mort par M. Petit père, membre correspondant de l'Académie.

Rien à noter dans le cerveau; la moelle épinière est remarquable par sa densité.

L'œsophage et le cardia sont dans l'état normal; l'estomac est très vaste, exempt d'altération, autre qu'un peu de ramollissement de la muqueuse; la valvule du pylore est extrêmement développée, tandis que son orifice est si étroit, qu'il ne peut recevoir aisément qu'une plume à écrire, et qu'il a fallu quelque effort pour y entroduire le petit doigt: cette disposition ne s'accompagne d'aucune altération de tissu. Rien à noter dans les autres organes abdominaux.

Le cœur est d'une flaccidité anormale; son tissu se déchire entre les doigts; ses cavités sont presque vides.

En ouvrant la poitrine, on remarque d'abord que les côtes cèdent facilement sous l'action du scalpel, et que les plèvres ont contracté des adhérences partielles surtout au sommet. Les poumons ne remplissent point exactement la cavité thoracique; ils sont affaissés, flétris, ratatinés, et légèrement bombés à leur sommet; leur surface n'est pas lisse comme d'habitude. En les comprimant entre les doigts, ils crépitent faiblement; et quand on les incise, il s'en écoule une sanie d'un blanc sale. Jusqu'ici on ne voit que des signes d'atropie; mais tout à fait au sommet, là où se rencontre le plus grand nombre d'adhérences, et dans chaque fosse épineuse, on trouve au milieu du parenchyme pulmonaire un corps dur, du volume d'un œuf de pigeon à gauche, d'un petit œuf de poule à droite. Ces masses, irrégulièrement rondes, bosselées sur leur surface, dures au toucher, ne cèdent point à la pression, et donnent la sensation avant d'inciser le poumon, de tumeurs isolées au milieu de leur parenchyme. La dissection démontre que chaque tumeur est très adhérente au poumon avec lequel elle semble se confondre, comme si elle s'était formée aux dépens du parenchyme pulmonaire, sans qu'on puisse découvrir, surtout à droite, aucune trace de kyste; à gauche on pourrait plutôt supposer qu'elle s'est développée isolément au milieu du tissu pulmonaire refoulé; aussi, de ce même côté, le poumon est-il moins atrophié et la plèvre moins enflammée. La couche la plus superficielle est d'aspect et de consistance lardacés; elle se confond avec le centre de la masse, et se perd dans des anfractuosités grisâtres, d'où s'écoule une sanie de même couleur. En disséquant la tumeur du côté droit, on fait jaillir sous le bistouri un gramme environ d'un pus verdâtre, qui n'a rien de commun avec la sanie fournie par les couches supérieures. Le reste des poumons n'a rien de remarquable, que le peu de développement des vésicules pulmonaires; conséquence forcée de l'état d'atrophie de cet organe: *en aucuns points on ne rencontre la moindre trace de tubercules.*

Ce cas offre la plus grande analogie avec l'observation rapportée par Bayle (1) qui ne vit que trois fois, sur neuf cents cas de phthisie pulmonaire, la dégénérescence cancéreuse des poumons. Il est vraiment le premier qui en ait donné une bonne description, quoiqu'il s'en trouve quelques exemples dans les ouvrages de Morgagni (2) et de Portal (3). M. le professeur Bouillaud (4), qui a aussi fort bien décrit cette maladie, en a rencontré quatre cas sur deux cents autopsies, dont il a conservé la relation; et de ces quatre cas, un seul, le dernier qu'il a cité, offre une parfaite analogie avec le nôtre. Plus récemment (en 1837), un médecin de Sigmaringen, petite ville d'Allemagne, M. le docteur Heyfelder (5), a encore rapporté un cas tout à fait semblable, dans un mémoire qui a été honorablement mentionné par la Société de médecine de Toulouse. Voici donc les trois seuls faits bien avérés de *cancers essentiels* du poumon. N'importe, du reste, que la matière cancéreuse (c'est ordinairement de la matière encéphaloïde) renfermée ou non dans un kyste, paraisse avoir été simplement déposée dans les points où elle se rencontre, tandis que le tissu pulmonaire reste pour ainsi dire étranger au développement de l'affection cancéreuse, ou qu'il y ait une transformation d'une portion plus ou moins considérable de ces organes en matière cancéreuse (notre cas offre cette double condition), il y aura cancer essentiel du poumon, quand cet organe sera le siége exclusif du cancer ou qu'il paraîtra en avoir été primitivement atteint.

Dans les autres cas que nous avons pu analyser (deux observations aussi publiées par Bayle et M. Cayol, les trois qui sont propres à M. Bouillaud, l'observation rapportée par M. le professeur Velpeau (1), celle qu'on doit à M. le professeur Andral (2)), l'affection cancéreuse développée sur tout autre point du corps a fini par se porter, comme cela peut toujours arriver quand il y a diathèse cancéreuse, sur les poumons ou sur toute autre partie du corps. Quant aux faits rapportés par Carswell (3), le professeur Rapp de Tubingue, par MM. Ravin et Lebidois (4), Laënnec (5) et Hope (6), faits mentionnés dans le mémoire de M. Heyfelder, ne les ayant point analysés, nous nous trouvons dans l'impossibilité de dire à quelle espèce de cancer des poumons ils peuvent appartenir.

Nous allons maintenant, monsieur le Président, exposer à l'Académie les symptômes qui ont précédé la mort du malade, et nous donnerons ensuite l'histoire antérieure de sa maladie.

C'est le 5 novembre dernier que M. Legrand fut appelé à Corbeil pour se concerter avec M. Lionet sur la maladie de M. B..., propriétaire dans cette ville, et dont l'état avait inspiré à sa famille, tous les jours précédents, la plus vive inquiétude. M. Legrand trouva dans le malade un vieillard maigre, cacochyme, et qui paraissait plutôt avoir quatre-vingts ans que les soixante-deux qu'il avait effectivement. Son œil noir brillait dans un orbite cave, et animait à peine une figure amaigrie et d'une pâleur extrême et plombée. Sa maigreur était effrayante, et la peau terne et décolorée dans toute son étendue. Le principal symptôme accusé par le malade était l'impossibilité où il se trouvait d'ingérer aucun aliment; l'estomac refusait tout, les liquides comme les solides. Et cependant la région de l'épigastre était à peine sensible à la pression, et n'offrait aucune induration; il en faut dire autant de tout l'abdomen. La grande maigreur du malade, l'existence d'une fistule à l'anus, devait attirer l'attention du médecin consultant vers l'organe de la respiration, quoique du reste, aucuns symptômes

(1) *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, vol. in-8°. — Paris, 1810, pag. 295.
(2) *De causis et sedibus morborum.* — Edition de Chaussier et Adelon, tom. VII, pag. 641.
(3) *Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire.* — Paris, 1817. — Tom. Ier., pag. 3, 27, 38, 72, 77, 109, 110, 148 et 150.
(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* en 15 vol. Tom. IV, pag. 489.
(5) *Du cancer des poumons*, inséré dans les *Archives générales de médecine*, IIIe série, tom. 2, pag. 345, année 1837.

(1) *Exposition remarquable de maladie cancéreuse.* Broch. in-8°. — Paris, 1825.
(2) *Clinique médicale*, tom. II, pag. 396, 2e édit.
(3) *Pathological anatomy. Illustrations of the elemenatry forme of diseases.* Fascicul. Third.
(4) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tom. IV, fascicule III, p. 358, 341 et 361.
(5) *De l'Auscultation médiate*, 1818, tom Ier, pag. 312.
(6) *Grundzüge der pathologischen Anatomie.* Ad Englisches von Kruger 1836, pag. 51.

en nier l'existence? Nous ne le pensons pas, et les raisons sur lesquelles se fonde notre opinion nous paraissent puissantes; nous les exposerons dans un prochain numéro.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. HUGUIER.

Exostose aréolaire du sinus maxillaire droit. Amputation du maxillaire supérieur, des os malaire, unguis et du cornet inférieur du côté droit. Guérison.

Marie-Marguerite Poirel, âgée de seize ans, journalière, entra à l'hôpital des Cliniques le 5 septembre 1842.

Il y a six ans, cette jeune fille fit une chute de dessus une chaise sur le sol uni; la face, et particulièrement le nez, supportèrent le violence du coup; une hémorrhagie considérable et une forte commotion en furent immédiatement la conséquence.

Pendant les six premiers mois qui suivirent cet accident, la malade éprouva des douleurs dans les dents molaires supérieures droites, sans aucun changement appréciable dans la face ou dans l'intérieur de la bouche.

Six mois environ après l'apparition de ces eouleurs dentaires, c'est-à-dire un an après l'accident, on vit apparaître une tumeur dans la fosse canine, entre la joue et les dents molaires. Cette tumeur était dure, peu douloureuse, et accompagnée d'une fluxion, que des cataplasmes et de légers purgatifs dissipèrent.

Dès ce moment, la tumeur grossit lentement, mais sans cesse, et les traits du côté droit s'altérèrent.

Tous les ans, en hiver, la malade avait des fluxions qui étaient dissipées à l'aide de cataplasmes émollients.

On pratiqua à diverses reprises des ponctions par l'intérieur de la bouche; il ne s'écoula jamais que du sang pur.

Plus tard, on crut reconnaître de la fluctuation en haut et en dehors; on couvrit la tumeur de feuilles vertes (que la malade n'a pu nous faire connaître). Quelques jours après leur application, il se fit une ouverture spontanée au-dessous de la commissure extérieure des paupières, vers l'angle antérieur et inférieur de l'os de la pommette; cette ouverture ne laissa écouler que quelques gouttes de liquide, et fut bientôt fermée.

Les dents du côté droit s'ébranlèrent et tombèrent spontanément.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouve l'état suivant:

Tuméfaction considérable de l'os maxillaire supérieur droit, qui fait une saillie très étendue dans l'épaisseur de la face. La tumeur est partout arrondie, dure, sans fluctuation; elle n'est dépressible dans aucun point de son étendue; la malade n'y éprouve aucune douleur, ni aucun élancement; les tissus qui l'entourent et ceux qui la recouvrent, à part la distension dont ils sont le siége, n'ont éprouvé aucune altération organique. La percussion donne un son mat, qui diffère très notablement de celui que l'on recueille lorsqu'on percute la fosse canine du côté gauche. Le grand diamètre de cette tumeur, qui a le volume d'une grosse orange, à près de 3 pouces (8 centim.) d'étendue.

Par suite de sa présence au milieu de la face, toutes les parties qui composent cette dernière sont déplacées et déformées. L'os maxillaire supérieur forme à l'extérieur, au milieu de la joue, une saillie volumineuse arrondie, plus étendue de haut en bas, que de dehors en dedans, et qui s'élève de plus d'un pouce et demi (4 centim.) au-dessus du niveau de la joue gauche. Les parties molles qui la recouvrent sont fortement tendues et luisantes; l'os de la pommette est déjeté en haut et en dehors; il en est de même de l'apophyse zygomatique qu'il a entraînée avec lui. Le plancher de l'orbite est refoulé en haut, l'œil correspondant est en partie chassé de la cavité orbitaire, et transporté du centre de cette cavité vers sa partie supérieure; il est beaucoup plus saillant que celui du côté opposé; sa face inférieure, au lieu de présenter sa courbe normale, est déprimée et aplatie; il est larmoyant, bien qu'il n'y ait ni tumeur, ni fistule lacrymales; la malade ne voit que confusément les objets avec cet œil.

Le nez, dans toute sa longueur, est déjeté à gauche; il ne fait plus aucune saillie à droite, au lieu d'être dirigé en avant, comme dans l'état normal; il fait face à gauche; les narines sont larges; la fosse nasale du côté droit est presque entièrement oblitérée par la saillie qui forme la partie interne de la tumeur qui vient s'appuyer sur la cloison, et la refoule même un peu à gauche. La voix est nasillarde.

Dans l'intérieur de la bouche, on remarque les altérations suivantes. Tout le bord alvéolaire droit est épaissi, fortement abaissé et déjeté en dehors et en avant; toutes les dents, à l'exception de la première incisive et des deux dernières molaires, manquent; la dernière molaire est seule, fixe et inébranlable dans son alvéole; les dents incisives du côté gauche sont elles-mêmes entraînées en avant et en bas. Toute la moitié droite du palais, à l'exception de la portion postérieure formée par la partie horizontale de l'os palatin, forme une saillie considérable dans la bouche et vient peser sur la langue qu'elle déprime. Par suite de ce développement de la maladie vers la cavité buccale, la mâchoire inférieure ne peut être complétement relevée et la bouche reste entr'ouverte, laissant apercevoir la partie inférieure de la tumeur et la déviation qu'ont subie les dents.

L'ouverture antérieure de la bouche ne forme plus une fente transversale, mais bien une ouverture ovalaire dirigée de haut en bas et de droite à gauche, la commissure labiale du côté droit étant entraînée en haut et en dehors par la tumeur.

Il n'existe aucun engorgement des ganglions lympbatiques de la tête ou du cou.

L'état général de la malade est parfait; elle a même un aspect de fraîcheur qui contraste d'une manière très remarquable avec une maladie aussi grave.

Bien que cette affection eût une grande analogie avec l'ostéosarcome, je conservais cependant quelques doutes sur sa nature; en effet, ce pouvait être aussi bien une hydropisie, un polype simple, fibreux ou sarcomateux du sinus, ou une exostose spongieuse semblable à celle qu'enleva, il y a trois ans, M. Gerdy sur un jeune homme de seize à dix-sept ans. Je résolus donc de présenter la malade à l'Académie royale de médecine, tant pour lever ces doutes que pour consulter cette illustre compagnie sur l'opportunité et les chances d'une extirpation.

Le 20 septembre, la présentation eut lieu. L'avis général fut que c'était un ostéo-sarcome, et que l'extirpation devait être tentée.

Le 21, je fis, à l'aide d'un trocart ordinaire, une ponction exploratrice par la partie antérieure de la tumeur; il ne s'écoula, par la canule de cet instrument, que quelques gouttes de sang pur. Je fixai de suite l'opération pour le lendemain, et arrachai, séance tenante, l'avant-dernière dent molaire, afin de ne pas avoir à pratiquer cette petite opération pendant la grande, ce qui devait en diminuer un peu les souffrances et la durée; je conservai la dernière dent molaire, non-seulement parce que la partie qui la supportait me parut saine, mais encore parce que je désirais, si l'opération avait des suites heureuses, qu'elle devînt un point d'appui pour la mâchoire inférieure, et qu'elle empêchât cet os, attiré par ses muscles élévateurs, de se renverser en haut et à droite.

Le 22, à neuf heures du matin, je procédai à l'opération de la manière suivante:

Une incision fut pratiquée obliquement depuis l'angle postérieur et inférieur de l'os de la pommette jusqu'à la lèvre supérieure, à cinq lignes en dedans de la commissure droite; cette incision atteignit de suite toute l'épaisseur des parties molles; je pris soin de la commencer au-dessous de l'angle zygomatique et de la terminer à la lèvre supérieure, afin de la faire marcher autant que possible dans la direction des filets du nerf facial, et de la placer au-dessus et en dedans du conduit de Sténon.

Les artères ouvertes, savoir, la transversale de la face, la maxillaire externe et la coronaire supérieure, dont le volume était plus considérable qu'à l'état normal, furent liées immédiatement. Je disséquai ensuite de bas en haut les parties molles qui recouvraient la partie antérieure de la tumeur; l'aile du nez du côté droit et la paupière correspondante furent détachées, la première du bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, la seconde de la base de l'orbite. Dans cette dissection, l'artère sous-orbitaire fut ouverte; le jet de sang fut arrêté par le doigt d'un aide. Nous eûmes alors un large lambeau supérieur-interne composé par la partie antérieure de la face, la lèvre supérieure, la moitié droite du nez et la paupière inférieure; ce lambeau fut relevé et renversé en haut et à gauche. La lèvre inférieure de l'incision fut aussi, par une dissection, détachée de la partie antérieure et externe de la tumeur, puis renversée en bas et à droite sur l'angle du maxillaire inférieur; dans ce temps de l'opération, l'artère alvéolaire fut ouverte et liée tout aussitôt. Les parties molles qui recouvrent l'os de la pommette et l'extrémité antérieure de l'apophyse zygomatique furent détachées de ces os en introduisant à plat le bistouri au-dessous d'elles; nous évitâmes ainsi de couper tous les nerfs qui du facial et de la branche auriculaire du maxillaire inférieure vont se rendre à la région maxillaire, à la lèvre supérieure, à l'aile du nez et à la base de la paupière inférieure.

Le bistouri plongé dans l'angle inférieur-externe de l'orbite, puis ramené de dehors en dedans vers le sac lacrymal en rasant le plancher de la cavité orbitaire, détacha toutes les parties molles de la partie supérieure de la tumeur qui se trouva ainsi isolée partout, excepté en arrière.

Cette pénible et douloureuse dissection opérée, nous laissâmes reposer la malade pendant quelques secondes avant de passer à l'ablation de la maladie; dans ce temps de l'opération, nous suivîmes à peu près le procédé de M. Gensoul. Avec la gouge et le maillet, nous divisâmes l'apophyse montante du maxillaire et l'os unguis; l'os de la pommette fut séparé de l'apophyse zygomatique avec une scie passe-partout; nous détachâmes la partie antérieure et inférieure de la cloison des maxillaires avec des cisailles; nous coupâmes la membrane muqueuse du palais sur la ligne médiane et en arrière de la tumeur, dans la direction de la suture palato-maxillaire; puis nous plaçâmes la scie transversalement en arrière de la tumeur, qui fut ainsi séparée de l'os palatin. Portant ensuite la scie dans le fond de l'incision longitudinale faite au palais, je séparai le maxillaire droit du gauche. Comme la tumeur anticipait un peu à gauche, le bord inférieur de la cloison, moins la membrane muqueuse du côté gauche, fut séparé des deux maxillaires. La tumeur ne tenant plus que légèrement en haut et en arrière, je la saisis fortement et l'arrachai; le fond du sinus (tubérosité maxillaire) resta adbérent à l'os palatin; cette portion de la maladie fut immédiatement enlevée à l'aide de la gouge, du maillet et de ciseaux courbes; une partie de l'eth-

---

ni antérieurs, ni actuels, ne dénotassent de lésion de ce côté.

La percussion, pratiquée avec le plus grand soin et la plus grande attention, tout en fournissant dans toute l'étendue de la poitrine un son fort clair, facilement expliqué par la maigreur des parois thoraciques, parut offrir à droite une légère différence en moins dans la sonorité de la région postérieure. Cette pratique excita une assez vive douleur dans la région sus-épineuse du même côté. A l'auscultation, M. Legrand trouva que la respiration s'opérait faiblement, que l'expansion pulmonaire était à peine sensible, et ces conditions, qui avaient quelque valeur, lui parurent plus marquées du côté droit que du côté gauche. Du reste, il ne reconnut aucun bruit anormal accompagnant l'inspiration ou l'expiration. Prenant en considération les symptômes, tenant compte de l'absence de quelques-uns de ceux qui caractérisent le mieux la présence des tubercules dans les poumons, et aussi l'absence de toux, de toute hémoptysie, d'oppression, et encore l'absence de toute fièvre, le médecin consultant *crut pouvoir diagnostiquer une pneumonie latente à droite*. Le médecin ordinaire ne partagea point cette opinion, et tenant grand compte de la sensibilité signalée plus haut, il crut seulement à une pleurodynie. Tous deux tombèrent d'accord sur l'existence d'une gastralgie extrêmement intense. L'état d'amélioration dans lequel les médecins consultants trouvèrent M. B..., s'étant manifesté après l'emploi de vésicatoires volants appliqués dans le dos, il fut convenu qu'on en appliquerait de nouveaux, et plusieurs moyens furent dirigés d'un commun accord contre l'irritation nerveuse de l'estomac.

Le 11, M. B... se trouvait dans le même état que le 5, n'éprouvant ni faim, ni soif, ne ressentant aucun symptôme fâcheux vers la poitrine; mais il était plus faible et fort abattu. Devant un dépérissement plus marqué, on insista auprès du malade, pour qu'il s'alimentât (la nécesité en avait été bien comprise et bien établie par la consultation), et il s'y prêta le mieux qu'il put; mais ce fut en vain qu'il s'efforça d'ingérer le moindre aliment, l'estomac repoussait tout, ne gardant même point une cuillerée à café de bouillon de poulet. Cet organe devint en même temps le siége de douleurs atroces, de mouvements convulsifs continuels, et tous ces symptômes, déjà si pénibles, si douloureux, furent bientôt compliqués d'un hoquet effrayant avec contraction spasmodique des muscles abdominaux et du diaphragme. La glace, l'opium à l'intérieur, les vésicatoires saupoudrés de morphine, la belladone surtout, n'apportèrent que de légers amendements, qu'un soulagement momentané à cette cruelle agonie, qui se prolongea pendant treize jours jusqu'à la mort, qui arriva le 18 du mois de novembre dernier à minuit. — L'autopsie et lieu le 20, à une heure du matin.

Voici maintenant l'histoire du malade, tracée par M. Lionet, qui l'a suivi pendant les cinq dernières années de sa vie.

M. B... était un homme d'une haute stature, habituellement maigre, d'une constitution sèche et d'un tempérament éminemment nerveux; il a été toute sa vie sujet à la constipation, disposition dont il paraît avoir hérité de son père. Marié à l'âge de vingt et quelques années, il passa sa vie dans un état d'exaspération continuelle qui le disposa à la gastralgie. Ses digestions devinrent alors si longues, qu'il adopta l'usage de ne prendre qu'un peu de lait le matin et de faire un dîner copieux. Vers l'âge de cinquante-trois ans, sans cause connue, M. B... fut affecté d'une maladie de l'estomac, caractérisée par l'inappétence, l'absence de soif et de sensibilité à la pression, mais de douleurs très vives après l'ingestion des aliments.

Traité par les toniques, le mal s'exaspéra et ne céda, au dire du malade, qu'après un traitement complétement opposé et qui dura environ dix-huit mois. Depuis cette époque, M. B.., a été obligé de surveiller son régime et de ne se nourrir que de laitage, d'œufs, de potages au lait et au gras, de viandes fraîches de boucherie et de basse-cour; sa boisson était de l'eau de Seltz artificielle, avec addition de vin vieux, et presque chaque année il était obligé d'aller passer une saison à Plombières. C'est en suivant ce traitement et ce régime que M. B... jouit pendant six ans d'une santé passable, à part la constipation et quelquefois des coliques atroces qui en étaient la conséquence, mais cédaient ordinairsment avec leur cause, à un lavement. Il paraît aussi qu'il s'était plaint à cinq ou six époques différentes, dont la première remontait à plusieurs années, de douleurs vives derrière les omoplates, douleurs toujours de peu de durée et que le malade faisait cesser en s'appuyant fortement contre un mur ou un corps dur quelconque.

Ce fut pendant l'été dernier que M. B... éprouva pour la première fois quelques légers accidents vers la poitrine; ce fut une petite toux sèche, sans expectoration, sans fièvre et sans trouble nouveau vers les voies digestives. Cette toux cédait quelquefois aux bains de pieds et toujours à l'administration de quelques gouttes de laudanum. Il n'en alla pas moins, comme d'ordinaire, à Plombières; mais les grandes chaleurs le fatiguèrent plus que les années précédentes. En même temps il ressentit une faiblesse musculaire inaccoutumée et journellement croissante; l'appétit persistait, mais les aliments ne relevaient plus les forces; il éprouvait de la répugnance pour le mouvement, au point qu'il renonça presque au jardinage qui avait auparavant tant de charmes pour lui. Ces symptômes assez vagues, s'accompagnant du reste d'un pouls assez dur, de la distension des veines, déterminèrent M. Lionet à conseiller une application de sangsues à l'anus. Cette saignée dérivative ne procura aucun soulagement et détermina le développement de la fistule dont nous avons parlé plus haut.

Vers le commencement du mois d'octobre dernier, M. B... fut pris assez subitement d'une oppression, d'un resserrement de poitrine tellement pénibles, que, malgré la constitution si chétive du malade, il fallut immédiatement recourir à la saignée générale qui fut réitérée, tant était couenneux le sang de la première saignée. Ces deux saignées rétablirent le calme, et le malade se trouva alors dans l'état suivant: inappétence absolue, absence de soif; aucune douleur à l'épigastre, ni céphalalgie; garde-robes parfaites et régulières, sécrétion urinaire comme dans l'état de santé. *Point de toux*. La poitrine était sonore partout. Le murmure respiratoire était faible sans doute en avant et des deux côtés; mais cette condition ne paraissait pas constante, et quand on excitait le malade à faire de fortes inspirations, on entendait assez bien l'expansion pulmonaire. Dans tous les autres points, la respiration parut normale à l'explorateur qui attendit quelques jours, mais en vain, un épanchement pour confirmer son diagnostic; ne le voyant pas venir, il crut à une pleurodynie plutôt qu'à une pleurésie. En effet, la pression excitait de la douleur dans plusieurs points de la poitrine et pour quelques jours; ce symptôme fut très marqué, particulièrement sur les apophyses vertébrales. Cette sensibilité céda aux vésicatoires volants simples ou saupoudrés d'hydrochlorate de morphine. Les urines devinrent sédimenteuses; les nuits furent excellentes; le malade commença à se lever, et l'on crut qu'il allait entrer franchement en convalescence. Cependant l'appétit ne se réveillait pas, et les essais de tous genres pour l'exciter furent sans résultat; aussi le malade se préoccupait sans cesse de son estomac, qui lui paraissait n'avoir que la capacité d'une coquille de noix; il se plaignait de crampes, de l'impossibilité de digérer les boissons, sans que cependant il souffrît réellement, et c'est dans cet état qu'il est parvenu jusqu'à l'époque de la consultation, qui, comme on l'a vu, a précédé la mort de peu de jours.

Il est donc arrivé, M. le Président, aux auteurs de cette lettre, ce qui est arrivé à tous les médecins qui ont eu occasion de soigner des malades atteints de cancers du poumon; ils ont méconnu la maladie; et comment ne l'auraient-ils pas méconnue, alors que tous les symptômes observés étaient ceux d'une gastralgie intense? Sans doute, et le médecin ordinaire et le médecin consultant ont reconnu quelques symptômes vers la poitrine; le premier, ceux d'une pleurodynie; le second, ceux d'une pneumonie latente; mais tous deux ont toujours été fort éloignés de la pensée qu'il pût exister une lésion organique du poumon. Ils ne pouvaient guère y songer, puisque pendant toute la durée de la vie du malade, pas plus qu'au moment où il fut soumis à leur observation simultanée, ils n'ont eu à noter aucun des symptômes qui caractérisent ce genre d'affection. Jamais de crachement de sang, jamais de pneumonies ni de pleurésies, jamais ou du moins presque jamais de toux, jamais d'oppression, jamais de diarrée, jamais de fièvre..... Ainsi tous les signes de la présence de tubercules ont manqué..... Hé bien, ils le déclarent hautement, c'est justement cette circonstance, qui aurait dû leur faire songer à une maladie organique d'une autre nature; ils auraient dû y songer, à la vue de cette ef-

moïde fut même enlevée avec les cisailles.

Au moment où la tumeur fut arrachée la malade jeta de grands cris ; elle prétendit que je lui arrachais l'œil ; le nerf maxillaire supérieur sortit comme un long ver blanchâtre de dedans le canal sous-orbitaire ; je le réséquai aussitôt avec des ciseaux courbes ; cette section fut horriblement douloureuse. Deux fers rouges furent ensuite passés sur le fond de la plaie, afin d'arrêter l'hémorrhagie et de détruire les parties du mal qui, à notre insu, auraient pu échapper à l'action de l'instrument.

La cavité, résultat de l'ablation de la tumeur, fut remplie de boulettes de charpie, et la plaie faite aux parties molles réunie à l'aide de quatre points de suture entortillée ; nous n'appliquâmes pas d'autres pièces de pansement, voulant avoir constamment la plaie sous les yeux.

Cette opération fut supportée avec courage et patience, et la prostration qui la suivit fut modérée.

Dans la journée, la malade vomit du sang caillé qu'elle avait avalé pendant l'opération ; le soir elle avait de la fièvre.

Le 23, fièvre légère, 76 pulsations, pas de céphalalgie, pas de douleur dans la face ; la déglutition des boissons se fait facilement ; la voix est faible, la prononciation difficile.

Le 24, même état ; 68 pulsations ; désire de boire de la liminade vineuse.

Le 26, je retire les tampons de charpie, qui commencent à gêner la malade par leur mauvaise odeur ; je lave la plaie à l'aide d'injections faites avec une seringue ; la suppuration est établie, abondante et de bonne nature ; la plaie des parties molles, qui a été réunie par la suture, est presque cicatrisée dans toute son étendue ; les bords n'en sont ni gonflés, ni enflammés ; l'haleine est fétide ; la déglutition des liquides, qui jusque-là avait été facile, devient très pénible depuis que les bourdonnets de charpie sont enlevés et ne remplissent plus les fonctions de la voûte palatine.

Le 30, la malade est dans l'état le plus satisfaisant ; l'incision faciale, à l'exception de son extrémité supérieure, est cicatrisée dans toute sa longueur ; j'enlève, les deux aiguilles moyennes ; la légère tuméfaction survenue aux parties molles diminue ; la suppuration est moins abondante, l'haleine n'est presque plus fétide.

Du 1er au 4 octobre la malade va très bien ; les deux dernières aiguilles sont enlevées.

Le 5, elle peut être considérée comme guérie ; difficultés d'aller à la garderobe ; lavement avec addition d'huile d'olives ; bouillon, semoule, limonade vineuse.

Le 6, la malade, à laquelle nous avons permis de se lever une heure, se promena imprudemment dans les salles ; elle fut prise de frissons intenses ; mise au lit, on la réchauffe aussitôt.

Le 7, elle est triste, a de la fièvre et éprouve des douleurs dans le ventre. Diète, repos au lit, lavement émollient.

Le 8, elle va très bien ; toutes les fonctions sont rentrées dans l'ordre physiologique ; la face commence à reprendre ses formes normales ; l'œil droit est revenu à sa forme et à sa position naturelles ; la vision est plus nette.

Le 12, sans cause connue, érysipèle à la face du côté opéré ; nausées, douleurs abdominales, fièvre, céphalalgie ; la malade est très affectée. Diète ; tisane rafraîchissante ; lavement émollient.

Le 13, même état ; de plus, l'érysipèle s'étend au cuir chevelu et à la partie postérieure du col. Vésicatoire à la nuque, sur les parties érysipélateuse ; diète.

Le 15, l'érysipèle abandonne la face, se concentre sur le cuir chevelu et s'étend au dos.

Le 16 et le 18, les accidents diminuent ; il ne reste plus que des nausées.

Le 20, l'érysipèle disparaît ; pas de fièvre ; la plaie de la bouche ne donne presque plus de pus ; l'haleine n'a plus aucune fétidité ; la cavité, résultat de l'ablation de la tumeur, a considérablement diminué ; déjà le nez revient à sa position et à sa direction naturelles.

Le 25, la malade peut être considérée comme entièrement guérie ; il n'y a plus aucune suppuration ; elle mange avec facilité, et sans inconvénient, deux portions d'aliments. Elle parle de sortir de l'hôpital.

Le 3 novembre, malaise, inappétence, léger frisson. Deux bouillons.

Le 4, varicelle, fièvre légère ; pas d'autres accidents.

Le 13, la malade étant entièrement rétablie, et ayant repris tout son embonpoint, est présentée à l'Académie de médecine.

La, on constate que la guérison est parfaite, que l'œil droit, le nez et la bouche ont repris leur aspect naturel, et que la figure, qui avant l'opération était repoussante, peut presque passer pour l'une des plus agréables ; la simple cicatrice linéaire qui se porte de la pommette à la lèvre supérieure, n'en altère pas la régularité. On put aussi se convaincre que la lèvre supérieure, l'aile du nez et les parties molles qui recouvrent la fosse canine, n'avaient aucune paralysie du sentiment ou du mouvement, de telle sorte que les traits n'étaient pas entraînés du côté opposé, comme cela a lieu ordinairement après ces sortes d'opérations.

Anatomie pathologique et réflexions. — Le 27 septembre, cinq jours après l'opération, je présentai à l'Académie la tumeur formée par l'os maxillaire supérieur droit. A l'extérieur, est une enveloppe fibreuse qui semble n'être autre chose que le périoste épaissi, et devenu plus vasculaire. Sous cette membrane existe une coque osseuse dont l'épaisseur varie d'un à deux millimètres ; sa surface externe est assez lisse ; cette enveloppe calcaire est formée par les parois du sinus maxillaire, dont on reconnaît çà et là les caractères anatomiques et quelques traces des os avec lesquels il s'articule. La tumeur étant divisée en trois portions par deux traits de scie, on reconnut la disposition suivante : de la surface interne ou concave de cette enveloppe osseuse, partent des cloisons, des demi-cloisons ou simplement des aiguilles stalactiformes, qui la divisent en une foule de cavités ou aréoles secondaires, lesquelles sont tapissées par une membrane fibreuse qui paraît n'avoir subi aucune altération organique. Cette membrane et d'un blanc grisâtre et parcourue de vaisseaux capillaires. Chacune des aréoles ou des cavités que je viens de mentionner est remplie d'un liquide qui ressemble à de la lie de vin, ou, comme le dirait M. Cruveilhier, à la *boue splénique*. Le canal sous-orbitaire, duquel était sorti le nerf maxillaire supérieur, était allongé, mais il n'était augmenté ni diminué de diamètre.

S'il était fort difficile, avant l'opération, de préciser au juste quelle était la nature de cette maladie ; la question n'est guère plus facile à résoudre aujourd'hui que nous avons la tumeur sous les yeux. Est-ce un ostéo-sarcome ou une tumeur encéphaloïde du sinus, ou bien une exostose aréolaire de cette partie ? En admettant que l'espèce de lie de vin qui était dans les aréoles n'est autre chose que la *matière* ou le *suc* encéphaloïde ramolli, nous ne trouverions pas dans les cloisons et les aiguilles stalactiformes de cette tumeur tapissée par un périoste lisse, poli et sain, un tissu analogue à celui qui forme la trame des tumeurs encéphaloïdes, qui est élastique, d'un blanc grisâtre, demi-transparent, semblable à de la gélatine ou à de l'albumine à moitié concrète. Notez encore que la substance osseuse qui forme ces appendices intérieures de la tumeur n'a subi aucune altération, et que les ganglions lymphatiques parotidiens, sous-maxillaires ou cervicaux, ne sont nullement engorgés, et tout le monde sait qu'il est très rare de rencontrer des tumeurs encéphaloïdes anciennes sans que les ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux de la partie malade ne soient eux-mêmes plus ou moins engorgés ou dégénérés. Enfin, plusieurs ouvertures ont été faites à la tumeur sans qu'aucun champignon ou fongus sanguin ne se soit montré par elles, et sans qu'aucune hémorrhagie ne se soit manifestée, comme cela a lieu presque constamment après les ponctions faites dans les tumeurs hématodes. On peut aussi, jusqu'à un certain point, faire valoir contre cette opinion la cause accidentelle de la maladie, l'absence des douleurs, le jeune âge de la malade, ainsi que son état de fraîcheur et de santé.

Sans nier toutefois que cette affection ne soit une espèce particulière d'ostéo-sarcome, je crois qu'elle doit être plutôt considérée comme une exostose cellulaire dans les cavités de laquelle se trouvait un liquide sanguinolent. Le cas que j'ai observé à l'hôpital de la Charité, sur un jeune homme de dix-sept ans, que M. Gerdy a opéré avec moi, milite en faveur de cette dernière opinion. La tumeur, qui était aussi volumineuse que celle de notre malade, était entièrement osseuse ; à l'intérieur, elle était formée d'une foule de petites cavités d'un à deux centimètres d'étendue. Je ne saurais mieux comparer l'aspect de la section qu'à celui d'une tranche de l'extrémité inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure du tibia ; aussi je pense que le nom d'exostose spongieuse du sinus maxillaire convient parfaitement à cette maladie.

Dans le premier temps de cette opération j'évitai la longue incision pratiquée et conseillée par M. Velpeau, dans son *Traité de Médecine opératoire* ; incision qui, *commencée à la commissure des lèvres, et conduite obliquement en haut, en dehors et en arrière jusqu'à la fosse temporale, entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille*, lui permit, à la vérité, d'éviter sûrement le conduit de la glande parotide, mais le contraignit à couper inévitablement tous les filets nerveux qui, du facial et du maxillaire inférieur, viennent se rendre aux parties molles de la pommette, de la fosse canine, à la commissure labiale, à la lèvre supérieure, à l'aile du nez et à la paupière inférieure, qui se trouvent frappées de paralysie par le fait même de l'opération. Notre incision, qui commence à l'angle postérieur et inférieur de l'os de la pommette pour aboutir à la lèvre supérieure, permet aussi sûrement que celle de M. Velpeau d'éviter le conduit de Sténon ; de plus, marchant presque parallèlement à la direction des filets nerveux, elle en atteint à peine un ou deux, et ne frappe pas de paralysie le côté de la face correspondante à l'opération ; les mouvements de la commissure, qu'il est en particulier important de ménager, sont ainsi conservés. Chez notre malade, il n'y avait ni paralysie du mouvement, ni du sentiment, bien que le nerf maxillaire supérieur (portion sous-orbitaire) ait été détruit lors de l'extirpation de la tumeur, ce qui s'explique par la précaution que nous avons prise de ne pas couper les parties molles qui recouvrent l'os de la pommette, mais bien de les décoller simplement de dessus cet os.

Cette modification dans l'étendue et la direction de l'incision, ainsi que le décollement des parties qui recouvrent la pommette, au lieu de leur section, sont, dans la pratique de cette opération, un progrès à ajouter à celui dont M. Velpeau l'a douée lorsqu'il a prouvé qu'une simple incision des parties molles de la face pouvait remplacer les incisions quadrilatères ou en V qui étaient pratiquées avant lui.

Les deux accidents intercurrents qui sont arrivés à notre malade pendant la cicatrisation de la plaie ; l'un, l'érysipèle, le vingtième jour après l'opération ; l'autre, la varicelle, le quarante-deuxième jour, viennent encore prouver la nécessité d'entourer les opérés de tous les soins de l'hygiène. Le malade que M. Gerdy opéra à l'hôpital de la Charité, fut parfaitement bien jusqu'au vingt-huitième jour, et le trente-deuxième il succomba d'abcès métastatique dans le poumon.

Deux faits physiologico-pathologiques méritent encore d'être notés dans cette observation ; c'est la difficulté avec laquelle la malade avala sitôt que les bourdonnets de charpie furent enlevés de dedans la plaie, et la facilité avec laquelle l'appareil lacryual continua à remplir ses fonctions, bien que le canal lacrymal ait été entièrement enlevé, ce qui détruit l'opinion des auteurs qui ont comparé le mécanisme de cet appareil à celui d'un siphon.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ ;

Par M. LISFRANC.

(Tome second.)

Dans le second volume de son ouvrage, comme dans le premier, l'auteur s'est principalement attaché à démontrer que la thérapeutique est presque toujours basée sur l'anatomie, sur la physiologie, sur les nuances de la pathologie et sur l'anatomie pathologique. Il a prouvé, contre l'opinion des écoles, que le bon praticien n'est pas guidé par une espèce d'instinct, par une sorte d'habitude, en traitant les malades, mais bien par la connaissance profonde des branches des sciences médico-chirurgicales que nous venons d'indiquer. M. Lisfranc a encore prouvé que les méthodes de traitement pouvaient, suivant les effets qu'elles produisaient, devenir des moyens puissants de diagnostic.

Depuis une trentaine d'années la chirurgie s'est enrichie d'un grand nombre de méthodes et de procédés opératoires nouveaux ; mais on ne s'est guère occupé de la thérapeutique ordinaire, et surtout de la thérapeutique générale. Il suffit,

frayante maigreur, devant cette physionomie d'une nature si particulière, à l'aspect de ce teint plombé, de ces yeux caves, au regard ardent, regard ardent sans mouvement fébrile. Et puis cette douleur si vive sous les omoplates, douleur qui datait de si loin, qui revenait sans cause appréciable, ne pouvait point être de nature rhumatismale ; elle était trop profonde et se manifestait dans une partie des poumons qui restait presque imperméable à l'air ; il fallait pressentir que cette portion même du poumon était le siége véritable de cette douleur, qu'il y avait donc là où des tubercules ou une dégénérescence d'une autre nature...., et nous venons de démontrer que les signes de la tuberculisation avaient toujours manqué. Cette circonstance si importante aurait dû les faire songer à une affection cancéreuse, qu'ils n'eussent sans doute pas manqué de reconnaître, ou chacun de leur côté, ou alors qu'ils furent réunis, s'il y avait eu un cancer appréciable à la vue en quelque autre point du corps. N'était-ce point, en effet, un de ces cas où l'on doit chercher à établir le diagnostic en procédant par exclusion. Pas d'*hépatisation*, puisqu'il n'y avait pas de pneumonies anciennes et répétées ; pas de *pleurésie*, puisqu'il n'y avait pas égophonie ; pas d'*œdème*, car il n'y avait ni de dyspnée, ni d'infitration séreuse en aucun point du corps, symptôme qui ne manque non plus jamais dans les épanchements pleurétiques ; pas de *gangrène*, l'haleine eût été fétide et d'une odeur toujours caractéristique ; pas d'*emphysème*, puisqu'il n'y avait ni toux, ni dyspnée, ni exagération de la sonoréité ; pas de *cirrhose*, puisque les parois thoraciques n'offraient d'affaissement d'aucun côté ; restaient donc les affections *tubereuleuse* et *cancéreuse* et nous avons déjà dit tous les motifs qui existaient pour faire douter de la présende de tubercules dans les poumous. En procédant ainsi, nous nous le demandons, ne pouvait on pas arriver à diaguostiquer le *cancer des poumons*.

Il existait cependant une affection qui était de nature à égarer le médecin qui cherchait à asseoir son diagnostic ; c'était cette gastralgie si inteuse et qui seule, il faut le dire, a empoisonné toute la vie du malade. Eh bien, monsieur le Président, nous le proclamons encore, cette existence d'une gastralgie intense, que rien n'a pu non-seulement guérir, mais même amender, cette gastralgie qui n'était que sympathique, aurait dû nous aider dans notre diagnostic ; car, dans nos convictions, il u'existe presque jamais de lésion organique des organes de la respiration sans une névrose plus ou moins prononcée de ceux de la digestion et de la nutrition, névrose qui doit nécessairement résisler à tous les moyens les plue efficaces, puisque les médications mises en usage n'atteignent point la véritable cause de la maladie, dont les symptômes frappent le plus l'attention du malade et du médecin.

Les médecins soussignés, monsieur le Président, s'estimeront fort heureux, s'ils ont seulement approché du but qu'ils désiraient atteindre ; s'ils ont réussi à rendre à la science ce triste service d'éclairer quelque peu le diagnostic d'une maladie qui sera sans doute toujours au-dessus des ressources de l'art de guérir, à moins que la médecine ne découvre quelque médication générale qu'on puisse opposer à la diathèse cancéreuse ; car, dans les cas de la nature de celui qui fait l'objet de cette lettre, le mal ne saurait être atteint par la main bienfaisante du chirurgien.

Nous avons l'honneur d'être, monsieur le Président, vos très humbles et très obéissants serviteurs.

LIONET, Médecin à Corbeil. A. LEGRAND, Médecin à Paris.

Réunion d'une phalange du doigt entièrement détachée ; observation recueillie par M. le docteur SUMMER, de Coblentz.

Un canonnier de huitième brigade d'artillerie s'était entièrement coupé avec une hache la dernière phalange du doigt médius de la main gauche, à très peu de distance de l'articulation

Une heure environ après cet accident, le blessé arriva à l'hôpital, tenant le morceau détaché de son doigt enveloppé dans un linge.

Aussitôt, on s'empressa de rapprocher cette partie de la surface d'où elle avait été détachée, et on l'y fixa à l'aide de quelques points de suture soutenus de bandelettes agglutinatives.

La réunion s'opéra par première intention et réussit avec le plus grand succès, contre l'attente des chirurgiens qui avaient procédé au pansement et qui l'avaient tentée sans y compter.

(*Medicinische Zeitung* ; 1842.)

D'après la date de leur réception, les médecins qui exercent à Paris, se rangent dans l'ordre suivant :

Depuis l'année 1775, qui est la date la plus reculée de réception des médecins actuellement vivants, date sous laquelle on ne trouve qu'un seul médecin qui compte par conséquent 68 ans de doctorat, jusqu'à l'aunée 1799, on trouve, 21 médecins.

De 1800 à 1809,	146
De 1810 à 1819,	223
De 1820 à 1829,	379
De 1830 à 1842,	573

Erratum. — Dans le dernier paragraphe de la lettre de M. Le Roy-d'Etiolles sur l'introduction de l'air dans les veines, au lieu de ces mots : dans les expériences sur la reproduction du cristallin entreprises avec *addition d'un corps gras*, lisez *avec le docteur Cocteau*.

pour s'en convaincre, d'ouvrir les annales de l'art et de suivre l'enseignement des écoles. Comme beaucoup d'autres médecins, M. Lisfranc a senti le besoin de notre époque ; il a consacré de belles pages au traitement des maladies, tant négligées dans la plupart des livres modernes, où l'on semble se targuer d'un véritable dédain pour la thérapeutique, comme si elle n'était pas la partie la plus difficile de l'art, celle qui exige, en général, plus de raisonnement et plus d'expérience. L'auteur ne s'est pas contenté dans son ouvrage de conseiller l'emploi du médicament contre un état déterminé de la maladie, mais il a encore fait connaître les effets variés que ce médicament pouvait produire ; il a aussi indiqué les cas dans lesquels il fallait laisser subsister ces effets, ceux où l'on devait les atténuer ou bien les favoriser, etc. Persuadé, que la science consiste presque tout entière dans les objets de détail, il ne les a jamais négligés. Son livre est ainsi devenu essentiellement pratique. On trouvera la preuve de ce que nous venons d'avancer dans le chapitre ayant pour titre : *Traitement général de la métrite chronique, des engorgements, des ulcérations*, etc. ; on y reconnaîtra l'esprit généralisateur de l'auteur des *Règles générales sur les désarticulations, sur la ligature des artères, sur l'extirpation et sur l'amputation des tumeurs*, etc.

Continuateur de l'école de Desault, de Boyer, de Dubois et de Dupuytren, M. Lisfranc a démontré cette grande vérité que la science repose sur des bases solides, qu'il est inutile d'en renverser l'édifice, prétention ridicule de certains hommes du jour, qui méprisent l'expérience des siècles et qui veulent leur opposer celle qu'ils acquerront pendant quelques années. Les anciens n'ont certainement pas tout observé, tout imaginé ; mais ils ont vu beaucoup de choses ; ils en ont considérablement inventé : honneur soit donc rendu à leurs immortels travaux.

Lorsque M. Lisfranc expose des idées nouvelles, on voit qu'il les a acquises en grande partie à l'aide des analogies, de l'induction et du raisonnement. Si les bornes de cet article nous le permettaient, il nous serait facile d'en citer de nombreux exemples !

On se convaincra, en lisant le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, que l'auteur a beaucoup contribué à l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie, trop négligée même encore aujourd'hui.

Après avoir indiqué d'une manière sommaire l'esprit dans lequel est écrit l'ouvrage de M. Lisfranc, nous allons examiner quelques chapitres du second volume, dont nous rendons compte.

L'auteur a émis des idées importantes sur l'étiologie et sur la thérapeutique des engorgements du sein. En suivant les principes qu'il indique, on évitera souvent ces maladies, ou bien souvent aussi on préservera les femmes de l'amputation de la mamelle.

L'auteur s'est occupé de l'anatomie chirurgicale des organes génitaux de la femme. Cet article est plein de vues nouvelles. On lira surtout avec plaisir les modifications nombreuses qu'éprouvent les organes sexuels quelque temps avant, pendant et après l'époque critique.

Le prurit de la vulve, l'excès de sensibilité des organes génitaux, dont on ne s'était pour ainsi dire pas occupé, sont largement traités sous le double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

Dans le chapitre ayant pour titre : *Maladies de la matrice; erreurs nombreuses de diagnostic*, l'auteur a mieux signalé qu'on ne l'avait fait avant lui les sympathies morbides de l'utérus ; il a ainsi appris aux médecins à éviter un grand nombre d'erreurs qui étaient funestes aux malades.

Leucorrhée. — M. Lisfranc a démontré, par un très grand nombre de faits, que les écoulements blancs, assez abondants, non vénériens, fournis par les organes génitaux de la femme, et datant de plus d'un mois, sont presque toujours produits par une maladie de la matrice, dont ils ne sont qu'un symptôme. L'auteur a prouvé qu'en les combattant comme on le conseille, on ne les guérit pas, et qu'ordinairement l'affection morbide de l'utérus s'aggrave ; que si, au contraire, on attaque cette dernière, les flueurs blanches se dissipent à mesure qu'elle fléchit ou qu'elle disparaît. Les mêmes préceptes s'appliquent, en général, aux pertes rouges, quand elles ne sont pas trop abondantes.

Chlorose. — M. Lisfranc a fait connaître que les affections morbides de la matrice sont assez communes à l'époque de la puberté ; qu'elles peuvent occasionner les pâles couleurs, qui résistent alors aux moyens ordinaires de traitement, et qui disparaissent quand on traite la maladie de l'utérus.

Règles douloureuses. — Cette maladie est accompagnée de coliques utérines extraordinairement violentes ; il se manifeste des accidents nerveux très développés ; il est rare, qu'après un temps plus ou moins long, la matrice ne présente pas quelques altérations organiques. L'auteur a imaginé une méthode de traitement à l'aide de laquelle il est toujours parvenu jusqu'aujourd'hui à dissiper les accidents que nous venons d'indiquer, et à éviter ainsi leurs conséquences fâcheuses sur l'utérus. Il fait abstraction ici des cas dans lesquels il s'agit d'altérations organiques incurables et de vices de conformation.

L'auteur a constaté par l'expérience que les femmes qui n'avaient jamais été réglées portaient ordinairement des engorgements ; il en a obtenu la résolution : les règles ont eu lieu, et les femmes sont devenues mères.

M. Lisfranc a reconnu que les désirs vénériens trop développés chez les femmes étaient fréquemment dus à des maladies de l'utérus souvent latentes, et même à des phlogoses légères des organes génitaux. En dissipant ces affections morbides, il est parvenu à apaiser ces désirs vénériens.

Quelques auteurs très distingués avaient, dans ces derniers temps, nié l'influence de l'utérus sur le développement de l'hystérie ; M. Lisfranc a montré beaucoup de faits qui rétablissent cette influence dans un très grand nombre de cas.

On avait cru que les *abaissements*, les *descentes* et les *déviations de la matrice* étaient des maladies essentielles : M. Lisfranc a fait voir que presque toujours, au contraire, ces affections morbides sont dues à des engorgements de l'utérus, puisqu'en dissipant ces derniers, la matrice a toujours, jusqu'aujourd'hui, repris, à peu de chose près, et quelquefois complètement, sa position ordinaire.

Le toucher et l'application du spéculum sont exposés avec un soin tout particulier et avec le talent descriptif qu'on connaît à M. Lisfranc.

La *Clinique chirurgicale* est un bon livre qui trouvera place dans la bibliothèque des médecins. X.

Empoisonnement de huit personnes par du boudin gâté ; observation recueillie par M. le docteur Roeser.

Cette espèce d'empoisonnement, dont les annales de la médecine judiciaire allemande font si souvent mention, a été récemment observée dans tous ses détails chez un paysan du royaume de Wurtemberg. Voici le cas tel qu'il s'est présenté à l'observation du médecin qui l'a fait connaître :

Ermann, habitant d'un petit village, tua un porc qui était dans un état de parfaite santé ; il prépara lui-même le boudin avec du foie, des épices et les divers autres ingrédients qui sont ordinairement employés pour la confection de cet aliment ; puis, il les fit cuire dans de l'eau, le fuma, le conserva dans une cave humide, et, huit jours après, le fit servir pour le souper. Un charpentier du voisinage, qui faisait partie des convives, avec ses trois garçons, trouva à ce boudin une saveur aigre, et leur conseilla de n'en pas manger ; mais un seul d'entre eux suivit les conseils de son maître et en goûta à peine, tandis que les deux autres en mangèrent chacun 30 à 60 grammes. Ermann et son domestique en mangèrent beaucoup ; ses deux fils, dont l'un âgé de vingt-quatre ans et l'autre de dix-huit, en prirent un peu moins ; sa femme et sa servante en essayèrent seulement. Ermann en mangea même encore le lendemain.

Deux jours plus tard, Ermann se plaignit de sécheresse dans la bouche, de vertiges et d'éblouissements, et bientôt ensuite il fut pris de coliques et de diarrhée ; cette dernière d'ailleurs ne dura que jusqu'au lendemain, mais elle fut suivie d'une diminution notable de la vue, de diplopie, de malaise dans les extrémités, de bourdonnements d'oreilles, et en même temps la sécheresse de la bouche et du gosier augmenta. La face était pâle, les pupilles très dilatées et immobiles, la prononciation embarrassée et parfois très difficile, la langue sèche, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, rouge, pointillée ; la déglutition très pénible, particulièrement celle des aliments solides, et cette difficulté d'avaler n'était pas due à la sécheresse de la bouche, mais paraissait dépendre d'un obstacle existant dans l'œsophage. La soif était presque nulle, mais l'appétit était considérable et contrastait grandement avec l'état de la bouche. Du reste, il n'y avait pas la moindre altération de l'intellect ; il n'existait ni toux, ni gêne de la respiration.

Le lendemain, la prostration était encore plus marquée, les paupières paralysées, les pupilles toujours dilatées, la faculté visuelle complétement abolie, la conjonctive colorée en rouge bleuâtre, l'ouie intacte, la prononciation excessivement difficile (évidemment par suite d'une paralysie du larynx, car le malade faisait mouvoir sa langue et jouissait tellement de la plénitude de ses facultés intellectuelles, qu'il prit un crayon et écrivit à son médecin, d'une main tremblante et sans le voir : « Vous me direz lorsqu'il n'y aura plus d'espoir ») ; la respiration parfaite, la déglutition tout à fait impossible, le pouls faible et intermittent.

Le quatrième jour, la mort arriva par suite de la prostration générale des forces et des progrès croissants de la paralysie ; toutefois, cette dernière n'avait pas envahi les extrémités ; car le malade, qui n'était pas allé à la garderobe depuis le commencement des accidents, en éprouva le besoin une demi-heure avant de succomber, et se leva pour le satisfaire : l'émission des urines n'avait pas eu lieu non plus pendant toute la durée de la maladie, et ce ne fut qu'à l'instant de la mort que la vessie, distendue par une grande quantité de liquide, se vida en partie.

L'ouverture du corps fut pratiquée au bout de trente-six heures. Les vaisseaux de la dure-mère et du cerveau donnèrent un sang rouge noir. L'arrière-bouche n'était plus rouge ; on y remarquait seulement çà et là quelques vaisseaux injectés. Les papilles de la langue avaient atteint un haut degré de développement. Les amygdales présentaient plusieurs locules remplies de pus. Le gosier et le larynx n'offraient ni rougeur, ni autres anomalies, mais la membrane muqueuse de la trachée-artère était d'une teinte rouge bleuâtre et parsemée de nombreux épanchements sanguins dans le tissu sous-muqueux. La membrane muqueusa des bronches était d'une couleur brune sale jusque dans ses ultimes divisions, et les poumons, dans leurs portions supérieures, étaient en partie emphysémateux, en partie œdématiés ; leur substance, gorgée de sang noir. était à la fois ramollie et friable. La moitié gauche du foie était flasque et de couleur plombée ; la moitié droite, au contraire, avait conservé son aspect naturel, mais à l'incision elle donnait du sang noir. La rate, dont le volume était considérablement augmenté, avait son parenchyme gorgé d'un sang décomposé. La membrane muqueuse œsophagienne, sans rougeurs particulières, était recouverte d'un enduit blanchâtre ; la rougeur n'était pas plus distincte au cardia, mais le restant de la muqueuse de l'estomac présentait çà et là des plaques rouges ou noires et parsemées de sudamina ; ses vaisseaux étaient injectés de sang noir ; la membrane muqueuse intestinale était colorée en brun sale ; les gros intestins, fortement injectés, étaient remplis de gaz et de matières fécales.

Le domestique d'Ermann, âgé de vingt-huit ans, tomba malade en même temps que son maître, et présenta des symptômes exactement pareils ; il succomba quelques heures après lui, et l'examen nécropsique donna des résultats à peu près identiques.

Le jeune fils d'Hermann conserva sa santé pendant trois jours encore après le fatal souper ; mais enfin on fut obligé de le renvoyer de son école, parce qu'il ne pouvait plus voir ses lettres. Déjà son gosier était un peu rouge, sa langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre et parsemée de papilles saillantes ; la déglutition ne s'opérait qu'avec beaucoup de peine, et la prononciation était difficile. A partir de cette époque, la maladie suivit toutes ses périodes, comme elle avait fait chez les deux précédents sujets, seulement avec moins de rapidité ; car sa mort ne survint que le sixième jour. Au début des accidents, il y avait eu de la toux et de la diarrhée, qui avaient ensuite fini par disparaître.

Le fils aîné tomba malade deux jours plus tard que son jeune frère, et présenta aussi les mêmes symptômes, mais avec une intensité moindre. Il revint graduellement à la santé dans l'espace d'un mois. La paralysie des paupières et la gêne de la déglutition, furent les phénomènes morbides qui persistèrent le plus. Vers la fin de la maladie il y eut de la toux et une expectoration assez abondante ; la constipation ne céda qu'avec les autres accidents.

La mère, la servante, et les deux garçons du charpentier tombèrent aussi malades, de trois à cinq jours après l'ingestion du boudin altéré, et furent obligés de garder le lit pendant vingt-cinq à trente jours. Les symptômes observés furent, chez ces sujets, les mêmes que ceux décrits plus haut.

M. Roeser, en résumant les détails de ces huit observations, fait observer qu'il trouva constamment, bien qu'à des degrés différents, la paralysie de la vue, des mouvements de l'œil, de la langue, du larynx, du pharynx, du gros intestin et de la vessie urinaire ; toujours, au contraire, les fonctions cérébrales et les mouvements dépendant des nerfs rachidiens restèrent dans un parfait état d'intégrité. Il ajoute que la rougeur présentée par les membranes muqueuses pendant la durée de la maladie, et celle qui fut trouvée, à l'autopsie, dans la trachée, les bronches, l'estomac et les gros intestins, n'étaient point de nature inflammatoire, mais dépendaient de la stase et de la décomposition du sang dans les vaisseaux, et, en certains points, de l'épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Une portion du boudin gâté et du sang des trois individus morts a été adressée à M. Gmelin, à Tubingue, avec prière d'en faire l'analyse chimique ; mais malheureusement les résultats du travail de cet habile chimiste ne sont pas encore connus.

(*Wuertembergisches Correspondenz-Blatt.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 16, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAUX. — MALADIES RÉGNANTES.

Fièvres typhoïdes.

Nous nous bornerons à rapporter, comme exemple des fièvres typhoïdes actuellement régnantes, les deux observations suivantes recueillies dans les salles de M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu. Nous n'aurons plus qu'à donner quelques cas de scarlatine, d'érysipèle, de rougeole et de rhumatisme; après quoi nous examinerons d'un coup-d'œil général les particularités propres à quelques-unes de ces maladies, et ce qu'il peut y avoir de commun entre elles.

Première observation. — *Fièvre typhoïde et pneumonie. (Forme commune grave.) — Mort.*

Le 3 janvier est entré à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une haute stature, fort, d'un tempérament musculaire et sanguin, d'une bonne constitution, habitant Paris depuis trois mois seulement, exerçant la profession de forgeron, se nourrissant assez bien, à ce qu'il assure, et occupant une habitation saine.

Ce malade nous apprend que depuis plusieurs mois il éprouve dans les deux membres inférieurs une faiblesse qui s'est progressivement accrue, et n'est rien moins aujourd'hui qu'une paraplégie incomplète. Cette faiblesse lui permettait à peine de demeurer debout pendant quelques heures, et ne lui a pas laissé la faculté d'exercer son métier plus de huit jours depuis les trois mois qu'il est à Paris. Cette fablaisse a toujours été en augmentant; aujourd'hui le malade, qui est couché, peut à peine imprimer à ses deux membres des mouvements très étendus: la sensibilité y est parfaitement conservée. Comme autre maladie antécédente, le malade n'accuse que quelques douleurs vagues, fugaces, qui occupaient quelquefois les lombes, mais duraient très peu de temps.

La maladie pour laquelle il est venu à l'hôpital a commencé le samedi 24 décembre; elle a débuté par des accès fébriles intermittents peu prononcés: le même jour, le malade a été pris presque subitement d'un frisson très fort qui s'est renouvelé le dimanche, le lundi et le mardi, vers une heure après midi. Ce frisson, qui n'était pas suivi de sueur, et auquel succédait une chaleur peu intense, durait presque toute la nuit. Le malade se trouvait assez bien durant l'intervalle qui séparait les accès. A partir du quatrième accès, néanmoins, l'état fébrile est devenu continu. Ajoutons à ces détails que depuis quinze jours environ, le malade avait de la diarrhée; il avait jusqu'à sept ou huit selles par jour, et plus tard de trois à quatre; les matières étaient liquides, jaunâtres, fétides.

Il avait également beaucoup de faiblesse, de l'anorexie, un mauvais goût dans la bouche, sans nausées et sans vomissements. Il n'a eu, dit-il, aucune céphalalgie; il n'a pas eu d'épistaxis.

Le 5 janvier (10e jour), le malade présente de la prostration, le visage n'exprime nullement la stupeur; il n'y a point de lenteur dans les réponses; la face est animée, les yeux sont brillants; le malade n'accuse aucune céphalalgie; il n'a ni vertiges, ni bourdonnements d'oreille; la langue, un peu blanchâtre sur les côtés, est rouge et très collante sur la partie médiane et à la pointe.

On constata sur l'abdomen et sur la partie inférieure de la poitrine une éruption lenticulaire peu abondante, mais caractéristique: les taches présentent une assez grande largeur. L'abdomen est météorisé, un peu rénitent, un peu sensible à la pression; il y a eu deux selles liquides hier, une ce matin; les matières étaient jaunâtres, liquides et fétides; l'excrétion était précédée de coliques légères. La rate est grosse. Il y a un peu de toux et un peu d'expectoration catarrhale; l'auscultation fait découvrir un râle sibilant et ronflant assez abondant, surtout en arrière des deux côtés.

Hier matin le malade a eu une sueur assez marquée; ce matin la peau est souple, la chaleur modérée; le pouls est peu développé, à 104 (prostraction avec état fébrile, sans stupeur, etc.).

Le 6 janvier (11e jour). Il y a eu cette nuit un peu de sommeil, pas de diarrhée hier; le malade se trouve mieux; il a, dit-il, moins de fièvre; les yeux sont mobiles, le visage moins animé; pas la moindre stupeur, pas de lenteur des réponses. Un peu de sueur ce matin, la peau légèrement moite offre une chaleur douce; le pouls bon est à 100. La langue est un peu sèche, un peu animée, collante; il y a de la soif; même état des taches; ventre ballonné sans gargouillement. Un peu de toux; expectoration catarrhale, visqueuse, peu abondante. Toujours paraplégie incomplète. Il n'y a eu à aucune époque d'altération dans les fonctions du rectum et de la vessie.

Le 7 (12 jour), pas de sommeil cette nuit; constipation, prostration sans stupeur; le malade se trouve moins bien; la peau souple offre une chaleur modérée; le pouls est à 100: langue collante; abdomen dans le même état; toux assez fréquente; expectoration catarrhale assez abondante; râle ronflant et sibilant dans la poitrine.

Le 8 (13e jour), pas de sommeil; constipation; prostraction sans stupeur; chaleur vive et persistante; pouls à 100; langue animée encore humide; même état du ventre; même catarrhe pulmonaire; expectoration abondante.

Le 9 (14e jour), toux très fréquente; expectoration catarrhale abondante; pas de sommeil; diarrhée, trois ou quatre selles liquides; peau légèrement moite offrant une chaleur peu vive; pouls à 108; même état de l'abdomen et de la langue; un peu d'oppression, la respiration est à 28; râle ronflant et sibilant abondant dans toute la poitrine, qui offre du reste une bonne sonoréité (prédominance du catarrhe pulmonaire).

Le 10 (15e jour). Ce matin peu de sommeil; il y a eu quatre selles liquides, mais le malade avait pris hier de l'ipécacuanha. Il y a plus de faiblesse ce matin, et plus de lenteur dans les réponses; il y a eu de la sueur; la peau est moite, offrant une chaleur douce. Le pouls est faible, à 116. Ce qu'il y a de plus remarquable est l'état catarrhal grave; on entend un ronchus perceptible à distance; la respiration est à 32; il existe un râle ronflant, sibilant, muqueux partout, même en avant, En arrière, en bas, à droite, nous constatons du souffle et de la matité; l'expectoration est opaque, jaunâtre, assez abondante; la toux est fréquente et difficile; la langue est assez humide, avec un peu d'enduit jaunâtre; l'abdomen en assez bon état.

Le 11 (16e jour), il y a eu du délire la nuit; ce matin l'intelligence est assez nette; il y a une prostration extrême; le visage est en sueur; la peau, moite, offre une chaleur modérée; le pouls est à 116; catarrhe toujours intense; l'expectoration épaisse, visqueuse, assez abondante, offre une couleur de lavure de chair. La matité et le souffle ont fait des progrès à droite.

Le 12 (17e jour), il y a eu encore un peu de délire hier et dans la nuit. Ce matin la prostration est extrême, l'intelligence assez nette; la pâleur et l'altération du visage très grandes; la figure est couverte de sueur.

Respiration diaphragmatique, gênée, à 48, rhonchus perceptible à distance. La matité du côté droit s'étend jusqu'au bord antérieur de l'aisselle; l'expectoration est moins abondante, conservant toujours la couleur de lavure de chair. La peau est modérément chaude; le pouls onduleux, fréquent, à 136; les narines sont pulvérulentes. Il y a un peu de délire et de céphalalgie légère.

Le 13 (18e jour), le malade est mort à deux heures du matin.

Autopsie faite trente heures après la mort. Rigidité cadavérique notable; rien d'extérieur à noter.

Cavité thoracique. Le *cœur* est mou; l'oreillette droite et le ventricule droit contiennent un caillot fibrineux bien formé, intriqué dans les colonnes charnues. On observe la même chose dans l'oreillette et dans le ventricule gauche.

Poumon droit. Le lobe inférieur présente dans toute son étendue l'épatisation typhoïde. Le tissu est noir, plus friable qu'à l'état normal, moins friable que dans l'épatisation ordinaire; la surface paraît être très finement granulée; le tissu, coupé même en très petits fragments, ne surnage pas le liquide dans lequel on le plonge. Le liquide qui s'en écoule est rouge, non aéré. Il n'y a pas d'apoplexie pulmonaire. La même altération occupe les deux tiers du lobe moyen. L'hépatisation y est encore plus complète, le ramollissement plus considérable. Le tiers inférieur du lobe supérieur offre la même altération.

Poumon gauche. Le lobe inférieur du poumon gauche présente à peu près la même altération que le lobe inférieur de l'autre côté; le lobe supérieur est sain.

Cavité abdominale. La rate est volumineuse, offrant à peu près huit pouces en hauteur; le tissu offre une couleur lie de vin, et est notablement ramolli; le foie est blond, à l'état sain du reste; la bile est assez abondante, un peu liquide.

Quelques ganglions mésentériques sont bruns, gonflés, comme infiltrés; plusieurs ont un grand volume, et présentaient une injection sanguine dans leur tissu. Cette altération n'occupe qu'une douzaine de ganglions.

L'estomac n'offre aucune altération.

Le duodénum est sain; les douze premiers pieds de l'intestin grêle offrent à peine quelques arborisations vasculaires insignifiantes, et quelques parties colorées en jaune par la bile. Du reste, ils sont à l'état sain. Au quinzième pied on commence à distinguer une plaque allongée à surface un peu grenue, sans saillie. Au dix-huitième pied, une plaque offre des points d'un blanc mat, plus opaques, se dessinant eux-mêmes sur une plaque ardoisée, offrant l'aspect d'une barbe récemment faite. Plus bas on constate un peu d'injection, et quelques opacités blanchâtres de forme peu régulière non ulcérées, avec quelques points d'injection à la surface. Un peu plus bas on observe un follicule blanchâtre. A ce niveau, l'injection sanguine est plus vive; la muqueuse qui s'observe dans l'intervalle des arborisations est elle-même rosée; on y remarque un épaississement circonscrit du diamètre seulement d'une lentille d'une couleur rosée, ulcérée au centre. Plus bas, même épaississement rosé, avec injection vive et tuméfaction des bords; ulcération peu étendue. A demi-pied au-dessus de la valvule, quelques épaississements blanchâtres, disséminés, puis une plaque de trois pouces de longueur environ, sur laquelle se dessinent des épaississements d'un blanc mat, sans ulcération ni ecchymose, ni eschare; le tissu sous-muqueux y est infiltré; un de ces épaississements présente une coloration rosée avec ramollissement plus considérable de la muqueuse.

Immédiatement sur la valvule, ulcération arrondie occupant un tissu blanchâtre; sur la valvule aussi ulcération plus large, plus irrégulière et peu étendue, siégeant sur des tuméfactions de même nature.

Le cœcum et le commencement du colon offrent quelques arborisations disséminées; du reste, ils sont à l'état sain.

Cavité encéphalique. Le cerveau offre de chaque côté, à la base des hémisphères, une coloration sanguine plus prononcée. En avant, au même niveau, la surface des circonvolutions offre aussi une couleur rosée notable; le cerveau est sain du reste.

La moelle, examinée avec le plus grand soin, ne permet de constater aucune altération en rapport avec la paraplégie incomplète observée sur le malade. Le liquide céphalo-rachidien est limpide et n'est pas plus abondant qu'à l'ordinaire.

Deuxième observation. — *Fièvre typhoïde (forme commune de moyenne gravité). Convalescence. Rechute déterminée par un écart de régime. Mort.*

Le 20 décembre dernier, est entré à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de vingt-trois ans, habitant Paris depuis longues années, bien logé, bien nourri, n'ayant, dit-il, jamais eu de maladies graves.

Sa maladie date de huit jours environ; d'après les renseignements incomplets que nous pouvons en obtenir, il a éprouvé de la faiblesse, de l'anorexie, des frissonnements et des alternatives de chaud et de froid. L'état morbide s'est accru progressivement. Il avait deux ou trois selles diarrhéiques par jour; il paraît avoir rendu, il y a quelques jours, en vomissant, une assez grande quantité de matières vertes; il dit n'avoir eu ni céphalalgie ni épistaxis.

Le 21 décembre (estimé le 8e jour de la maladie), le malade présente une faiblesse notable; il y a un peu de lenteur dans les réponses; sans stupeur bien marquée, le visage exprime un peu d'anxiété; les yeux sont un peu brillants; les pupilles dilatées; il y a eu de l'insomnie cette nuit; il n'y a point de céphalalgie. Le malade accuse un mauvais goût dans la bouche, sans nausées, la langue est humide; l'abdomen est un peu ballonné, un peu douloureux, offrant du gargouillement à droite; peu de diarrhée, la rate est volumineuse. Il y a une toux peu fréquente, une expectoration peu abondante; la peau est souple, n'offrant qu'une chaleur peu vive; le pouls assez grand est à 92. Nous trouvons par l'auscultation un peu de râle ronflant en arrière de chaque côté (prostration, anxiété, état fébrile peu intense; symptômes peu marqués du reste).

Le 22 décembre (9e jour), la malade a offert un peu de subdelirium cette nuit; ce matin il présente de la prostration et une taciturnité remarquable. La peau, complétement moite, offre une chaleur modérée; le pouls, grand et plein, est à 88. La langue est humide; l'abdomen, très peu météorisé, est un peu plus douloureux et offre un gargouillement très marqué à droite. Il y a un peu de toux; peu de diarrhée.

Le 23 décembre (10e jour), même prostration; très peu de diarrhée; visage un peu anxieux, sans stupeur notable; langue humide, blanchâtre; chaleur douce, peu vive; sueur assez abondante ce matin; le pouls grand, plein, dicrote, est à 88.

L'abdomen, assez souple, sans beaucoup de météorisme, est un deu douloureux à la pression; il n'y a pas d'expectoration notable, très peu de toux; il y a un peu de râle ronflant et légèrement sous-crépitant en arrière, à gauche surtout. La respiration est à 28.

Le 24 décembre (11e jour), le matin toujours un peu de prostration, un peu de sommeil; une selle liquide; très peu d'expectoration catarrhale; un peu de toux. La peau est souple, offrant une chaleur douce; le pouls assez grand, dicrote et à 88. Abdomen toujours un peu ballonné, un peu douloureux, avec gargouillement. La langue est humide.

A tout prendre, l'état du malade paraît assez bon. Il y a toujours du râle sibilant et sous-crépitant peu abondant, à gauche en arrière.

Le 25 décembre (12e jour), même état à peu près. Chaleur moite, peu vive; pouls bon, à 88; expectoration catarrhala peu abondante.

Le 26 décembre (13e jour), toujours de la prostration; l'intelligence est nette. Diarrhée très peu abondante; la peau offre toujours une très légère moiteur et une chaleur modérée. Le pouls, assez grand, est à 88; langue assez humide, avec un léger enduit blanc-jaunâtre. Abdomen toujours un peu ballonné et douloureux, très peu d'expectoration catarrhale.

Le 27 décembre (14e jour), l'état du malade est assez bon; l'expression du visage est bonne; les yeux ont plus de mobilité; il n'y a plus de taciturnité. Un peu de sommeil; deux selles liquides hier; la peau, n'offrant qu'une chaleur douce, est continuellement couverte de sueur. Le pouls régulier, encore un peu vite, est à 84. La langue est sale, mais humide. Toujours un peu de toux et d'expectoration catarrhale. Amaigrissement notable.

Le 28 décembre (15e jour), bon état, appétit, un peu de sommeil, très peu de diarrhée et seulement après les lavements; il y a toujours de la faiblesse, mais une bonne expression du visage; une mobilité normale dans le regard; la peau est souple, la chaleur dépasse à peine la chaleur normale; le pouls est à 92; la langue humide est un peu sale. (Rémission et commencement de convalescence.)

Le 38 au soir, le sommeil est tranquille, la chaleur modérée; le pouls à 92 (émission); il n'y a point eu de diarrhée; état fébrile à peine marqué; encore de la faiblesse; un peu de catarrhe.

Le 29 décembre (16e jour), le malade a pris du bouillon hier; sommeil, appétit; une seule selle plus consistante; encore de la faiblesse; le visage un peu pâle, les yeux un peu brillants; la peau souple, offrant une chaleur douce très modérée; le pouls grand, encore un peu vite, est à 84. Abdomen souple, encore un peu douloureux; on remarque sur l'abdomen, une éruption notable de miliaire rouge à sudamina très gros; sur son déclin. La langue est humide et sale; très peu de toux et d'expectoration. Encore un peu de râle sibilant en arrière des deux côtés.

Le 30 décembre (17e jour), sommeil, appétit; pas de diarrhée hier; la peau n'offre plus de chaleur; le pouls naturel est à 84.

Le 31 décembre (18e jour), une seule selle diarrhéique; appétit; la peau offre une chaleur plus vive, mais elle est couverte, surtout au visage, d'une sueur abondante. Le pouls est à 88.

Le 1er janvier (19e jour), sommeil; pas de diarrhée; il y a eu hier une très légère épistaxis; la chaleur est douce; la peau complétement moite; le pouls est à 80. Sueur abondante sur le visage. Il y a très peu de catarrhe; la respiration est presque pure; la langue est humide.

Le 2 (20e jour), sommeil; il n'y a pas eu de selle; il y a eu un peu plus de toux pendant la nuit; encore une épistaxis très peu abondante hier. La peau, légèrement moite, offre à peine de la chaleur. Le pouls est à 80; abdomen encore un peu sensible; respiration pure. (Commencement de la convalescence.)

Le 3 (21e jour), bon état, sommeil, appétit, constipation. Les yeux sont encore un peu brillants; encore un peu de chaleur; le pouls est à 84.

Les 4 et 5, même état.

Le 6 (24e jour), un peu de sueur le matin; la peau est moite, sans chaleur anormale; il y a de la pâleur et de l'amaigrissement; appétit et sommeil bons; le malade n'éprouve que de la faiblesse.

Le 7 (25e jour), *convalescence complète*. Pas de fièvre; la peau sans chaleur, un peu moite; appétit; constipation depuis quatre jours; abdomen encore un peu sensible à la pression.

Le 8 (26e jour), le malade, à ce qu'il paraît, a mangé ce jour-là en assez grande quantité des aliments qu'on lui a apportés la veille.

Le lendemain (27e jour), *il y a une rechute qui paraît légère*. Il y a eu deux selles diarrhéiques; la peau est un peu chaude; le pouls est à 96; l'abdomen est un peu douloureux; il y a eu hier une très légère épistaxis.

Le 10 (28e jour), sommeil peu tranquille; ce matin, le visage est pâle et altéré, couvert d'une sueur abondante; il y a une très grande faiblesse; sueur abondante cette nuit. Ce matin, la peau sans chaleur est couverte de sueur; le pouls, assez faible, est à 94; langue sèche, couverte d'un enduit blanchâtre; très peu de toux, peu d'expectoration catarrhale.

Le 12 (30e jour), ce matin l'état du malade est des plus graves; hier et surtout hier soir, il a eu du délire typhoïde. Ce matin un peu de coma vigil, prostration extrême, amaigrissement, pâleur et altération profonde du visage; expression de malaise et de faiblesse; yeux demi-fermés, sans expression, se tournant machinalement de côté; raideur très grande du cou et du corps tout entier; raideur moindre, mais marquée des avant-bras.

Chaleur modérée à la peau; pouls à 140; langue sèche; abdomen en assez bon état; respiration fréquente, sans râle, sans expectoration; un peu de souffle à droite. (Phénomènes nerveux très graves). On prescrit : affusions froides continues.

Le 13 janvier (31e jour), le malade est maintenu par un drap dans son lit. Prostration extrême; coma, somnolence; impossibilité de tirer la langue; pas de réponses; respiration difficile, à 44 par minute, avec mouvement des ailes du nez; quelques légers mouvements de carphologie. Même raideur du col et du corps tout entier: les bras sont sans raideur. Chaleur assez vive; pouls très faible, à 140.

Le 14 janvier (32e jour), mort le matin.

Autopsie, faite 26 heures après la mort. Rigidité cadavérique notable.

Cavité thoracique. Cœur. L'oreillette droite et le ventricule du même côté contiennent un caillot fibrineux considérable. Caillot beaucoup moins considérable dans l'oreillette et dans le ventricule du côté gauche. Poumon gauche sain; poumon droit un peu congestionné, mais sain.

Cavité abdominale. Vers la fin de l'iléum on voit apparaître des plaques ardoisées, irrégulières, avec des dépressions complètement cicatrisées. Plus bas, irrégularités plus grandes de la surface des plaques; les plaques plus saillantes, les dépressions plus marquées; la tuméfaction des bords d'un brun noirâtre, plus considérable. Les cicatrices les plus larges ont presque l'étendue d'une pièce de cinq francs; d'autres, plus petites, avec coloration ardoisée et tuméfaction encore persistante des bords. Immédiatement au-dessus de la valvule, l'intestin est occupé par des plaques d'une grande étendue, ardoisées, couvertes de cicatrices. Il ne reste que la coloration et la tuméfaction des bords. Le reste de l'intestin grêle est à l'état sain. Quelques ganglions mésentériques ont un peu de volume et une coloration ardoisée. Le cœcum et le gros intestin sont sains. *Idem* pour l'estomac et le foie.

Cavité crânienne. La grande cavité de l'arachnoïde contient plus d'un demi-verre de pus assez consistant. On remarque également une infitration purulente dans le tissu sous arachnoïdien, surtout au niveau de la scissure de Sylvius, à la partie supérieure, médiane et inférieure du cervelet. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde présente de l'injection sous la couche de pus qui l'enduit. Le liquide contenu dans les ventricules est louche, l'intervalle des circonvolutions offre presque partout un liquide purulent infiltré dans le tissu sous-arachnoïdien. L'hémisphère du côté gauche offre une méningo-encéphalite superficielle très marquée sur les côtés du lobe antérieur. L'altération est aussi prononcée et plus étendue sur le lobe occipital.

L'hémisphère droit offre une méningo-encéphalite très notable, disséminée sur toute l'étendue de l'hémisphère.

Le cerveau est généralement très mou. A la surface des circonvolutions, au niveau des parties indiquées plus haut, on remarque une coloration rosée très notable, sans ramollissement appréciable.

Moelle. Le liquide céphalo-rachidien, examiné à la partie inférieure de la moelle, est légèrement louche. On remarque à sa surface une infiltration jaunâtre par places. Dans presque toute l'étendue de la moelle on constate une couleur jaunâtre, résultant du défaut de transparence du liquide.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. MALGAIGNE.

Sur deux cas de rétrécissement du canal de l'urètre, l'un organique, l'autre spasmodique. Considérations pratiques sur ces deux sujets.

Il y a actuellement dans les salles de la Clinique deux malades atteints de rétrécissements de l'urètre. M. Malgaigne s'est livré, à l'occasion de ces deux malades, aux considérations pratiques suivantes : Est-il bien important de reconnaître le siége précis du rétrécissement du canal de l'urètre? Oui, sans doute. L'idée de guérir ces rétrécissements par la cautérisation, a rendu indispensable cette connaissance précise. De là l'origine du cathéther explorateur de Ducamp. Cependant le moyen imaginé par Ducamp pour reconnaître le siége des rétrécissements est loin d'être infaillible, il est souvent même infidèle. Les sondes graduées de M. Lallemand sont tout aussi infidèles que celles de Ducamp. M. Lallemand, à l'aide de ces sondes, a trouvé, dit-il, des rétrécissements jusque dans la portion prostatique de l'urètre; il en aurait trouvé à la profondeur de huit et même de dix pouces, c'est-à-dire, dans la vessie, car le canal n'a pas plus de six à sept pouces de longueur. Je sais qu'il existe encore aujourd'hui une grande divergence à l'égard de la longueur moyenne du canal de l'urètre chez l'homme, et que tout le monde n'admet pas ce chiffre comme exact. Il est bon de savoir à quoi tient divergence. Il est deux sortes d'expériences à faire pour constater la longueur moyenne de l'urètre, les unes sur le vivant, les autres sur le cadavre. Les appréciations faites dans ces deux circonstances, donnent des résultats différents. Ainsi en explorant sur le vivant, on trouve presque toujours le canal plus long que sur le cadavre; et dans ce premier cas, on trouve sur des sujets différents et souvent sur un même sujet, à des époques différentes, des résultats très variables; tandis que sur le cadavre, le résultat est au contraire presque toujours le même. Chez le vivant, en effet, il y a plusieurs causes d'erreur dont on n'a pas suffisamment tenu compte; ce sont l'éréthisme, la tuméfaction du pénis pendant qu'on introduit une sonde dans le canal; c'est à cause de cette circonstance qu'on a pu trouver sur le vivant des urètres de plus de 6 pouces; mais jamais dans aucune condition on n'a pu lui trouver 9 et 10 pouces. Sur le cadavre on trouve 6 pouces, et jamais davantage; c'est donc à ce dernier terme qu'il faut s'en tenir.

Quant au procédé des empreintes, il n'est pas plus sûr que le précédent. Il résulte de la disposition de l'urètre et de la contraction spasmodique qu'éprouve sa portion membraneuse lorsqu'on y introduit les bougies à empreinte, qu'on trouve presque toujours des rétrécissements dans cette partie, alors qu'il n'en existe point en réalité. Nous avons donc toute raison de nous méfier de ces deux moyens d'exploration. Toutefois, bien que la connaissance du siége précis des rétrécissements et de leur profondeur exacte nous paraisse, à la rigueur, moins indispensable pour nous, qui employons le procédé de la dilatation, que pour ceux qui recourent à la cautérisation, il ne nous importe pas moins cependant de le déterminer avec exactitude. Pourquoi ne pas chercher à mettre le plus de précision possible dans le diagnostic? Nous tenons donc, autant que qui ce soit, à l'établir sur des données positives, mais nous ne le faisons pas par les mêmes moyens. Nous croyons que l'on doit éviter d'accroître inutilement le nombre des instruments. Les sondes ordinaires nous paraissent suffire parfaitement pour cela; on n'a qu'à porter le doigt sur le point où la sonde s'arrête pour sentir le rétrécissement, du moins dans le plus grand nombre des cas. A l'aide de ce simple moyen nous avons reconnu trois rétrécissements chez l'un des malades en question, l'un à la portion pénienne de l'urètre, le second à la portion pubienne; le troisième a arrêté la sonde un peu au-delà de ce dernier point. Nous avons attendu quelques instants en laissant séjourner la sonde, afin que le canal s'habituât en quelque sorte à son impression; puis, en poussant graduellement, nous avons pu parvenir jusque dans la vessie. Dès le lendemain les urines s'écoulaient déjà avec plus de facilité.

Je ferai remarquer, à cette occasion, que presque constamment les malades urinent mieux dès le lendemain et souvent après un seul cathétérisme, et que dès le lendemain aussi on peut faire pénétrer une sonde d'un plus grand calibre. Mais les rétrécissements sont-ils guéris pour cela? Je ne le crois pas. Rien n'est plus commun d'ailleurs que les récidives. Pour les éviter, je fais porter pendant long-temps des bougies d'un diamètre de plus en plus considérable. Je recommande, en outre, aux malades de se sonder de temps en temps eux-mêmes. Quant à la question de savoir si les récidives sont plus fréquentes après le traitement par la cautérisation ou celui par la dilatation, je me déclare jusqu'à présent dans l'impuissance de la décider. Je ne crois pas que cette question puisse être résolue par les faits qui nous sont actuellement connus.

Il est un autre point relatif aux rétrécissements que j'ai voulu éclairer par mes propres recherches. On sait qu'en ces derniers temps on a avancé que l'hypertrophie de la prostate et de la vessie était liée à l'existence des rétrécissements dans l'urètre. Cependant M. Mercier, qui a fait des recherches très précises sur ce point, affirme que sur un très grand nombre de sujets ayant eu des rétrécissements de l'urètre, et dont il a fait l'ouverture, il n'a jamais vu la prostate hypertrophiée. M. Cruveilhier dit n'avoir jamais vu non plus cette coïncidence de l'hypertrophie de la prostate avec les rétrécissements. Enfin j'ai répété moi-même les mêmes recherches, et je suis arrivé à cet égard aux mêmes résultats que ces deux observateurs. J'insiste sur ces faits, parce que cette prétendue coïncidence a été avancée par un chirurgien éminent et dont l'opinion est du plus grand poids dans cette question.

J'aborde une autre question non moins intéressante, celle des rétrécissements spasmodiques. L'existence des rétrécissements spasmodiques a été alternativement affirmée et niée. M. Amussat, après avoir professé avec Dieffenbach, A. Cooper et Dupuytren qu'il existait des rétrécissements spasmodiques de l'urètre, est revenu plus tard sur sa première opinion et en a contesté la réalité. M. Bégin croit à la possibilité des rétrécissements spasmodiques dans toute l'étendue du canal. Voici un fait qui nous paraît avoir beaucoup d'analogie avec ceux que ce chirurgien rapporte à l'appui de son opinion :

Une personne se présenta à moi avec un rétrécissement qui avait succédé à une chaude-pisse. Le canal était sensible et extrêmement irritable. Je sondai : la sonde pénétra la première fois avec une extrême facilité; je crus pouvoir porter un bon pronostic. Mais le lendemain, croyant que j'allais pouvoir pénétrer aussi aisément que la veille, j'employai la même sonde; mais à peine était-elle entrée de quelques lignes, qu'il ne fut pas possible de la pousser plus loin. Une autre fois, il m'arriva sur ce même malade ce qui était arrivé à M. Bégin, c'est-à-dire qu'après avoir fait pénétrer la sonde à un pouce ou deux, je ne pus plus ni avancer, ni reculer, et ce ne fut qu'après avoir détruit le spasme par un bain que la sonde put être retirée. La première fois que j'avais examiné ce malade, je croyais en avoir tout au plus pour huit jours; le quinzième jour, il y avait encore tout autant de difficultés que le premier. Du reste, ce spasme, ainsi qu'il arrive habituellement, n'avait point lieu d'une manière permanente; il était intermittent. Une particularité remarquable qui s'offrait presque chaque fois que je sondais ce malade, c'est que, alors même que la sonde était en partie engagée dans le canal sans pouvoir ni avancer, ni reculer, si le malade venait à éprouver le besoin d'uriner, l'urine passait sur les côtés de la sonde. Je profitais toujours de cette circonstance pour la retirer.

L'un des deux malades du service dont nous parlions tout à l'heure présente une autre particularité non moins remarquable, et qui est un des caractères des rétrécissements spasmodiques; il est habituellement dans l'impossibilité d'uriner, tandis que la sonde pénètre jusqu'à la vessie avec la plus grande facilité. Nous avons donc, dans ces deux malades, deux exemples que l'on peut considérer comme types, le premier d'un rétrécissement organique, le second du rétrécissement spasmodique.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. F. VOISIN.

Recherches et observations sur l'épilepsie; des causes qui influent sur la fréquence des accès; par M. BILLOD, ancien élève de la 1re section des aliénés de Bicêtre, interne de la maison de santé de Vanves.

Les causes de l'épilepsie peuvent se distinguer en causes de la maladie épileptique elle-même et en causes de l'accès, l'épilepsie supposée existante. C'est sur ce dernier groupe que nous allons tenter quelques excursions.

La fréquence des accès d'épilepsie est on ne peut plus variable, suivant les individus, et chez le même individu, suivant les temps et les circonstances. Il est vrai que la plupart du temps un épileptique est pris d'accès par cela seul qu'il est épileptique, sans autre cause appréciable; mais assez souvent aussi on voit des accès survenir à la suite de certaines circonstances que l'on peut rationnellement accuser de les avoir provoqués. Ces circonstances, la plupart se résument dans la continuation de la cause à laquelle on rapporte l'invasion du premier accès. Un individu est-il devenu épileptique à la suite d'abus d'onanisme, la continuation de ces abus, après le premier accès, en nécessitera la répétition fréquente. Le nommé Régès, de la première section de Bicêtre, a des accès

après un acte de masturbation ; même influence de la part des excès alcooliques. Nous pourrions, à ce sujet, citer presque tous les épileptiques du service de M. Voisin, si nous ne préférions emprunter à Dumas, de Montpellier, l'exemple remarquable de cet épileptique chez lequel un excès de boissons amenant nécessairement un accès d'épilepsie, Dumas utilisa cette circonstance pour établir une périodicité artificielle en enivrant son malade tous les quinze jours, pour prescrire le sulfate de quinine, dont l'emploi amena alors une guérison qui s'est maintenue. J'attribue aussi une influence incontestable aux souffrances morales, frayeur, chagrins, contrariétés, surprise, colère, joie, crainte, appréhension d'un accès, vive préoccupation de l'état épileptique (un épileptique de Bicêtre a souvent des accès quand on le questionne sur sa maladie), extrême contention d'esprit. « Les impressions faites sur les sens, dit Esquirol, un bruit imprévu, certaines couleurs, certaines odeurs, ramenaient les accès ; la chaleur d'un appartement, le mouvement d'un grand nombre de personnes réunies, le plus léger écart de régime, les veilles, etc., et en un mot tout ce qui a provoqué un premier accès, devient cause des suivants. Un soldat monte à l'assaut ; une bombe éclate auprès de lui ; il est frappé d'épilepsie et guérit au bout d'un an. Vingt ans après, la vue des mêmes remparts lui rend les mêmes accès. »

Il resterait à indiquer, le résultat, fût-il négatif, l'influence de la lune, des vicissitudes atmosphériques ; dans l'état hygrométrique, l'état de chaleur, l'état électrique ; dans l'état de vent, de pluie, de neige et de brouillard, l'influence de la lumière, des saisons, du jour, de la nuit, du soir, du matin, etc., toutes circonstances sur lesquelles il y aurait des recherches statistiques intéressantes à entreprendre, mais sur lesquelles notre expérience personnelle ne nous permet pas encore de nous prononcer. Toutefois, dans un numéro précédent, en citant quelques observations sur lesquelles j'ai appuyé la distinction d'une épilepsie que j'appelle *hystériforme*, j'ai dit que le nommé Sichel fut pris, sous l'influence d'une recombinaison des deux fluides électriques, d'un accès d'épilepsie qu'arrêta aussi instantanément une nouvelle secousse.

Notre but étant d'aborder l'examen d'une circonstance qui ne me paraît pas avoir assez attiré l'attention des médecins, je veux parler de l'influence des maladies organiques, que je pourrais dire accidentelles relativement à l'épilepsie, sur la fréquence des accès, tel étant, dis-je, mon but, je me suis contenté de résumer les autres circonstances.

Les observations qui vont suivre ne peuvent, aujourd'hui, avoir d'autre objet que de constater qu'il y a influence fréquente de la part des maladies organiques, jusqu'à ce que des observations plus nombreuses me permettent de changer la question de fait en question de principes, d'établir un principe général et d'expliquer physiologiquement, si cela se peut, cette influence. Cela dit, nous donnons nos observations, remarquables d'ailleurs sous plus d'un point de vue, que nous ferons suivre des conclusions qu'elles impliquent.

— La première observation porte sur le nommé Gihowski, Polonais réfugié en France depuis 1832, exerçant à Paris la profession de peintre en voitures. Militaire depuis l'âge tendre jusques et y compris la révolution polonaise, qui le força à mettre le pied sur la terre étrangère ; caractère assez gai, impressionnable et susceptible ; constitution ordinaire, sans embonpoint ; tempérament bilieux et lymphatique ; intelligence et mémoire bonnes.

Marié depuis un an ; douleur vivement ressentie à la suite de la mort de sa femme, douleur à laquelle se joint une déception dans un projet de remariage avec sa belle-sœur ; intempérance vénérienne et alcoolique, et sévices peu avant l'invasion de sa maladie de la part d'individus qui, le renversant et lui saisissant la tête par les cheveux, la frappèrent plusieurs fois contre le sol : terrification. Depuis cette chute, il éprouvait de la douleur dans la tête et les reins. Etant à l'armée, il aurait eu la gale, et éprouvé depuis lors des démangeaisons continuelles. Entré dans les premiers jours de juin, trois semaines après l'apparition d'un premier accès d'épilepsie. A son entrée dans le service de M. Voisin, il nous présente un état très prononcé d'excitation maniaque, avec prédominance d'idées tristes, cris et pleurs continuels. Quinze jours après se développe une crise épileptique ; le malade a plus de cinquante accès par jour ; état maniaque dans l'intervalle des accès ; il ne reconnaît pas un ami qui vient le visiter, mais il pleure au nom de cet ami. L'état général nous présente à considérer une décoloration presque complète de la peau et des muqueuses extérieures, maigreur, excavation circulaire des yeux, constipation, coliques, affaissement du ventre et saillies déterminées par la présence des circonvolutions intestinales ; borborygmes dans les fosses iliaques, douleur par la pression dans cette région ; gencives blanches un peu nacrées, teinte plombée au niveau du col des dents ; langue et lèvre sèches, teinte jaune de la langue ; soif ; pouls petit et vibrant, irrégulier, à 66 ; 27 respirations ; chaleur de la peau normale. L'examen de ces divers symptômes, rapproché de cette circonstance commémorative de la profession de peintre en voitures, nous permet de diagnostiquer des accidents saturnins. Nous commençons, le 24 juin, le traitement de la Charité ; les accès, sous l'influence de ce traitement, sont de moindres en moindres ; l'excitation maniaque s'apaise, et il ne reste plus au malade que de l'anxiété et de l'inquiétude lypémaniaques qui persistent, et il n'a plus qu'une moyenne d'un accès toutes les trois semaines. L'état général est meilleur ; le malade mange avec appétit.

Nous considérons ici l'épilepsie, non comme ayant été produite par l'intoxication, mais comme ayant reçu de cette intoxication un degré de fréquence qui aurait cédé au traitement de la Charité. Nous voyons, en effet, sous l'influence d'un traitement approprié aux accidents de plomb, le nombre des accès diminuer en même temps que s'amender les symptômes généraux. Le malade a toujours des accès, il est vrai, mais ils sont moins fréquents, la cause de fréquence n'exerçant plus son action.

— Une autre observation qui nous paraît de la plus haute importance, porte sur le nommé Verlon, né à Paris, âgé de quatorze ans, épileptique depuis l'âge de six ans ; tempérament lymphatico-sanguin, constitution peu développée, caractère vif, malin, espiègle, d'intelligence et mémoire bonnes.

L'étiologie chez ce malade repose principalement sur cette circonstance, que la mère éprouva pendant sa grossesse une impression très vive de frayeur à la vue d'un homme qui voulait se jeter par une fenêtre, et qu'elle cherchait à retenir. Le père, d'ailleurs, est mort d'un coup de sang. Des convulsions apparurent vers le quatrième mois de la naissance, se montrèrent par intervalle, et marquèrent surtout le travail de la dentition. Ce ne fut qu'à l'âge de huit ans, à la suite d'une frayeur vive qu'il éprouva un soir dans un escalier à la vue d'un homme ivre, que l'éclampsie prit le caractère épileptique qu'elle conserva. Les accès éclataient sans prodrômes ; la moyenne était d'un accès tous les huit jours, avec des variations de violence et de durée entre la simple perte de connaissance et l'accès parfait. Lorsque sans cause alors appréciable, la moyenne des accès prit un développement que l'on peut dire monstrueux, au point que du 27 octobre à la fin de novembre, le jeune malade eut près de trois mille accès. Me trouvant un jour auprès de cet enfant, j'assistai, dans l'espace d'une demi-heure, à plus de dix accès de deux ou trois minutes de durée. Après chaque accès il revenait à lui, me reconnaissait, pleurait, et s'écriait : Cela va me reprendre ; oh ! mon Dieu ! oh ! Cette dernière consonnance se prolongeait et s'accompagnait d'une longue inspiration, et aussitôt les convulsions frappant les muscles du visage, atteignaient avec la rapidité de la foudre les autres muscles de l'économie. La sueur ruisselait sur ce corps tordu et secoué par les convulsions ; la peau était brûlante, la face injectée, les yeux étaient en strabisme ; le pouls perdait de sa plénitude pendant la convulsion. Du reste, dilatation de la pupille, insensibilité, perte de conscience, convulsions cloniques. Le malade, toutefois, avait conscience de l'invasion de l'accès, car il poussait une exclamation de douleur déchirante. Entre les accès, quelques muscles restaient en état de contraction ; tels étaient quelques muscles de la face ; la physionomie restait pour ainsi dire convulsive. On peut dire que toute la médication anti-spasmodique fut employée et épuisée sans que l'on obtînt un amendement notable. Disons cependant que la potion ammoniacale du docteur Pinel Grandchamp, a semblé produire une sédation momentanée. La mort ferma cette scène à la fin de novembre.

M. le docteur Voisin, mon ancien chef de service, dont l'amitié m'honore, a eu la bonté de me résumer les renseignements de l'autopsie faite par M. Desruelles son interne ; ce sont : Une injection simple des méninges, sans autre lésion cérébrale qui puisse expliquer l'exacerbation présentée dans ces derniers temps. Mais une pleurésie double, dont les symptômes ont nécessairement échappé au diagnostic, masqués qu'ils étaient par les symptômes épileptiques. On peut dire que jamais le malade n'a accusé la douleur de côté qui caractérise toujours la pleurésie ; par le fait de la modification imprimée à la sensibilité, cette douleur n'a pu être sentie ; il n'y avait ni toux, ni crachats, ni oppression qui ne pût se rattacher aussi bien à l'état épileptique. A moins d'être prévenu par le hasard ou par un fait antérieur, je ne crois pas qu'il fût possible de songer à la pleurésie chez un tel malade.

Pour moi, j'attribue cette maladie aiguë à l'exacerbation survenue si accidentellement, si monstrueusement chez ce jeune malade, attendant toutefois que la physiologie vienne m'expliquer le mode d'influence des maladies aiguës sur une affection que nous ne connaissons que symptômatiquement, c'est-à-dire dont nous ne savons qu'une seule chose, c'est que malheureusement elle existe et qu'elle fait le désespoir du médecin.

Le sujet d'une troisième observation, est le nommé Rivail, âgé de quarante-cinq ans, atteint d'épilepsie depuis 15 ans ; tempérament bilieux, constitution un peu rachitique. L'étiologie repose sur des abus de masturbation, préliminaires d'excès vénériens et sur des revers de fortune ; état saburral de l'estomac presque constant. Le malade avait des accès assez rarement : la moyenne était d'un accès tous les mois, lorsqu'en janvier 1842, il fut pris d'une série d'accès rapidement croissants, et portés au nombre de trente dans une nuit. Malgré l'emploi bien dirigé d'une médication antispasmodique et révulsive la mort survint : les accès étaient de cinq minutes de durée, séparés par des intervalles de soporification. Leur invasion était toujours annoncée par une *aura epileptica* partant de la région épigastrique, un peu à gauche. Cette circonstance m'avait frappé et me porta à examiner à l'autopsie, après n'avoir constaté aucune autre lésion cérébrale qu'une injection des méninges à coup sûr symptômatique. Le ganglion semi-lunaire gauche, que je trouvai au moins doublé de volume et présentant une coloration très vive, presque lie de vin. Cette coloration était bornée à cette seule partie du système ganglionnaire.

Je serais tenté de dénommer l'état de ce malade : épilepsie du système ganglionnaire, l'exacerbation qu'a suivie la mort, devant être attribuée à une affection aiguë survenue dans le ganglion semi-lunaire gauche, déjà siége ou point de départ de l'affection épileptique. Ce fait doit engager les médecins à examiner avec soin le système ganglionnaire dans leurs autopsies d'épileptiques, de ceux surtout dont les accès étaient précédés d'une *aura epileptica* partant des cavités splanchniques. J'attends de nouveaux faits.

Dans les deux observations qui vont suivre, l'influence exercée par des maladies accidentelles est toute opposée.

—Le nommé Bonnefoi, charbonnier, âgé de trente ans, était épileptique depuis quinze mois. La maladie fit invasion chez ce malade, à Saint-Louis, dans le service de M. Boyer, où il était entré pour se faire traiter de douleurs dans la région dorsale épineuse, qui pouvaient être le résultat d'un effort produit en chargeant un sac de charbon. Tempérament bilieux, constitution délabrée par la maladie actuelle, ce malade nous paraît atteint d'une myélite chronique, et nous faisons reposer notre diagnostic sur l'impossibilité des stations verticale et horizontale. Les extrémités inférieures paraissaient paralysées, et hors d'état de supporter le poids du corps et même de servir à la progression ; il ne quitte pas le lit, où il se tient toujours assis, nuit et jour. Il tombe dans un état de maigreur et de cachexie émaciatrice, mangeant beaucoup sans qu'il se fasse de réparation des fluides en raison de la diminution de vitalité des organes abdominaux. Le pouls est petit et fréquent (fièvre hectique) ; la poitrine se vousse en arrière de plus en plus, et présente une diminution du son plessimétrique. Dans une grande étendue des deux côtés, la respiration vésiculeuse est lointaine et comme voilée, sans râle toutefois ; toux fréquente et dyspnée légère ; ce malade est dans ce que l'on est convenu d'appeler un marasme dorsal. L'épilepsie nous semble liée à la lésion de la moelle, d'autant que les renseignements fournis par son frère et sa sœur excluent les circonstances d'hérédité, de convulsions du jeune âge, de frayeurs vives éprouvées par lui ou sa mère en grossesse, de masturbation, d'excès de boissons, enfin toutes les circonstances que l'on invoque ordinairement pour asseoir l'étiologie, les considérant comme les conditions extérieures du développement, de la prédisposition, de l'état d'idiosyncrasie.

Les accès sont très fréquents ; il ne se passe pas de jour sans qu'il en ait un au moins. L'état cachectique et l'émaciation font des progrès incessants ; les douleurs dorsales deviennent intolérables ; l'insomnie accable le malade qui, obligé de se tenir toujours assis sur son lit, est pris bientôt d'une pneumonie double qui, au bout de huit jours, le mène à la mort. Pendant ces huit jours, le malade n'a pas ombre d'accès.

L'autopsie vérifie notre diagnostic.

Tête. Cerveau et ses membranes, aucune trace de lésion.

Rachis. Arachnoïde antérieure opaque et épaissie dans l'étendue de deux pouces, au niveau des attaches vertébrales du diaphragme ; adhérence de cette membrane et de la pie-mère à la moelle dont la partie correspondante est évidemment ramollie ; absence d'épanchement. Légère injection des méninges dans tout le reste de leur étendue.

Poitrine. Hépatisation des deux poumons ; tubercules crus en plus grande abondance au sommet.

La pneumonie, chez ce malade, nous semble avoir arrêté la série des accès, car la cessation a parfaitement coïncidé avec l'apparition du frisson initial de la pneumonie.

Mon dernier fait relevant d'un individu dont l'épilepsie est un de ces exemples très ordinaires d'épilepsie simple, sans prodrômes, produite par des excès de masturbation, d'un tempérament lymphatique, à la fibre molle et blanche, à la constitution féminine, je me borne à la circonstance qui tend à mettre en évidence l'influence d'une maladie étrangère sur la fréquence des accès. Il y a un an, ce malade fut pris d'une série nombreuse d'accès séparés par des intervalles de délire maniaque aigu. Une application de sinapismes fut faite aux jambes. Le séjour inopportunément prolongé des révulsifs forma plaies qui devinrent ulcérées, qui suppurèrent environ deux mois, pendant lesquels le malade, dont la moyenne des accès est d'un tous les deux ou trois jours, n'eut pas un seul accès. Les accès reparurent le surlendemain de la cicatrisation avec leur fréquence accoutumée.

Concluons donc qu'elle tend à produire soit une exacerbation, soit une suspension ; qu'il y a une influence exercée sur la fréquence des accès d'épilepsie par des maladies survenant accidentellement dans d'autres organes. Ajoutons, pour terminer, que j'ai vu un servant-interne de Bicêtre, épileptique, avoir des accès fréquents pendant toute la durée d'un embarras saburral qui céda à une bouteille d'eau de Sedlitz, ce qui ramena ramena la fréquence des accès à son rite normal.

Dans un numéro suivant nous entrerons dans quelques détails sur les phénomènes précurseurs et consécutifs des accès, et sur ce qu'on peut appeler la constitution épileptique.

Sans que nous puissions expliquer ces différences d'influence autrement que par un mot vague, état idiosyncrasique, eu égard au petit nombre de faits que nous possédons, nous avons lieu toutefois d'espérer qu'une masse plus imposante d'observations nous permettra de mettre un jour ces différences en rapport avec des états physiologiques bien déterminés. Nous nous sommes bornés aujourd'hui à la constatation d'un fait : à un temps plus heureux son explication.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 18 janvier 1843. — Présidence de M. Cornac.

Après avoir entendu la lecture du procès-verbal, M. Piedagnel dit avoir actuellement dans son service une femme qui porte une tumeur analogue à celle que M. Forget a présentée dans la dernière séance.

M. Giraldès pense que ces tumeurs sont de nature éléphantiasique.

L'ordre du jour appelle la reprise de la discussion sur les *tubercules des os.*

M. Thierry reproduit une analyse de son travail. Il y avait, dit-il, une analogie parfaite entre l'aspect de la matière qu'il a examinée, et celui des tubercules mésentériques et pulmonaires. Cette identité lui semble suffisante pour trancher la difficulté, et répondre aux doutes exprimés à propos de l'observation soumise à la Société. Quant à la question générale, il est d'avis qu'on ne doit pas conclure de ce qu'on rencontre des traces d'inflammation, qu'on ait affaire à une ostéite. Deux mémoires de M. Guillot, publiés dans l'*Expérience,* ont démontré qu'autour des masses tuberculeuses il y a toujours accroissement des vaisseaux ; que cet accroissement est consécutif au développement des tubercules, et que quand les tubercules commencent à dégénérer, il augmente de volume. On a trouvé dans le service de M. Magendie, à la Salpêtrière, dans le cerveau, une masse de la grosseur du poing, et ayant tout l'aspect du tubercule.

M. Laborie regrette que les membres de la Société qui ne sont pas

convaincus, n'aient pas mieux vu la pièce. Malgré la macération, elle présentait encore, au moment où elle leur fut soumise, des caractères assez spéciaux. Dans la malléole interne, il y avait un véritable tubercule parfaitement enkysté. L'ostéite n'a pu jouer qu'un rôle déterminant. La cause réelle était la constitution de l'individu.

M. Giraldès s'étonne que M. Laborie s'appuie sur la constitution du malade, car il a dit que l'étiologie était traumatique. C'est à la suite d'un coup de boulet qu'ont paru les premiers accidents; et d'ailleurs, la fréquence de toutes les altérations révélant la constitution scrofuleuse des caries, des nécroses, sans tubercules, ne doit-elle pas obliger à reconnaître que la constitution est ici pour peu de chose? Il trouve aussi que M. Laborie donne une bien grande valeur à la simple inspection. Si M. Laborie affirme qu'il a constaté la nature tuberculeuse, la question est jugée pour cette pièce en particulier, mais non d'une façon générale. L'inspection ne peut être regardée comme concluante qu'à la condition d'être rendue plus parfaite par l'examen microscopique; car l'aspect grumeleux de la matière ne prouve pas du tout que ce soit du tubercule, certains abcès fournissant du pus grumelleux.

M. Giraldès répète qu'il n'a jamais eu la pensée de contester d'une façon générale l'existence du tubercule des os. Il a dit seulement qu'on avait cru le trouver trop souvent. A la théorie de M. Nélaton, on peut et on doit opposer les recherches contradictoires de M. Malespine; recherches faites dans le même hôpital, et donnant pour résultat des tubercules à M. Nélaton, des nécroses à M. Malespine. Si on cherche à expliquer une telle opposition d'idées basées sur des faits identiques, on remarque que les os dits tuberculeux présentent dans leur tissu et dans leur enveloppe, le périoste, des traces évidentes d'inflammation; vascularisation, agrandissement de l'os, éburnation du tissu, infiltration graisseuse. Ces altérations, caractères de véritable ostéite, s'observent sur les pièces fraîches et sur celles qu'on conserve desséchées. Les recherches de tous les pathologistes, celles en particulier de Stanley, de Miescher, et surtout celles de M. Malespine, le confirment.

Les os enflammés présentent les mêmes phénomènes que les parties molles, à savoir: suppuration, gangrène. La suppuration peut être diffuse; elle forme les tubercules infiltrés de M. Nélaton; elle peut être collectée et former des abcès: ce sont les tubercules enkystés. Dans cette dernière forme, il y a plus souvent nécrose, ce qui passe encore pour des tubercules enkystés

Enfin, M. Nélaton n'a pas démontré par des recherches chimiques et microscopiques, que les productions qu'il considère comme tuberculeuses soient réellement telles.

En résumé, on peut dire que, sans nier la présence des tubercules dans les os, ils sont plus rares que M. Nélaton ne l'indique; que souvent ce sont des nécroses, et que les prétendus cas de tubercules infiltrés sont constitués par du pus infiltré.

M. Forget, membre de la commission, ayant examiné les pièces, dit que le fait de M. Laborie ne lui paraît pas infirmé. Il ajoute que les abcès enkystés ont des caractères qui permettent de les distinguer. Le malade avait de larges fistules qui laissaient écouler du pus depuis long-temps et par lesquelles il se serait écoulé en totalité, sans des conditions pathogéniques spéciales.

M. Giraldès répond qu'il n'a pas essayé d'infirmer le fait de M. Laborie.

De l'influence de l'acide arsénieux sur l'économie animale. — Au sujet des expériences faites sur des moutons malades, et communiquées à l'Académie des sciences dans une de ses dernières séances, par M. de Gasparin, MM. Flandin et Danger ont fait quelques expériences sur des animaux sains. M. Flandin instruit la Société des premiers résultats qu'ils ont obtenus.

8 grammes d'acide arsénieux, grossièrement pulvérisés et mélangés à parties égales de sel commun, ayant été administrés à un mouton bien portant, sa santé ne fut pas sensiblement altérée. Il prit dans le cours de la journée des aliments comme d'habitude. Le lendemain, 8 grammes d'acide arsénieux lui furent de nouveau donnés, mais sans mélange de chlorure de sodium; il n'en a pas souffert davantage. Les urines et les fèces examinées chaque jour, ont présenté, les premières des quantités infiniment petites d'arsenic (en réunissant les urines de deux jours, il y a eu seulement trois à quatre petites taches); les secondes, des proportions énormes d'abord et graduellement décroissantes. La communication étant faite au douzième jour de l'expérience, les fèces contiennent encore des quantités assez notables d'arsenic. Or, comme on peut suivre véritablement la marche de l'absorption par l'analyse et en mesurer l'activité par la quantité d'arsenic trouvé dans l'urine, comme la lenteur par celle que contiennent les excréments, on peut conclure que l'animal n'a pas sensiblement absorbé, qu'il n'a pas été empoisonné.

Un autre mouton fut soumis à l'abstinence, 30 grammes d'acide arsénieux lui ayant été administrés, il y eut sphacèle de l'estomac et absorption.

MM. Flandin et Danger mirent sous la peau de la cuisse d'un troisième animal 30 centigrammes seulement d'acide arsénieux; l'animal périt.

L'arsenic est donc un poison pour le mouton comme pour l'homme. Il faut comprendre les cas dans lesquels l'administration en a été innocente par le défaut d'absorption, explicable par la double raison de la conformation de l'estomac et du mélange de l'acide avec des quantités considérables d'aliments grossiers. Cela est, du reste, confirmé par l'expérience suivante:

Un chien fut soumis à l'usage de l'acide arsénieux pris à doses progressivement croissantes de telle façon que, sans l'incommoder, on lui donna jusqu'à un gramme de poison trois jours de suite. L'animal, ayant été tué, il ne fut pas trouvé un atome d'arsenic dans les veines, même dans la membrane gastrique soigneusement lavée à sa surface. Le défaut d'absorption chez cet animal est en rapport avec la conservation de sa santé.

Les moutons ainsi traités, peuvent-ils être impunément mangés? MM. Flandin et Danger ayant donné à un chien les viscères d'un animal empoisonné et à un autre les muscles du même animal, ils ont été tous deux malades, le premier gravement, le deuxième légèrement: ils sont encore en expérience. Il serait donc évidemment criminel de livrer à la consommation la chair d'animaux dans de pareilles conditions. Quant à ceux dont la santé n'a pas souffert après l'usage de l'acide arsénieux, la prudence doit commander de ne les mettre dans le commerce qu'après un temps assez considérable; car, quoique la théorie rende très probable l'absence d'arsenic dans leurs organes; il est impossible, sans l'analyse, d'en avoir la certitude. Par la temporisation, on permettra l'élimination de l'arsenic qui pour rait s'y trouver.

Sur quelques observations de MM. Catfe et Brierre de Boismont, M. Flandin explique l'apparente contradiction des faits qu'il vient d'exposer et de ce qu'a vu M. Magendie. Ce physiologiste a empoisonné deux moutons en leur donnant *à jeun*, deux grammes d'acide parfaitement *porphyrisé*, double moyen par lequel il a favorisé l'absorption et l'action chimique sur les parois comme le fait remarquer M. Caffe.

M. Thierry dit qu'un de ses clients, M. Doileau (voir l'observation publiée dans l'*Expérienee*), commença, à l'âge de soixante-dix ans, à se nourrir en grande partie de viande crue, saupoudrée d'acide arsénieux, et qu'il vécut de ce régime jusqu'à quatre-vingt-deux ans. Il mangeait de l'opium, de la digitale, de la belladone véritablement en salade. M. Thierry certifie en avoir été plusieurs fois témoin. Il n'a jamais pu faire mettre à sa disposition les produits de ces étranges digestions. L'autopsie du sujet n'a pas été faite.

D[r] J. Cherest, *secrétaire annuel.*

Note sur le sirop d'iodure de fer iodé et sur son emploi dans diverses affections.

M. le docteur Wackenroder indique, pour la préparation de ce médicament, le procédé suivant:

On met dans un flacon à digestion, de la capacité d'environ 200 grammes, de la limaille de fer préparée (4 grammes) et de l'eau (30 grammes); on y ajoute ensuite de l'iode pur (12 grammes), en ayant soin de ne point agiter le vase. Bientôt après il se produit une vive réaction, qui d'ailleurs n'est suivie d'aucun dégagement visible de vapeurs d'iode. Au bout de quelques minutes, si le dégagement de chaleur est devenu moins fort, il convient alors de remuer un peu le liquide de temps en temps, et après un espace d'une demi-heure à peu près, la totalité de l'iode se trouve à l'état de combinaison avec le fer. La solution qui en résulte se présente à l'état incolore, ou plutôt avec une teinte bleuâtre faible, comme un soluté aqueux très étendu de sulfate de fer. On verse alors le liquide sur un petit filtre de papier blanc non collé, er on le reçoit immédiatement dans un petit vase de porcelaine contenant 24 grammes de sucre blanc. On lave ensuite le fer en excès resté dans le flacon à digestion, ainsi que le filtre, en se servant de 30 à 45 grammes d'eau, qu'on verse par petites portions successives, pour pouvoir opérer le lavage complet avec la plus petite quantité d'eau possible.

Cette opération terminée, on place le vase en porcelaine sur la flamme d'une lampe à l'esprit-de-vin, et on fait évaporer le liquide en agitant continuellement, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 60 grammes de sirop.

Le médicament ainsi obtenu est parfaitement limpide, d'une couleur jaune brunâtre tirant sur le noir; on doit le conserver dans un flacon bouché à l'émeril. Il contient, par chaque 4 grammes, une quantité d'iode équivalant à 60 centigrammes, et environ 72 centigrammes d'iodure de fer.

Suivant M. le docteur Krieg, de Merseburg, ce sirop peut surtout être employé d'après la formule ci-dessous:

Pr. Sirop d'iodure de fer iodé,	4 à 6	grammes.
Eau distillée,	30 à 45	
Sirop de sucre,	15	

M et F. S. A. une mixture.

On en donne, matin et soir, une à deux cuillerées à café aux enfants.

Pour les adultes, on porte la dose de sirop d'iodure à 12 ou 16 grammes pour 180 grammes d'eau distillée, et on en fait prendre, deux à trois fois par jour, une cuillerée à bouche.

Il n'est pas convenable de faire entrer dans cette formule d'autre sirop que le sirop simple, parce que les autres, en raison des principes organiques qu'ils tiennent en solution, ne tardent pas à déterminer la décomposition de la préparation iodurée. La même observation doit peut-être trouver ici son application pour l'emploi de l'eau distillée simple, à l'exclusion des divers hydrolats usités en thérapeutique, en raison des principes immédiats particuliers que ceux-ci peuvent contenir. Ainsi, M. Krieg a vu la mixture précédente, préparée dans un cas avec l'hydrolat de cannelle et dans un autre avec celui de menthe, produire dans l'espace de quelques jours une couleur noire comme de l'encre. Toutefois, il n'est pas certain que cet effet n'ait pu être produit par le contact réitéré de l'air, ou plutôt encore par l'action du tannin contenu dans le liége qui servait à boucher la bouteille. En effet, ce médicament mis en contact avec le bois, le linge, etc., colore ces substances en noir, et il est convenable d'en prévenir à l'avance les personnes qui entourent les malades, pour éviter d'un côté les taches presque indélébiles qui peuvent en résulter, et d'un autre les craintes que ce phénomène de coloration peut faire naître chez quelques personnes timorées.

Les dents des sujets qui font usage de cette mixture se colorent aussi en noir; mais il est facile d'y remédier en les frictionnant immédiatement après chaque prise avec un morceau de croûte de pain, et en se gargarisant ensuite avec de l'eau pure.

Pris à jeun, ce médicament excite souvent un sentiment de chaleur désagréable dans l'estomac et jusques dans les gencives; quelquefois aussi il détermine des éructations, ou même il provoque des vomissements. Dans les cas où ces divers effets n'ont pas lieu, il laisse au moins un arrière-goût amer continu, qui suffit seul pour rendre l'usage de la mixture très désagréable aux maldes, et cette particularité est d'autant plus fâcheuse que, pour l'ordinaire, l'administration de ce médicament doit être soutenue pendant des semaines entières. Pour remédier à ces inconvénients, M. Krieg fait précéder l'ingestion de chaque dose d'un tasse de café ou d'un bouillon épicé; d'autres fois, suivant les circonstances, il se contente de faire manger au malade, par dessus chaque prise, une ou deux amandes ou un peu de gingembre confit.

Du reste, ce médicament est en général bien supporté; il n'accélère pas le pouls chez les sujets qui ne présentent aucun trouble fébrile. S'il retarde les évacuations alvines, ce n'est que dans un petit nombre de cas et seulement pendant les premiers jours; il colore les matières fécales en noir, comme le font toutes les autres préparations ferrugineuses. L'iode absorbé est éliminé de l'économie en grande quantité par les sécrétions urinaire et salivaire.

Les affections contre lesquelles M. Krieg conseille surtout l'emploi de ce sirop sont les gastralgies, les gastrodynies, la chlorose, les troubles de la menstruation, les diverses maladies qui viennent compliquer le développement des jeunes filles, le marasme scrofuleux des enfants, le rachitis et l'atrophie commençante, mais c'est particulièrement contre le goître lymphatique débutant et contre les indurations atoniques du foie et spécialement de la rate, avec cachexie générale à la suite de fièvres intermittentes prolongées, que ce médicament déploie une action médicatrice véritablement surprenante.

M. le docteur Alken, de Bergheim, s'en est servi avec le plus grand succès dans un cas d'inflammation chronique de la rate avec engorgement considérable de cet organe.

(*Medicinische Zeitung*, T. IX, p. 47; et T. XI, p. 196.)

Chronique et Nouvelles.

L'Académie de médecine a nommé pour secrétaire un homme d'esprit, et nous nous en sommes aperçu dès son entrée en fonctions. D'abord il a voulu diminuer la longueur et l'étendue du procès-verbal, qui, selon les usages de toutes les sociétés savantes, ne doit pas être un compte-rendu, la publication du *Bulletin* ayant cette destination, — mais une indication sommaire et succincte des objets traités dans la séance. M. Dubois (d'Amiens) avait ainsi conçu la chose. Mais l'Académie aime peu les innovations; une tempête s'éleva; le secrétaire fut battu, et force lui a été de redonner à son procès-verbal cette adorable dimension qui fait pâmer d'aise certains *honorables*.

La seconde innovation introduite par M. le secrétaire annuel est une gracieuseté adressée aux journalistes, qui, par notre organe, doivent lui en témoigner gratitude. L'Académie, comme on le sait, nous a fermé la porte du secrétariat. Nous ne pouvons rendre compte des séances qu'en prenant à la volée ce que nous pouvons saisir des titres des mémoires et des rapports, des noms des auteurs; et quelquefois, malgré notre soin extrême, des erreurs se glissent dans nos comptes-rendus; erreurs involontaires, dont toute la responsabilité doit peser sur les promoteurs de cette illibérale et vandale mesure. Puisque l'occasion s'en présente, savez-vous pourquoi les plus justes et les plus énergiques réclamations à cet égard sont restées et resteront inefficaces? C'est que l'Académie royale de médecine, notre première société médicale de France, s'est mise, pieds et poings liés, à la merci d'un libraire; c'est qu'elle a consenti un traité par lequel ce libraire a exigé l'exclusion des journalistes du secrétariat, en attendant qu'il exige notre exclusion des séances, et tout cela pour favoriser la publicité boiteuse du *Bulletin* dont ce libraire est l'éditeur, mais l'éditeur subventionné. Ces faits devaient être connus du public; ils sont assez graves pour que nous soyons dispensés de toute réflexion.

Pour diminuer autant qu'il est en lui les inconvénients qui résultent, pour la presse en général, de cette mesure, M. Dubois (d'Amiens) envoie au banc des journalistes des bulletins portant le titre des mémoires, des rapports, et le nom des auteurs. Cette amélioration est minime, sans doute, mais le secrétaire annuel ne peut pas faire plus; c'est une attention dont on doit lui tenir compte.

— L'Académie des sciences a procédé dans sa séance d'hier lundi, au remplacement de M. Double.

La liste de présentation avait été arrêtée ainsi:
En 1re ligne, MM. Andral et Poiseuille *ex æquo*.
En 2e ligne, M. Cruveilbier.
En 3e ligne, MM. Guérin et Bourgery.
Le nombre des votants était de 55; majorité, 28.
Au premier tour de scrutin,

M. Andral a réuni,	42 voix.
M. J. Guérin,	5
M. Cruveilhier,	4
M. Poiseuille,	4

En conséquence, M. Andral est élu membre de l'Académie des sciences.

— M. le docteur Pajot a commencé un nouveau Cours d'accouchement pour les sages-femmes, le lundi 6 février 1843, à trois heures. On s'inscrit tous les jours chez M. Pajot, de onze heures à midi, rue Vaugirard, 35.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 17, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 FÉVRIER.

Sur les tubercules des os. (Suite.)

Nous avons dit qu'il n'était pas nécessaire de constater la présence du tubercule à l'état cru pour être certain de l'existence de l'affection tuberculeuse. Nous espérons que les considérations et les faits qui vont suivre ne laisseront pas de doute à cet égard.

Si tout le monde n'a pas vu le tubercule cru, tout le monde a vu dans les os des cavités nettement découpées, à parois parfaitement saines, remplies d'une matière très analogue à du mastic de vitrier, quelquefois plus sèche et mélangée de portions dures, pierreuses. Ici les partisans de l'ostéite n'ont plus nié l'existence, mais ils ont contesté la nature tuberculeuse de ces collections, et ils y ont vu tout simplement un mélange de pus concret ou concrété, et de détritus terreux. Mais en formulant cette manière de voir, ils ont totalement oublié de donner une seule bonne raison pour la justifier. On a certainement beaucoup parlé de pus concret; mais que faut-il entendre par-là? Est-ce, comme paraissent le vouloir les auteurs de cette opinion, le résidu solide du pus après que la partie liquide a été absorbée? Mais les objections les plus puissantes se présentent en foule pour détruire une pareille théorie. Est-il personne qui ait jamais pu suivre, dans un foyer purulent soumis par sa situation à une investigation facile, les transformations successives que le pus a éprouvées pour passer de l'état liquide à l'état solide? A-t-on même jamais trouvé un résidu solide semblable aux dépôts dont il est question, dans un point où préalablement on eût constaté d'une manière positive l'existence d'un abcès? Oui, répondent les partisans de l'ostéite; nous avons trouvé quelque chose d'analogue dans des abcès scrofuleux. Dans les abcès scrofuleux, cela est possible, parce que les abcès scrofuleux sont produits souvent par des ganglions tuberculeux, et c'est là une des meilleures raisons à l'appui de la doctrine opposée; mais dans les abcès non scrofuleux le fait est encore à constater. Et puis, comment voulez-vous qu'une cavité qui a été remplie par du pus se trouve encore pleine (car les petites masses que nous avons décrites remplissent toujours exactement la cavité qui les renferme), lorsque la majeure partie de ce pus a été absorbée? Cela se concevrait, à la rigueur, pour les parties molles, parce qu'on pourrait admettre qu'elles se sont contractées à mesure que la matière épanchée a diminué de quantité; mais, pour le tissu osseux, comment pourrait-on croire à une pareille rétraction, surtout lorsqu'on voit évidemment qu'il n'a éprouvé aucune modification dans sa structure! Evidemment l'explication que les partisans de l'ostéite on donnée de ces dépôts ne paraît pas possible. Cependant, supposons un instant que cette possibilité existe, et voyons si nous trouvons dans ces dépôts, et autour d'eux, des caractères qui indiquent une origine inflammatoire. Pour qu'une telle origine soit réelle, voici tous les phénomènes qui doivent avoir lieu avant la formation des dépôts à l'état où nous les trouvons :

1° Inflammation capable de produire la gangrène (ou, ce qui est la même chose, la nécrose). C'est déjà là une chose fort insolite eu égard à la fréquence de la prétendue gangrène.

2° Dissociation des éléments terreux par un mécanisme tout à fait irrationnel, sur lequel nous aurons occasion de revenir.

3° Suppuration des parties environnant la cavité.

4° Absorption de la partie liquide du pus et de la partie organique du tissu osseux mortifié. Tous ces phénomènes si compliqués, si graves, se seraient accomplis sans produire la moindre douleur, le plus léger symptôme, sans laisser aucune trace d'altération dans les parties qui environnent le dépôt, et qui ont pris une large part à cette grande évolution pathologique. Il faut avouer qu'il y a là de quoi renverser toutes nos idées de pathologie générale, de quoi rebuter les esprits les plus accommodants. Qu'on nous montre quelque chose d'analogue sur une partie quelconque où il soit possible de suivre la succession des phénomènes; qu'on nous montre même quelque chose de semblable sur le tissu osseux à la suite de lésions inflammatoires non douteuses, de lésions traumatiques, par exemple, dont les cas ne sont pas rares, et alors nous serons les premiers à accepter ce qui nous paraît aujourd'hui si fortement irrationnel, illogique. Jusque-là nous reconnaîtrons dans ces dépôts les caractères d'une affection tuberculeuse, et nous croirons ne pas nous écarter ainsi d'une saine interprétation des lois de l'analogie. Quel caractère, en effet, trouvons-nous ici qui ne se rencontre dans les poumons, où personne n'a mis en doute la nature des dépôts crétacés? La nature de la matière, elle est exactement la même, sans en excepter les concrétions pierreuses, qu'on ne sera pas tenté probablement d'attribuer ici à des détritus terreux. La disparition du tissu normal, c'est aussi ce que nous trouvons dans le poumon; l'état d'intégrité des parties environnantes, c'est encore ce qu'on observe dans le poumon; l'absence de phénomènes réactionnels est un dernier caractère qui appartient également aux tubercules pulmonaires, lorsqu'ils sont assez peu nombreux pour ne pas gêner les fonctions de l'organe. Enfin n'imitons point les ostéitistes; ne nous bornons point à constater l'existence de la chrysalide ou des papillons, sans rechercher la chenille ou l'œuf; rappelons-nous qu'avec les dépôts crétacés dans un point, on rencontre souvent, soit dans d'autres parties du système osseux, soit dans d'autres systèmes ou d'autres organes, des tubercules à un état de développement moins avancé, par conséquent moins douteux, et nous trouverons dans cette coïncidence une raison puissante de plus de nous rattacher à une opinion dont tant d'autres preuves nous avaient déjà montré la légitimité.

Après cette longue discussion sur la forme enkystée, il ne nous restera que peu de choses à dire sur la forme infiltrée, à laquelle cependant se sont adressées les plus graves objections, et cela toujours à cause du point de vue rétréci où se sont placés les auteurs de ces objections. Ils ont pris une infiltration puriforme, ou même un séquestre entièrement séparé, et, concentrant toutes leurs idées sur cette parcelle d'os, ils ont dit : Montrez-nous d'une manière évidente, qui ne souffre pas le plus léger doute, la matière tuberculeuse dans ce fragment, et alors nous croirons aux tubercules des os. Que répondre à de semblables exigences, sinon qu'un papillon ne ressemble pas à une chrysalide, et que pour savoir ce qu'il est, d'où il vient et où il va, il ne faut pas seulement se borner à la contemplation, mais encore étudier avec soin ses tenants et ses aboutissants. Nous aurions donc ici à présenter absolument les mêmes raisons qu'à propos des tubercules enkystés; ce que nous croyons devoir épargner à nos lecteurs. Nous ajouterons seulement quelques mots sur les phénomènes consécutifs à la nécrose, qui est le résultat nécessaire de l'infiltration puriforme.

Ainsi que nous l'avons dit, l'infiltration puriforme coincide presque toujours avec une hypertrophie considérable des lamelles osseuses et avec une absence complète de vaisseaux; or le résultat de l'absence de vaisseaux, c'est l'impossibilité de la nutrition, c'est la mortification de la partie infiltrée. C'est du moins ce qu'ont pensé ceux qui l'ont pour la première fois décrite.

Cette mortification, cette nécrose, les partisans de l'ostéite l'ont, au contraire, attribuée à l'inflammation de l'os, sans s'inquiéter s'il était bien dans la nature des choses que l'inflammation produisît si fréquemment une gangrène, sans s'inquiéter davantage si cette nécrose, suite d'une infiltration qui serait, pour, eux, *purulente*, au lieu d'être seulement *puriforme*, avait quelque ressemblance avec la nécrose qui succède réellement quelquefois à une violente inflammation. Mais quelle que soit la manière dont la nécrose ait lieu, une fois produite, elle occasionne ordinairement une suppuration éliminatrice, et de là des abcès, des fusées purulentes, des fistules interminables. Lorsqu'on vient à ouvrir le foyer de ces abcès, on ne trouve que des débris osseux et point la totalité de l'os nécrosé : cette portion d'os a donc été réduite en détritus; quel est le mécanisme de cette réduction? Si l'on en croit les partisans de l'ostéite, elle est due à la putréfaction de la partie nécrosée et à la dissociation des tissus osseux, suite de cette putréfaction.

Il est probable que cette manière de voir est en contradiction avec des faits d'une observation vulgaire. Rappelons-nous bien que le séquestre est une portion d'os entièrement privée de vie; c'est ce qu'admettent très bien les chirurgiens qui ont imaginé cette explication. Or, est-ce que jamais la putréfaction d'un os détruit sa texture, le réduit en poudre? Il n'y a pas d'anatomiste de première année qui ne sache le contraire. On dira peut-être que la putréfaction ordinaire ne se fait pas à la température du corps humain; mais quelque température que vous choisissiez vous aurez toujours le même résultat. C'est ce qui avait fait attribuer la destruction de la nécrose à une usure mécanique, la seule qui soit, nous ne disons pas rationnelle, mais même possible, dès qu'on ne peut plus invoquer le secours des forces vitales.

Tels sont, en résumé, les faits et les raisons sur lesquels se fonde la doctrine des tubercules des os. Pour que cette doctrine devienne vulgaire, il ne faut qu'une chose, c'est de pouvoir distinguer dans le foyer principal de la maladie, où s'exercent trop exclusivement les investigations des chirurgiens, le pus tuberculeux à des caractères propres et non douteux. Un micrographe Vaudois qui travaille en ce moment à Paris, e

FEUILLETON.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS.

M. le docteur *Bénit*, dans une lettre écrite de Cordillière de la Tijuca, près de Rio de Janeiro, et adressée à M. La Corbière qui nous l'a communiquée, rend compte à ce médecin, auteur de l'excellent ouvrage sur l'usage du froid *intus et extrà*, des bons effets qu'il a obtenus de cet agent dans un grand nombre de maladies réputées incurables. Voici une observation qui paraît vraiment miraculeuse; nous laissons parler l'auteur :

« A Washington, un gentleman malade depuis quatorze ans de la moitié gauche de la mâchoire supérieure, avait parcouru une partie de sa patrie, demandant en vain du soulagement à ses célébrités médicales et chirurgicales. Vingt-six ont été consultées. Plusieurs lui ont fait de cruelles opérations, extirpé des portions d'os, porté à diverses reprises le fer incandescent dans la tumeur; lui ont fait avaler une partie des remèdes de la pharmacie, surtout du calomel, sans améliorer en rien sa désespérante position. La tumeur, très volumineuse, très douloureuse, suppurait toujours. Le cerveau souffrait depuis longtemps et successivement davantage; il était congesté, comprimé, la parole embarrassée, la mémoire nulle, la démarche si chancelante que le malade n'était pas sorti de sa maison depuis plus d'un an, et ressemblait en tout point à un imbécile. Tout l'appareil digestif était très malade, y compris le foie; souvent les intestins se trouvaient puisés par une hernie ombilicale; le cœur était un peu hypertrophié. En voyant de tels désordres si anciens, si long-temps avivés, je ne promis à M. Burdine que du soulagement, dont il embrassa l'espoir avec transport, car, depuis des années, il était, selon son expression, « hopeless ». La masse imposante de docteurs qui l'avait soigné, *ne l'avait jamais interrogé sur son régime;* on ne lui avait donc pas prohibé une *grande jatte de café noir* qu'il prenait tous les jours après son déjeûner, de 3 à 6 petits verres de spiritueux qu'il buvait pour se fortifier, et plusieurs tasses de thé chargé dans la soirée. Je le mis au régime de la gastro-entérite, autant qu'il est possible d'y mettre des Anglais et leurs dignes descendants. En peu de jours, je l'amenai à boire 8 à 9 litres d'eau très froide en vingt-quatre heures. Il prit dans son jardin deux bains d'eau sortant de son puits très profond, dont la durée fut graduellement augmentée jusqu'à une demi-heure, et 6 à 8 de bouche et de mâchoire de la manière suivante. Dans une grande cuvette était de l'eau à + 10° à + 2° R., et dans un verre, de l'autre à + 15° R.; il lavait continuellement sa bouche avec cette dernière, renouvelée à chaque instant, et frottait la face avec la première pendant 10, 15, 20 minutes. L'effet de cette médication fut si prompt, qu'il n'y eut pas de nécessité de recourir à la saignée; qu'après quinze jours il put sortir, et peu à peu il faisait deux à trois lieues par jour. Ses amis ne le reconnaissaient plus. Sa confiance croissait avec l'amélioration; il se soumit volontiers au régime imposé, et le système digestif se guérit complétement. Sa bouche, naguère antre infect, devint fraîche et n'exhalait plus la moindre odeur; la tumeur osseuse décroissait rapidement, ne suppurait plus. Trois mois s'étaient à peine écoulés que le malade était tout à fait rétabli, chantait mes louanges, me prodiguait des bénédictions, etc. »

— M. le docteur *Putégnat*, de Lunéville, nous adresse plusieurs communications, dont le défaut d'espace nous oblige à ne présenter qu'une analyse.

La première est une lettre adressée à M. Monncret, sur son article intitulé : *Du souffle tubaire considéré comme l'un des signes de la pleurésie*, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1842. Il y a deux choses dans cette lettre : D'abord, M. Putégnat se fondant sur ce fait que le souffle tubaire peut être entendu sur des sujets bien portants, comme il l'a observé, pense que ce phénomène ne doit pas être absolument considéré comme un signe soit de pneumonie, soit d'épanchement pleurétique. Ensuite, quant à la présence de ce signe dans cette dernière affection, sans réclamer positivement pour lui une priorité qu'il sait bien appartenir à Laennec, M. Putégnat prouve, par des passages de son ouvrage de *Pathologie des organes respiratoires*, imprimé en 1839, qu'il l'avait décrit et que même il en avait donné une explication. En effet, à la page 309 du second volume de cet ouvrage, on lit le passage suivant : « Chez un pleurétique, du côté malade, le murmure respiratoire peut être transformé en souffle tubaire ou bronchique, cette modification de la respiration ne peut se montrer dans la pleurésie que sous certaines conditions. Le lieu où on le rencontre le plus souvent est la racine des poumons, d'où il faut conclure que ce souffle ne peut être entendu que dans les parties de la paroi pectorale qui correspondent au poumon refoulé et comprimé; ainsi, là où le poumon n'est pas, point de respiration tubaire. C'est à l'aide de cette connaissance que l'on comprend facilement pourquoi, chez les uns, ce bruit tubaire se fait entendre à la base de la poitrine, pourquoi chez d'autres on ne peut le saisir. Dans ce dernier cas le poumon est toujours refoulé en haut par le liquide auquel il surnage, attendu sa moindre pesanteur spécifique. »

La seconde communication de M. Putégnat est intitulée : *Note sur l'amaurose produite par la lésion du nerf sous-orbitaire.* Une femme reçoit un coup d'un instrument aign au-dessous de l'œil droit, qui divise les téguments et probablement les filets du nerf sous-orbitaire qui se distribuent à l'œil, ou peut-être le tronc lui-même de ce nerf. Il en résulte une perte complète de la vue de ce côté : c'est là un exemple rare d'amaurose produite par cause traumatique, dont quelques chirurgiens, Walther entre autres, ont nié l'existence.

Dans une troisième communication, M. Putégnat raconte les bons effets qu'il a obtenus de l'écorce fraîche de racine de grenadier dans un cas de tænia.

Enfin, dans une quatrième communication, intitulée : *Note sur l'emploi des lavements d'extrait de ratanhia contre les fissures de l'anus*, notre honorable et laborieux confrère rapporte une observation qui, tout en démontrant l'efficacité de cette médication contre les fissures de l'anus, prouve aussi qu'il est des cas où ces fissures doivent être respectées sons peine de voir se développer des accidents promptement mortels du côté de la poitrine; c'est là pour les fistules anales, un fait de pratique journalier; mais il existe peu d'exemples aussi concluants que celui que nous communique M. Putégnat : « Une femme, âgée de trente-sept ans, de constitution faible, éprouve en 1837

arrivé, dit-il, à reconnaître facilement le pus au milieu de la matière tuberculeuse ramollie, et réciproquement. Espérons que nous n'aurons pas à déplorer encore une de ces déceptions si nombreuses dans la science micrographique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Résumé des faits principaux observés pendant le mois de janvier 1843.

L'activité des services de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, le grand nombre d'opérations qui y sont pratiquées, nous fourniront l'occasion de présenter de temps à autre d'une manière succincte, le résumé des faits les plus importants qui passeront sous nos yeux.

Le mois qui vient de s'écouler est remarquable par la variété et la gravité des affections, et par la mauvaise constitution (cholérine, érysipèles, pourriture d'hôpital) qui a continuellement régné dans nos salles. Nous sommes heureux, malgré ces conditions défavorables, de pouvoir signaler de bons résultats.

Plaies des doigts par instruments tranchants, avec division des parties molles et des tendons. Ouverture des articulations. Guérison.

Vers la fin de novembre, la nommée Plubel (Claudine), âgée de vingt-quatre ans, cotonnière, eut la main droite prise dans une mécanique armée de lames pointues et tranchantes. Les cinq doigts avaient été intéressés. Les parties molles de l'auriculaire, de l'annulaire et du pouce étaient divisées profondément. L'articulation de la première avec la deuxième phalange de l'indicateur était ouverte; les tendons palmaires et dorsaux étaient à nu et coupés partiellement dans plusieurs points. Le doigt médius, qui avait le plus souffert, ne tenait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne que par des lanières de peau et d'épiderme; les ligaments des articulations de la première avec la deuxième, et de celle-ci avec la troisième phalange n'existaient plus; les surfaces articulaires avaient perdu leurs rapports: ce doigt ne formait qu'un mélange de chairs meurtries et d'os.

Au moment où je fus appelé dans les salles pour voir la malade à son arrivée, j'hésitai un instant à couper les brides retenant des parties qui me semblaient avoir perdu tout droit de domicile; mais, respectant les idées de mon chef de service, qui a souvent conservé des doigts qu'on aurait pu enlever par une opération du reste bien indiquée, je remis les os dans leur situation, je les recouvris de parties molles, et maintins le tout réuni avec du diachylon, aussi bien que je pus le faire.

Le lendemain à la visite, M. Jobert manifesta l'espoir qu'il avait de conserver toutes les parties. Un gonflement assez marqué s'empara de toute la main; la suppuration s'établit; la pourriture d'hôpital envahit les plaies en plusieurs points, en causant des élancements et des douleurs très violentes. On arrêta ses progrès par la cautérisation, à diverses reprises, avec le nitrate acide de mercure. Des bourgeons charnus se développèrent; les plaies se détergèrent peu à peu, et la malade sortit le 22 janvier 1843, conservant tous ses doigts. Le médius est seul privé de ses mouvements. L'indicateur n'en exécute que de très bornés; mais ils acquerront plus d'étendue avec le temps, et par l'exercice du doigt.

Deux luxations de l'humérus. Réduction.

Martin (Désiré), âgé de trente-huit ans, carrier, a vu le même accident se renouveler cinq fois depuis 1830, à la suite de chutes sur le côté droit, ou sur le coude. La tête de l'humérus s'est toujours déplacée dans le même sens. Cette dernière fois, la luxation se produisit pendant un effort violent que fit le malade pour se tenir suspendu par les mains, l'échelle qu'il avait sous les pieds étant venue à glisser. Tous les symptômes de la luxation existaient: la tête de l'os était située sous le grand pectoral, près de la clavicule et en dedans de l'apophyse coracoïde. M. Jobert porta le membre en arrière, en l'élevant aussi fortement que possible; et pendant qu'il l'abaissait brusquement en le dirigeant en dedans, l'une de ses mains placée autour de la tête de l'humérus, la repoussait vers la cavité glénoïde. La réduction fut obtenue à la première tentative.

Chez le second malade, âgé de cinquante-deux ans, le déplacement avait lieu directement en bas, dans le creux axillaire. Il fit une chute en glissant sur le pavé, et le moignon de l'épaule porta sur un trottoir. En même temps que des aides fixent le scapulum en appuyant fortement sur lui, M. Jobert élève le membre en lui donnant une direction à peu près parallèle à l'axe du corps. D'autres aides montés sur un lit, exercent des tractions dans ce sens, et le chirurgien suivant les mouvements de bascule de la tête de l'os, la dirige vers la cavité articulaire dans laquelle elle rentre, pendant que le bras est abaissé rapidement. Le premier effort échoue; mais la réduction s'opère à la seconde tentative.

Polype de l'utérus opéré par excision.

La nommée Bernard (Victorine), âgée de quarante-cinq ans, portait un polype volumineux dont elle n'a jamais soupçonné l'existence. Cette circonstance qui nous prive de renseignements, et nous laisse ignorer l'époque à laquelle la tumeur a paru, le temps qu'elle a mis à se développer, etc., rend par elle-même le fait assez intéressant, puisque c'est seulement par exception que l'on voit les polypes arriver à un certain degré de développement sans avoir déterminé aucun accident. La malade, en effet, n'a jamais rien ressenti qui lui annonçât la présence d'un polype. Pendant qu'il était dans l'utérus, et à l'époque où la dilatation du col a dû avoir lieu, la menstruation a toujours été régulière.

Au mois de mai seulement les règles furent très abondantes, et coulèrent pendant trois ou quatre jours de plus qu'à l'ordinaire, en quantité assez grande pour constituer une véritable hémorrhagie. Mais, depuis, cet écoulement de sang ne s'est pas renouvelé. La tumeur a fini par faire saillie dans le vagin, sans qu'aucun symptôme particulier vînt révéler sa présence. Miction facile des urines. Point de constipation. Pas d'écoulement par la vulve; absence complète de douleurs. Mais dans ces derniers temps la malade ressentait par fois une lassitude dans les jambes, des pesanteurs dans la partie et sur le fondement, des tiraillements dans les lombes.

Le toucher fit reconnaître un polype du volume d'une grosse noix, occupant la partie supérieure du vagin, qu'il remplissait presqu'en totalité. Il était aplati sur ces deux faces, et présentait en avant un bord arrondi. Le doigt, promené sur les différents points de sa surface, pénétrait facilement dans l'orifice utérin très dilaté, et arrivait jusqu'au point de l'insertion qui avait lieu sur la lèvre antérieure du col.

La matrice était abaissée; le polype, qui était entièrement charnu, fut incisé avec son pédicule, sans qu'il s'écoulât la moindre quantité de sang. Une assez grande sensibilité du ventre, avec plénitude et fréquence du pouls, avec sécheresse de la langue et soif vive, se manifesta pendant trois jours. Une saignée générale, deux applications de sangsues, un régime délayant, firent justice de ces accidents. Aujourd'hui, la malade est complètement guérie, et prête à quitter l'hôpital.

Ce fait isolé vient confirmer l'opinion que Dupuytren avait appuyée sur des observations nombreuses, à savoir que l'excision des polypes, même volumineux, n'était pas le plus ordinairement suivie d'hémorrhagie, comme l'ont écrit beaucoup d'auteurs.

Tumeur blanche du genou gauche avec abcès et suppuration abondante. Amputation de la cuisse par la méthode à lambeaux. Réunion par première intention.

Mangin (Marguerite), âgée de vingt-six ans, brodeuse, d'un tempérament lymphatique, fait remonter à l'âge de neuf ans l'origine de son mal, qui n'a présenté aucune gravité jusqu'à vingt-deux ans. Mais une chute qu'elle fit sur la glace à cette époque, détermina une violente inflammation dans le genou malade, et malgré le traitement énergique qui fut employé, la douleur et la tuméfaction se fixèrent sur cette partie, et des accidents de plus en plus sérieux se déclarèrent. A son entrée dans les salles (31 octobre 1842), il existait autour de l'articulation tibio-fémorale, un vaste abcès qui laissa écouler par une incision pratiquée à la partie interne, à peu près un litre et demi de pus. Un mois plus tard, une autre incision fut faite au côté externe du genou. La suppuration ne tarissait pas. Des symptômes généraux graves (fièvre continuelle, sueurs, toux, amaigrissement, etc.) firent craindre pour les jours de la malade, et M. Jobert pratiqua l'amputation de la cuisse, le 20 janvier 1843, en taillant deux lambeaux, dont l'un externe, et l'autre interne. Les lèvres de la plaie furent maintenues en contact au moyen de trois épingles et de bandelettes de diachylon.

A l'autopsie du membre, tous les tissus étaient condensés, friables, et comme dégénérés en tissu graisseux. La synoviale injectée, épaissie, tomenteuse, baignait dans le pus; les cartilages étaient détruits en grande partie; les condyles du fémur et du tibia, très volumineux, infiltrés, cédaient sous la moindre pression. Deux fragments, de la grosseur d'une amande, séparés sous forme de séquestres, étaient recouverts par la portion restante des cartilages semi-lunaires.

Depuis l'opération, l'état général de la malade est notablement amélioré. La plaie, réunie dans tous ses points, ne présente entre ses lèvres qu'un écartement de trois ou quatre millimètres, recouvert par des bourgeons charnus; les fils de ligature sont tombés, et tout porte à croire que la cicatrisation sera complète dans fort peu de temps.

Cancer de la main droite. Désarticulation du poignet. (Méthode à lambeaux.) Hémorrhagies. Ligature de l'artère radiale.

Royer, âgé de cinquante-neuf ans, ouvrier des ports, vit se développer, il y a deux mois environ, sur la face dorsale de la main, une verrue qui lui causait de vives démangeaisons, et qu'il écorchait fréquemment. Il produisit ainsi une petite plaie, à bords inégaux, qui ne se cicatrisait jamais complètement, et fournissait quelquefois une assez grande quantité de sang. L'exposition des mains à l'air, la continuation des travaux pénibles, augmentèrent peu à peu le mal, et des douleurs vives traversaient la main de temps en temps. La plaie était humide, recouverte de croûtes en plusieurs points, mais ne fournissait point de suppuration.

Lors de l'entrée du malade, la main présentait l'état suivant: toute la face dorsale est occupée par un cancer ulcéré, s'étendant de quelques millimètres au-dessous du poignet jusqu'à la ligne articulaire métacarpo-phalangienne. Au niveau du quatrième métacarpien s'élève un champignon fongueux, de la grosseur d'un petit œuf, saignant facilement et faisant saillie au-dessus de la surface malade. La peau, dans les environs est tendue, bleuâtre et luisante.

M. Jobert pratique l'amputation le 20 janvier, en taillant un lambeau palmaire avant de désarticuler. Il est maintenu en place au moyen de trois épingles. On obtient la réunion par première intention, et la cicatrisation marchait rapidement, lorsque, le 26, une hémorrhagie assez abondante survint la nuit; elle se renouvela le lendemain à la même heure. Le sang sortait par l'angle externe de la plaie. On parvint à l'arrêter par la compression exercée sur le trajet des artères. Le malade était fort épuisé par les pertes de sang, et dans la crainte qu'elles ne se renouvelassent, M. Jobert, à la visite, lia la radiale en divisant des tissus enflammés, épaissis et criant sous le bistouri. L'artère était très volumineuse. L'incision pratiquée pour la mettre à découvert est réunie par première intention, excepté dans le point qui livre passage au fil.

Le 3 février le malade se trouve dans de très bonnes conditions. La cicatrisation fait de grands progrès.

Hernie crurale étranglée. Opération.

Ducignan (Marie), âgée de quarante-un ans, est affectée depuis huit ans d'une hernie crurale droite qui n'avait jamais déterminé d'accidents. La malade portait habituellement un bandage.

Le 21 janvier, à la suite d'une querelle et d'efforts violents, elle ressentit des coliques légères qui augmentèrent la nuit, lorsqu'elle eut ôté son bandage. Le lendemain matin elle souffrait beaucoup. Le ventre était douloureux; il n'y avait pas eu de garderobe. Lorsqu'elle fut apportée à l'hôpital, elle vomissait des matières glaireuses, verdâtres et mêlées de bile. Bain de deux heures; saignée de trois palettes, purgatifs.

Les tentatives de taxis n'amènent aucun changement dans la tumeur; elle est globuleuse, du volume d'un œuf de poule, très dure et située à la partie interne du pli de l'aine.

Le 22, le ventre est plus douloureux que la veille; les vomissements persistent, et, à la visite, M. Jobert, après de nouvelles tentatives de réduction, propose l'opération à la malade, qui l'accepte sans hésiter.

Le sac contient un peu de sérosité sanguinolente. La hernie est formée par une anse intestinale seule, sans épiploon. L'étranglement est déterminé par l'ouverture aponévrotique, et l'on retrouve sur l'intestin, qui est d'un rouge foncé, la marque de la constriction. Un débridement multiple est d'abord opéré en dedans sur le ligament de Gimbernat; puis en dehors, et l'anse étranglée, qui ne présente aucune trace d'altération, est refoulée dans l'abdomen. Les lèvres de la plaie sont maintenues en contact au moyen d'une épingle. Huile de ricin, 64 grammes. Quatre selles abondantes dans le courant du jour. Plus de vomissements. La malade accuse un grand soulagement.

Le lendemain la plaie est réunie dans tous les points, excepté à l'angle inférieur, où se sont développés depuis des bourgeons charnus qui seront bientôt remplacés par une cicatrice complète. Il n'est survenu d'autre accident depuis l'opération, qu'un peu de rougeur érysipélateuse, le troisième jour autour de la plaie. Une friction avec la pommade au nitrate d'argent (axonge, 32 grammes; nitrate d'argent, 8 grammes) la fait disparaître.

---

une grave pleurésie qui donne lieu à de nombrenses fausses membranes au sein desquelles se sont probablement développés des tubercules. Trois ans après cette femme accuse une fissure à l'anus. Cette maladie, combattue par les lavements de ratanhia, cède en dix jours. Alors apparaissent les symptômes de tubercules. La fistule, qui n'était pas radicalement guérie, se fait sentir de nouveau avec une telle intensité, que la malade réclame avec instance les lavements de ratanhia; alors aussi les symptômes thoraciques se sont amendés. Les lavements sont accordés, la fissure guérit complètement, mais la marche de la tuberculisation reprend un cours ascendant et amène en peu de temps une terminaison fatale. » — Il est impossible de trouver un exemple plus évident de l'influence qu'exercent les fissurcs de l'anus sur la marche de la phthisie pulmouaire.

— M. le docteur *Barbaste*, d'Alais, nous a adressé un travail d'un autre genre. Ce n'est rien moins qu'un plaidoyer en forme, intitulé: *Réclamations en faveur de l'école de Montpellier*. A l'occasion du compte-rendu de la nouvelle dermatologie de M. Baumès, nous avions dit (n° 101, 1842) qu'après Paris, Lyon est la ville qui produit le plus grand nombre de livres de médecine. Montpellier et Strasbourg, ajoutions-nous, qui sont le siége d'une Faculté, sont loin de ponvoir rivaliser sous ce rapport avec la grande cité du midi de la France.

C'est principalement cette assertion que M. Barbaste a voulu combattre. Elève et médecin très distingué de l'école de Montpellier, il a conservé pour elle une affection, un respect et, disons-le, un enthousiasme tant soit peu chevaleresque qui rappellent l'ardente susceptibilité des paladins du beau pays qu'il habite en faveur de la dame de leurs pensées. Malgré notre vif désir de rompre une lance avec ce noble chevalier, nous ne pouvons le suivre dans le tournoi auquel il nous provoque. D'ailleurs, toute l'argumentation de M. Barbaste dirigée contre la *Gazette des Hôpitaux* tombe à faux. Nous ne sommes les défenseurs ni officiels, ni officieux de l'école de Paris, et nous n'avons jamais été les détracteurs systématiques de l'école de Montpellier. Nous nous sommes borné à insinuer que Montpellier depuis quelque temps semblait s'être un peu retirée des affaires de ce monde, et s'était peut-être un peu trop silencieusement enveloppée dans son vieux manteau de gloire; qu'à côté d'elle, à Lyon par exemple, on apercevait plus de vie, plus d'animation, plus d'activité, et que pour nous cette activité se traduisait par la publication d'un plus grand nombre d'ouvrages. M. Barbaste conteste cela. C'est une pure question de chiffres que le *Journal de la librairie* peut seul résoudre.

Nous n'en regrettons pas moins que le travail de M. Barbaste n'ait pas pour nous un motif assez déterminant d'insertion. Nos lecteurs y auraient reconnu comme nous l'œuvre d'un esprit distingué, d'un écrivain souvent habile et fort instruit.

— M. le docteur *Lamarque* a pratiqué avec succès l'ablation d'*un kyste mélicérique* de la grosseur d'un œuf, ayant son siége sous l'arcade sourcilière. Après une incision sur la paupière partant de l'angle interne, il dissèque la peau et met à nu une portion du kyste, qu'il trouva adhérent aux fibres musculaires du naso-palpébrale. Ne pouvant se livrer à une dissection minutieuse à cause de l'état convulsif de la petite malade, il fit le sacrifice de ces fibres musculaires. Il incisa la tumeur, qu'il vida complétement d'une liqueur presque concrète, et il en cautérisa la cavité avec le nitrate d'argent, suivant les préceptes de M. Velpeau. Il ne survint d'autre accident qu'une légère inflammation, et la cicatrisation était terminée le douzième jour.

D'après l'avis du conseil-général des hôpitaux et hospices civils de Paris, M. le ministre de l'intérieur vient d'autoriser M. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, à faire dans cet établissement un cours clinique sur la syphilis et les maladies des organes génitaux des femmes et des enfants nouveaux-nés. Ce cours commencera le 20 février. Nous ne saurions qu'applaudir à cette décision qui vient combler l'une des plus grandes lacunes de l'enseignement médical à Paris. L'hôpital de Lourcine est une mine rare et précieuse dont la science et l'humanité réclamaient depuis longues années l'exploitation.

La création de cette nouvelle branche d'enseignement présentait de nombreuses difficultés que le ministre et le conseil-général ont en partie applanies, en chargeant de son exécution un homme qui depuis long-temps s'occupe de ce genre d'affections, et en n'autorisant à suivre ce cours que les élèves qui ont subi leur deuxième examen.

L'état général de la malade est très satisfaisant ; elle demande à reprendre ses travaux le plus tôt possible.

Hernie inguinale congénitale avec hydrocèle. Hernie directe du même côté. Etranglement double. Opération.

Chapot (Joseph), âgé de vingt-trois ans, serrurier, porte depuis long-temps (il ne peut préciser l'époque) une hydrocèle qui s'est développée lentement, et a fini par acquérir le volume du poing d'un adulte. Il y a deux ans à peu près, il s'aperçut qu'une nouvelle tumeur s'ajoutait à la première, et qu'elle disparaissait lorsqu'il était couché. Elle n'a, du reste, jamais produit d'autre accident que des coliques assez vives de temps à autre. Le malade n'a point porté de bandages.

Le 9 janvier 1843, après s'être fatigué toute la journée avec une femme (ce sont ses propres expressions), il fit de violents efforts pour aller à la garderobe, et sentit dans l'aine droite une douleur qui augmenta rapidement d'intensité, et s'accompagna de coliques et de vomissements qui duraient depuis deux heures au moment de son entrée à l'hôpital. Altération de la face, grande pâleur, pouls petit, peau froide. On prescrit l'eau de Sedlitz et un lavement de tabac ; puis le taxis fut opéré inutilement.

Le lendemain, M. Jobert juge que le hernie ne peut être réduite sans opération, et il la pratique sur l'heure. La tumeur, pâteuse supérieurement, fluctuante et dépressible en bas, occupe tout le pli de l'aine et se continue supérieurement sans ligne de démarcation avec l'hydrocèle, dont tous les caractères, moins la transparence, sont faciles à constater. Le testicule, de toutes parts enveloppé par le liquide, ne peut être reconnu. A la partie interne du pli de l'aine, la tumeur forme une saillie un peu plus prononcée, et se raproche de la forme globuleuse. Elle est rénitente, dure, élastique.

Une incision oblique est menée du pli de l'aine vers le milieu du scrotum. Une anse intestinale se présente après l'ouverture du sac, dans la partie la plus interne de la tumeur ; elle constitue une hernie directe, au côté externe de laquelle est situé le cordon des vaisseaux spermatiques. (Débridement en dedans et réduction de l'intestin.)

En dessous du cordon et en dehors de lui, existe un autre sac contenant de l'épiploon, retenu en plusieurs points par des adhérences, et une anse d'intestin volumineuse, gorgée de sang noir et baignant dans le liquide de l'hydrocèle, qui s'échappe en assez grande quantité à l'ouverture du sac, constitué par un kyste commun au liquide accumulé et aux viscères déplacés. (Débridement en dehors, sur le pourtour de l'anneau aponévrotique qui causait l'étranglement.) L'état des parties permet la réduction. 64 grammes d'huile de ricin après l'opération ; saignée de 3 palettes.

Le malade commence à aller à la garderobe vers huit heures du soir, et il a huit selles pendant la nuit. Le lendemain il est très soulagé.

La masse épiploïque contracte des adhérences et forme un bouchon à la partie supérieure de la plaie. La tunique vaginale s'enflamme, s'emplit de lymphe plastique. La suppuration s'établit et l'état du malade s'améliore de jour en jour.

Le 17 il subit l'influence qui règne dans les salles, et une rougeur érysipélateuse assez intense se développe tout autour de la plaie. Frictions avec la pommade au nitrate d'argent.

Le lendemain la rougeur a complétement disparu.

Depuis cette époque aucun accident n'est venu entraver la marche de la guérison. L'épiploon ne forme plus qu'une tumeur du volume d'une petite noix ; la plaie est vermeille, recouverte par des bourgeons charnus ; la suppuration est très peu abondante ; la cicatrisation marche rapidement. La gaîeté, les forces et l'appétit du malade sont revenus. Dans une quinzaine de jours il aura quitté l'hôpital.

Camille LAURÈS,
Interne des hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février. — Présidence de M. P. DUBOIS.

Il est donné lecture de l'ordonnance du roi, qui approuve l'élection de M. Dumas, faite dans la dernière séance.

M. Dumas, qui occupe une des places consacrées au public, est invité à descendre dans l'enceinte de l'Académie.

— *M. Récamier* commence la lecture d'un travail sur les maladies utérines, et sur celles des dépendances utérines.

Dans cette première communication, M. Récamier, après avoir fait l'historique de la découverte du spéculum et des modifications nombreuses qu'a subies cet instrument d'exploration, après avoir rapppelé qu'en 1803, alors que tous les praticiens avaient oublié les tentatives et les essais des médecins antérieurs, il proposa et introduisit dans la pratique le cylindre plein. M. Récamier met sous les yeux de l'Académie un nouveau spéculum de son invention, qui lui semble mériter la préférence sur ceux déjà connus. Le principe aur lequel est basé cet instrument est l'avantage que M. Récamier trouve à dilater l'ouverture du vagin au lieu de dilater son extrémité interne, comme le font les autres spéculums. En conséquence, son nouveau spéculum est composé de deux valves pouvant se séparer, dont l'une, la branche femelle, est creusée d'une gouttière terminée par un cul-de-sac qui reçoit l'autre ; la branche mâle, qui vient s'arc-bouter contre la première, de manière à pouvoir déterminer par les extrémités allongées des valves un mouvement de bascule qui permet de dilater à volonté l'orifice externe du vagin et de concentrer tous les rayons lumineux au fond de l'instrument.

M. Gerdy demande si avec son spéculum M. Récamier évite la pénétration de la muqueuse du vagin dans les valves, inconvénient propre à tous les spéculums à valves.

M. Récamier répond que cet accident ne lui est jamais arrivé.

M. Gerdy. Dans les autres insruments on dilate surtout le fond du vagin ; dans celui de M. Récamier, c'est l'entrée qui est surtout dilatée. Or, tout le monde sait que c'est surtout la dilatation de cette partie qui est douloureuse ; il demande donc quels sont les grands avantages que M. Récamier trouve à renverser l'ordre de choses établi.

M. Récamier. Dans les instruments ordinaires, on regarde par le goulot de la bouteille ; dana le mien, toute la lumière couverge vers le fond de l'organe.

M. Bouillaud ne s'est jamais aperçu que la lumière ne fût pas assez intense. La dilatation de l'entrée du vagin étant très douloureuse, il demande s'il n'est pas des cas où l'introduction de cet instrument n'aurait pas des dangers.

M. Récamier répond que c'est précisément à l'occasion d'un cas où l'introduction du spéculum était horriblement douloureuse, qu'il conçut l'idée de son nouvel instrument, qui pénétra sans douleur là où tous les autres excitaient des hurlements. Quant au défaut de lumière qu'il a signalé dans les autres instrumente, cet inconvénient lui a paru si bien démontré, qu'il y avait obvié par une petite lampe à réflecteur, qu'il montre à l'Académie.

— *M. Monod* lit un travail intitulé : Observation d'ectropie thoracique du cœur avec absence de péricarde, chez un enfant qui a vécu quatorze heures, suivie de quelques réflexions sur les phénomènes physiologiques du cœur.

Le bureau propose le renvoi de ce travail à MM. Bourdon, Ollivier (d'Angers) et Poiseuille.

Sur la demande de M. Royer-Collard, MM. Gerdy et Bouillaud feront aussi partie de la commission.

— *M. le président* annonce que l'Académie aura, dans la séance prochaine, à nommer une commission chargée de proposer dans quelle section aura lieu l'élection à la place vacante par le décès de MM. Esquirol, Sédillot et Landré-Beauvais.

— *M. Renault*. Tous les faits propres à éclairer la grande question des voies et moyens de communication de la morve, présentent un vif intérêt. A ce titre, en voici quelques-uns qui me paraissent dignes de l'attention de l'Académie. Un homme est mort dans un hôpital de Paris d'une morve aiguë bien caractérisée. M. Contour, interne, m'apporta du pus provenant de cet homme, que j'inoculai sur un cheval. Quelques jours après l'animal présenta tous les signes de la morve. Avant de le sacrifier, je fis l'expérience suivante : je tirai de la veine jugulaire de ce cheval une certaine quantité de sang qui, soit par la coagulation, soit par le microscope, ne me fit rien découvrir d'anormal. J'en tirai une deuxième fois cinq décilitres, que j'injectai immédiatement dans la jugulaire d'un autre cheval sain. Trois jours après, ce cheval sain présentait un gonflement des glandes nasales, des tumeurs farcineuses nombreuses. L'expérience avait été faite le 10 janvier ; le 18, le cheval était prêt à mourir.

Je ferai remarquer, cependant, que ce dernier cheval, quoiqu'il fût parfaitement bien portant au moment de l'expérience, avait séjourné pendant quelques jours dans une écurie habitée par des chevaux morveux, et que cette circonstance peut donner lieu à quelques objections sur la transmission de la morve par voie de transfusion sanguine. Pour lever tous les doutes à cet égard, je répétai l'expérience de la manière suivante : Sur ce même cheval, à qui j'avais communiqué la morve par injection, je tirai du sang de la jugulaire, et l'injectai dans la jugulaire d'un cheval très vigoureux, très beau, placé dans une écurie très salubre. Au bout de trois jours, des tumeurs farcineuses s'étaient développées sur plusieurs endroits du corps, des pustules, puis des ulcérations parurent sur la muqueuse nasale ; bref, le cheval présenta tous les signes de la morve. Il a été sacrifié hier.

M. Renault met sous les yeux de l'Académie les pièces anatomiques qui en proviennent, et qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie.

Ceci prouve, dit en terminant M. Renault, que le sang dans la morve, non-seulement est malade, mais est spécifiquement malade.

M. Ségalas désirerait que la même quantité de sang, cinq décilitres, fût injectée d'un animal sain à un animal sain. Cette quantité est, en effet, assez considérable pour qu'il lui semble qu'elle ne puisse être injectée impunément.

Anus artificiels dans les régions lombaire gauche et coccygienne chez les enfants nouveau-nés. — *M. Amussat* présente à l'Académie trois enfants nés avec des imperforations de l'anus et du rectum, et chez lesquels il a été indispensable d'établir une voie artificielle pour évacuer le méconium, et permettre plus [illegible] la sortie des matières.

Le premier enfant que M. Amussat présente est maintenant âgé de plus d'un an : il était né avec une imperforation du rectum. « Après » avoir essayé inutilement de donner issue au méconium par la région » anale », une ouverture artificielle fut pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le colon descendant, sans ouvrir le péritoine. Cet enfant, dont l'observation a été publiée en extrait dans la *Gazette médicale*, 1842, page 267, est aussi fort et aussi bien développé que les enfants bien conformés, du même âge que lui. Les matières fécales sortent facilement ; mais il est nécessaire d'entretenir la dilatation de l'ouverture artificielle avec des tubes en gomme élastique, afin de favoriser l'évacuation des matières et d'éviter la réapparition des accidents de la rétention qui ont mis deux fois sa vie en danger.

Le deuxième enfant est actuellement âgé de quatorze jours ; un anus artificiel a été établi dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine, et cette opération fut pratiquée, de même que chez le premier, » après avoir essayé inutilement de donner issue au méconium par la » région coccygienne. » Voici quel était l'état de cet enfant : 1° Il n'existait pas d'ouverture anale ; 2° le raphé se continuait depuis le scrotum jusqu'au sacrum, sans autre interruption qu'une dépression dans le point où l'anus aurait dû s'ouvrir, et une cicatrice adhérente au sacrum, au niveau de la partie inférieure et postérieure de cet os ; 3° l'espace compris entre le coccyx et les pubis était très étroit ; 4° il n'y avait aucune espèce de fluctuation dans les régions que nous avons indiquées ; 5° lorsque l'enfant criait, s'agitait et faisait des efforts, on voyait une sorte de contraction indiquant probablement la présence de quelques fibres du sphincter et du releveur de l'anus.

Le lendemain de l'opération, il est survenu un prolapsus de la partie inférieure de l'intestin dans la plaie de la région lombaire ; aujourd'hui il a déjà diminué de moitié. Au-dessus, l'ouverture de l'intestin est un peu cachée par le prolapsus ; mais elle livre un passage facile aux matières fécales ; et une sonde intruduite avec précaution pénètre à une grande profondeur dans le colon transverse. Au centre de la portion intestinale prolapsée, existe une ouverture par laquelle on introduit une sonde de femme qui s'arrête au niveau de la fosse iliaque, sans doute dans le point où se termine le gros intestin.

La plaie de la région coccygienne est presque complétement guérie, et tout fait espérer que cet enfant survivra.

Le troisième enfant fut adressé à M. Amussat par M. le docteur Schuster, le 22 décembre dernier. L'anus était bien conformé ; une sonde introduite par cette ouverture, pénétrait sans peine jusqu'à deux centimètres environ ; mais arrivée à cette hauteur, elle rencontrait une cloison qu'elle ne pouvait tranchir. Le petit doigt était également arrêté à la même hauteur, et on n'éprouvait pas la sensation d'une fluctuation indiquant que le bout supérieur du rectum distendu par le méconium, se terminait au-dessus de la cloison. En palpant attentivement les régions périnéale et coccygienne, on sentait une fluctuation dans une étendue assez considérable en arrière de l'anus. Cette fluctuation qui était évidente, surtout lorsque l'enfant criait et faisait des efforts, ou lorsqu'on exerçait des pressions sur le ventre, fut reconnu sans la moindre hésitation par tous les médecins présents. Alors une incision pratiquée en arrière de l'anus, permit de mieux percevoir encore la fluctuation ; puis, par des incisions successives et par une ponction, on donna issue au méconium ; enfin, pour réunir cette ouverture à l'anus, la cloison qui séparait le bout supérieur du bout inférieur du rectum, fut incisée. De sorte qu'aujourd'hui l'anus normal livre un passage facile aux matières fécales.

Cet enfant, bien développé, est actuellement âgé de plus de six semaines, et il est rentré dans les conditions presque ordinaires de la vie.

M. Amussat entretient ensuite l'Académie d'une quatrième opération qu'il a faite chez un enfant nouveau né du sexe féminin, pour lequel il avait été appelé par M. le docteur Vignolo. Cet enfant avait une imperforation de l'anus, et on ne percevait pas de fluctuation dans les régions anales, périnéale et coccygienne. Une incision pratiquée dans la région coccygienne ne fut pas assez profonde pour arriver jusqu'à l'intestin. Alors pour pénétrer à une plus grande hauteur, on fit la résection de la pointe du coccyx, qui était très recourbé.

Enfin craignant, en prolongeant plus long temps l'opération, de blesser quelque organe important, sans trouver l'intestin, M. Amussat, ainsi que M. Breschet qui assistait à l'opération, proposèrent d'établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. Cette proposition fut soumise aux parents de l'enfant, qui la rejetèrent. L'opération fut donc continuée dans la région où elle avait été commencée, et on arriva à trouver le rectum qui était accolé à la partie supérieure du vagin. Du méconium fut évacué, puis l'intestin fut fixé à la peau par deux points de suture entortillée. L'enfant succomba le quatrième jour. Les parents ne voulurent pas laisser faire l'autopsie. Il est évident, dit M. Amussat, que la mort est survenue dans ce cas par suite du travail inflammatoire qui devait nécesairement résulter des recherches trop longues auxquelles il avait fallu se livrer pour trouver l'intestin distendu par le méconium.

Enfin M. Amussat rappelle une opération qu'il a pratiquée, en 1835, sur une petite Anglaise. La relation de ce fait a été publiée dans la Gazette médicale du 28 novembre 1835. Un enfant nouveau-né du sexe féminin présentait l'état suivant : 1° la cloison recto-vaginale manquait ; elle n'existait qu'inférieurement dans l'étendue de un centimètre environ, ce qui faisait qu'à l'extérieur l'anus et la volve étaient bien conformés ; 2° par suite de cette absence de cloison recto-vaginale, la partie inférieure du rectum ne communiquait pas avec cette espèce de cloaque. Un intervalle assez grand les séparait l'un de l'autre. Dans ce cas insolite, le gros intestin fut attiré en bas et en arrière, puis fixé à la peau par plusieurs points de suture. L'enfant est actuellement âgée de huit ans et demi. D'après les nouvelles que M. Amussat en a reçues dernièrement, sa santé est excellente, et elle est aussi bien développée que les autres enfants de son âge. On entretient la dilatation du rectum à l'aide d'une canule en buis que l'on introduit de temps en temps.

D'après les faits qui précèdent et ceux qu'il a communiqués antérieurement à l'Académie, M. Amussat pense que la question des atrésies du rectum est maintenant très éclaircie sous le rapport des procédés opératoires à employer. Ainsi, dans les cas où l'anus artificiel ne pourra plus être établi dans la région coccygienne, l'opération dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine, devra être faite préférablement à celle qu'on pratiquait autrefois dans la fosse iliaque, c'est-à-dire par la méthode de Littre.

M. Gerdy a fait plusieurs fois cette opération avec des chances diverses. Il ne tenterait cependant l'anus artificiel par le colon qu'après avoir épuisé tous les autres procédés par la région anale. Quand il existe un sphincter à l'anus, le succès est plus certain ; mais alors même qu'il n'en existe pas et que l'extrémité du rectum se trouve à une certaine hauteur, ce n'est pas toujours une contre-indication à l'opération par la région anale. Il a opéré dans ces circonstances un petit enfant qui est mort à la vérité, mais faute de soins, abandonné qu'il était à une nourrice mercenaire.

M. Blandin. C'est sans doute par inadvertance ou par oubli que M. Amussat s'attribue la découverte de cette disposition anatomique qui fait que l'on peut pénétrer sur le colon descendant sans intéresser le péritoine. Il n'est pas d'étudiant en médecine qui ignore cela ; c'est décrit partout ; je l'ai aussi enseigné dans mes cours et dans mon traité d'*Anatomie descriptive* ; tout le monde sait, en un mot, que le péritoine passe dessous et non sur le colon descendant dans la région où M. Amussat pratique l'anus artificiel. Ce n'est pas une raison pour moi de regarder comme une bonne opération celle qui laisse après elle une infirmité aussi dégoûtante. J'ai aussi d'autres motifs à opposer à cette opération ; mais ce n'est pas le moment de le faire valoir.

M. Gerdy. J'ai aussi décrit dans mon *Traité des Bandages*, la disposition anatomique, et cela en 1829, dont M. Amussat s'attribue la découverte. J'avais même dit, ce qui a été pratiqué depuis par M. Rayer, qu'on pouvait par là arriver sur le rein, faire la ligature de ses vaisseaux ou pratiquer la néphrotomie.

M. Amussat. Je n'ai pas inventé l'anatomie, c'est vrai ; mais j'affirme qu'au moment où j'ai proposé de pratiquer l'anus artificiel dans la région où je la pratique, j'ai eu à lutter contre toutes les objections possibles, basées sur l'impossibilité de ne pas pénétrer sur le péritoine. Tous les auteurs étaient unanimes, et c'est moi qui ai démontré cette possibilité. M. Blandin répugne à l'opération, parce qu'il en résulte une infirmité dégoûtante ; mais la mort lui répugne-t-il donc moins ? Dans les cas où je pratique l'anus artificiel, c'est la seule chance de salut du malade. Faut-il donc le laisser mourir ?

La discussion se prolonge et roule dans le même cercle d'idées que nous avons exposées.

— *M. Blandin* présente un sujet sur lequel il a pratiqué avec un succès complet la réparation de la lèvre inférieure, qui avait subi une énorme perte de substance à la suite d'une pustule gangréneuse.

Il est cinq heures et demie ; la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Pâte arsénicale contre les cancers. — *M. Manec* adresse sur ce sujet la lettre suivante : Depuis plus d'un an je rassemble les matériaux d'un travail sur l'application de la pâte arsénicale au traitement local du cancer. Je ne me proposais d'en entretenir l'Académie qu'après l'avoir complété dans toutes ses parties. Mais une commission nommée dans son avant-dernière séance, se trouvant saisis de l'examen de cette question, je me détermine à appeler dès à présent l'attention de l'Académie sur les résultats que j'ai obtenus.

Dans les premières applications que j'eus à faire de la pâte arsénicale, considérant son action comme purement escharrotique, je pratiquais, selon l'usage, l'ablation des fongosités caverneuses.

J'eus lieu d'observer que, dans les épaisseurs augmentées par les prolongements internes du cancer, sa chute n'avait été ni moins prompte, ni moins précise que dans ses parties les plus minces. L'action escharrotique avait complétement détruit celle-ci, tandis que dans celles-là elle s'était limitée à une couche d'environ un demi-centimètre d'épaisseur, et qu'au dessous, toute la profondeur de la masse carcinomateuse se trouvait flétrie, atrophiée sans que sa texture en fût désorganisée.

J'en dus conclure, 1° quant à la théorie, qu'au lieu d'interposer entre la pâte arsénicale et les tissus sains, un *medium* capable d'empêcher ou ralentir l'action du médicament, le corps cancéreux en était, avant la suppuration éliminatoire, frappé d'une sorte d'emprisonnement dans sa vitalité particulière ; et 2° quant à la pratique, que l'ablation préalable des fongusites cancéreuses est parfaitement inutile.

M. Manec a cité plusieurs exemples dans lesquels l'action de la pâte arsénicale a été limitée aux tissus carcinomateux, et ne provoque au-delà que la suppuration éliminatoire.

Rassuré par de nombreuses observations de ce genre, j'ai appliqué, depuis près d'un an, ce mode de traitement aux cancers de l'utérus. Tout ce que cette application m'a offert de nouveau, c'est une absorption plus prompte de l'arsénic, et une réaction générale plus rapide.

Quant aux circonstances et aux conséquences de l'absorption, les urines, examinées selon la méthode de Marsh, ont toujours fourni des taches arsénicales au plus tôt huit heures après l'application du médicament, et au plus tard quinze heures après. J'ai observé que l'élimination s'opère selon la promptitude de l'absorption. Quand celle-ci a été rapide, les urines présentent de l'arsénic pendant quatre ou cinq

jours, et dans le cas contraire, jusqu'au septième. Mais l'arsenic parait aussi dans les matières fécales, où l'élimination continue sept à huit jours après que les urines n'en offrent plus aucune trace.

Le bonheur que j'ai eu jusqu'ici de ne perdre aucun des malades soumis à ce traitement, n'a pas permis à mes recherches de s'étendre jusqu'aux organes, tels que le cerveau, le cœur et le foie, où selon M. Orfila, des parcelles d'arsenic peuvent se trouver, quand les autres parties du corps n'en offrent plus aucun vestige.

La lettre de M. Manec est renvoyée à l'examen de MM. Roux, Pelouze et Duméril.

M. Souberbielle avait écrit il y a quinze jours une lettre sur le même sujet; il priait l'Académie de nommer une commission pour suivre les expériences nouvelles qu'il se propose de faire, et rappelait les faits nombreux d'application qu'il a faite avec succès de ce caustique d'après la formule de frère Côme, et dans des cas où de célèbres praticiens avaient échoué.

Amputations. — M. Diday dépose sous paquet cacheté un travail ayant pour titre : Description détaillée d'un procédé pour l'amputation sous-cutanée des membres.

Empoisonnement des moutons par l'arsenic.— M. Bonjean, pharmacien à Chambéry, adresse une lettre contenant des expériences sur ce sujet, dont il tire les conclusions suivantes :

1° Que l'acide arsénieux est un poison pour les moutons, comme pour les autres animaux ;

2° Que l'arsenic est absorbé et passe dans le sang, l'urine, les excréments et dans plusieurs viscères ou organes ;

3° Que d'après ce fait bien prouvé, il serait dangereux de livrer au boucher des moutons qui auraient pris de l'arsenic, soit qu'ils en fussent guéris, soit qu'ils eussent succombé à ce toxique. Dans le premier cas, pour que la chair de ces animaux pût être mangée sans danger, je pense qu'il faudrait laisser écouler entre l'époque de l'administration de l'arsenic et celle de la livraison de ces animaux au boucher, un temps suffisant pour que tout le poison ait pu être chassé par les diverses sécrétions de l'économie, lequel temps devrait être de huit à dix jours au moins.

Essai de Psycologie empirique pour servir de base à une symptomatologie de la folie.— M. Parchappe adresse un mémoire sous ce titre. (Commissaires : MM. Flourens, Magendie, Pariset.)

Embaumement et conservation des cadavres. — M. Cornay propose le sirop de dextrine comme obviant à tous les inconvénients et pouvant rendre de grands services en anatomie. Ainsi une simple injection, dans les artères, de sirop de dextrine, sufira pour préserver le cadavre de la putréfaction pendant le temps de sa dissection, et si on voulait pousser plus loin la préparation, on pourrait lui faire les injections sous-cutanées. On pourrait s'en servir avec avantage dans les embaumements.

Note sur une altération vermineuse du sang d'un chien, déterminée par un grand nombre d'hématozaires du genre Filaire ; par *MM. Gruby* et *de Lafond* — Les auteurs mettent sous les yeux de l'Académie le dessin de l'animal trouvé dans le sang d'un chien, l'animal lui-même conservé, le chien vivant sur lequel ils proposent de faire une piqûre et de démontrer par le microscope la filaire circulant avec le sang.

— L'Académie procède à la nomination d'un membre, dans la section de médecine, en remplacement de M. Double. (*V.* le précédent numéro.)

— *M. Civiale* adresse sa demande de candidature en remplacement de M. Larrey.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'hydrochlore dans les cas d'irritation chez les enfants; par M. le docteur Bennewitz, de Berlin.

M. Bennewitz, dans les cas d'irritation vasculaire sans inflammation, par exemple dans ceux qui viennent si fréqnemment compliquer le travail de la dentition et le développement organique dans la première enfance, prescrit avec le plus grand succès l'hydrochlore sous forme de potion. Il le donne associé à une eau distillée, à du mucilage et à du sirop, et il affirme qu'administré de cette manière il est pris sans répugnance par tous les petits malades, même les plus difficiles sous le rapport de l'ingestion des médicaments.

L'effet de cette substance est analogue, dans les cas dont il s'agit, à celui des acides, avec cette différence, cependant, qu'il détermine une astriction moins prononcée que l'acide sulfurique, et qu'il ne donne pas lieu à une excitation de la sensibilité aussi forte que l'acide chlorhydrique. Il modère le mouvement circulatoire, stimule les vaisseaux lymphatiques, et active ainsi les fonctions d'exhalation et d'absorption.

M. Bennewitz recommande d'ailleurs, avant de procéder à l'administration de cet agent, de s'assurer par un diagnostic bien exact, qu'il n'existe pas de phlegmasie ; parce que ce dernier état exige impérieusement la médication antiphlogistique, tandis que cette même médication n'amènerait que de déplorables résultats dans le cas où il n'existerait que l'état d'irritation dont il s'agit.

(*Casper's Wochenschrift fuer die ges. Heilkunde*; 1842, n° 50.)

Traitement des affections de l'ovaire; par M. le docteur Schlesier, de Peitz.

Depuis nombre d'années, M. Schlesier emploie avec le plus grand succès l'iodure de potassium uni à l'extrait de ciguë contre les névralgies abdominales des femmes en couches, affections qui sont ordinairement jointes à un état inflammatoire chronique de l'un des ovaires, et à des dépôts pseudo-plastiques dans la sphère des organes sexuels internes.

En général, il ne croit pas qu'il existe aucun autre agent thérapeutique qui puisse être comparé à l'iodure de potassium pour son efficacité dans les cas de dégénérescence des ovaires, et dans les hypertrophies et les hydropisies de ces organes.

Ce médecin affirme qu'à l'aide de ce seul médicament, il a obtenu des guérisons de ces diverses affections chez des femmes déjà en proie à la fièvre hectique, aux sueurs colliquatives, et arrivées pour ainsi dire aux portes du tombeau ; il ajoute que ces guérisons ont été obtenues en peu de temps, et alors que tous les autres moyens de traitement avaient été mis en usage sans le moindre bénéfice. Il cite, entre autres cas, une hydropisie de l'ovaire qui occupait la moitié de l'abdomen et qui, après avoir persisté pendant plusieurs années, avait fini par déterminer une émaciation portée au dernier degré. L'organe dégénéré avait atteint le volume d'une tête d'enfant, et faisait éprouver de vives douleurs au moindre contact : sous l'influence du traitement, il diminua progressivement, et après s'être réduit à la grosseur d'une pomme ordinaire, il resta stationnaire, dans un état de dureté et d'insensibilité qui lui donna tous les caractères d'un corps étranger dont la présence dans l'organisme n'avait plus rien qui pût compromettre la vie.

(*Rus't Magazin*, t. LX, p. 254.)

Chronique.

Association des médecins de Paris.— Nouvelle loi sur les patentes.

L'Association des médecins de Paris a tenu son assemblée générale annuelle le dimanche 29 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Orfila. M. Gibert, secrétaire-général, a présenté le compte-rendu dont nous extrairons les passages suivants :

« .... Qu'il nous soit permis, après dix années de travaux non interrompus, de nous féliciter des résultats que nous avons obtenus, et montrons, avec un légitime orgueil, à ceux que l'indifférence, l'égoïsme ou une vanité mal entendue, éloignent encore de nous, cette phalange compacte de 400 médecins-praticiens qui, soutenus par le désir de faire le bien, animés des mêmes sentiments, n'ont pas cru, au milieu des misères, des intrigues et des turpitudes qui nous entourent, devoir désespérer du salut d'une profession généreuse, si utile à la société tout entière, et cependant si peu encouragée par elle! Hélas! Messieurs, c'est une triste condition de l'humanité, que d'aimer mieux être trompée que servie... Comme l'a dit, avec énergie, mais avec justesse, un écrivain de nos jours : *Il y a toujours un cri de l'enfer contre le mérite et la vertu!* »

Qu'il nous soit permis, à notre tour, de nous étonner un peu d'un tel langage de la part du secrétaire-général de l'Association. A l'entendre, ce n'est que dans son sein que se trouveraient réfugiées toutes les honorables qualités qui distinguent le corps médical de Paris ; en dehors d'elle il n'y aurait qu'*indifférence*, *égoïsme* et *vanité*. Ceci est un peu dur pour les onze cents médecins et plus qui n'en font pas partie ; comme aussi il nous paraît bien peu modeste d'étaler avec tant de complaisance son *mérite* et sa *vertu*. Ce sont de ces choses qu'on peut se dire entre soi et en famille, mais qui nous paraissent un peu exorbitantes dans les colonnes d'un journal.

Nous l'avons dit l'an passé, les dignitaires de l'Association médicale semblent l'entraîner dans une voie contraire au principe même de son institution. Comme association de bienfaisance, de prévoyance en faveur de ses membres qui sont ou qui pourraient devenir malheureux, elle acquerrait les sympathies générales du corps médical de Paris. La poser comme l'unique gardienne de la dignité et de l'honorabilité médicales, faire annuellement régenter les médecins par le secrétaire-général, dont les intentions droites ne peuvent faire excuser la vivacité du langage, leur infliger des accusations d'indifférence, d'égoïsme et de vanité, aussi injustes qu'impolies, c'est faire précisément tout le contraire de ce qu'il faudrait pour dissiper les préventions légitimes de la majorité de nos confrères. Tout en acceptant les membres de l'Association comme les modèles les plus purs de toutes les vertus civiles et chrétiennes, nous doutons fort que leur abnégation puisse aller jusqu'à concentrer exclusivement tout ce qu'il y a d'honnête et d'élevé dans une réunion de 400 personnes.

Mais laissons de côté ces réflexions pénibles, et voyons ce que l'Association, considérée sous le point de vue de son institution de bienfaisance, a fait de bien.

« ... Qui de vous ne gémirait, s'il m'était permis de vous citer les noms de deux autres praticiens dont la mort a laissé la famille dans le dénûment le plus absolu !

» La veuve de l'un d'eux a reçu de l'Association (dont il était membre-fondateur) une *pension* de 400 francs ; celle du second (qui n'en faisait pas partie) a été secourue aussi généreusement que le permettaient les fonds disponibles... Eh bien ! Messieurs, quand cette Association n'aurait fait que cette bonne œuvre, je dis qu'elle aurait encore bien mérité de la profession et de la société tout entière ; car assurément, et c'est une vérité que je suis étonné de n'avoir pas vue appréciée comme elle devait l'être par le Conseil d'état, il y a un principe fécond de moralité dans cet exemple donné par une association de particuliers qui s'efforce, autant qu'elle le peut, de réparer les injustices de la société elle-même. Il serait, certes, bien à désirer que dans toutes les professions on pût venir au secours de ceux que des labeurs consciencieux et assidus n'ont pu mettre à l'abri des coups du sort. Ce serait encore là, je ne crains pas de le dire, une faible compensation pour les exemples d'un tout autre genre qui contribuent si puissamment à corrompre nos mœurs !

» Mais, Messieurs, les actes que je viens de vous citer ne sont point des faits isolés : sur 258 demandes de secours qui nous ont été adressées depuis le commencement de notre exercice, s'il en est plusieurs que nous avons dû repousser comme ne remplissant pas les conditions prescrites par la lettre ou l'esprit de nos statuts, s'il en est d'autres auxquelles nous avons dû regretter de ne pas pouvoir répondre plus généreusement..... il en est un nombre assez considérable encore qui ont trouvé une assistance puissante et efficace dans notre Association.

» Dans cette année seule, une somme d'environ 2,400 fr. a été distribuée en secours, et la manière dont cette somme a été répartie en a rendu l'application plus fructueuse que ne semblerait l'indiquer le chiffre de la somme elle-même. »

Les recettes pendant l'année 1842 se sont élevées à . 8,903 fr.
Les dépenses, à 8,685

L'Association possède aujourd'hui 2,400 fr. de rentes sur l'Etat, ce qui élève le capital aliénable, évalué au taux actuel des rentes 5 0/0, à la somme de plus de 57,000 fr.

En terminant son rapport, M. Gibert a annoncé, d'après une communication officieuse de M. Orfila, que le principe posé par l'Association dans une pétition relativement à la réduction du nombre des officiers de santé, avait été adopté par le ministre de l'instruction publique : reste à discuter le chiffre de la population des localités où devra être restreint l'exercice des officiers de santé.

Dans cette séance ont été réélus :

Président : M. Orfila.
Vice-président : M. Fouquier.
Secrétaire-général : M. Gibert.

La commission générale se compose, pour 1843, des membres suivants :

1er arrondissement : MM. Letalenet, Bardoulat, Nicolas, Lacorbière.
2e arrondissement : MM. Mège, Miquel, Mathieu, Lefèvre.
3e arrondissement : MM. Meurdefroy, Andry, Durand, Sédillot.
4e arrondissement : MM. Perdrix, Godart, Dop, Bayard.
5e arrondissement : MM. Perthus, Lebreton, Poultier, Puche.
6e arrondissement : MM. Thillaye, Erambert, Serré, Lasne.
7e arrondissement : MM. Marx, Jacquemin, Hoffmann (Louis), Mavré.
8e arrondissement : MM. Maurice, Belhomme, Berton, Deslandes.
9e arrondissement : MM. Thierry, Deville, Chailly, Bourjat.
10e arrondissement : MM. Paulin, B. Baumetz, Barthélemy, Bataille.
11e arrond. : MM. Gasnault, Vosseur, Adelon, Adorne de Tsharner.
12e arrondissement : MM. Devilliers, Lemoine, Dewulf, Rousseau.

Un projet de loi sur les patentes vient d'être soumis aux Chambres. Le gouvernement, malgré les plus légitimes réclamations, maintient cet impôt onéreux sur les médecins. A l'avenir, même les médecins des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, qui en étaient exempts, rentrent dans la loi commune. Le projet se fonde en cela sur ce que ce sont précisément les médecins les plus achalandés qui ne paient pas l'impôt, et sur ce que les positions de médecins d'hôpital conduisent nécessairement à la clientelle. On ne peut s'empêcher de reconnaître dans cette disposition un fond de raison et de justice que nous avons déjà fait valoir. Mais le principe lui-même est odieux, et tant que les autres professions libérales, celle d'avocat, par exemple, ne subiront pas le sort des médecins, ceux-ci pourront s'élever en toute légitimité contre la criante injustice qui les atteint.

Cependant, si nous étions ambitieux des honneurs civiques, si nous aspirions aux droits de l'électeur et de l'éligible, nous trouverions quelques compensations à l'impôt de la patente. A une époque où l'on n'est rien que par les droits électoraux, il est bien possible que la suppression de cet impôt dérangeât parmi nous bien des existences, contrariât un certain nombre de projets, et détournât plusieurs de nos confrères d'une voie dans laquelle ils sont engagés. C'est ce qui nous fait craindre que les médecins qui entreraient à la Chambre, et qui n'y entreraient qu'en vertu de leur patente, ne fussent pas très empressés à combattre un projet de loi onéreux à la majorité de leurs confrères, mais qui leur confère à eux un droit si ambitionné qu'ils n'en feraient pas aisément le sacrifice. Hélas ! c'est ainsi que vont les affaires de ce monde ; ce qui fait l'incommodité des uns fait le bien-être des autres, et les *autres* sont les plus puissants.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36

SAMEDI 11 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 18, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 10 FÉVRIER.

Opération de l'anus artificiel.

Après la séance de l'Académie de médecine, s'ouvre ordinairement une autre séance, qu'on pourrait appeler la petite pièce, s'il y en avait une grande. Alors les plus pressés de dîner, ou les plus ennuyés des honorables, quittent leurs fauteuils et laissent dans la salle quelques membres zélés, mais d'une nature ordinairement fort pacifique, aimant peu à contredire, préférant de beaucoup une quasi-admiration. C'est devant eux que se font les exhibitions des malades opérés avec succès, et quelquefois des pièces pathologiques plus ou moins curieuses. Ces exhibitions sont permises aux médecins étrangers comme aux académiciens. Les étrangers profitent quelquefois de l'occasion du moindre ulcère pour se permettre des discours qui, par leur longueur, pourraient passer pour académiques. Il s'établit même des colloques qui ont quelquefois la prétention de friser les principes, et dans lesquels le médecin étranger a souvent le dessus ; ce qui ne s'explique pas toujours par son talent, par la bonté de sa cause, mais par l'humeur pacifique des académiciens dont nous avons parlé et par leur savoir-vivre ; car, comme c'est ordinairement en présence des malades ou des parents des malades qu'ont lieu ces petites séances, il ne convient pas de donner tort au médecin, car on pourrait nuire ainsi à sa réputation. Le médecin, membre ou non de l'Académie, profitant de cette tolérance, publie ou fait publier le bulletin qui constate son petit triomphe, et *écrit ainsi l'histoire.*

Les choses se passaient tout doucement de cette manière, avant l'arrivée, dans l'Académie, de quelques esprits aussi difficiles qu'éclairés, et que d'autres trouvent chagrins. Aujourd'hui, la présence du malade ou des parents du malade présenté n'est plus une protection pour le médecin qui ambitionne les honneurs et qui veut profiter des avantages d'une exhibition académique. Ainsi, mardi passé, une vive discussion s'est ouverte à propos de plusieurs enfants opérés par M. Amussat, pour des atrésies de l'anus, et cela en présence des parents.

On sait que ce chirurgien a beaucoup étudié cette question, et pour n'être que juste à l'égard de M. Amussat, on doit déclarer que ses recherches sur ce point, sont très nombreuses, et qu'elles seront très utiles à ceux qui entreprendront l'histoire des atrésies, des dégénérescences de l'anus, du gros intestin et des opérations qui leur conviennent. Mais dans les écrits de M. Amussat et dans ses paroles prononcées à l'Académie, on a trouvé des prétentions à la priorité. Ainsi, selon M. Blandin, c'est par inadvertance que M. Amussat avance qu'il a été le premier à enseigner la voie par laquelle on pénètre dans le colon descendant ou ascendant sans léser le péritoine.

M. Blandin a décrit dans ses ouvrages, et exposé dans ses leçons, cet espace celluleux qu'il faut traverser pour attaquer cette partie du gros intestin sans toucher à la séreuse abdominale. M. Gerdy, qui depuis quelque temps assiste à la petite pièce pour remplir complétement les fonctions pénibles qu'il s'est attribuées en entrant à l'Académie, M. Gerdy n'a pas manqué de combattre les prétentions qu'on prête à M. Amussat pour établir les siennes. M. Gerdy a, en effet, dans son Traité des bandages, décrit la région lombaire, de manière à tracer la voie à ceux qui voudraient plus tard pénétrer dans les profondeurs de cette région, avec l'intention d'attaquer les organes qu'elle renferme, sans léser le péritoine. M. Amussat répond que tous ces travaux sont modernes, et malgré leur mérite qu'il s'empresse de reconnaître, on était encore sous l'influence des idées de Sabatier, de Boyer, lesquels concluaient à l'impossibilité d'ouvrir les colons ascendant et descendant sans léser le péritoine. Ces auteurs, pour cela et pour d'autres motifs, proscrivaient l'opération de l'anus artificiel lombaire. Cette opération ne serait entrée dans la pratique que nouvellement et par ses efforts. Nous commencerons par accorder à M. Amussat ce dernier point, avec une très légère modification. Nous convenons que l'opération consistant à pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire, que cette opération était *généralement* réprouvée, et qu'aujourd'hui ce sont les recherches de M. Amussat qui tendent à la remettre en honneur. Nous ajoutons que si cette opération est définitivement adoptée par les praticiens, on le devra à ce chirurgien.

Mais cette adoption n'est pas accomplie. Pour ne parler ici que des atrésies de l'anus qui réclament cette opération, nous dirons que l'anus artificiel lombaire ne nous paraît pas offrir les avantages de celui qu'on pratique dans la région naturelle, la région périnéale. Nous savons parfaitement que M. Amussat préférera opérer dans cette dernière région, quand par le toucher, la palpation, il aura pu constater que le rectum est voisin de la peau, et surtout quand la fluctuation des matières contenues dans l'intestin sera évidente. M. Amussat n'aura recours à l'anus artificiel lombaire que quand ces signes lui manqueront, et quand il pourra entrevoir les dangers d'une opération qui nécessite une pénétration assez élevée dans le bassin. Mais d'abord, il faudrait établir *par des faits bien observés*, les dangers relatifs de l'opération de l'anus artificiel du périnée, dans les cas où ni saillie, ni fluctuation, n'indiquent la présence du rectum ; il faudrait comparer l'opération périnéale, faite dans de pareilles circonstances, avec l'opération lombaire. M. Amussat cite des faits en faveur de cette dernière, et des insuccès qui semblent condamner l'autre ; mais MM. Blandin et Gerdy retournent l'argument, et citent des succès obtenus par eux mêmes dans des cas où il a fallu aller à la recherche du rectum dans le bassin, quand rien du côté du périnée n'en indiquait matériellement l'existence. Personne ne niera les revers trop bien constatés de certaines opérations de l'anus artificiel par la région lombaire. On pourra trouver l'indication de deux insuccès de ce genre dans le numéro de janvier des Annales de chirurgie, lesquels insuccès ont aussi été enregistrés par la Gazette médicale. On serait également dans l'erreur si on exagérait la facilité, la régularité du procédé lombaire, pour ne voir que difficulté et irrégularité dans l'exécution du procédé périnéal. Notre journal même a imprimé que dans un cas d'opération d'anus lombaire, un chirurgien d'une habileté reconnue, et tous les assistants, furent fort embarrassés dans le dernier temps de cette opération, pour savoir quel était l'intestin qui se présentait au tranchant du bistouri. Pour le procédé périnéal, en allant avec lenteur et suivant la concavité du sacrum dont on se rapprochera le plus possible, en touchant avec l'index après chaque division d'une nouvelle couche, il faut bien que le rectum se termine sur un point élevé pour qu'on ne parvienne pas à lui après un assez court trajet. Ceci n'est pas avancé pour soutenir la plus grande facilité et la régularité parfaite de cette dernière opération. Nous croyons même que, sous ce rapport, elle doit le céder au procédé lombaire.

Nous avons seulement voulu prouver que celui-ci avait aussi ses difficultés et son imprévu. Il a, de plus, ses dangers, même quand on évite la lésion du péritoine. Les journaux que nous avons cités tantôt, en fournissent des preuves. Ces dangers (sans division du péritoine) avaient d'ailleurs été établis théoriquement par M. Vidal dans sa thèse de concours, dont nous extrairons bientôt un fragment qui concerne l'anatomie applicable à l'opération de l'anus lombaire.

Maintenant revenons à une question de priorité, celle de savoir si la disposition que présentent en arrière les colons lombaires, si cette espèce de dénudation de l'intestin est une découverte d'aujourd'hui même, et si réellement Boyer et Sabatier, ainsi qu'on l'a avancé, ont cru que *toujours* les colons lombaires étaient complétement recouverts par le péritoine, circonstance anatomique qui les aurait éloignés de cette opération. Voici les paroles de Boyer : « *Le colon, chez les enfants du premier âge, est le plus souvent retenu par une espèce de mésentère.* » T. X, pag. 30. Ainsi Boyer ne dit pas que toujours le péritoine recouvre en entier le colon, il dit que c'est le plus souvent, ce qui n'est qu'une exagération. Boyer ajoute que c'est dans le premier âge, ce qu'il faut bien noter aussi. Quant à Sabatier, il rapporte que si dans l'essai que Callisen fit de l'opération de l'anus lombaire, ce chirurgien lésa le péritoine, c'est qu'*il n'avait pas bien pris ses dimensions.* De sorte que Sabatier reconnaît ici qu'il y a un point du colon qui est dépourvu du péritoine, et qu'en prenant bien *ses dimensions*, c'est-à-dire en procédant avec méthode on pouvait se frayer une route pour arriver jusqu'à l'intestin et l'ouvrir sans toucher au péritoine. Bien plus, Sabatier ajoute que Callisen *ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il parvint au colon, comme il se l'était proposé.* Or, ce que se proposait Callisen, en créant le procédé lombaire, c'était d'éviter la lésion du péritoine. Son point de départ était tout anatomique, il était dans ces circonstances : l'absence du péritoine sur un point du colon, et la possibilité d'atteindre ce point en épargnant la séreuse.

Maintenant, si on voulait soutenir que les chirurgiens de nos jours n'ont rien ajouté à Callisen, à Boyer, à Sabatier, si on refusait d'admettre que M. Amussat a rendu plus facile, plus exécutable le procédé lombaire, on tomberait dans une grande erreur, et on commettrait une injustice. Mais l'erreur serait encore plus grossière et l'injustice plus criante, si on voulait que M. Amussat eût trouvé ce qui n'était inconnu de personne, quand ce chirurgien a appliqué pour la première fois le procédé lombaire.

Les données anatomiques fournies par M. Amussat, seront complétées et rectifiées par celles que nous allons exposer, d'après la thèse de M. Vidal. Nous recommandons aux lecteurs ce que cet auteur a dit sur la disposition des vaisseaux mésentériques par rapport au colon :

« Le colon descendant se continue avec le colon transverse dans l'hypochondre gauche au-dessus du grand cul-de-sac de l'estomac, en avant de la rate ; c'est à une hauteur variable par rapport à la crête iliaque. On trouve jusqu'à 10 centimètres de variation. Le péritoine se comporte différemment, comme on sait, relativement au colon transverse et aux autres parties du gros intestin. Le colon transverse est toujours plus complétement enveloppé par le péritoine ; il n'est nullement accessible aux opérations qui auraient la prétention de ne point léser le péritoine. La portion du colon descendant qui est située au-dessus de la crête iliaque et dont la longueur varie de 35 à 160 millimètres, décrit parfois des flexuosités et est plus ou moins complètement enveloppé par le péritoine. Tantôt cette membrane passe seulement au-devant de l'intestin, s'applique contre la paroi abdominale et laisse une surface large par laquelle il peut être ouvert sans lésion de la membrane séreuse, tantôt l'intestin est enveloppée dans presque toute sa circonférence, de sorte qu'il ne reste qu'une bande très étroite en arrière, dépourvue de péritoine. Enfin les deux feuillets péritonéaux peuvent arriver au contact et envelopper complétement l'intestin. Il était important de savoir si, dans ces cas, le péritoine pouvait être séparé dans une certaine étendue de l'intestin ; si en se dilatant, celui-ci se dilate davantage dans la portion où la séreuse se réfléchit pour gagner les parois abdominales. Relativement à la première question, j'ai vu que tout décollement de l'intestin au-delà de ses limites naturelles était non seulement difficile à cause de la force des adhérences, mais *dangereux*, parce que le péritoine devient excessivement mince et se déchire avec la plus grande facilité.

» Les vaisseaux sanguins qui vont au reste du tube intestinal ou qui en viennent, sont contenus dans le mésentère, c'est-à-dire entre les deux feuillets péritonéaux. Pour le colon qui n'a pas de mésentère, les vaisseaux ne sont en rapport qu'avec une lame du péritoine pariéto-viscéral. Ils arrivent, non par la partie tout à fait postérieure, mais par la partie postérieure et interne, et ils offrent en ce point une disposition remarquable. On sait que les artères et les veines de l'intestin grêle forment dans l'épaisseur du mésentère des séries d'arcades anastomotiques en diminuant de calibre ; en sorte qu'au voisinage du bord mésentérique de l'intestin on ne trouve plus que des vaisseaux d'un petit calibre. Pour le gros intestin, ces séries d'arcades sont remplacées par une arcade unique, formée à droite par les branches qui émanent de la concavité de la grande mésintéribue, et à gauche, par celles qui viennent de la petite. Or, cette arcade, représentée dans la portion d'intestin qui nous occupe par une grosse branche marchant parallèlement à lui, en est très rapprochée, et correspond ordinairement au lieu de réflexion du péritoine en dedans de l'intestin. Cette branche fournit les rameaux dont les uns, antérieurs, et les autres, postérieurs, s'anastomosent sur la portion diamétralement opposée du canal intestinal ; il résulte de cette disposition des vaisseaux mésentriques : 1° que la partie postérieure médiane est dépourvue de grosses branches ; 2° que sur cette portion on ne trouve que des branches disposées transversalement ; 3° que ces branches sont plus grosses du côté interne, qui correspond à leur origine, que du côté externe, qui correspond à leur terminaison.

» Si on insufle l'intestin pour mesurer sa circonférence dans les cas normaux, on trouve 12 à 19 centimètres. La différence est beaucoup plus grande pour le rapport qui existe entre la portion revêtue par le péritoine et celle qui en est dépourvue. Cette variation porte sur les chiffres 0 et 2 centimètres. Cette portion dépourvue de péritoine m'a semblé se distendre davantage, car ce dernier chiffre 0, 02 est celui d'un cas où il existait au mésocolon. Pour expliquer mes dernières paroles, qui semblent au premier abord contradictoires, je dois dire que, même dans les cas de mésocolon, il y a toujours en arrière une portion où le péritoine n'adhère pas à l'intestin. Ce sont ces limites d'adhérences naturelles que j'ai prises pour mesurer la portion dépourvue de péritoine. » (*Thèse de Concours sur le cancer du rectum.*)

Les opérateurs apprécieront facilement ces données anatomiques, qui pourront rendre plus régulier et moins dangereux le procédé lombaire.

HOPITAUX. — MALADIES RÉGNANTES.

Scarlatines et érysipèles.

Première observation. — *Scarlatine simple. Eruption très confluente, sans fièvre. Sueurs critiques abondantes.*

Un jeune homme d'environ vingt-quatre à vingt-cinq ans, grand, fort et vigoureux, entra à l'Hôtel-Dieu le quatrième jour d'une éruption scarlatineuse. Il avait tout le corps recouvert de petites plaques confluentes d'un rouge vif ; l'éruption

était très abondante à la face et à la partie antérieure du thorax, mais elle était spécialement remarquable par sa confluence aux membres inférieurs, où la peau était d'une coloration uniforme, d'un rouge framboisé des plus prononcés; on remarquait en quelques points, notamment autour des malléoles, de petites plaques rouges disséminées autour de grandes plaques d'un rouge brun presque ardoisé. L'éruption était d'ailleurs régulière, symétrique et également développée sur les deux moitiés du corps, ainsi qu'on l'observe ordinairement dans la scarlatine.

Le malade, avec une éruption aussi considérable, n'avait point de fièvre; le pouls conservait son type normal; la température de la peau était assez élevée, mais point fébrile. Le malade n'éprouvait aucun trouble, aucun malaise notable; il était, en un mot, dans état apyrétique complet. Mais il avait eu une fièvre extrêmement intense les jours précédents; elle avait duré trois jours, et était tombée complètement pour ne plus revenir, le jour même où l'éruption a commencé à paraître.

Dès le quatrième jour, la crise par les sueurs commençait à se manifester; la peau, qui jusque là avait été constamment sèche, était moite et commençait à se couvrir de sueur.

Le lendemain les sueurs étaient abondantes et l'éruption cessait de faire des progrès.

Les six, sept et huitième jours, le malade a été plongé dans une sueur très copieuse et presque continuelle, après quoi la desquammation s'est opérée, et le malade a guéri complètement, sans aucun des accidents consécutifs qui se manifestent si fréquemment à la suite de la scarlatine.

Voilà un cas de scarlatine des plus considérables et des plus prononcés, mais à la fois des plus simples et des plus réguliers dans sa marche, et dans lequel le type critique est on ne peut plus nettement marqué.

L'observation suivante nous offrira, au contraire, un cas de scarlatine avec éruption anormale et compliquée, et à cause de cela difficile à reconnaître, bien que la maladie n'ait présenté d'ailleurs aucune gravité.

Deuxième observation. — *Scarlatine. Eruption anormale. Catarrhe vulvaire.*

Au n° 4 de la salle Saint-Bernard était une jeune fille de vingt ans environ, qui nous a offert une affection cutanée éruptive, dont les caractères n'étaient pas nettement et clairement distincts au début, et sur la nature de laquelle il est resté même jusqu'à la fin quelques doutes dans l'esprit de la plupart des personnes qui ont vu la malade. Il s'agissait cependant, suivant toute apparence, d'une scarlatine, mais d'une scarlatine dont l'éruption n'était point franche. Ce qui a surtout concouru à fixer le diagnostic sur ce point, c'était le caractère des prodromes. Les prodromes correspondaient en effet plutôt à cette dernière maladie, qu'à la rougeole ou à toute autre maladie éruptive. La malade n'a eu ni larmoiement, ni toux au début, tandis qu'elle a été prise de mal de gorge. Mais l'éruption n'a pas cette régularité particulière qui est propre à la scarlatine: ainsi elle offre bien le pointillé que l'on observe dans cette affection; mais au lieu d'être d'une forme régulière, symétrique, elle se montre irrégulièrement disséminée sur différentes parties du corps, offrant plutôt, sous ce rapport, l'apparence ordinaire de la rougeole que celle de la scarlatine. Nous ferons remarquer aussi, que la malade dit qu'avant l'éruption actuelle elle avait une quantité de petits boutons sur le corps, qui laissaient après eux des croûtes et puis des taches. Il est par conséquent très probable que ces taches ont contribué à altérer l'aspect des plaques scarlatineuses; on pourrait expliquer par là aussi l'irrégularité de cette éruption. Tout bien considéré, il y avait beaucoup plus de raisons pour ne voir là qu'une scarlatine, mais un peu irrégulière, vu l'assez grande rareté des cas où la rougeole et la scarlatine marchent de concert.

Quant aux symptômes généraux, ils offraient assez peu d'intensité: le pouls était peu fréquent, le mal de gorge peu considérable; de sorte que la maladie en elle-même, malgré cette apparence de complication et d'irrégularité dans l'éruption, était en réalité peu grave, et devait, suivant toute probabilité, se terminer par une prompte résolution. En effet, quatre jours après le début de l'éruption, la malade allait beaucoup mieux; la desquammation commençait à se faire.

Nous ajouterons à ce que nous avons dit précédemment, qu'il existait chez cette jeune fille une légère inflammation de la vulve avec écoulement d'une matière puriforme, espèce de catarrhe assez commun dans les fièvres éruptives chez les femmes qui mènent d'ailleurs l'existence la plus régulière, et chez lesquelles rien n'autorise à soupçonner l'existence d'une affection suspecte. Deux jours après, ou le sixième jour, la desquammation était presque achevée, et la malade en voie de complète guérison.

Troisième observation. — *Erysipèle du cuir chevelu et de la face, compliquée de laryngite aiguë et fièvre intense. Extension de l'érysipèle au tronc. Résolution.*

Une malade couchée au n° 17 bis de la sale Saint-Bernard, âgée de vingt-six ans, d'une constitution forte, nous a présenté un de ces cas d'érysipèle de la face débutant par le cuir chevelu. Cette malade n'éprouvait à l'origine de sa maladie qu'un mouvement fébrile de peu d'intensité, des douleurs assez vives à la tête, de la toux et un peu d'aphonie, le tout précédé d'une suppression des règles; mais bientôt ces symptômes se sont considérablement accrus, et au moment où nous l'avons vue pour la première fois (le 10 janvier), son état était assez grave. Voici les symptômes qu'elle présentait: Tout le côté droit de la face était violet, le nez gonflé et violacé du côté où la maladie a commencé; l'oreille offrait un boursouflement assez prononcé; le front était rouge; on voyait enfin, vers le bas de la face, des rayons érysipélateux qui indiquaient que la maladie avait commencé par le front, et qu'elle tendait à gagner et à s'étendre vers la partie inférieure de la face et le cou. Le cuir chevelu était œdémateux; on trouvait aussi de l'œdème à la partie postérieure du cou. L'érysipèle occupait une grande partie du cuir chevelu et à peu près la moitié de la face. Fièvre assez intense; le pouls à 120; un peu de délire; un peu de diarrhée.

Du moment où l'érysipèle s'est déclaré, l'aphonie a un peu diminué, le timbre de la voix est devenu plus clair; la fièvre s'est modérée; puis l'érysipèle lui-même s'est circonscrit.

Mais après sept ou huit jours d'un état à peu près stationnaire, il y a eu une véritable recrudescence; la fièvre est redevenue plus intense, et l'érysipèle a fait de nouveaux progrès.

On ordonna alors de larges saignées, des vésicatoires, des sinapismes et des purgations, à la suite desquels sont survenus de la diarrhée et des vomissements. A la suite de ces derniers accidents, on a fait appliquer des ventouses sur l'épigastre.

On n'avait point recouru à cette médication active dès le début, parce qu'on avait un instant attendu quelque influence favorable de l'érysipèle sur la laryngite; mais du moment où la maladie a paru s'aggraver avec une assez grande rapidité, on n'a plus hésité à recourir aux moyens les plus énergiques.

Le 16, l'érysipèle avait disparu de la face et du cuir chevelu; il avait envahi le cou et le dos. Malgré cette extension, les phénomènes généraux avaient diminué; la voix était revenue à l'état normal.

Le 20, l'érysipèle était partout en voie de résolution, l'amélioration générale prononcée; chute de la fièvre; cessation complète des symptômes de laryngite.

Le 25, l'érysipèle était entièrement résolu, et tous les symptômes généraux dissipés. Après quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade est sortie complètement guérie.

Quatrième observation. — *Erysipèle du cuir chevelu et de la face, ayant débuté par le cuir chevelu. Résolution le quinzième jour.*

Dans la même salle est une autre malade âgée de seize ans, entrée à l'hôpital par suite d'une asphyxie momentanée accidentelle. Cette jeune fille avait en outre cessé de voir ses règles depuis trois mois. En l'explorant avec le doigt, on trouva l'utérus très peu développé, mais en même temps on sentait une tumeur existant vers le fond de cet organe, tandis qu'une dépression très prononcée se faisait sentir en avant et vers la partie antérieure du vagin, disposition singulière et telle, que l'on comprenait difficilement comment cette jeune fille avait pu, jusque-là, être réglée, tant l'utérus était petit.

Mais ce n'est point là l'affection principale, et celle dont nous avons à nous occuper en ce moment.

Lorsque cette malade entra à l'hôpital, elle avait un engorgement douloureux dans les ganglions du cou. Cette circonstance seule nous avait fait soupçonner l'apparition prochaine d'un érysipèle. Cependant, rien encore n'en révélait l'existence. Le cuir chevelu n'offrait ni rougeur, ni œdème; seulement la malade se plaignait d'une petite douleur vers la naissance des cheveux. On pouvait se demander si cette douleur n'était pas rhumatismale, mais on s'assurait bientôt du contraire en faisant exécuter à la malade des mouvements du front et des sourcils; ces mouvements n'accroissaient nullement les douleurs.

Les jours suivants, l'érysipèle s'est développé sur la face et a gagné le cuir chevelu, principalement du côté droit. En palpant cette partie, on distinguait une espèce de gonflement élastique borné par une sorte de ligne ou bord assez saillant; c'était là le seul caractère auquel on pût reconnaître l'existence d'un érysipèle du cuir chevelu, cette partie ne devenant pas rouge comme les autres points du système cutané. La malade avait en même temps un peu de fièvre.

Cinq jours plus tard, environ le dixième jour de la maladie, celle-ci n'avait point fait de progrès; le gonflement œdémateux du cuir chevelu et de la face persistait, mais la sensibilité de ces mêmes parties était diminuée.

Le quinzième jour, l'érysipèle était entièrement résolu; et après quelques jours encore de séjour à l'hôpital, la malade en est sortie complètement guérie.

— Nous pourrions joindre à ces observations quelques cas d'érysipèles traumatiques très graves observés dans les services de chirurgie; mais ces cas, ainsi que beaucoup d'autres observations de maladies régnantes, de nature à donner lieu à des considérations particulières, seront rapportés à part, dans les compte-rendus des cliniques respectifs.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Leçon sur un nouveau traitement de l'hydrocèle; recueillie par M. BAELEN, chirurgien sous-aide.

Dans une autre séance, dit le professeur, nous vous avons entretenu des diverses espèces d'hydrocèle de la tunique vaginale; nous vous avons parlé de leurs causes les plus fréquentes, de leurs signes différentiels, de leur diagnostic; aujourd'hui nous allons nous occuper de ces affections au point de vue du traitement curatif.

Et d'abord, à entendre chaque jour se débattre les partisans du traitement de l'hydrocèle par injections, sur le choix du liquide, ne semble-t-il pas que nous n'ayons aujourd'hui rien de mieux à faire que d'opter pour les injections vineuses ou pour les injections à l'iode?

Ce serait ne pas comprendre la portée philosophique d'une si grande question, que de la renfermer dans de telles limites.

Ce puéril débat nous a révélé un fait dont il faut que les praticiens sachent profiter; savoir, que le traitement par injections, envisagé d'une manière absolue, est souvent suivi de récidives. Je ne veux d'autres preuves que les faits recueillis dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, et publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*. A l'Hôtel-Dieu, on traite avec succès des hydrocèles qui récidivent après le traitement par l'iode; à la Charité, on observe le contraire.

Sans nous préoccuper de la nature des injections, et après avoir signalé le fait de récidives, même par l'emploi des liquides qui aujourd'hui ont le plus de vogue, nous devons encore indiquer un fait non moins important.

Le liquide injecté, qu'il soit vineux, alcoolisé, aromatique, astringent, ou bien ioduré, peu importe, est un excitant d'une portée inconnue, lequel devra se trouver en contact avec une séreuse, dont le degré d'irritabilité, variable à l'infini, est également inconnu du chirurgien, qui se trouve ainsi en face de deux inconnus.

Que fait-il quand il injecte un liquide irritant dans la tunique vaginale? Il agit évidemment en aveugle; il abandonne au hasard les résultats d'une médication dont il ne peut à l'avance calculer la puissance.

Il pourra se faire, il est vrai, que l'injection se trouvant, chez tel malade, dans des rapports parfaits de stimulation, avec la sensibilité de la tunique vaginale, amène une guérison heureuse; mais aussi, chez tel autre malade, la même harmonie n'existant pas, l'irritation développée pourra être en excès, ou faire défaut.

Dans le premier cas, il faudra combattre cet excès par les antiphlogistiques, courir toutes les chances d'une inflammation, dont on ne peut pas toujours se rendre maître, et qui se termine quelquefois par gangrène.

Dans le deuxième cas, il y aura remède.

Vous le voyez, le traitement de l'hydrocèle par injections est empirique; il expose à des récidives et à des accidents graves. Ce n'est pas tout; toujours il est douloureux, et la douleur va quelquefois jusqu'aux convulsions.

Après le traitement par les injections, et cela dans les cas les plus heureux, la tumeur scrotale à peine vidée, reprend dans les vingt-quatre heures qui suivent un volume énorme, avec tous les caractères d'un phlegmon violent; phlegmon qui se termine ordinairement par résolution dans l'espace de six semaines, il est vrai, mais qui parfois aussi se termine par induration, suppuration, et même par gangrène, comme nous venons de le dire.

Voilà pour les injections.

Voyons maintenant si l'instrument destiné à conduire le liquide qui doit être injecté, est exempt de critique, et si cet instrument brutal, appelé trocart, ne saurait être avantageusement remplacé.

En supposant le trocard un instrument bon dans beaucoup de cas d'hydrocèle, il faudra bien reconnaître qu'il est des cas où son emploi serait dangereux, et qu'il en est même où il serait impossible de s'en servir utilement.

Son emploi sera dangereux toutes les fois que la tumeur n'étant pas transparente, il ne sera pas possible d'apprécier *à priori* le volume et la position du testicule. Cet exemple n'est pas le seul.

Nous vous avons démontré qu'assez souvent le testicule occupe un volume considérable, surtout dans les hydrocèles compliqués d'orchite, ce qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense généralement; d'une autre part, la position de cette glande n'est pas aussi constamment, que cela est dit dans les livres, en dedans, en haut et en arrière de la tumeur. Des adhérences peuvent faire varier à l'infini la position du testicule.

C'est pour avoir, dans un cas analogue et alors que la transparence ordinaire à ces tumeurs n'existait pas à cause de la nature purulente du liquide contenu, accordé trop de confiance au trocart, qu'il m'est arrivé ce qui est arrivé à tant de praticiens, d'entrer dans la glande elle-même.

Or, les ponctions testiculaires ne sont pas aussi inoffensives qu'on l'a dit dans ces derniers temps. J'ai vu, étant élève en médecine, ces accidents survenir après une opération faite par l'un des premiers chirurgiens de Paris; il voulut cacher son erreur à son auditoire, continuer l'opération comme si rien n'était, et une gangrène survint après l'injection: le malade faillit périr.

Chez mon malade, je n'ai pas fait d'injections; j'ai employé de suite un traitement antiphlogistique actif, et la guérison est survenue après bien des souffrances, mais avec récidive de l'hydrocèle.

Cet accident m'avait vivement impressioné, et j'ai résolu de chercher un instrument plus perfectionné que le trocart; on verra plus bas si j'ai atteint mon but. Continuons de signaler les cas où l'usage du trocart serait dangereux.

Il serait encore dangereux quand on a affaire à une hydrocèle d'un petit volume, quand la tumeur est flasque, peu tendue, dans les hydrocèles enkystées, dans les hydrocèles congénitales, et surtout dans les hydr'orchites.

Je sais bien que généralement on se préoccupe peu d'une petite hydrocèle, d'une hydrocèle du cordon, et même d'une hyd'orchite. C'est une faute; il est démontré par l'expérience que lorsqu'une hydrocèle d'un petit volume n'a pas cédé au traitement simple, en tête duquel nous plaçons le vésicatoire; il est démontré, dis-je, que le volume de l'hydrocèle augmente constamment avec l'âge, et que presque toujours il faut en venir à l'opération. Or, cette vérité étant acquise, ne vaut-il pas mieux opérer une petite hydrocèle qu'une grosse, puisque dans le premier cas, la poche qui doit être oblitérée est de peu de capacité, et n'offre pas les chances fâcheuses d'une forte réaction inflammatoire comme dans la deuxième hypothèse?

Quant à l'hydr'orchite, c'est une affection bâtarde que l'on rattache généralement à l'orchite ou à l'hydrocèle, selon la

prédominance des symptômes de l'une ou de l'autre. Nous lui avons reconnu une existence propre, et nous l'avons soumise à un traitement nouveau dont nous retirons les plus heureux résultats. Nous avons démontré par la publication d'une foule de cas de guérison, dont beaucoup ont été insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*, que le traitement dirigé contre cette affection mixte devient illusoire et doit échouer, si préalablement on n'a soutiré le liquide dont la présence place la glande dans un état d'isolement et empêche le médicament d'arriver jusqu'à elle.

Or, comment soutirer le liquide avec l'instrument dit trocart, sans courir la chance de blesser le testicule? Et d'un autre côté, comment oser injecter dans la tunique vaginale un liquide irritant, sans craindre de donner à l'orchite un surcroît d'irritation? On le voit, le traitement de l'hydrorchite à ce point de vue, était tout à créer; on jugera si nous y sommes parvenu.

L'instrument que nous avons imaginé pour remplacer le trocart, se compose d'un porte-aiguille à acupuncture, terminée par un fer de lance. Sur cette aiguille glisse un tube métallique en argent, percé d'une ouverture latérale à sa partie moyenne. Cet instrument, ainsi composé de deux pièces, ressemble assez bien aux aiguilles destinées au bec-de-lièvre, si ce n'est qu'il a de plus grandes proportions.

Quand on veut s'en servir, on a soin de le frotter avec un corps gras: la tumeur est saisie de la main gauche de manière à refouler en arrière le testicule, si cela est possible. On choisit, soit en haut soit en bas, un point fluctuant; on évite les veines et l'on introduit doucement, en le fixant entre le pouce et l'index, cet instrument que j'ai appelé trocart-acupuncture.

Aussitôt qu'il a franchi les enveloppes scrotales, il donne la sensation d'une résistance vaincue, et, sans aller plus avant, il faut imprimer de petits mouvements à son extrémité libre. On reconnaît alors que la pointe de l'aiguille est libre, qu'elle baigne dans du liquide, et l'on peut, si on le juge convenable, faire rentrer le dard dans la canule afin d'étudier avec celle-ci la position et le volume du testicule.

On fait ensuite parcourir par l'instrument la tumeur dans son plus grand diamètre et on le fait ressortir de manière à embrocher le scrotum à la manière d'un séton, on retire la tige armée du dard, on laisse en place la canule qui le recouvre, le liquide s'engage par le trou dont elle est percée à son centre, et s'échappe par les deux bouts de la canule.

Pendant les trente-six premières heures, on se contente de laisser en place la canule assujettie à l'aide d'un fil de coton en forme de huit de chiffre, et voici ce qui se passe:

Le liquide coule pendant tout ce temps, goutte à goutte, au fur et à mesure qu'il est sécrété; plus tard, la fistule artificielle se tarit, et il survient une tuméfaction qui se développe graduellement sous l'empire de la présence de la sonde qui agit comme un séton, en même temps qu'elle donne issue au liquide à la manière d'une fistule. Quand après cinq, dix ou quinze jours, cette tuméfaction paraît profonde et suffisante pour amener la cure de l'hydrocèle, on retire la canule.

Les deux petites plaies suppurent comme deux petits cautères fistuleux pendant quelques jours, puis elles se ferment avec des adhérences profondes sur la glande séminale. Mais assez souvent la présence de la sonde est insuffisante pour amener la cure radicale. On reconnaît cette insuffisance à ce que la tuméfaction s'opère dans le tissu cellulaire du dartos et non entre les feuillets de la tunique vaginale.

Dans ce cas, quand l'irritation fait défaut, il faut aider à son développement en insufflant, à partir du deuxième ou troisième jour après l'opération, de l'air dans la séreuse à travers la canule; et pour empêcher l'air de s'échapper, on doit fermer la canule avec une tige pleine. Le lendemain et les jours suivants, on pousse de nouveau de l'air, si le degré d'irritation qu'on veut faire naître n'est pas suffisant; et enfin, si l'air restait sans effet, ce qui arrive fort rarement, on injecterait par le même moyen une demi-cuillerée de vin.

Sur un nombre de quatre-vingts malades que j'ai opérés par ma méthode, il ne m'est arrivé qu'une fois sur cinq de recourir à ce dernier expédient.

Une demi-cuillerée de vin détermine toujours une inflammation suffisante, parce que la séreuse a déjà été irritée par la présence dd la sonde et de l'air; d'une autre part, l'infiltration du vin dans le dartos n'est plus possible, à cause de l'induration du tissu cellulaire au pourtour de la canule.

Par cette manière d'opérer l'hydrocèle, le chirurgien gradue à son gré l'inflammation qu'il veut faire naître dans la tunique vaginale; il la maintient dans de sages limites, et n'a à redouter ni son défaut, ni son excès.

L'introduction du trocard-acupuncture n'expose nullement à la lésion du testicule; la douleur qu'elle développe peut être comparée à celle que fait naître l'acupuncture, que tout le monde sait être fort tolérable, et dans aucun cas elle ne saurait être comparée à la souffrance qui accompagne les ingestions. Cette méthode permet de traiter toutes les espèces d'hydrocèle, même celles qui sont congénitales. Elle n'expose pas auc accidens que peuvent faire naître les injections, soit par leur passage dans le dartos, soit en provoquant une trop vive inflammation.

Quand l'hydrocèle est d'un volume énorme, quand elle s'est développée chez un vieillard, quand le testicule est altéré, quand le liquide contenu est purulent, il est sage de ne jamais tenter le traitrment curatif par la méthode ordinaire, et de s'en tenir au traitement palliatif, à la ponction pure et simple, sans recourir aux injections.

Ces contre indications disparaissent devant notre traitement, puisqu'on peut dire qu'il est aussi innocent que le traitement palliatif ordinaire, tout en ayant sur lui l'avantage d'être curatif.

Les observations qui suivent ont été recueillies à la clinique du chirurgien en chef du Val-de-Grâce; ce sont les plus récentes, et nous les avons choisies de préférence à d'autres, parce que les faits avancés peuvent encore être constatés sur ces malades.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 janvier 1843. — Présidence de M. Fl. Léger.

En vertu de l'article 13 de son réglement, la Société s'est réunie le deuxième jeudi de décembre 1842, pour le renouvellement de son bureau.

Ont été nommés :

Président,	MM. Fouquier;
1er vice-président,	Fl. Léger;
2e vice-président,	Tanchou;
Secrétaire annuel,	Éguisier;
Secrétaire ann. adjoint,	Terrier.

Après la lecture du procès-verbal, la Société vote des remerciements à M. Ch. Masson pour le zèle avec lequel il a constamment rempli ses fonctions de secrétaire.

M. Serrurier, secrétaire-général, fait le dépouillement de la correspondance.

M. Guillon écrit pour une réclamation au sujet du procès-verbal de la dernière séance. (On passe à l'ordre du jour.) Il demande, en outre, à reprendre le titre de membre *titulaire* qu'il avait précédemment abandonné pour celui d'*honoraire*. Sa demande, soumise au scrutin secret, est adoptée.

M. Ch. Masson ramène l'attention de la Société sur les cas de choléra rapportés par M. Chalut dans la dernière séance. C'est en effet, dit M. Masson, une chose remarquable que l'apparition de cinq cas de choléra survenus dans le cours d'une pneumonie, chez des individus traités par le tartre stibié. Les avis ont été partagés; les uns ont demandé s'il fallait en accuser l'atmosphère. Je ne le pense pas; car dans cette supposition la maladie ne se fût point bornée à ce petit nombre de malades, entourés de circonstances identiques. Les autres en ont accusé le tartre stibié. Ce médicament peut, il est vrai, donner lieu à des superpurgations; mais je ne sache pas qu'il ait jamais occasionné le choléra asiatique. Je ne trouve pas de faits semblables dans la science, et pourtant mon esprit ne peut les révoquer en doute; c'est bien le choléra avec ses symptômes les plus caractéristiques. Si je consulte les registres des hôpitaux, j'y vois que la pneumonie est une des affections que l'on traite avec le plus de succès. Quelle peut donc être la cause de cette terminaison funeste? Je me suis demandé si le tartre stibié dont les malades se sont servis était bien pur, s'il ne contenait pas quelqu'autre substance plus active, capable d'occasionner des accidents cholériques. Cette hypothèse me semble plus rationnelle que celles qu'on a invoquées pour l'explication des faits dont il s'agit.

M. Chalut. Les cas de choléra que j'ai cité ont eu lieu en avril, mai et juin; mais j'en ai observé d'autres au mois d'août.

M. Sorlin fait remarquer que la dysenterie, quand elle est portée à un très haut degré d'intensité, offre un ensemble de symptômes capables d'en imposer pour le choléra. M. Peysson a cité plusieurs faits de ce genre dans l'épidémie de 1840, à Lyon. Ne serait-il pas possible qu'un excédant d'émétique se fût porté sur les intestins, et eût produit ces accidents?

M. Sterlin. Mais M. Chalut vous a rapporté d'autres cas de choléra survenus en même temps chez des individus qui n'avaient pas pris de tartre stibié.

M. Serrurier. J'ai eu occasion d'observer, il y a peu de temps, deux personnes, la mère et la fille, âgées la première de 60 ans, et la seconde de 30, qui avaient mangé, en ville, un mets connu sous le nom de *crême renversée*. Elles ont été prises le soir même de coliques violentes avec garderobes et vomissements d'une matière blanchâtre, semblable à du riz. Chez l'une d'elles, la màre, est survenu un amaigrissement remarquable; les traits se sont décomposés; les yeux sont devenus caves; la langue froide, en un mot, tous les symptômes du choléra. J'ai prescrit une boisson qui m'a souvent réussi en pareille circonstance; c'est une solution d'alun avec des blancs d'œufs et du sirop de gomme :

Eau,	500,0
Alun,	5,0
Blancs d'œufs,	nº 2
Sirop de gomme,	Q. S.

Deux jours après ces deux dames étaient guéries.

M. Nauche. Je fus appelé en juillet 1841, pour une petite fille de onze ans, qui avait été prise de refroidissements, de crampes, de vomissements et de garderobes d'une matière blanchâtre; elle était obsédée par des rêvasseries de fanômes; elle voyait les objets doubles. J'avais fait dans le temps sur des cholériques une observation que je voulus vérifier ici; j'avais lavé la matière blanchâtre des garderobes, et j'avais reconnu qu'elle était composée de particules semblables à des débris caséïformes, à des petites viroles de pus et d'albumine, ce qui me fit croire, à cette époque, qu'elles étaient le résultat d'une éruption intestinale. Elle était alcaline. Chez ma petite malade, la matière des garderobes était également alcaline, mais elle ne présentait pas la forme que je viens de signaler. Comme cette enfant avait bu de la limonade, qu'elle avait faite avec des noyaux d'abricots concassés, je regardai sa maladie comme un empoisonnement par l'acide hydrocianique. Le choléra peut, en effet, survenir sous l'influence de causes diverses : le tartre stibié peut, comme d'autres substances, le produire chez certaines personnes prédisposées.

M. Duperthuis a observé des pneumonies dans lesquelles le tube digestif est plus gravement affecté que la poitrine; lorsque le malade paraît entrer en convalescence, des symptômes cholériformes surviennent tout à coup et entraînent la mort. Il vient de perdre de cette manière un pneumonique qui n'avait pas pris de tartre stibié.

M. Tanchou. On donne souvent le nom de choléra à des maladies qui ne sont autre chose que des indigestions; l'indigestion de noyaux, indépendamment de l'acide hydrocianique qu'ils contiennent, peut les produire, mais aussi celle de la glace, prise après le repas, en est une cause fréquente; elle paralyse en quelque sorte momentanément l'estomac et arrête la digestion, de là des accidents cholériformes. Il y a quelques années, je fus appelé au Café anglais pour une dame qui avait été prise subitement d'accidents semblables, après avoir pris des glaces au sortir d'un copieux dîner. Je la trouvai pâle, froide, se plaignant de coliques, d'envies de vomir et dans une prostration extrême; je lui fis donner immédiatement un verre de punch; elle l'eut à peine avalé, que les accidents se calmèrent, et, peu d'instants après, elle était rétablie. Sans être aussi marqués, ces phénomènes ne sont pas rares : on les prend souvent pour ceux du choléra.

M. Serrurier. J'appuie d'autant plus volontiers ce que vient de dire M. Tanchou, que j'ai été témoin d'un fait semblable au sien, sur une de mes parentes qui habite la Russie, et qui est actuellement à Paris. Elle ne peut pas s'habituer au froid de Paris. Hier elle est sortie; elle a eu froid, et elle a été saisie des accidents précités : vomissements, évacuations alvines, faiblesse, frissons, etc. Je lui ai fait donner du vin chaud; sa santé s'est promptement rétablie.

M. Chalut cite un fait analogue.

M. Sorlin a vu toute une famille prise d'évacuations abondantes et de coliques après avoir mangé d'un jambon de charcuterie. Il s'est demandé si cet aliment ne contenait pas de vert-de-gris, de l'arsenic ou tout autre substance toxique.

M. Chalut. Un charcutier prépare un vaste pâté de cochon; douze ouvriers en mangent; six sont attaqués de vomissements et de coliques; les autres n'éprouvent rien.

M. Léger. Nous savons que les charcuteries peuvent acquérir des propriétés vénéneuses indépendamment de la nature des vases qui les contiennent. C'est une remarque signalée déjà par Fodéré. Mais tous ces faits ne sauraient être confondus avec le véritable choléra, et particulièrement avec les cas rapportés par M. Chalut, et qui se sont terminés par la mort. Je pense que la couleur blanche des matières, dans cette maladie, vient de ce que le cours de la bile est momentanément interrompu par suite de la suspension des fonctions du foie.

Le secrétaire annuel, Eguisier.

Hémorrhagies traumatiques. — Quelques considérations nouvelles sur les épanchements de sang et les tumeurs sanguines qui se forment après la blessure des vaisseaux. (Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans sa séance du 5 février, par M. Amussat.)

Dans ce mémoire, l'auteur a cherché à établir :

1º Que les tumeurs sanguines traumatiques consécutives à l'ouverture d'un vaisseau par une petite plaie de la peau, ont une disposition toute particulière fort importante pour la pratique chirurgicale, puisque j'ai démontré qu'il existe toujours un trajet ou un conduit central dans ces tumeurs.

2º Que ce conduit central qui est constant, et qu'on peut tout naturellement comparer à un puits, à une cheminée ou à un cratère, doit être appelé *trajet conducteur*, parce que c'est le guide le plus sûr pour trouver la blessure du vaisseau.

3º Qu'il y a une analogie parfaite sur ce point entre les faits observés sur l'homme et les expériences directes sur les animaux vivants. C'est encore un fait de plus à opposer aux détracteurs des vivisections.

4º Que la difficulté de trouver le vaisseau blessé, et, par suite, les erreurs graves et quelquefois funestes qui ont été commises par les plus grands chirurgiens dans des cas pareils, prouvent la nécessité d'étudier ces tumeurs sur les animaux vivants, afin d'apprendre à reconnaître le trajet de la plaie et à vaincre toutes les difficultés qui peuvent se présenter.

5º Que le meilleur procédé pour arriver à la blessure d'un vaisseau, à travers ces tumeurs sanguines, consiste à suivre le trajet de la plaie qui forme un conduit au centre des masses de sang superposées entre les lames du tissu cellulaire environnant la blessure.

6º Que ce procédé donne le triple avantage de trouver le vaisseau blessé, pour le tordre ou le lier le plus près possible de la blessure, et enfin de favoriser le dégorgement de la tumeur.

7º Que les hémorrhagies artérielles sont presque toujours mortelles sur le cheval et le mouton, tandis qu'elles s'arrêtent souvent d'elles-mêmes sur le chien et sur l'homme; ce qui prouverait que le sang des herbivores est moins plastique que celui des carnivores et des omnivores.

8º Que lorsque la mort arrive par hémorrhagie artérielle, le système veineux reste gorgé de sang; ce qui prouve que l'impulsion du cœur est nécessaire même pour la circulation veineuse.

9º Enfin, comme résultat pratique fort important, mes expériences et les faits observés sur l'homme démontrent qu'on se presse trop souvent d'opérer après la blessure des artères, et qu'on a tort de ne pas compter davantage sur la possibilité d'obtenir une cicatrice artérielle solide, en employant une compression méthodique et des moyens généraux; ou, en d'autres termes, la formation d'un anévrisme n'est pas la conséquence inévitable d'une blessure artérielle, comme on le croit généralement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des névralgies dues à une cause psorique, et de leur traitement; par M. le docteur Schlesier, de Peitz.

Les névralgies que le vice psorique détermine, affectent ordinairement la forme gastralgique, et s'annoncent par une sensibilité excessive et continuelle de l'épigastre, sensibilité qui se refuse à la moindre pression exercée sur cette partie, et qui se complique habituellement de fréquents vomissements et d'émaciation. Du reste, dans les cas de ce genre, à la cause psorique vient souvent s'adjoindre aussi une cause de nature hémorrhoïdale.

Des frictions de sublimé ou de tartre stibié continuées jusqu'à production de pustules, forment la base du traitement qu'emploie M. Schlesier contre cette affection.

La belladone et la morphine conviennent alors, si la membrane muqueuse de l'estomac est en même temps le siége d'une certaine irritation, et donnent les résultats les plus favorables. La première de ces deux substances est en outre mieux indiquée encore, si la dyscrasie hémorrhoïdale coexiste avec la cause psorique, ce qui ne peut avoir lieu par la morphine, puisque cette dernière amène généralement de la constipation. Toutefois, il faut reconnaître que la belladone, employée seule, n'est pas toujours suffisante, tandis qu'on ne peut se passer de la morphine en raison de vomissements.

Dans ces sortes de névralgies, comme dans les différents cas où l'on a à déprimer une sensibilité morbide exagérée des organes de la vie végétative, M. Schlésier emploie fréquemment, et avec un avantage très marqué, la poudre composée suivante :

Pr. Acétate de morphine,	5 centigr.
Poudre de belladone,	10
Bicarbonate de soude,	4 gramm.
Acide tartrique,	16 décigr.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène divisée en huit doses bien égales.

On donne, deux ou trois fois par jour une de ces doses, délayée dans une tasse d'eau convenablement sucrée, et on recommande au malade de la prendre au moment de l'effervescence.

S'il y a constipation, on la combat aisément par l'administration d'une pilule aloétique ou d'un léger infusé de feuilles de séné mondées, avec lequel on prépare une décoction de café.

(*Rut's Magasin*, t. LX, p. 255.)

Traitement des névralgies rhumatismales; par le même.

M. Schlesier prétend que sur dix cas de névralgie faciale, neuf au moins reconnaissent pour cause le rhumatisme, et que sur dix cardialgies, cinq dependent de la même affection.

Autrefois ce praticien combattait ces névralgies par le sublimé corrosif associé à l'extrait de stramoine, et il avait tout lieu de se louer de cette médication; mais, comme ces affections se rencontrent fréquemment chez des femmes d'une complexion délicate et d'une exquise sensibilité, auxquelles le bi-chlorure de mercure ne doit pas être administré sans une exquise sensibilité, auxquelles le bi-chlorure de mercure ne doit pas être administré sans une absolue nécessité, il a cru devoir recourir à un autre mode de traitement, et il s'est enfin arrêté à la préparation suivante :

Pr. Extrait de stramoine,	20 à 30 centigrammes;
Vin de colchique,	15 grammes,

Faire dissoudre et ajouter au soluté :

Laudanum liquide de Sydenham, 2 à 3 grammes.

M. exactement par agitation.

Pour une mixture dont on donne vingt à vingt-cinq gouttes toutes les trois heures, ou, selon les circonstances, trois fois par jour à doses croissantes de vingt à trente gouttes; de sorte que le malade commence par prendre vingt gouttes à trois heures de l'après midi, vingt-cinq à six heures, et trente à neuf heures du soir.

Chaque prise est donnée dans une demi-tasse d'une infusion théiforme légèrement aromatique et sucrée convenablement avec un sirop approprié.

M. Schlesier se sert depuis long-temps déjà de cette mixture, et toujours avec succès ; il n'y associe que très rarement l'usage de l'huile de croton en frictions, *loco dolenti*.

L'acétate de morphine, employé par la méthode endermique, enlève assez bien aussi la forte douleur, et agit même avec une grande rapidité, car souvent quelques minutes suffisent pour que ce résultat soit obtenu ; mais son effet n'est pas durable. On ne peut donc lui attribuer qu'une vertu palliative, qu'on peut tout au plus mettre à profit lorsqu'il s'agit de calmer promptement une douleur d'une grande intensité.

L'auteur, à ce propos, déclare avoir employé intérieurement et extérieurement, sans le moindre avantage, les préparations de vératrine si chaudement recommandées dans ces derniers temps par MM. les docteurs Turnbull, Vogel et Ebers.

(*Rust's Magazin*, t. LX, p. 251.)

Liqueur anti-névralgique du docteur Battley.

Cette liqueur, peu connue en France, se prépare de la manière suivante. On pulvérise de l'écorce de quinquina jaune, de bonne qualité, et on la fait digérer dans de l'eau distillée chaude : on obtient ainsi un liquide transparent d'une couleur d'ambre, d'une odeur très forte et d'une saveur extrêmement amère, dans lequel le papier de tournesol fait reconnaître l'existence d'un acide libre. On concentre ce liquide à une bonne température (45 degrés au plus de l'échelle réaumurienne) jusqu'à consistance de sirop, et on a alors une liqueur de couleur noire et possédant au plus haut degré tous les caractères de l'infusion chaude.

Cette liqueur donne, à l'analyse, du tannin, de la quinine, de la résine, une substance extractive amère, une matière colorante, de la cire, de la chaux tenue en dissolution par un acide particulier à l'écorce, lequel donne un arome très prononcé ; l'acide existe aussi dans l'infusion à l'état libre. On y trouve en même temps du chlorure de potassium et du sulfate de potasse.

Les névralgies, dans la majorité des cas, ne sont pas des affections locales, ainsi que tous les praticiens ont pu le remarquer, mais sont en réalité les résultats d'un dérangement général de la santé ou même d'un simple trouble des fonctions digestives, comme l'a fait observer Abernethy. Or, on ne peut nier qu'il est des affections de cet ordre qui résistent à tous les traitements proposés jusqu'à ce jour. Suivant M. le docteur Robarts, la liqueur de quinquina jaune de Battley est un des remèdes les plus puissants qu'on possède contre ces maladies. Le sulfate de quinine est moins tonique que l'écorce, tandis que cette liqueur contient tous les principes actifs du quinquina, à l'état de pureté et de concentration, et qu'elle permet d'administrer ces principes à de fortes doses sans être incommodé par le volume, car 4 grammes de la liqueur équivalent à 30 grammes d'écorce.

On administre cette liqueur à la dose de huit, dix, douze, vingt gouttes, et même plus, trois ou quatre fois par jour, et au bout de quelques jours, ou au plus de quelques semaines, on voit disparaître complètement les douleurs qui ont persisté depuis fort long-temps, en résistant à toute espèce de remède et même à la quinine.

(*Monthly Journal of med. sc.*)

FAITS DIVERS.

Cas remarquable de métrorrhagie; observation publiée par M. le docteur W. F. Bartow.

Une femme âgée de trente-deux ans et enceinte pour la seconde fois, fit une fausse-couche au sixième mois de cette grossesse. Survint ensuite une hémorrhagie utérine abondante, qui fut suivie d'un purpura et d'une prostration des forces tellement considérable, que, malgré l'emploi de tous les moyens les mieux indiqués, la malade succomba le cinquième jour depuis son accident, après avoir ressenti une douleur très aiguë sur l'abdomen et avoir été prise de vomissements excessifs.

A l'ouverture du corps, on trouva des traces nombreuses de purpura sur la peau et sur la membrane muqueuse des voies digestives; il en existait aussi quelques-unes sur la plèvre et sur le péritoine.

Le cœur, le poumon et le foie étaient presque anémiques; le sang contenu dans le cœur était très fluide, et n'offrait pas la moindre apparence de caillots. Une forte quantité de ce liquide était épanchée dans l'abdomen et dans le bassin, où il s'était coagulé en grande partie.

En recherchant le point de départ de cet épanchement, on remarque un caillot consistant, qui sortait de l'orifice frangé de chacune des trompes de Fallope ; ces organes eux-mêmes étaient fortement distendus par du sang, à l'exception de leur portion voisine de l'utérus, parce que, dans ce dernier point, ils ne sont pas susceptibles d'une grande dilatation. La forme lobulée de ces caillots était très probablement due à la disposition sinueuse des canaux dans lesquels ils s'étaient formés.

L'utérus était moins volumineux qu'il ne l'est ordinairement après huit jours d'accouchement. Il n'y avait de remarquable dans son intérieur qu'un caillot sanguin qui occupait en partie le col de cet organe et sortait en partie par son orifice. La portion embrassée par le col semblait avoir été comprimée, et présentait une forme allongée.

M. Bartow se demande si ce sang provient des vaisseaux de l'utérus et de la membrane interne des trompes; et, considérant que ce liquide peut refluer de l'utérus dans les trompes, malgré l'étroitesse de leur portion utérine que ces deux canaux étaient très distendus, que la quantité de sang épanché était très considérable, et que les caillots étaient très fermes ; il penche pour la première opinion.

Il reste d'ailleurs à expliquer la cause de ce passage du sang de l'utérus dans les trompes; elle se trouve sans doute dans l'oblitération du col par le caillot dont il a été parlé. Peut-être aussi, à cette période de la gestation, le calibre des trompes se trouve-t-il un peu élargi.

(*Monthly Journal of med. sciences*)

Extraction d'une lanière de cuir introduite dans la vessie; Observation recueillie par M. Serrien.

Un paysan de la vallée d'Aoste (Piémont) entra au mois de mai 1839 à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour se faire opérer d'un calcul qu'il disait porter depuis six mois. Ce malade étant d'une bonne constitution et le calcul peu volumineux, le chirurgien en chef résolut d'avoir recours à la lithotritie.

Le 16 mai, première séance, qui dura dix minutes : 30 millimètres d'écartement entre les branches du litholabe.

Du 16 au 27, deux séances.

Le 27, quatrième séance. Un corps mou fut saisi ; les deux branches de l'instrument furent rapprochées avec autant de force que possible. Une forte résistance fut vaincue au col de la vessie ; elle se continua tout le long du canal et se reproduisit avec tant de force au méat urinaire, qu'un histouri fut apprêté pour la vaincre ; il était impossible de faire avancer ni reculer l'instrument. Toutefois, le chirurgien, voulant épargner une incision au malade, fit des efforts de traction considérables, et parvint enfin à amener au-dehors une lanière de cuir longue de 21 centimètres et demi sur 3 millimètres de largeur, pelotonnée sur elle-même et incrustée de matière calcaire. A l'instant même, il survint une hématurie abondante, et ce fut alors seulement que l'opéré, effrayé, avoua qu'au mois d'août 1838 il s'était introduit dans l'urètre un des cordons de ses souliers, qu'il s'était endormi apres cette introduction, et qu'à son réveil il n'avait plus retrouvé le cordon.

Les 28 et 29, il se manifesta tous les symptômes d'une cystite violente, le pénis se tuméfia considérablement, et le sujet succomba, le 30, à six heures du matin.

A l'ouverture du corps, on constata l'existence des désordres suivants dans l'appareil génito-urinaire :

Distension énorme de la vessie, qui est pleine d'urine et dépasse l'ombilic ; augmentation de volume de ses parois ; couleur ardoisée de sa surface interne ; cinq petits calculs sont trouvés dans sa cavité. La membrane muqueuse du canal de l'urètre est convertie, dans toute son étendue en une bouillie noirâtre très fétide, qu'il est facile d'enlever avec le manche du scalpel. Le fourreau du pénis est très épais et infiltré de sérosité; le moindre contact suffit pour en détacher l'épiderme.

(*Journ. des conn. méd. prat.*; décembre 1842.)

NOUVELLES.

M. le docteur Jules Dagron, de Saint-Cösmes (Sarthe), a été nommé, par arrêté de M. le ministre de l'intérieur du 19 janvier, médecin du quartier des aliénés de Fontenay (Vendée).

— Nous apprenons avec peine la mort de M. P.-M. Fauraytier, lauréat de l'Ecole pratique, membre titulaire de la Société anatomique, lauréat et interne des hôpitaux. Ce jeune homme, qui s'annonçait avec distinction dans la carrière médicale, était connu par quelques travaux et par des modifications ingénieuses à plusieurs instruments de chirurgie. Il est mort le 7 février, à l'âge de 26 ans.

— *Erratum.* Dans le dernier alinéa de la première colonne de la quatrième page du numéro du 7 février, séance de la Société médicale d'émulation, au lieu de *veines*, lisez *viscères*.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 FÉVRIER.

Du nouveau spéculum de M. Récamier, et des spéculums en général.

Décidément c'est une très bonne chose qu'une vacance de fauteuil académique; et si ce n'était le deuil que ces vacances portent dans les familles et quelquefois dans la science, si en un mot la cause qui les produit était moins triste, on serait vraiment tenté de désirer qu'elles se renouvelassent plus fréquemment. Grâce à leur bienfaisante influence, grâce aux nobles ambitions qu'elles suscitent, nous voyons d'illustres professeurs, de célèbres praticiens, endormis depuis longtemps, soit dans leur hermine, soit à l'ombre de leurs lauriers, se réveiller tout à coup au signal d'un nouveau combat, ressaisir leurs armes, quelquefois un peu rouillées, et marcher avec une ardeur toute juvénile les uns à un glorieux triomphe, les autres à une honorable défaite. L'impulsion ne se borne pas aux parties belligérantes; excités, entraînés par le mouvement général, des hommes d'une ambition moins élevée, se mettent aussi à l'œuvre, et cherchent à se relever de la mort scientifique à laquelle ils paraissaient condamnés. Au milieu de ce grand conflit intellectuel, de cet enthousiasme subit et conséquemment un peu irréfléchi, tous les efforts ne sont pas également heureux; mais quand la fougue est un peu calmée, une critique impartiale trie le bon grain de l'ivraie, et la science en retire toujours quelque profit. C'est probablement à l'activité qui règne actuellement dans ces sommités médicales que nous sommes redevables de l'invention d'un nouveau spéculum que le célèbre professeur Récamier a présenté à la dernière séance de l'Académie. L'usage du spéculum aujourd'hui est tellement répandu, qu'il ne sera pas sans utilité, nous l'espérons, de communiquer à nos lecteurs ce qu'une expérience longue et variée nous a appris sur les avantages et les inconvénients de chacune de ses espèces. Quand nous disons de chacune de ses espèces, nous entendons dire de ses espèces principales; car si nous voulions entrer dans les détails descriptifs des innombrables variétés de spéculums que nous possédons aujourd'hui, grâce à la stérile fécondité d'un grand nombre d'inventeurs, un volume in-octavo nous suffirait à peine.

La première division que l'on doit établir entre les divers spéculum est celle de spéculums pleins et de spéculums à valves; les spéculum à valves doivent être distingués suivant qu'ils s'écartent uniformément dans toute leur étendue, ce sont les spéculum bivalves simples, c'était celui d'Ambroise Paré; suivant qu'ils s'écartent par leur extrémité utérine pendant qu'ils restent immobiles par leur extrémité vulvaire: c'est le spéculum bivalve modifié par M. Jobert, et démesurément remodifié depuis; enfin, suivant qu'ils se dilatent en sens contraire des précédents, c'est le nouveau spéculum de M. Récamier.

Pour bien apprécier les avantages des divers spéculums, il est indispensable: 1° d'avoir égard au but qu'on se propose quand on en fait usage; 2° d'avoir une habitude à peu près égale de chaque espèce de spéculum. Faute de la première condition, on s'expose à conclure faussement du particulier au général ou du général au particulier; faute de la seconde, on s'expose à trouver à une espèce de spéculum des avantages que l'on croit très grands et qui dépendent uniquement de l'habitude qu'on en a: c'est ainsi que l'illustre Laënnec a pu se faire illusion au point de croire que sans stéthoscope il n'y avait pas d'auscultation possible, tandis qu'il est bien reconnu aujourd'hui que, à l'exception de quelques cas particuliers, l'auscultation immédiate est bien préférable à l'auscultation stéthoscopique.

Lorsqu'on se propose simplement d'explorer l'utérus et le vagin, tous les spéculums sont, à peu de chose près, également bons, et le choix doit être fondé alors uniquement sur la facilité de l'introduction, et sur le plus ou le moins de douleur qu'elle produit. Chez les femmes multipares qui ont habituellement l'anneau vulvaire dilaté, l'introduction n'offre pas de difficulté et n'occasionne pas en général de douleur notable. On peut donc, dans ce cas, employer indifféremment le spéculum pour lequel on se sentira le plus de goût: il est bon de remarquer cependant que même chez ces femmes il faudra autant que possible employer des spéculums de petite dimension, afin de ménager leur amour-propre à l'un des endroits les plus vulnérables. Nous disons autant que possible, attendu que dans certaines circonstances la possibilité n'existe pas: il en est ainsi lorsque les parois du vagin sont très lâches soit naturellement, soit, et plus souvent encore par suite de prolapsus vaginal plus ou moins prononcé; il est indispensable dans ces cas d'employer un spéculum qui dilate largement le vagin, sans quoi la muqueuse de ce conduit fait sans cesse hernie dans l'intérieur de l'instrument, et rend très difficile son introduction ainsi que la recherche du col de l'utérus. Cet état de la muqueuse vaginale donne un avantage marqué aux spéculum pleins et multivalves sur les spéculum bivalves, qui laissent un plus grand écartement entre les valves et rendent ainsi plus facile la hernie du vagin.

S'il s'agit, au contraire, de femmes ou de jeunes filles à vulve étroite, le spéculum bivalve de M. Jobert, plus ou moins perfectionné, est incomparablement préférable à tous les autres, et il ne faut pas l'appliquer plus de cinq à six fois pour en être entièrement convaincu. Tous les avantages qu'on lui a attribués sont positifs; tous les inconvénients sont, au contraire, illusoires. Nous allons énumérer les uns et les autres.

Nous affirmons, et il n'est pas un praticien qui ne puisse se convaincre de cette vérité après une seule application du spéculum, que la vulve est incontestablement l'endroit le plus douloureux dans l'introduction du spéculum; lorsqu'on dilate tant soit peu cet orifice les douleurs augmentent considérablement chez toutes les malades, et chez quelques-unes on produit, malgré les plus grandes précautions, de petites déchirures et un peu d'écoulement de sang. Nous avons été on ne peut plus surpris de voir cette circonstance capitale méconnue par M. Récamier, et elle suffit, selon nous, pour faire rejeter à jamais, chez les femmes dont nous parlons, l'usage de son nouveau spéculum. Avec le spéculum bivalve de M. Jobert modifié, non-seulement on évite les déchirements dont nous parlons, non-seulement on diminue considérablement les douleurs, mais encore il est possible, comme nous l'avons fait plusieurs fois, d'introduire le spéculum chez des vierges sans altérer en aucune manière la membrane hymen. Mais nous devons dire que pour réussir le mieux possible dans les cas dont il s'agit, il est indispensable de faire usage de l'embout, accessoire dont tous les praticiens apprécient l'immense utilité, malgré les comparaisons grivoises à l'aide desquelles quelques auteurs essaient de le déprécier. Nous dirons dans un instant le seul inconvénient de l'embout, inconvénient qui n'existe pas heureusement dans les cas où il est le plus utile. Cette possibilité d'arriver jusqu'au col de l'utérus sans altérer l'hymen, chez certaines vierges, doit faire proscrire, sinon toujours, au moins quand cette possibilité existe, le toucher par le rectum; procédé assez inconvenant et d'une utilité fort contestable dans un grand nombre de circonstances. On a reproché au spéculum dont nous parlons, et à tous les spéculums à valves en général, de pincer quelquefois la muqueuse vaginale, et de provoquer ainsi de vives douleurs. Cet accident n'arrive presque jamais à un commençant, et il n'arrive jamais à un médecin un peu habitué. Deux ou trois applications apprennent mieux qu'on ne peut le faire en beaucoup de paroles comment il est facile de l'éviter. Quant au reproche que lui adresse M. Récamier de ne pas laisser parvenir assez de lumière au fond du vagin, reproche qui a donné naissance au nouveau spéculum de ce professeur, il est complétement imaginaire, à moins qu'on ne fasse l'application du spéculum la nuit ou le jour dans une cave. Nous avons fait ou vu faire plus de six mille applications de spéculum, et jamais nous n'avons eu besoin, quand il faisait jour, d'employer la lumière artificielle.

Toutes les fois que l'on veut porter des topiques, pratiquer des injections sur ou dans l'utérus, cautériser légèrement le col, le précédent spéculum suffit également. On doit au contraire, et pour des raisons que tout le monde comprendra préférer le spéculum plein quand on veut appliquer des sang,

---

FEUILLETON.

QUATRIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

> « Notre propre intérêt est un merveilleux instrument
> » pour nous crever agréablement les yeux. »
> (PASCAL, *Pensées.*)

Dans les sentiers ardus et quasi solitaires où je me suis aventuré, j'ai besoin de faire halte par instants pour assurer mes pas, et faire connaître ma position à ceux qui me suivent des yeux. Vous, par exemple, cher confrère, vous n'en êtes pas à nous dire: « Où veut-il aller? » Où s'arrêtera cette manie de vitupération qui prétend enrayer l'élan » scrutateur de notre époque, lequel est manifestement la condition et » la source du progrès? » Le progrès, je ne le nie pas, à Dieu ne plaise! Je reconnais et proclame la marche ascendante de l'esprit humain; seulement, je cherche à combattre les fatales convulsions qui, presque toujours, accompagnent et suivent le laborieux enfantement de la vérité. Si, de nos jours, on a perdu de vue ces grands principes qui, semblables à un phare tutélaire, doivent éclairer la marche du praticien, je ne nie pas que d'heureuses découvertes de détail n'aient été faites, que de nombreux écueils n'aient été signalés. Certes, le scepticisme investigateur de M. Andral, par exemple, en faisant surgir l'exception à côté de la règle, a puissamment servi la science, et la pratique, par conséquent. Mais ce dont je me plains, c'est que l'exception ait fait oublier la règle, et qu'on se soit cru en droit de nier le principe par cela seul qu'il n'est pas infaillible et universel. Si la philosophie médicale est tombée en discrédit, l'observation pure a marché; ainsi la découverte de l'albuminurie, de l'endocardite aiguë et chronique, de la morve chez l'homme, des procédés de l'auscultation et de la percussion, du mécanisme des difformités, etc., etc., sont des titres glorieux qui doivent illustrer notre époque; mais à côté de ces précieuses et solides acquisitions, combien de prétendues inventions, mensongères, fausses, ridicules et surtout dangereuses, dont se font un marche-pied tant de pygmées ambitieux, tant de génies avortés, tant d'illustrations de contrebande.

Pour nous en tenir à notre objet, quel temps fut plus fertile en inventions pharmocologiques de bon aloi, surtout en ce qui concerne l'analyse des agents médicinaux dont nos habiles chimistes savent extraire aujourd'hui la véritable quintescence? La découverte des médicaments nouveaux est la conquête la plus réelle et la plus méritoire, car elle ne comporte en elle-même aucun inconvénient, aucun danger. Vous voyez que « j'avoue la vérité lorsqu'elle me nuit, de même que » si elle me sert. » (Montaigne.) Mais les inconvénients et les dangers incombent du moment où l'on arrive à l'application; car alors l'engouement et l'empyrisme s'emparent des drogues nouvelles pour les prodiguer à tort et à travers, et l'on voit tous les jours des inventions tumber dans un discrédit immérité par suite même de l'abus qu'on en fait; car la déception, ai-je dit, conduit directement au mépris. Sachez vous restreindre à user des médicaments dans les cas bien indiqués par leurs propriétés bien avérées; au lieu d'en faire des panacées universelles, des spécifiques infaillibles, résignez-vous à les considérer comme d'utiles ressources, comme de bons succédanés, en temps opportun, et alors la science et l'humanité n'auront que des éloges et des actions de grâces à vous adresser. Donc, c'est la licence et non la liberté que nous blâmons, c'est l'abus et non l'usage que nous nous offrons à combattre, sans nous dissimuler pourtant que quiconque, aujourd'hui, s'élève contre la licence et les abus, encourt nécessairement la chance de passer pour un esprit stationnaire, rétrograde, voire même d'être taxé d'obscurantisme; car c'est le grand mot. Ce qui ne nous empêchera pas de dire avec Gaubius: « Laudo et veneror medicum » circumspectum qui temerario ausu nunquàm præcipitetur, nec farra» gine remediorum gravet, multò minùs vehementiâ opprimat. » (*Formul præfat.*) En cela, nous prétendons mieux servir la cause de la profession que ces novateurs fanatiques dont les échecs réitérés conduisent, encore une fois, à la négation de la science et au mépris de l'art; car « on me fait haïr les choses vraisemblables quand on me les plante pour infaillibles. » (Montaigne.) Arrivons aux faits.

Quel fil choisirons-nous pour nous conduire dans le vaste labyrinthe que nous avons à parcourir? Celui que nous offre l'enchaînement anotomo-physiologique des organes et des fonctions, quoique cet ordre, aujourd'hui, soit bien discrédité. Or, savez-vous ce que les démolisseurs lui ont substitué? L'ordre alphabétique!... La philosophie médicale en est là.

Cet ordre nous conduit, dès l'abord, au point culminant des dissentions modernes, à l'examen des maladies de l'*appareil digestif*. Avant Broussais, la gastrite était admise, au moins comme produit de l'empoisonnement. Sur ce point, l'obscur Tartra ne rencontra pas les obstacles qui attendaient l'illustre Broussais; car l'envie, comme la foudre, n'atteint que les sommités. Il n'est plus aujourd'hui de gastrite, même par empoisonnement. Les poisons dits irritants, sont devenus des *contre-stimulants*, de par un médecin italien, disciple de Rasori, lequel fut sectateur de Brown, en application. M. Giacomini sera bien étonné de se voir introniser en France, où il a probablement plus de crédit qu'en Italie; car, nul n'est prophète dans son pays. Ceci ressemble assez à une mauvaise plaisanterie, mais pourtant rien n'est plus vrai. Dans un petit *Annuaire* tout récent, vous pouvez lire, page 174, que dans l'empoisonnement par le sulfate de quinine, « les moyens les plus efficaces seraient les boissons stimulantes et l'*alcool surtout*, comme cela ressort des observations de Giacomini. » Avais-je tort de vous dire, dans une lettre précédente, que la France devenait l'esclave des autres pays? Il est bien dit dans le même article de ce même *Annuaire*, que dans l'empoisonnement sus-dit, l'autopsie a révélé une *méningite générale des plus intenses*, qu'il y a vomissement, diarrhée, *phlogoses* du tube digestif; mais qu'importe? au contraire, cela rend l'alcool bien plus piquant, et nous voulons qu'on dise de nous:

> « Et quel temps fut jamais plus fertile en miracles? »
> (RACINE.)

Après ce bouquet, ce que nous pourrions dire des gastrites ordinaires serait d'une fadeur nauséeuse. Passons.

Si nous n'avons plus de gastrites, nous avons, en revanche, beaucoup de gastralgies. Voulez-vous savoir le secret de vous illustrer à peu de frais? Posez-vous énergiquement et d'emblée en opposition avec les idées d'un grand homme envié. Ainsi, le *Traité des gastralgies*, œuvre d'un honorable et judicieux praticien sans doute, a, de prime-abord, posé son auteur en rival heureux de Broussais, absolument comme les purgatifs coup sur coup ont élevé leur inventeur au niveau d'un professeur des plus éminents. Aujourd'hui l'on pèse les opinions, et non les hommes; car les hommes ne sont que les instruments passifs qui creusent la mine, les opinions sont la force vive qui la fait sauter; reposez-vous sur l'envie pour y mettre le feu. Et cependant, tant vaut l'homme tant vaut l'observation: *ut valent oculi sic et homo*, a dit Baglivi, après Hippocrate lui-même. Mais telle n'est pas la logique des coalitions. Certes, la gastralgie est un fait qu'on a souvent méconnu; mais il est de fait aussi que la réaction qui s'opère actuellement contre la doctrine de l'irritation, entraîne souvent les praticiens à voir des affections purement nerveuses là où l'inflammation chronique et latente a jeté des racines, et c'est une question de savoir si l'abus des prétendus antispasmodiques ne produit pas plus de maux que n'en causait naguère l'abus des antiphlogistiques. Pour ce qui me concerne, je suis souvent appelé à réparer les dégâts occasionnés par l'emploi malheureux et prolongé des stimulants, à signaler des altérations organiques là où d'autres n'ont vu que des lésions dynamiques ou nerveuses. J'adjure nos confrères de bonne foi de vouloir bien nous dire si jamais rien de pareil ne leur est arrivé, et si leur confiance aux leçons des réactionnaires ne leur a pas mainte fois occasionné des erreurs et des regrets? *In vitium ducit culpæ fuga.*

Vous savez, cher confrère, que la diarrhée est redevenue une maladie essentielle, qu'elle soit aiguë ou chronique, qu'elle soit due à la simple entérite érythémateuse ou à l'entérite folliculeuse, ou à la dysenterie, ou aux ulcérations tuberculeuses, ou aux hémorrhoïdes, etc c'est le *flux* que l'on combat par les laxatifs, le calomel, la rhubarbe

sues sur le col ou le scarifier avec un caustique énergique, tel que le caustique de Vienne ou la potasse, qui pourrait léser le vagin si on ne le protégeait de toutes parts.

Enfin, quand il s'agira de pratiquer des opérations sur le col de l'utérus et surtout des opérations avec les instruments tranchants, comme alors la condition essentielle est d'avoir le plus de place possible pour rendre l'opération d'autant moins difficile, il faudra nécessairement employer les spéculums capables de produire la plus grande dilatation.

On voit, en résumé, que dans l'immense majorité des cas, le petit spéculum bivalve doit être préféré à tous les autres; que dans certains cas on doit choisir le spéculum plein ou les larges spéculums à valves, et qu'il serait difficile de trouver un seul cas dans lequel le nouveau spéculum de M. Récamier ne fût pas inférieur à tous les autres, l'inconvénient que ce spéculum est destiné à faire disparaître étant tout à fait illusoire.

Maintenant que nous nous sommes prononcés sur le choix de l'instrument, peut-être pourrait-on croire qu'il ne serait pas sans utilité de donner quelques préceptes sur son application.

Nous devons avouer que l'étalage avec lequel certains chirurgiens décrivent le manuel opératoire de l'application du spéculum nous a toujours paru plus fastidieux qu'utile. Il est certain que cinq ou six applications en apprennent beaucoup plus sur ce sujet que toutes les descriptions possibles, si heureuses qu'on les suppose. Nous croyons que la seule règle utile pour les commençants est la suivante : Pour arriver sûrement sur le col, il faut avoir soin que la ligne formée par le contact des deux parois du vagin se trouve toujours au centre de l'ouverture du spéculum. En suivant cette ligne, on arrive nécessairement au centre du fond du vagin, c'est-à-dire sur le col. Lorsque celui-ci est dévié à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, on le trouve toujours facilement en faisant basculer l'instrument en différents sens, et en le retirant un peu à soi si la bascule pure et simple ne suffit pas. C'est à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de suivre la ligne que nous indiquons ici quand on emploie l'embout, que nous avons reconnu des inconvéniens à cet accessoire dans certains cas. Seulement il faut remarquer que l'embout n'est très utile que chez les femmes qui ont l'anneau vulvaire étroit, et que cette disposition coïncide toujours avec un vagin à muqueuse serrée. Or, quand la muqueuse n'est point lâche et qu'elle ne se laisse pas refouler de côté et d'autre, on reste tout naturellement dans la ligne médiane, et en retirant l'embout après avoir opéré l'introduction aux trois quarts, on se trouve toujours dans la direction du col.

Pour ménager la pudeur des femmes, on a imaginé des spéculums susceptibles de s'accrocher à une ceinture que la malade a mise préalablement; le médecin peut ainsi être libre de ses deux mains et se passer d'un aide. Sans nier que ce soit là un avantage réel, nous croyons qu'on doit épargner aux malades tout ce qui sent l'attirail instrumental, et mettre dans ces opérations le plus de simplicité possible. Or, il est très facile à une malade, sans le secours de la ceinture en question, de tenir elle-même le manche du petit spéculum bivalve si le médecin a besoin de ses deux mains à la fois, ce qui est rare quand on ne pratique pas des opérations, cas dans lesquels nous pensons qu'il serait imprudent de se priver d'aide.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE — M. P. DUBOIS.

Considérations sur les grossesses gémellaires, à l'occasion de deux cas récents d'accouchements de jumeaux à la Clinique. (Deuxième article.)

Quelque intérêt que puisse offrir le diagnostic de la grossesse multiple, il n'a cependant pas une grande importance avant le début du travail, mais il n'en est plus de même pendant l'accouchement et surtout après l'expulsion du premier fœtus; certains dangers dont je parlerai plus tard, et auxquels les femmes enceintes de plusieurs enfants sont exposées pendant cette période, donnent au diagnostic un intérêt pratique incontestable. Il est arrivé à plus d'un accoucheur de quitter la maison d'une accouchée croyant tous ses devoirs accomplis et sa présence inutile, et d'être rappelé plus ou moins long-temps après pour recevoir un autre enfant dont il avait ignoré la présence, ou pour remédier à des accidents graves que cette circonstance imprévue avait provoqués.

Après la naissance d'un premier enfant, il suffit que la main soit appliquée sur l'utérus et explore avec quelque attention cet organe, pour qu'on soit frappé d'abord du volume insolite qu'il présente, puis d'une certaine souplesse de ses parois qui contraste avec la solidité et la consistance qu'elles offrent dans les cas ordinaires, et enfin de la sensation de parties mobiles, et d'un corps solide et inégal encore renfermé dans la matrice. Ces signes éclairent presque toujours, dans tous les cas ils avertissent, et l'introduction de quelques doigts dans le vagin et portés jusqu'à l'utérus, font positivement reconnaître la présence d'un autre enfant; aussi me semble-t-il permis de croire que les erreurs que je viens de signaler et qui ont été assez souvent commises, ne l'ont été que par inattention. S'il est possible de méconnaître la présence d'un second enfant dans l'utérus pendant le travail, quand elle est réelle, il n'est pas impossible, d'un autre côté, de la supposer quand elle n'existe pas. Il n'y a pas long-temps que dans notre clinique même, nous avons eu la pensée d'un accouchement multiple chez une femme qui n'était cependant enceinte que d'un seul enfant, mais chez laquelle, après l'expulsion de celui-ci, l'utérus avait conservé un volume très remarquable, et présentait en outre, à sa surface, des tumeurs fibreuses saillantes qui offraient à la main les caractères apparents des membres d'un fœtus; un examen un peu plus attentif et l'introduction de plusieurs doigts dans le vagin suffirent pour dissiper toute incertitude. M. Ingleby a cité des cas de ce genre, dans lesquels l'illusion des accoucheurs fut assez forte et assez prolongée pour qu'on attendît vainement pendant plusieurs heures la naissance d'un second enfant; je n'ai pas besoin de dire que l'exploration de l'utérus par le palper abdominal et le toucher vaginal est si facile alors, que les méprises citées par M. Ingleby ne peuvent s'expliquer que par l'extrême inattention ou l'extrême timidité des personnes qui les ont commises.

Des deux accouchements de jumeaux qui ont eu lieu à Clinique, l'un s'est fait à terme et le second a été prématuré, et des six femmes qui ont eu des couches doubles à la Maternité, quatre ont été dans le premier cas, et deux dans le second; de sorte que sur ces huit accouchements de jumeaux, cinq se sont accomplis au terme régulier, et trois avant ce terme. Ces anomalies ne sont pas fortuites, et l'on peut constater à peu près les mêmes résultats sur un chiffre beaucoup plus élevé. Ainsi, sur 181 cas d'accouchements de jumeaux dont les observations ont été recueillies à l'hospice de la Maternité, 96 ont eu lieu au terme régulier, et 85 avant terme; il serait cependant possible qu'en général la proportion des accouchements prématurés ne fût pas aussi grande, bien qu'elle soit toujours très remarquable, et les résultats publiés par M. Collins justifieraient peut-être cette opinion. En effet, sur les 240 cas de jumeaux observés à l'hôpital de Dublin, et que j'ai déjà rappelés, 27 fois seulement l'accouchement aurait eu lieu avant le terme régulier de la grossesse; cette proportion, comme on le voit, est infiniment moindre que celle qui a été observée chez nous. Nous pouvons néanmoins conclure positivement de ce qui précède, que les grossesses gémellaires parviennent bien moins souvent que les autres à leur terme naturel; c'est une vérité d'ailleurs depuis long-temps reconnue, et que les anciens accoucheurs expliquaient par la trop grande distension des parois utérines et par l'irritation que produisent sur celles-ci les mouvements tumultueux de plusieurs enfants. L'action de cette dernière cause me paraît peu probable, mais il n'en est pas de même de la première; son influence sur l'expulsion prématurée de l'œuf n'est pas douteuse à mon sens. Aussi peut-on dire avec raison, que l'une des conditions nécessaires à la marche régulière et heureuse de la grossesse, c'est que pendant la succession de ses différentes périodes, l'expansion de l'utérus ne dépasse pas de beaucoup les limites que comporte pour chacune de celles-ci le développement ordinaire d'un seul œuf; c'est donc en produisant une sorte de dérogation à cette règle que la présence de plusieurs produits fécondés dans l'utérus provoque si souvent les contractions prématurées de cet organe, et c'est pour la même raison que la sécrétion d'une quantité très considérable de liquide amniotique dans les membranes devient une cause fréquente d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Dans la plupart des cas, les contractions prématurées de la matrice expulsent les deux fœtus; c'est ainsi que se sont passées les choses dans le cas que vous avez observé à la Clinique et dans ceux qui ont eu lieu à la Maternité. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et l'on voit alors se produire des faits très sérieux et dignes d'un grand intérêt. Ainsi, il n'est pas extrêmement rare que l'action anticipée de l'utérus n'ait d'autre résultat que l'expulsion de l'un des produits fécondés, que la matrice ne contenant plus qu'un corps dont le volume est en rapport avec son extensibilité normale, revienne sur elle-même, et qu'enfin la grossesse, rendue à ses conditions régulières, parvienne à son terme naturel. La science possède des faits très nombreux de ce genre.

Une dame enceinte et déjà mère de plusieurs enfants, voulut se rendre à Paris, de la campagne qu'elle habitait. En élevant la jambe pour atteindre le marchepied de l'une de ces petites voitures qui, sous un nom très vulgaire, faisaient presque seules alors le service de Paris à Versailles, elle éprouva une vive douleur dans la région inférieure de l'abdomen; cette circonstance la détermina à renoncer à son voyage; elle rentra chez elle, et peu d'heures après elle rendit un caillot volumineux au milieu duquel se trouvait un œuf complet de deux mois environ. Naturellement elle pensa qu'elle n'était plus enceinte; cependant son ventre conservait un développement dont elle était surprise, et elle le fut beaucoup plus encore lorsque, deux mois plus tard, des mouvements intérieurs semblables à ceux qu'elle avait ressentis dans ses précédentes grossesses, se manifestèrent. Je fus appelé pour l'éclairer sur sa véritable position : je reconnus sans peine que malgré sa fausse-couche assez récente elle était encore enceinte, et elle accoucha, en effet, à son terme régulier.

Madame Boivin rapporte, dans son Mémorial des accouchements, qu'une dame de Saint-Germain-en-Laye, enceinte de quatre mois et demi, fit subitement une fausse couche, cependant elle fut fort surprise, plus tard, de ne pas voir reparaître ses règles; son ventre augmentant de volume, elle pensa

---

l'ipéca, l'alun, le nitrate d'argent, la noix vomique, etc. Sauvages aussi admettait des flux, mais il croyait utile de les distinguer d'après leur nature. Pur enfantillage! les remèdes ont des vertus occultes qui se jouent des lésions organiques. Soit une potion contenant vingt grains de cire et un grain d'opium, il est évident que c'est la cire qui guérit la diarrhée. Voilà qui s'appelle raisonner la thérapeutique.

Je vous ai entretenu, dans ma dernière, de l'entérite folliculeuse et du choléra. Terminons cet article par une anecdote assez curieuse, et qui peint bien la disposition des esprits : Préoccupé que vous êtes des innombrables découvertes qui pleuvent chaque jour et que votre feuille ne suffit pas à reproduire, vous avez pu laisser passer celle récemment faite par un honorable médecin de province qui, probablement, ne s'en doutait guère. Un journal (ce n'est pas le vôtre) s'extasie sur ce que ce praticien a guéri des dysenteries avec l'opium. Ce qui prouve *admirablement*, dit le commentateur, la *puissance des constitutions médicales*..... O Sydenham! que dirait votre grande ombre, si elle voyait ce qu'on fait de votre opium et de vos constitutions? vous qui ne consultiez guère les unes pour employer l'autre; car vous avez fait de l'opium le plus efficace, le plus universel et, partant, le plus *inconstitutionnel* des médicaments, surtout dans les *flux* intestinaux.

Les maladies de l'*appareil respiratoire* ont fourni leur bonne part de la curée révolutionnaire : vous savez que rien ne guérit mieux la bronchite, même aiguë, que le sel de cuisine, le sel ammoniac, la potasse, la soude et autres ingrédients on ne peut plus anodins. Depuis Hippocrate, on guérissait la pneumonie par la saignée *jugulante*; (ne vous effarouchez pas : Galien, Baillou, Stoll et consorts ont employé le mot et la chose bien long-temps avant Broussais et Bouillaud). Eh bien! il y a des médecins, et en assez bon nombre, qui assurent que la saignée est une illusion, un mythe, peut-être même un poison dans la pneumonie. Les dames et les gourmets savent que le musc et le vin de Malaga sont de fort bonnes choses, et ces médecins sont de leur avis. Mais parlons sérieusement : la réaction, ici, a produit un bien que nous nous empressons de reconnaître; elle a vulgarisé l'émétique à haute dose. Après la saignée, nous ne connaissons point de remède plus puissant; mais c'est une dangereuse hérésie que de préférer l'émétique à la saignée, de l'employer seul et d'emblée quand celle-ci est applicable : en agissant ainsi, Laënnec perdait un malade sur trois. Vienne donc l'émétique après la saignée. Les gens rassis, au lieu de s'émerveiller, ont cherché à rationnaliser l'action du tartre stibié dans la pneumonie. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer leurs idées que nous partageons.

A propos de pneumonie, encore une découverte! Un journal congratulait naguère un élève de M. Piorry d'avoir institué la pneumonie *catarrhale*, celle qui se complique de bronchite, et d'avoir fait saillir l'efficacité du tartre stibié dans cette affection. On oublie que Broussais n'en connaissait pas d'autres; car, pour lui, la pneumonie n'est qu'une bronchite vésiculaire; mais qui est-ce qui lit Broussais? A ce propos, permettez-moi de me mettre un moment en scène. Il y a sept ans que je professe la doctrine dont vous trouverez l'exposition dans le *résumé* que je lisais à mes élèves en juillet dernier (p. 31) : « Nous appelons » *pneumonie catarrhale* celle qui est accompagnée de râles divers généralisés dans les parties des poumons que n'occupe point la pneumonie. Cette particularité s'offre, en général, chez les individus où » la pneumonie a été précédée par la bronchite. La distinction de ces » cas nous paraît comporter une utilité réellement pratique, en ce que » nous avons remarqué que cette espèce de pneumonie est plus tenace, » dure plus long-temps, et nécessite dans le traitement des modifications appropriées à ces circonstances. C'est ainsi que la saignée coup » sur coup a moins de prise sur elle, et peut amener un affaissement » fâcheux; ce qui oblige à en venir plutôt à l'emploi du tartre stibié à » haute dose, qui trouve ici, ce nous semble, une application plus rationnelle. » Donc, nous en sommes arrivés, sans le savoir, aux mêmes conclusions thérapeutiques que M. Piorry, et j'ajoute que ni lui, ni moi, n'avons le mérite de l'invention.

Pas n'est besoin de dire que nos modernes ont ressuscité la *fièvre péripneumonique* des anciens, la pneumonie *bilieuse* de Stoll, etc., avec cette différence que les anciens et Stoll ne se laissaient pas leurrer par les mots, et qu'ils débutaient bel et bien par la saignée.

C'est surtout contre la phthisie que s'est exercé le génie soi-disant inventif de notre époque, et cela devait être. L'anatomie pathologique étant considérée comme une superfluité, une fatale erreur, l'empyrisme et la crédulité n'ont plus de bornes. Et pourtant, il n'est déjà plus question du chlore, de la créosote, etc. Nous-même, dans plusieurs publications, avons démontré, quant à la phthisie confirmée, l'impuissance de la digitale, de l'acétate de plomb, des antimoniaux, du lichen, des toniques, dont nos malades meurent saturés; nous avons détruit le prestige que des observateurs superficiels ou crédules, avaient attaché aux alcalis, à l'acide hydrocianique, au monésia; nous venons, dans le *résumé* cité ci-dessus, de faire saillir l'inefficacité, sinon les inconvénients du chlorure de sodium et du tannin, de l'iodure de fer tout récemment préconisé..... Voilà les faits, et ils concordent fatalement avec les données du rationalisme. C'est que si la diathèse tuberculeuse est une réalité, c'en est une aussi que l'irritation chronique qui parfois la met en jeu; c'est ce qu'avaient fort bien vu et clairement énoncé Hippocrate, Sydenham, Stoll, Hufeland, avant Broussais. Puis, s'il est vrai que c'est le tubercule qui le plus souvent engendre l'inflammation, celle-ci, à son tour, fomente, ramollit le tubercule, allume la fièvre, entraîne l'épuisement. Or, on s'obstine à ne voir que la diathèse et le tubercule, l'inflammation est éliminée, *invitâ Minervâ*, parce qu'elle nous incommode. Vous souriez à cette *théorie*? Eh bien! oubliez-là, bien qu'elle nous crève les yeux dans les utopies; mais, en application, croyez-en du moins vos patrons justement révérés, Sydenham, Stoll, Hufeland, qui sont unanimes pour proclamer l'excellence des antiphlogistiques et de la saignée elle-même; car, exempts de préventions, ils n'avaient pas pu ne pas voir que le plus souvent, par les toniques et les excitants, on n'arrive qu'à augmenter la toux, l'oppression, la diarrhée, la fièvre, etc. Ne saignez pas, je le veux bien; mais, pour Dieu! ne fermez pas les yeux sur les résultats de vos drogues mensongères. « Mieux vaut que le malade meure de sa maladie que de » vos remèdes. » (Jos. Frank.)

Les maladies de l'*appareil circulatoire* ont, jusqu'à ce jour, peu prêté aux innovations thérapeutiques, absorbé que l'on est par les recherches pathologiques relatives à cette intéressante partie de la science, surtout en ce qui concerne les lésions organiques du cœur. Laissons nos candides expérimentateurs traiter l'hypertrophie par la digitale, l'iode, etc. Ce sont tentatives assez innocentes; mais n'accueillons les miracles qu'ils nous produisent de temps en temps, qu'avec réserve et sous bénéfice d'inventaire.

C'est un malheur, selon nous, que l'oposition si long-temps rencontrée par l'endocardite. On a pu laisser ainsi s'invétérer une affection guérissable, laquelle doit dégénérer en lésion chronique désormais incurable, et, de nécessité, mortelle. Que voulez-vous? il existe bien encore aujourd'hui des gens qui ont le triste courage de ridiculiser l'auscultation, qui ne vient pas de Broussais, il est vrai, mais qui, dans certains cas, appuie singulièrement ses doctrines. C'est pour la même raison qu'on trouve aussi des gens qui ne croient pas à l'anatomie pathologique.

Mais un véritable progrès de notre temps, c'est la restauration de la théorie et de la thérapeutique rationnelle de la chlorose. Je dis restauration, car on trouvera dans Sydenham, par exemple, les données élémentaires de nos idées actuelles, notamment sur l'efficacité des ferrugineux. Il est vrai que c'est à l'occasion de l'hystérie, que ce grand observateur confondait avec la chlorose à laquelle elle s'associe fréquemment, en effet. Mais comme par une sorte de fatalité le mal vient presque toujours se mêler au bien, voilà que les ambitions s'escriment sur les divers composés ferrugineux qui doivent obtenir la préférence. Le carbonate, le sulfate, le lactate, le tartrate, le citrate de fer, l'oxide noir, la limaille, les teintures, l'iode, etc., se produisent à l'envi, ce qui nous ramène directement à l'opinion du plus sensé des pharmacologues, Cullen, qui pensait que l'essentiel, en pareille occurrence, était de donner du fer, comme dans la syphilis de donner du mercure : *Nascitur..... mus.*

Les maladies des *appareils sécréteurs* offrent le champ le plus varié à l'expérimentation, et, parmi ces maladies, celles du foie occupent le premier rang. L'hépatite aiguë est heureusement assez rare

qu'un second enfant y était resté. Son accoucheur lui ayant assuré qu'elle n'était pas, et qu'elle ne pouvait pas être restée enceinte, la pauvre dame demeura persuadée qu'elle était affectée d'une maladie très grave; mais heureusement elle en fut guérie environ quatre mois et demi après son avortement, en mettant au monde un garçon bien portant.

Vous connaissez tous le cas si extraordinaire, répété dans tous les traités de médecine légale, de cette infirmière de l'hôpital militaire de Strasbourg, qui mit au monde un enfant vivant et viable, le 30 avril 1748, et qui accoucha, le 17 septembre de la même année, c'est-à-dire quatre mois et dix-sept jours après son précédent accouchement, d'une fille vivante et jugée à terme. Ce dernier cas, soit qu'on le considère comme un exemple de superfétation ou d'accouchement gémellaire, n'en prouve pas moins, ainsi que les autres, que dans le cours d'une grossesse multiple il est possible que l'utérus se contracte pour expulser l'un des deux fœtus, et conserve l'autre jusqu'au terme régulier de la gestation.

Les accouchements de jumeaux, qui sont le sujet de cette leçon, ont eu chacun pour résultat la naissance de deux enfants parvenus au même terme de la vie intrà-utérine, offrant, en conséquence, un développement à peu près égal, et qui, l'un et l'autre, paraissaient avoir continué de vivre jusqu'au moment où le travail avait commencé. Le contraire est assez souvent observé; il n'est pas rare, en effet, qu'à une époque indéterminée d'une grossesse gémellaire, l'un des enfants cesse de vivre, l'autre continuant, au contraire, à se développer. Cette mort de l'un des fœtus a, suivant les cas, des conséquences très différentes. Tantôt le fœtus mort s'aplatit, se dessèche, sans offrir la moindre apparence de putréfaction, et n'est expulsé qu'au moment de la naissance régulière du fœtus vivant. D'autres fois il subit dans le sein de sa mère le genre d'altération que l'on remarque chez la plupart des fœtus morts dans le sein de leur mère; et dans ce cas tantôt sa présence sollicite des contractions utérines prématurées, et l'expulsion des deux fœtus; tantôt, au contraire, le fœtus mort est seul expulsé; tantôt enfin le fœtus, mort et putréfié, est conservé dans la cavité utérine jusqu'au terme naturel de la grossesse, et n'est expulsé qu'avec le fœtus vivant.

Vous pressentez aisément que le dessèchement, l'aplatissement et la conservation prolongée du fœtus dans la cavité utérine, n'ont lieu que quand il meurt dans les premiers mois de la grossesse, et que sa putréfaction et son expulsion prématurée, avant ou en même temps que celle du fœtus vivant, se remarquent surtout quand il succombe à une époque déjà avancée de la gestation. La citation de quelques faits de ce genre ne saurait être dépourvue d'intérêt.

Peu rapporte qu'il fut mandé pour secourir Marguerite Quingi au terme de sa grossesse, et enceinte de deux enfants; que le premier qu'il tira pouvait avoir au plus trois à quatre mois, qu'il était mort, à demi-corrompu, de couleur jaunâtre et couvert d'un limon nitreux et graveleux, comme s'il avait trempé pendant quelque temps dans la saumure; il était en partie desséché et tout à fait aplati par les côtés, comme s'il eût été enfermé sous une presse. L'autre enfant était une fille, grande, forte et vigoureuse. Le délivre du premier enfant avait seulement quelques restes de ses membranes demi-corrompues attachées à sa circonférence; cette masse était ronde et fort plate, semblable à une calle de la largeur du fond d'une assiette, de couleur jaunâtre, pareille à celle du fœtus, etc.

Dans un cas de trijumeaux, observé par Portal en 1685, cet accoucheur, après avoir extrait un premier enfant qui était, dit-il, de la grandeur qu'un enfant à terme peut avoir, alla chercher un second fœtus dont le corps n'avait pas un travers de doigt d'épaisseur et dont la tête était toute aplatie et écrasée, puis, en reportant la main dans la matrice, il en découvrit un troisième mais plus petit, fort aplati, de la grosseur d'un hareng soré, aussi desséché, même plus que le premier, ayant la tête plate comme un louis d'un écu blanc; il pouvait avoir une longueur de sept à huit pouces; le délivre était tout racorni et fort dur, etc. Ces faits prouvent que l'un des deux fœtus ayant succombé à une époque peu avancée de la grossesse, peut être conservé dans la cavité utérine jusqu'au terme régulier et n'être expulsé qu'avec le fœtus vivant. Celui que je vais vous rappeler offre l'un des cas les plus extraordinaires d'une grossesse gémellaire parvenue jusqu'à son terme, malgré l'expulsion prématurée de l'un des deux fœtus, mort depuis quelque temps, et l'action des causes les plus propres à provoquer l'expulsion de l'autre.

Pinart rapporte qu'il fut appelé le 18 février 1774, auprès d'une femme de trente-six ans qui éprouvait des douleurs pour accoucher, et qu'il la délivra d'un enfant mort probablement à l'occasion d'une perte qu'elle avait éprouvée trois mois auparavant. Tout se passa, dit-il, très naturellement; l'enfant était corrompu, et comme le cordon était conséquemment pourri il fut obligé d'introduire sa main dans l'utérus afin d'en extraire le délivre très exactement, ce qui fut fait; mais une chose qui lui parut très extraordinaire, ce fut de sentir un autre enfant très chaud et qui lui parut bien se porter, ainsi qu'un amnios bien solide et bien conditionné, enfin il délivra cette femme le mieux qu'il lui fut possible à plusieurs reprises. Le 1er mars, treize jours après cette dernière opération, Pinart accoucha cette femme d'un gros garçon qui vécut sept mois.

La mort de l'un des fœtus dans le cours des grossesses gémellaires a été assez souvent observée pour qu'on en ait recherché la cause. M. Guillemot qui en a réuni plusieurs de ce genre dans un mémoire publié par lui dans les Archives de médecine, me semble porté à croire, ainsi que d'autres accoucheurs, que la mort de l'un des jumeaux résulte tantôt de ce que, pressé et comprimé peu à peu par l'autre jumeau contre les parois de la matrice, il ne trouvant pas assez d'espace pour se développer, il languit et bientôt cesse de vivre; et tantôt de ce que l'ampliation de la matrice ne pouvant suffire au volume des jumeaux qui s'accroissent en même temps, l'un des fœtus succombe à la résistance qu'il éprouve de la part de cet organe. Cette opinion ajoute M. Guillemot, dut naturellement se présenter à l'esprit lorsque le médecin observa la première fois la déformation que le fœtus subit, l'écrasement de la tête, l'aplatissement du corps et des membres. Cette explication me paraît être fondée sur l'observation d'altérations qui sont non pas la cause, mais une conséquence probablement même assez éloignée de la mort du fœtus. Son écrasement et son aplatissement, en effet, ne sauraient se produire que quand sa mort a donné lieu à l'absorption du liquide amniotique dont il était entouré, à l'affaissement consécutif de ses membranes et à la pression qui résulte alors de l'expansion de l'autre œuf et de la résistance des parois utérines; mais quand cette compression s'exerce le fœtus a déjà succombé depuis un temps plus ou moins long.

M. Cruveilhier a proposé une autre explication; il a supposé que l'atrophie du fœtus était la conséquence du décollement successif du placenta. Le cas sur lequel cette explication me semble fondée, avait été remarquable par les circonstances suivantes: une perte assez abondante avait précédé de sept semaines l'expulsion de deux fœtus; l'un de ceux-ci paraissait parvenu au sixième mois de la vie intrà-utérine, et l'autre beaucoup plus petits et dans un état de dessication qui annonçait une mort ancienne, offrait le développement d'un fœtus de deux mois et demi à trois mois; le placenta de ce dernier était d'un tissu jaunâtre, compacte et atrophié; sa surface utérine, comme cicatrisée, semble avoir été depuis long-temps séparée de la surface interne de l'utérus, de petits foyers sanguins s'y voient çà et là.

Vous remarquerez comme moi, sans doute, que cette explication est basée sur un fait exceptionnel; il ne me paraît pas douteux que dans le cas observé par M. Cruveilhier la mort de l'un des jumeaux avait été la conséquence de l'altération du placenta par ces épanchements sanguins intérieurs dont je vous ai déjà fait voir plusieurs exemples dans la Clinique; mais on peut assurer qu'il n'en est pas ordinairement ainsi, en sorte que l'opinion que je viens de vous rappeler ne s'applique justement sans doute qu'au cas même qui en a provoqué l'expression.

Avant ces explications modernes, Moriseau et Peu en avaient provoqué une autre; ils pensaient que la mort devait être attribuée à ce que l'un des fœtus, prenant toute la nourriture pour lui, devenait fort et vigoureux, fraudait l'autre, le rendoit faible et languissant et le faisait périr de bonne heure. J'avouerai que cette explication, généralement rejetée aujourd'hui, me paraît infiniment préférable aux précédentes; elle est fondée sur un fait que personne ne saurait contester, c'est que la puissance d'absorption et d'assimilation des deux organismes peut n'être pas égale, et que, puisant tous deux dans la circulation maternelle les matériaux qui doivent servir à leur accroissement, la prédominance de l'un peut nuire à l'exercice de l'autre. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait observé que dans les grossesses gémellaires il y a souvent entre les deux fœus une disproportion notable de volume, de vigueur, et qui n'ait pensé que l'infériorité de l'un n'était pas étrangère à la supériorité de l'autre et n'ait pressenti la possibilité d'une disproportion plus grande encore et finalement fatale à l'un des deux. Je ne crois pas forcer les analogies en comparant ces phénomènes à d'autres que vous avez dû quelquefois observer dans le règne végétal. Vous aurez sans doute remarqué que des fruits dont les pédicules réunis adhérent au même point d'une branche, présentent assez souvent une différence très remarquable de développement; que les uns offrent toutes les conditions désirables de volume, de fraîcheur et de maturité, tandis que d'autres sont évidemment moins favorisés sous ce rapport, et que d'autres enfin à peine développés se sont flétris et atrophiés de bonne heure. Il est difficile de ne pas admettre que, placés à la même source, puisant la même sève, ils ne l'ont pas fait tous avec la même vigueur, et que la puissance attractive de quelques-uns a prédominé aux dépens des autres; enfin, pour me servir des expressions naïves et justes des anciens accoucheurs, les uns ont pris toute la nourriture pour eux et, devenus forts et vigoureux, ils ont fraudé les autres et les ont fait périr de bonne heure.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Observations de kystes des paupières; leçons cliniques recueillies par Mr A. LHOMMEAU, chef de la clinique ophthalmologique.

Je vais intervertir aujourd'hui l'ordre que j'ai suivi dans mes leçons sur les maladies des yeux, à cause de l'occasion qui se présente de vous montrer plusieurs exemples de kistes des paupières.

Vous avez vu au no 18 de la salle Saint-Gabriel, un vigneron de vingt-un ans, qui est venu de la province pour se faire opérer, encouragé par l'exemple d'un de ses compatriotes que

---

parmi nous, car on aurait nié l'hépatite, dont on eût fait certainement une maladie bilieuse. On s'est donc rejeté sur les affections chroniques du foie, lesquelles par contre sont assez communes, et, à ce sujet, nous avons exhumé tous les fondants, altérants, incisifs, discussifs, cholagogues, etc., si bien que, s'ils revenaient parmi nous, les auteurs des siècles passés croiraient se réveiller d'un léger somme, à cela près qu'ils trouveraient l'arsenal des spécifiques contre lesquels plusieurs d'entre eux ont fulminé, augmenté dans une proportion notable; car nous appelons aujourd'hui science et richesse la stérile abondance que Bâcon qualifiait d'ignorance et de pauvreté, et que Pline, bien plus anciennement encore, appelait un monstrueux produit de la vanité de la science et de la jactance de l'art; sans compter ce qu'en ont dit après eux, Gaubius, Murray, Cullen, Desbois de Rochefort et autres hommes spéciaux non suspects d'inimitié pour la pharmacologie. Vous voudrez bien me dispenser d'entrer dans de fastidieux détails et me permettre d'attendre que nos rénovateurs aient produit quelques observations bien avérées d'hypertrophie confirmée, de ratatinement, de cirrhose, d'état graisseux, de tuberculisation, de dégénérescence encéphaloïde du foie; je me réserve alors de produire bon nombre de faits où leurs drogues ont engendré de fâcheuses complications, de funestes recrudescences, qui ont abrégé la vie des victimes de cette foi robuste en l'empire des altérants, alors que le temps, l'hygiène et des moyens doux offraient seuls des chances de longévité, sinon de salut. On a complétement oublié de nos jours que, mainte fois c'est faire acte de science profonde que de savoir s'abstenir, ainsi que l'ont proclamé Baglivi, Stoll, Tissot et tous les sages.

L'ictère qu'on appelle simple est une de ces maladies peu graves qui guérissent par ou malgré tous les traitements, circonstance heureuse et malheureuse tout à la fois, car elle cause et entretient l'illusion de beaucoup de praticiens à l'égard d'une foule de médications plus ou moins incongrues. Ainsi les purgatifs, les prétendus fondants, tels que la rhubarbe, l'extrait de pissenlit, de chélidoine, la gomme ammoniaque, les savonneux, les alcalins, les mercuriaux, la feuille de noyer, les pédiluves nitro-muriatiques, etc., trouvent bon nombre de prôneurs. Or, des expériences comparatives assez nombreuses m'ont démontré que, de tous les remèdes, les délayant sont ceux qui procurent les résultats les plus sûrs, les plus prompts, et surtout les plus innocents. Notez que les propagateurs des spécifiques s'inquiètent peu d'établir si l'ictère est vraiment simple ou compliqué de calculs biliaires, d'inflammation, d'hypertrophie, de dégénérescences diverses du foie ou de ses annexes: la maladie, c'est la couleur de la peau.

Passant aux affections de la rate, on a bien et dûment constaté, dans ces derniers temps, que le sulfate de quinine exerce sur elle une action puissante et incontestable, pourvu que ses altérations ne soient ni trop profondes ni trop anciennes; mais on ne songe pas à dire, et pour cause, que Brumer, Sydenham, Torti, Warlhoff, Wepfer, Zimmermann en savaient presque autant que nous sur ce point, bien entendu que c'est du quinquina qu'ils faisaient usage. Je dis *presque*, pour être juste; car la percussion a communiqué à ce fait d'observation une rigueur inconnue jusqu'à M. Piorry. Il paraît même que le sulfate de quinine réduit la rate lorsqu'elle est à l'état sain; que dis-je? il la fait disparaître, ou peu s'en faut: vous avez pu lire dernièrement dans un journal que, chez un jeune homme dont la rate était saine et présentait à la percussion neuf centimètres en tous sens, cinquante centigrammes de sulfate acide de quinine ayant été introduits dans le rectum, après un quart d'heure *la rate semblait presque fondue!*.... Pauvres bêtes auxquelles de barbares expérimentateurs ouvrent le ventre pour en extirper la rate, vous voilà désormais sauvées: réclamez-vous du sulfate de quinine... ô modération, vertu plus rare que le génie!

L'histoire et le traitement des maladies de l'appareil urinaire ont certainement fait de nombreux progrès depuis vingt ans. Il suffit de rappeler la précieuse invention de la lithotritie et les ingénieux travaux auxquels elle a donné lieu. Au point de vue médical même, cette partie de la science a fait d'importantes acquisitions, grâce à l'anatomie pathologique, dont la chimie organique fait partie, ce que paraissent oublier les malheureux qui déprécient la première. Telles sont les données étiologiques sur la gravelle, qui promettaient *à priori* de si belles conséquences thérapeutiques. Des volumes ont été produits sur les dissolvants des calculs urinaires. Depuis longues années, nous assistons à une lutte homérique entre la médecine et la chirurgie calculeuses, l'une et l'autre s'escrimant *pro aris et focis*. L'eau de Vichy surtout manifeste une longanimité digne d'un meilleur sort, car les juges du camp l'ont proclamée à peu grès vaincue; mais il lui reste à faire une retraite glorieuse encore sur le terrain des palliatifs et surtout des prophylactiques.

J'ai parlé de la néphrite albumineuse comme conquête pathologique: disons quelques mots de son traitement. De judicieuses tentatives ont été faites pour attaquer le mal à son origine, dans la région rénale elle même; malheureusement on n'a pas obtenu de résultats bien satisfaisans. Ne pouvant modifier directement les reins, il a bien fallu se réduire à combattre l'hydropisie symptomatique. On s'est bercé de l'idée que celle-ci devait comporter des moyens spéciaux. MM. Rayer et Martin-Solon ont préconisé le raifort sauvage, les cantharides, les pilules mercurielles, scillitiques, etc.; moi-même, après d'autres, ai produit des succès obtenus par les bains de vapeur et le régime lacté (Gazette médicale, 1837); mais une triste expérience, répétée sur de nombreux sujets, m'a conduit à cette conviction que cette espèce d'hydropisie cède et résiste aux mêmes moyens que toutes les autres. Ceci me rappelle une anecdote très instructive dont Sydenham est le héros. Il avait guéri une femme hydropique en lui donnant chaque jour une once de sirop de nerprun: « Comme j'étais jeune et sans expérience, ajoute-t-il, je m'imaginai mal à propos que j'avais dans le sirop de nerprun un remède contre toutes les hydropisies; mais je ne fus pas long-temps sans être désabusé de mon erreur. » (*Méd. prat.*, p. 493.) Or, ceci est notre histoire à tous: nous nous hâtons de publier un ou deux succès; l'expérience ultérieure nous désabuse; mais, au lieu d'imiter la candeur de Sydenham, nous nous gardons bien de faire amende honorable, et nos prétendus succès restent comme un leurre à joindre aux mille déceptions dont notre pauvre science est encombrée. Le raifort sauvage était usité par ce même Sydenham, aussi bien que cette seconde écorce de sureau dont on a fait tant de bruit il y a plusieurs années; mais il dit expressément que ces remèdes ne jouissent d'aucune vertu spécifique.

Dans notre ignorance de l'histoire de l'art, nous acceptons comme nouveautés tout ce qui frappe notre attention pour la première fois, infirmité d'esprit déjà signalée et sévèrement blâmée par Hippocrate, qui dit: « Lorsque nous donnons comme nouvelles des choses inventées et oubliées depuis long-temps, en nous trompant nous-mêmes nous trompons les autres. » (*De prisc. med.*) Et pour comble d'erreur, nous avons une déplorable tendance à revêtir ces vieilleries de propriétés mirifiques; car, ainsi que l'a dit Voltaire: « Il y a une foule prodi-
» gieuse de gens d'esprit; mais les personnes qui pensent juste, et qui
» disent ce qu'elles pensent, sont bien rares. » (*Mensong. imprim.*)
Et l'incorrigible crédulité publique fomente incessamment ces éternelles mystifications. « Je trouve, dit Montaigne, que nous ne sommes
» pas seulement lâches à nous défendre de la pipperie, mais que nous
» cherchons et convions à nous y enferrer. » D'où vient donc cette plaie de l'esprit médical? De l'ignorance des principes et du mépris où ils sont tombés. Sentence par laquelle je veux clore cette lettre déjà trop longue, renvoyant à la prochaine la suite de cette revue thérapeutique à vol d'oiseau.

Agréez, etc.,

FORGET, D.-M.

Errata de la troisième lettre: 5e colonne, l'inflammation qu'occasionne; *lisez:* qui occasionne. — 8e colonne, depuis 1837; *lisez:* depuis, en 1837.—*Ibid.*, des cas qui ressemblent; *lisez:* des cas sporadiques qui ressemblent.

L'Académie des sciences a procédé hier lundi à la nomination d'un membre dans la section d'économie rurale vacante par la mort de M. Morel (de Vindé). La liste de présentation avait été ainsi fixé: M. Rayer, en 1re ligne; M. Decaisne; MM. Oscar Leclerc et Vilmorin, *ex æquo*. Au premier tour de scrutin, M. Rayer obtient 41 voix; M. Decaisne, 14; M. Leclerc, 1. En conséquence, M. Rayer est proclamé membre de l'Académie des sciences.

vous avez vu traiter et guérir d'une maladie toute semblable à la sienne. Il se dit d'une très bonne santé, et n'a jamais eu qu'un rhume qui, il est vrai, a duré dix mois.

Depuis sa naissance il porte à l'extrémité externe de la paupière supérieure du côté gauche, une tumeur, qui, jusqu'à l'âge de douze ans, n'a pas dépassé le volume d'un pois. Depuis cette époque, la tumeur a graduellement acquis le volume qu'elle offre aujourd'hui. Le malade ne sait rien sur la cause de cet accroissement, et il croit bien que cette région orbitaire n'a éprouvé aucune violence extérieure. Depuis trois ans, la peau a acquis la coloration rosée qu'on observe encore. Jamais sa tumeur ne lui a fait éprouver la moindre douleur. Aujourd'hui elle a le volume d'un œuf de pigeon; elle est située entre la queue du sourcil qu'elle soulève un peu, et l'angle externe de l'œil qu'elle abaisse légèrement; elle arrive en dehors jusque dans la région temporale, et en dedans elle dépasse la commissure. Sa forme est arrondie, régulière. La peau qui la recouvre est rosée, comme nous l'avons déjà dit; mais sans altération de nutrition ni de texture. Elle a conservé toute sa mobilité. La tumeur se déplace facilement; on peut aisément lui faire abandonner presque complètement la place qu'elle occupe pour la porter en différents sens. Cette circonstance ne prouve pas qu'elle n'a pas d'adhérences avec le muscle, par exemple; et il faut se défier de la mobilité des tumeurs placées au milieu de parties mobiles elles-mêmes, car elles peuvent se déplacer tout en adhérant à des organes importants; c'est ce qui arrive, par exemple, pour quelques tumeurs de l'abdomen, à qui on peut faire parcourir un grand espace, quoiqu'elles tiennent à des organes profonds. Mais revenons à notre tumeur. Elle est molle, fluctuante, sans battements, et ne s'efface pas par la pression. Il est difficile de s'assurer de ses rapports avec le muscle orbiculaire, à cause de la minceur de celui-ci. Le léger déplacement en dedans que l'on remarque lorsqu'il se contracte, peut également être produit par une adhérence de la tumeur avec sa face antérieure ou sa face postérieure. Enfin pour achever de vous énumérer ses caractères, elle est parfaitement indolente.

Quant à sa nature, elle est formée par un véritable kyste des paupières.

Les tumeurs qu'on désigne sous ce nom dans cette région, se présentent sous deux formes bien différentes, et que les auteurs ont eu grand tort de confondre. Quelques uns cependant ont aperçu leurs différences. Guérin père, de Bordeaux, les a bien distinguées. Je regrette qu'elles n'aient pas chacune un nom; mais vous les distinguerez facilement vous-même quand j'en aurai fait le parallèle à l'occasion d'une malade qui va nous venir du dehors, et qui présente une tumeur de la seconde forme.

La première mérite bien le nom de kyste des paupières; elle est formée par un liquide enfermé dans une poche accidentellement développée dans les paupières. En généralisant les caractères que vous offre l'affection du malade que vous avez eu sous les yeux, vous apprendrez que ces kystes ont une origine tout à fait obscure; on ne sait rien de leurs causes. Souvent ils existent au moment de la naissance; outre celui que vous avez vu dernièrement ici, j'en ai enlevé un il y a quelques mois, qui était également congénital. Leur volume est variable, rarement considérable, et ne dépasse guère celui d'un œuf de poule. Ils sont ordinairement uniques, placés au niveau de la paupière supérieure, en dehors et non pas au-devant du cartilage tarse. Souvent au visage ces kystes sont remplis d'un liquide aqueux. On s'en assure par le moyen qu'on emploie pour apprécier la transparence des hydrocèles; la main d'un aide placée de champ sur la tumeur, entre une lumière artificielle et le chirurgien, éclaire ordinairement ce point de diagnostic. J'ai consigné plusieurs observations ou cette expérience a été faite dans mon mémoire sur les kystes de la face. Elle a été faite également chez notre malade, après avoir saisi la tumeur par sa base, afin de la rendre saillante; mais le résultat a été négatif.

Plus souvent ces kystes des paupières contiennent une matière grumeleuse, blanchâtre, ayant la consistance d'une bouillie claire ou de fromage mou. Leur face interne est lisse, ou présente quelques filaments celluleux peu marqués, différant en cela de la structure des lipomes. Leur face externe, celluleuse, adhère par des ligaments lâches aux parties voisines: cette circonstance est utile à noter pour l'opération.

L'épaisseur de leurs parois offre aussi quelques variétés. Il n'est pas rare d'y trouver implantés des poils, dont la présence s'explique par cette circonstance, que la tumeur est due au développement des follicules, qui justement ne manquent pas dans cette région. Si l'orifice de ces petites cavités vient à s'oblitérer, elles se remplissent du produit de leur sécrétion folliculeuse ou pileuse; et je dois déplorer la confusion qu'on a laissé établir dans les kystes pileux en confondant dans une même description ceux dont nous venons de parler et ceux, si différents, qu'on rencontre chez les femmes, et qui sont le résidu d'une conception avortée.

Les conséquences et le pronostic de ces kystes des paupières ne sont pas graves; rarement ils acquièrent un grand volume; seulement ils causent de la gêne dans les mouvements et de la difformité; aussi c'est dans l'âge où l'on est bien aise de profiter de ses avantages physiques, que les malades viennent s'en faire débarrasser.

On peut employer divers modes de traitement. La ponction, par exemple, suivie de l'injection, ne conviendrait pas dans ces cas, où souvent la face interne du kyste est de nature cutanée.

On peut détruire la partie antérieure du kyste au moyen des caustiques, mais cette méthode n'est guère applicable dans cette région, où elle causerait de la difformité et un ectropion peut-être; il en serait à peu près de même de celle qui consiste à cautériser le kyste seulement, après avoir mis sa face antérieure à nu au fond d'une incision de la peau.

L'extirpation est le moyen le plus convenable et le plus sûr; elle se fait de deux façons. Ou bien on enlève le kyste sans l'ouvrir, ce qu'on n'évite pas toujours, et ce qui est souvent long et difficile; ou bien, et c'est le moyen que je préfère, on ouvre tout d'abord le kyste, et on l'enlève, soit par une sorte d'énucléation avec le manche du scalpel, soit avec le tranchant, en faisant maintenir les lèvres de la plaie convenablement écartées. Cette dissection est rendue facile en saisissant l'une des lèvres du kyste avec une pince à larges bords, et en exerçant des tractions sur elles à mesure qu'on détache les adhérences.

Après l'opération il ne faut pas tenir à réunir d'une manière trop immédiate, à cause de la laxité des tissus qui se prête à l'infiltration; telle est la maladie qui mérite vraiment le nom de kyste des paupières. Je serai plus bref au sujet de la seconde espèce de tumeurs dont je vous ai entretenu récemment; je me bornerai à vous montrer les différences de ces deux espèces.

Ces tumeurs diffèrent des précédentes par leur siége; elles occupent indifféremment la paupière supérieure ou l'inférieure, à leur bord libre et souvent fort près du bord ciliaire; elles sont souvent multiples ou se répètent chez le même individu; elles ne sont pas congénitales, et marchent rapidement; elles sont plus fréquentes chez les individus de constitution lymphatique; elles se présentent sous la forme de petites tumeurs arrondies, grosses comme des lentilles, qui soulèvent la peau et quelquefois le cartilage, qu'elles usent et perforent. Dans ces cas, on les a vues déterminer l'irritation de l'œil et des kératites chroniques; elles ne sont pas mobiles et adhèrent aux cartilages tarses; rarement elles contiennent une matière liquide renfermée dans une poche mince; elles sont constituées par une masse épaisse, résistante et solide, comme granuleuse, contenant cependant quelquefois un peu de liquide. Enfin, elles disparaissent quelquefois spontanément à l'occasion de quelque modification profonde survenue dans l'économie, d'une maladie grave, de la menstruation, etc. Quelquefois elles s'ouvrent et se vident par la face conjonctivale, comme l'a vu Guérin, de Bordeaux. Jamais elles n'acquièrent un volume considérable. Si elles ne diffèrent pas des premières quant au traitement chirurgical, elles ne leur ressemblent en rien quant au traitement médical, qui les fait quelquefois disparaître, et au traitement prophylactique qui les empêche de se reproduire. Ainsi, les toniques et les amers en préserveront quelquefois les scrofuleux. Les purgatifs, les fondants, l'iode, le mercure et leurs préparations en solutions ou en pommades, quelques sels résolutifs, le sel ammoniac, le sel marin en solution concentrée déposée par gouttes sur la petite tumeur, et livrée ainsi à l'évaporation, etc., comptent quelques succès.

Quand on en vient à l'opération, les auteurs ne sont pas d'accord sur le côté de la paupière qu'on doit entamer. J'aime mieux fendre les téguments, malgré l'avis de praticiens consommés, tels que Scarpa, Weller, etc., qui n'ont pas vu survenir d'entropion à la suite de l'incision de la tumeur par la face conjonctivale. Le pansement consiste simplement dans l'application de compresses mouillées.

A la suite de la leçon, deux tumeurs de ce genre ont été enlevées, l'une à une femme de trente-cinq ans, qui la portait depuis environ un an à la partie moyenne du cartilage tarse de la paupière inférieure; elle avait le volume d'une lentille, et elle était formée comme d'un mélange de tissu adipeux et fibreux sans liquide appréciable dans son intérieur. Cette femme en porte une autre moins avancée à la paupière supérieure, qu'elle traitera par l'application de solution de sel marin.

La seconde tumeur est présentée par un étudiant en médecine qui, déjà l'année dernière, a été opéré d'une tumeur semblable par un chirurgien des hôpitaux; elle avait son siége à la paupière supérieure du côté droit, près de son bord libre. La cicatrice cutanée est à peine visible. Du côté gauche, il en porte plusieurs à la paupière supérieure, qui occupent le bord ciliaire, et deux à la paupière inférieure. L'une d'elles, placée près de l'angle interne, était aussi volumineuse que deux lentilles, et faisait une saillie très notable vers la face muqueuse. M. Bérard en a débarrassé le malade en peu d'instants. Le tissu est le même que celui qui a été décrit plus haut; mais elle contenait un peu de liquide. Quant au kyste proprement dit, il était placé derrière le muscle, dont les fibres ont été écartées par le histouri. L'énucléation s'est montrée si facile qu'il n'a pas paru utile d'ouvrir le sac pour en faire l'extirpation. La matière qu'il contenait était un liquide blanchâtre contenant beaucoup de grumeaux mous et graisseux et des poils; ceux-ci avaient le caractère de ceux des sourcils; beaucoup étaient libres; d'autres étaient implantés sur la paroi interne de la poche. Celle-ci n'était pas lisse, elle avait le caractère du tissu cutané. Les lèvres de la plaie ont été rapprochées et maintenues telles au moyen de petits rouleaux de diachylon, et le malade a été reporté à son lit après après être revenu de l'état syncopal où il était tombé après l'opération, quoi qu'elle ait été des plus simples.

Chronique.

Les obsèques de M. Fauraytier ont eu lieu le 9 février, au milieu d'un grand concours de chirurgiens militaires, d'élèves internes et externes des hôpitaux qui avaient voulu donner à leur jeune et malheureux collègue ce dernier témoignage de leur estime et de leur affection. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. M. H. Larrey, dont le jeune Fauraytier avait été l'élève particulier, a, dans quelques paroles simples et bien senties, raconté la trop courte vie de cet intéressant jeune homme si malheureusement ravi à des travaux qui annonçaient un bel avenir:

« La sixième année d'études médicales commence pour Fauraytier, mais ne doit pas finir, a dit M. Larrey! Son mérite l'avait placé au rang des internes les plus distingués de l'Hôtel-Dieu; il venait d'entreprendre des recherches difficiles d'anatomie pathologique sur le cancer, et déjà il avait présenté plusieurs pièces intéressantes à la Société anatomique, empruntant à l'analyse et au microscope ce que le scalpel ne pouvait pas lui révéler sur l'organisation de ce produit morbide, redoutable maladie qui devait lui être funeste à lui-même, comme si elle avait choisi une nouvelle victime dans celui qui osait rechercher les secrets de sa nature.

» Le pauvre jeune homme s'était piqué à un doigt en disséquant; il négligea de prévenir toute espèce d'accident, et continua ses travaux sur le cancer avec d'autant plus de confiance qu'aucun effet local ne se manifesta.

» Le 13 janvier, il était allé dans le monde prendre quelques délassements; mais en sortant de la maison où il se trouvait, il est saisi d'un refroidissement subit, et rentre chez lui avec un malaise qui lui ôte le sommeil. Le lendemain, il éprouve de la lassitude et des douleurs vagues dans les lombes et dans les membres; obligé de cesser son service, il se sent plus mal et souffre partout, mais principalement dans la région des reins, dans celle du foie et plus encore dans les cuisses, dont la moindre pression devint intolérable.

» Un ictère se déclare au bout de quelques jours, sans changer la forme de la maladie qui reste insidieuse et s'aggrave de plus en plus. Le délire apparaît le 24 avec intermittence d'abord, puis d'une manière continue avec exacerbation; un phlegmon ouvert à l'une des cuisses semble détourner la marche alarmante des symptômes généraux, mais vain espoir! Le 1er février, le pronostic, grave dès le début de la maladie, devint un arrêt de mort; les forces s'épuisèrent, l'émaciation est extrême, les traits s'altèrent profondément, et le 7 février, à trois heures du matin l'infortuné jeune homme expire (à 26 ans), après avoir demandé lui-même les derniers secours de la religion. »

—M. R.quier, chirurgien militaire, a pris ensuite la parole, et a prononcé un discours qui s'est terminé ainsi:

« Fauraytier n'était pas seulement remarquable par l'étendue de ses connaissances, la distinction de son esprit; mais il réunissait encore toutes ces qualités du cœur qui font chérir celui qui les possède. Aussi laissera-t-il des regrets éternels parmi ceux qui l'ont connu.

» Et quel coup affreux pour ses parens, qui ne vivaient plus que pour voir vivre et prospérer leurs enfants!

» Puissent-ils avoir la force de résister à cette immense infortune. Adieu! à toi dont l'amitié nous était bien chère! Adieu! Repose en paix près de celui dont tu fus l'élève bien aimé!... »

C'est en effet auprès du baron Larrey, qui l'avait honoré de sa bienveillante amitié, que repose le jeune Fauraytier.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 20, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 16 FÉVRIER.

La morve. — Les pois de Taminier. — Le monument du baron Larrey. — Le sulfate de quinine.

On se rappelle que dans la séance de l'Académie de médecine du 7 février, M. Renault fit une communication du plus grand intérêt. Ce savant distingué, après avoir inoculé à un cheval du pus venant d'un homme qui avait succombé à la morve (c'était celui dont nous avons rapporté l'observation dans notre numéro du 22 décembre dernier), et avoir ainsi transmis à l'animal l'affection farcineuse, voulut essayer si cette grave maladie, facilement transmissible par l'inoculation, l'était également par la transfusion du sang. Dans ce but il tira de la veine jugulaire du cheval infecté cinq décilitres de sang qu'il injecta immédiatement dans la même veine d'un cheval sain. Au bout de trois jours, ce dernier cheval offrit tous les signes de l'affection farcineuse; cependant ce fait ayant laissé quelques doutes dans l'esprit de l'observateur, il répéta de nouveau l'expérience, et obtint des résultats tout aussi tranchés. A ces expériences, qui démontraient péremptoirement que le virus morveux passait promptement dans le sang, et s'y conservait avec ses propriétés virulentes, M. Ségalas objecta qu'il ne fallait pas se hâter de conclure, et que l'injection des cinq décilitres de sang dans la veine d'un cheval sain pouvait n'être pas sans danger, abstraction faite de l'action spéciale de tout principe virulent. Cette objection, peu sérieuse pour qui connaît l'innocuité des nombreuses transfusions sanguines qui furent pratiquées en France et ailleurs pendant la dernière moitié du dix-septième siècle, a néanmoins été prise en considération par le savant professeur d'Alfort; il a injecté dans la veine d'un cheval sain *cinq litres* de sang provenant d'un cheval atteint de catarrhe bronchique, et cette injection n'a produit aucun accident. Le cheval injecté ayant été ensuite sacrifié, n'a offert aucune lésion qui pût faire soupçonner une affection morveuse. De toutes ces expériences l'auteur conclut, avec grande raison, selon nous, que le sang des chevaux farcineux contient le virus non modifié de la morve, et que la transfusion de ce sang donne lieu au développement de cette affection chez un autre animal.

Après cette intéressante communication, M. Dupuy a demandé la parole pour contester le caractère spécifique des altérations que M. Renault avait présentées à l'Académie dans la précédente séance, et pour avoir l'occasion d'exposer sur la morve quelques idées assez confuses qui ont été peu comprises par l'Académie, et qui n'ont en rien altéré la confiance et l'intérêt avec lesquels elle a accueilli la communication de M. Renault.

Après un rapport peu important de M. Guéneau de Mussy, est venu un second rapport de M. Guibourt sur des pois à cautère d'une composition nouvelle, c'est-à-dire formés avec de la poudre de racine de taminier au lieu de poudre de racine d'iris. Ce dernier rapport a donné lieu à une vive discussion que quelques honorables membres se sont égayés à appeler une discussion de *pois* mais non de *mesure*. Il s'agissait tout simplement de savoir si l'on adopterait les conclusions du rapport qui étaient : que « l'Académie ne voyait aucun inconvénient à ce que ces pois fussent livrés au commerce; mais qu'elle ne leur trouvait aucun avantage sur ceux déjà connus, et qu'elle n'entendait pas leur accorder son approbation », ou bien si l'on se bornerait à accepter la dernière partie de ces conclusions. L'Académie presque tout entière s'est élevée contre la première partie des conclusions, qui n'a été que faiblement défendue par la commission, et qui, malgré l'assistance de M. Gerdy, a été vigoureusement repoussée. L'Académie sait très bien que lorsque l'inventeur d'un remède nouveau vient lui demander un rapport sur ce remède, son unique but est d'exploiter l'approbation qu'on lui donne et d'associer pour ainsi dire l'Académie à son charlatanisme. L'Académie, voulant réprimer autant qu'il est en elle cet industrialisme effréné, refuse presque toujours ce qu'on sollicite d'elle, et souvent condamne ce qu'on lui demandait d'approuver. En cela ses intentions sont trop droites pour qu'on puisse songer à la blâmer. Cependant il faut bien reconnaître aussi qu'il n'est pas juste de priver un individu du bénéfice qu'il peut retirer de sa découverte, quand cette découverte ne nuit pas et n'est pas nuisible à la santé publique. Or, l'Académie fait cela en refusant de constater qu'elle ne voit pas d'inconvénients à ce que le remède qu'on lui a adressé soit livré au commerce, attendu que sans cette demi-approbation le ministre n'accorde que très difficilement l'autorisation de vendre. C'est en ce sens que M. Gerdy s'est constitué, seul contre tous, le défenseur des pois de taminier; mais sa défense ne devait pas être couronnée de succès. Placée entre la nécessité de commettre une injustice et celle d'autoriser en quelque sorte le charlatanisme, l'Académie a opté pour la première alternative, et il serait difficile de la blâmer de cette détermination. Mais s'il n'est pas permis de blâmer, il est au moins permis de conseiller; or, il est plus que probable que si elle réclamait avec instance de l'autorité des mesures répressives sévères contre les industriels qui osent mettre son nom aux annonces de leur marchandise, l'autorité ne pourrait se dispenser de faire droit à une si juste réclamation, et que l'Académie pourrait alors éviter les deux écueils entre lesquels elle se trouve maintenant placée toutes les fois que le ministre lui demande un rapport sur des remèdes nouveaux.

La discussion sur les pois de taminier étant close, M. Castel est venu proposer à l'Académie de s'associer en corps à ceux qui ont ouvert une souscription pour élever un monument à la mémoire du baron Larrey. Cette proposition, adoptée par acclamation, a montré combien l'illustre chirurgien excitait de sympathies dans l'honorable assemblée.

La séance s'est terminée par la lecture d'un travail intéressant fait par M. Mélier. Ce travail se compose d'expériences et d'observations sur les propriétés toxiques du sulfate de quinine. Nous en donnerons une analyse suffisante dans le résumé que nous ferons prochainement des essais thérapeutiques que l'on a tentés avec ce sel administré à haut dose. On peut voir seulement, dans le compte-rendu de la séance, que les recherches de l'auteur viennent à l'appui de l'opinion que nous avons émise dans les articles déjà publiés par nous sur ce sujet.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER ET TESSIER.

Pneumonie avec délire. Antispasmodiques. Guérison simultanée du délire et de la pneumonie.

Au n° 4, salle Sainte-Madeleine, un homme entra à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les symptômes d'une pneumonie au passage du premier au second degré (râle crépitant dans toute l'étendue du poumon); le lendemain la respiration était plus obscure; le jour suivant, elle ne se faisait plus entendre du tout; mais à partir de ce moment, on entendit un souffle marqué sous l'aisselle; les crachats, couleur de sucre d'orge, sans bulles d'air, adhérents au vase, avaient les caractères incontestables des crachats pneumoniques. On fit pratiquer à cet homme deux saignées et une application de ventouses.

Le soir, il eut du délire, presque sans fièvre; délire continu sans rémission; il y avait un désordre complet dans l'intelligence.

On prescrivit dès le lendemain matin une once (32 gramm.) de sirop diacode, et deux grains (10 centigrammes) de musc en deux pilules d'un grain chaque, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le premier jour, cette médication parut avoir peu d'effet; mais à partir du deuxième jour, le délire commença à diminuer. On augmenta graduellement les doses du sirop diacode et du musc; le premier fut porté jusqu'à deux onces, et le second jusqu'à six grains.

Les jours suivants, le délire diminua notablement, et dégénéra en une rêvasserie tranquille.

Le huitième jour, il était entièrement dissipé, et avec lui avait disparu la pneumonie, dont la résolution avait pu être graduellement suivie, au fur et à mesure que le délire diminuait. Il n'y avait plus ni râle, ni souffle; la respiration était redevenue libre; les crachats étaient devenus muqueux, et n'offraient plus que les caractères de l'expectoration catarrhale. Le pouls était naturel et apyrétique.

Tout le monde sait combien le délire compliquant la pneumonie, est en général une circonstance fâcheuse si l'on n'en triomphe immédiatement. Il a même un caractère d'autant plus grave, qu'il a lieu sans fièvre. Il est remarquable, d'un autre côté, de voir avec quelle facilité et quelle promptitude la pneumonie cède elle-même avec le délire lorsque celui-ci est combattu dès son début par les moyens convenables. Ce délire est donc, dans cette circonstance, l'indication majeure, celle qui doit fixer principalement l'attention, et qui réclame immédiatement l'intervention de la thérapeutique, puisque l'expérience a déjà prouvé dans maintes circonstances analogues, qu'en faisant cesser le délire, la pneumonie tend d'elle-même à la résolution; tandis que si le délire persiste, soit qu'on néglige de lui opposer les moyens convenables, soit que ces moyens soient restés sans efficacité, la pneumonie se termine presque toujours d'une manière fatale. Ce cas ne fait donc que confirmer ce que la plupart des praticiens ont pu constater, et ont consigné relativement à l'importance du rôle que joue le délire dans la pneumonie, et aux bons résultats que l'on obtient en suivant l'indication fournie par ce symptôme.

Névralgie sus-orbitaire intermittente. Sulfate de quinine n'ayant fait qu'activer les accès. Apparition d'hémorrhoïdes; cessation immédiate des accès.

Au n° 6 de la salle Sainte-Madeleine est entré un homme ayant un asthme avec catarrhe pulmonaire. Cet homme a présenté dans le cours de sa maladie une névralgie sus-orbitaire à type intermittent, revenant périodiquement et régulièrement tous les jours à la même heure.

D'après les questions que nous avons faites à ce malade, il est évident que cette complication était accidentelle, et qu'elle n'était liée à aucun état morbide antécédent, ni à aucune disposition qui fût chez lui habituelle; il affirmait n'avoir jamais ressenti jusque-là aucune atteinte de névralgie, et n'avoir jamais eu aucune maladie intermittente. Cette névralgie nous paraît avoir été déterminée par un courant d'air; ce qui est d'autant plus probable, que le malade était placé dans les conditions les plus favorables pour cela, exposé à tous les courants d'air de la salle. Quoi qu'il en soit de la cause, la névralgie portant avec elle l'indication des antipériodiques, on administra le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes. Pendant plusieurs jours le médicament, bien qu'on en eût graduellement augmenté la dose, parut n'avoir pas son plein effet, les accès de névralgie revinrent périodiquement aux mêmes heures; mais avec une intensité moindre et décroissante, ce dont nous n'étions pas surpris d'ailleurs, sachant bien que souvent les accès de cette nature ne cèdent pas immédiatement, et qu'il faut pour les faire disparaître complétement pousser la médication antipériodique jusqu'au cinquième, sixième et même quelquefois jusqu'au septième jour. Au bout de cinq à six jours environ, il survint une irruption soudaine d'hémorrhoïdes, qui fut suivie de la cessation immédiate des accès névralgiques qui avaient jusque là résisté au sulfate de quinine dont la dose avait été élevée jusqu'à 1 gramme et demi.

Ce malade nous a assuré n'avoir jamais eu d'hémorrhoïdes; c'était la première fois qu'il en éprouvait une atteinte. On a gardé le malade pendant quelques jours encore à l'hôpital, afin de s'assurer que les accès ne se reproduiraient plus, après quoi le malade est sorti n'ayant plus que ses hémorrhoïdes. Quant au catarrhe pulmonaire et à l'asthme, pour lesquels il était entré à l'hôpital, le repos seul et le régime en ont notablement amendé les symptômes.

Pneumonie grave, arrivée au huitième jour sans avoir été traitée. Phénomènes d'adynamie; absence d'indications de la saignée. Traitement par les vésicatoires et le kermès à haute dose. Guérison.

Un homme entra, il y a trois jours à l'hôpital pour y être traité d'une maladie grave, dont il ne paraissait pas soupçonner lui-même le danger, puisqu'il était resté plusieurs jours jours chez lui dans cet état sans réclamer aucun secours. Ce malade avait une pneumonie double très intense. On entendait un souffle évident en avant et du râle crépitant sous les aisselles. Autant qu'on en pouvait juger par les signes stétoscopiques, on avait affaire à une pneumonie latérale, ou du moins était-elle plus facilement appréciable en ce point que dans les autres; car le stétoscope ne pouvant révéler exactement que l'état des parties superficielles du poumon, il était difficile de préciser exactement les limites de l'inflammation.

Le malade avait une teinte jaune qui n'était point précisément la teinte ictérique; elle était d'un jaune plus foncé et plus livide; la peau était un peu terne et mate; le pouls faible, irrégulier et intermittent; les forces vitales étaient anéanties; il n'y avait point ou peu de réaction; la peau était couverte d'une sueur froide. Ajoutons que la maladie était arrivée au neuvième jour, c'est-à-dire à l'époque où la pneumonie se juge ordinairement soit par la résolution, soit par les phénomènes de l'agonie.

Ce cas nous parut fort embarrassant. La pneumonie était très avancée, les indications étaient passées et n'avaient pas été remplies. Il était actuellement impossible d'agir d'une manière énergique et efficace contre la phlegmasie pulmonaire. Il restait cependant encore une indication à remplir, et c'était la seule, celle qui consistait à relever les forces. Mais par quel moyen les relever? Avions-nous affaire à une pneumonie de forme adynamique? Non. La pneumonie adynamique n'a point la forme et les caractères que présentait celle-ci; elle est ordinairement caractérisée, comme on le sait, par une exhalation sanguine beaucoup plus abondante que dans les pneumonies franchement inflammatoires; elle n'est accompagnée, dès le début, que d'une très faible réaction fébrile. Ici, au contraire, il y avait eu une fièvre intense au début et ce n'a été qu'à la suite de la fièvre qu'est survenue l'adynamie. L'état du pouls d'ailleurs indiquait tout autre chose que la prostration; il était faible sans doute, mais plutôt irrégulier encore que déprimé. Il n'y avait donc pas ici, à proprement parler une véritable adynamie. Aussi, après avoir balancé toutes ces circonstances, nous proposâmes-nous de relever les forces, non par les toniques, mais par les vésicatoires. Les vésicatoires ont pour effet, dans cette circonstance, de relever

et régulariser le pouls, par l'espèce d'inflammation artificielle qu'ils provoquent. Pendant que nous avions recours aux vésicatoires pour obéir aux indications fournies par l'état général des forces, nous cherchâmes à combattre directement la pneumonie par les préparations antimoniales à l'intérieur.

Il se présentait ici une question très délicate à l'égard de l'emploi des antimoniaux. Fallait-il donner le tartre stibié à haute dose, ainsi qu'on le donne assez généralement dans la pneumonie? Le tartre stibié à haute dose produit, comme chacun le sait, une grande prostration. Chez les sujets déjà considérablement affaiblis, c'est un vrai quitte ou double; or, tel était justement le cas de notre malade. Le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine ayant, ainsi que nous avons eu déjà l'occasion de le faire remarquer plusieurs fois, la même efficacité que le tartre stibié sans en avoir les inconvénients, nous avons choisi le premier de ces deux agents, le kermès, que nous avons donné d'emblée à la dose d'un gramme. Application d'un large vésicatoire.

Dès le premier jour, il n'y eut aucun changement notable. Le malade n'était ni plus, ni moins affaibli; il avait eu quelques évacuations alvines qui ne paraissaient pas avoir diminué ses forces, et, partant, qui étaient restées sans inconvénients.

Le lendemain, nous augmentâmes la dose du kermès qui fut portée à un gramme et demi, avec recommandation d'en surveiller l'action et de suivre la tolérance; on fit en même temps appliquer un second vésicatoire.

Le troisième jour, cette médication combinée avait amené le malade à l'état suivant: le pouls n'était ni fort ni faible, mais naturel et régulier; les forces étaient sensiblement relevées; la teinte jaune de la peau avait disparu; la température était redevenue normale; le malade respirait librement; les crachats ne présentaient plus aucune trace de sang, ils étaient presque muqueux, et offraient tous les caractères qu'ont les crachats dans la pneumonie en résolution. De ce moment, le malade était en pleine convalescence.

— Ce cas est intéressant sous tous les rapports; il est propre surtout à faire ressortir l'importance qu'il y a à se conformer aux indications que présente chaque cas en particulier. Une pneumonie ne saurait être attaquée indifféremment par tels ou tels moyens; les raisonnements et les statistiques sur lesquels on se fonde pour préconiser tel moyen de traitement à l'exclusion de tels ou tels autres, pèche entièrement par la base. Ainsi, la question de savoir s'il faut, dans la pneumonie, saigner au commencement, au milieu ou à la fin, c'est une question fausse et mal posée. C'est aux indications qu'il faut en appeler, sans tenir compte des jours; il est indifférent qu'on saigne tel ou tel jour, au commencement ou au milieu, pourvu que la saignée soit indiquée: ce n'est pas une question de temps, mais une question d'indication. Ainsi, pour appliquer ces préceptes au cas actuel, si nous nous en étions rapporté aux statistiques qui montrent que sur un chiffre donné de pneumonies, la saignée a été plus efficace au commencement qu'à la fin, nous aurions pu commettre une grave erreur, car ici il n'y avait aucune indication de la saignée; le pouls était faible, dépressible, inégal, intermittent, tout autant de circonstances qui contre-indiquent l'emploi de la saignée, et le malade était dans cet état où la plus légère perte de sang peut amener des lipothimies.

Après cette courte dissertation de M. Tessier, M. Récamier a ajouté quelques considérations pratiques dont on sentira assez l'importance.

L'époque d'agir dans les maladies ne saurait être déterminée d'avance et d'une manière générale. Ce moment peut varier dans une même maladie, et pour des cas morbides de même nature, suivant une foule de circonstances individuelles et propres à chaque cas particulier. Est-ce qu'on voit dans l'état physiologique tous les sujets arriver à la puberté au même âge? La digestion s'accomplit-elle chez toutes les personnes dans un même espace de temps? Ne voit-on pas tel individu accomplir sa digestion en deux heures; tel autre en mettre quatre, six pour accomplir la même fonction? Eh bien, les maladies sont aussi soumises à une digestion, dont la durée n'est pas la même chez tous les malades; la coction s'accomplit bien en un certain nombre de jours approximativement calculables, mais une foule de circonstances peuvent faire varier ce terme. Le médecin ne saurait être responsable des accidents, des épisodes qui peuvent survenir pendant le cours d'une maladie, et changer les résultats que l'on pouvait considérer comme probables. Ce n'est donc pas sur le nombre de jours écoulés depuis le commencement de la maladie qu'il faut se baser, bien que dans un grand nombre de maladies la considération des jours ait une grande valeur, mais sur la considération de l'état actuel des malades et des indications qu'ils présentent. J'ai saigné des pneumoniques à quinze jours, à dix-huit jours même, parce que le pouls continuait, à ce terme avancé de la maladie, à être dur et qu'il n'y avait pas encore de suppuration. Ce sont donc les signes de crudité, bien plus que la date, qu'il faut suivre. La date est un renseignement dont il faut tenir compte; mais il ne faudrait la prendre uniquement pour guide, puisque la coction ou la dégénérescence des maladies peuvent ne pas survenir au jour attendu: j'entends ici par coction, la crise par les sueurs, par les urines ou par une suppuration éloignée, qui amène la guérison; par dégénérescence, la suppuration intempestive qui tue les malades.

Vous avez entendu insister sur le neuvième jour, comme celui où se fait le plus ordinairement la crise des pneumonies. Ce que je disais tout à l'heure sur la nécessité de subordonner la considération des jours à celle de l'état de crudité ou de coction des maladies, et aux indications particulières déduites de l'état du pouls et des forces des sujets, ne doit cependant pas faire perdre de vue la valeur réelle des jours, surtout sous le point de vue des crises et du pronostic. Ainsi, une maladie qui a duré plus d'un jour, arrivera, suivant toute apparence, à la moitié de la semaine; si elle dépasse la moitié de la première semaine, elle arrivera au commencement de la deuxième. Si la crise se fait le septième jour, elle ne dépassera pas assurément le neuvième; si elle a dépassé le neuvième, il faut compter sur trois semaines; quant au septième jour, il y a en général peu à faire; la crise peut suivre les deux jours suivants; si elle n'est pas commencée le septième jour, elle peut avoir lieu le neuvième; si elle n'a pas eu lieu le neuvième, il faut l'attendre le onzième; mais, passé ce terme, il devient très difficile d'assigner le jour où elle pourra se faire; la maladie peut se prolonger alors jusqu'au vingt-unième jour, jusqu'au vingt-huitième, trentème jour; j'en ai vu aller quelquefois jusqu'au quarante-neuvième. Ainsi je ne dirai jamais, dans une pneumonie, par exemple, saignez tel jour, à telle époque de la maladie, mais saignez quand et tant que vous verrez de l'excitation, le pouls plein et dur; mais du moment où le pouls sera devenu mou et dépressible, cessez de saigner.

J'arrive à d'autres considérations non moins importantes. L'ictère qu'a présenté ce malade est une chose assez commune; on voit souvent de ces ictères dans les pneumonies et les pleurésies, et il est même assez remarquable de voir avec quelle facilité quelquefois les maladies se résolvent malgré cette apparente complication; de sorte que dans la plupart des cas ce symptôme est de peu d'importance. Aussi faut-il, en général, traiter la maladie comme s'il n'existait pas, et obéir aux indications fournies par les phénomènes de la circulation, de l'inanition et par l'état des organes gastriques des forces vitales. Mais si la maladie est grave et la marche rapide, il faut alors tenir compte de cette complication. Dans les cas où l'ictère se combine avec la pleurésie ou la pneumonie, la saignée est indiquée, tant que la suppuration n'est point commencée, y eût-il même une oppression des forces. En voici un exemple:

Un homme se trouvant dans ce cas, était très abattu; il avait la bouche mauvaise, une fièvre modérée, le pouls molasse. Je n'osai pas d'abord recourir à la saignée; je tâtai par les émollients et les laxatifs; le malade arriva ainsi au huitième jour sans aucune apparence de solution; il n'y avait pas le moindre changement, malgré la persistance des mêmes moyens. Le foie était le siége d'une petite douleur à la pression, qu'une légère tuméfaction du ventre avait empêchée jusque là de bien apprécier. Je me décidai à une petite saignée locale; je fis appliquer avec timidité six sangsues: il y eut immédiatement après une aggravation des symptômes fébriles et des signes évidents de réaction; le pouls se releva: je m'enhardis alors et fis pratiquer une saignée de deux palettes et demie; il n'y eut pas de soulagement; j'en fis pratiquer une seconde de trois palettes, pas de soulagement encore; mais le pouls n'avait pas faibli et le sang était couenneux; j'en fis pratiquer une quatrième, une cinquième, une sixième, et à mesure que je faisais saigner, le pouls semblait se relever plutôt que fléchir; le sang était toujours couenneux; j'arrivai ainsi à pratiquer jusqu'à neuf saignées chez ce même homme auquel je n'avais pas osé d'abord appliquer six sangsues. Après la neuvième saignée, il se fit une détente générale, une crise par des sueurs et des selles abondantes et la guérison fut dès-lors établie.

Je cite ce cas, non comme un exemple des indications que fournit la complication de l'ictère dans les pneumonies; car évidemment on ne saurait en faire une application générale à tous les cas de ce genre, mais plutôt pour faire voir jusqu'où peut aller l'indication de la saignée, en suivant l'état du pouls, alors même qu'au début il semblait y avoir une contre-indication par une cause qui enrayait son développement. Cet exemple est surtout un des plus propres à faire saillir la différence qui existe et qu'il ne faut cesser de faire entre l'oppression et l'abolition réelle des forces.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Leçon sur un nouveau traitement de l'hydrocèle; recueillie par M. BAELEN, chirurgien sous-aide.

(Suite du numéro 18.)

Première observation. — *Hydrocèle enkystée. Guérison en douze jours.* (Observation recueillie par le malade lui-même, qui est étudiant en médecine.)

Il y a dix ans, en prenant des leçons d'équitation, j'eus le testicule droit fortement comprimé entre la selle et la cuisse; l'application de cataplasmes fit cesser la douleur, et je me crus guéri. Six ans après je m'aperçus que le cordon était devenu plus volumineux, mais sans douleur. Deux ans plus tard j'eus une blennorrhagie qui, à l'aide d'un traitement énergique et de fortes doses de copahu, guérit radicalement au bout de vingt-un jours. Pendant cette maladie j'éprouvai quelques élancements et une douleur sourde dans le même testicule. Deux ans après, voulant séparer deux individus qui se battaient, je reçus un coup de pied dans les parties, et le même testicule me fit mal pendant plusieurs jours. J'y appliquai quelques émollients et la douleur se dissipa. Dès ce moment le testicule m'a semblé grossir de plus en plus; la tumeur était indolente et la fluctuation évidente.

Les choses restèrent dans le même état jusqu'au 21 décembre 1842, époque où je fus opéré par M. Baudens, d'après sa méthode. Huit heures après l'opération le gonflement et la tuméfaction étaient manifestes, accompagnés d'une forte chaleur et d'une douleur fort légère. Le lendemain tuméfaction et douleur plus fortes. Le troisième jour, pour augmenter graduellement l'inflammation, injection d'air à l'aide d'une sonde en caoutchouc, et par suite accroissement de la tuméfaction.

Quatrième jour, injection de quelques gouttes de vin, à la suite de laquelle douleurs assez vives, mais passagères, dans le trajet du cordon. Le gonflement devient plus grand, sans réaction générale, sans fièvre aucune.

Cinquième jour, sortie de la canule sans effort et sans douleur. Depuis, la résolution a continué sensiblement, et devient de jour en jour plus manifeste.

Nota. Depuis le premier jusqu'au septième jour, friction avec liniment camphré. Du huitième au douzième jour, époque de la guérison, onctions avec pommade d'iodure de plomb, et disparition très rapide de la tumeur.

C'est ainsi que j'ai vérifié sur moi-même l'excellent résultat du procédé opératoire de M. Baudens.

La tumeur, peu volumineuse, enveloppait comme une sorte de calotte la partie supérieure du testicule, et il m'avait paru fort difficile de la ponctionner avec le trocart sans blesser cet organe. En proie à toute la susceptibilité d'un tempérament nervoso-bilieux, et affecté depuis plusieurs années d'une entérite chronique, je redoutais, en usant de l'ancien procédé, le développement d'une inflammation dont le degré d'intensité était pour moi inconnu, et qui aurait pu entraîner à sa suite de sérieux accidents, d'autant plus que l'épididyme était engorgé et souffrant. Par le procédé de M. Baudens, j'ai pu élever l'inflammation à un degré suffisant pour opérer l'adhérence des tuniques sans être exposé à de fâcheuses réactions.

GEORGES-XAVIER J.

Deuxième observation. — *Hydrocèle de la tunique vaginale avec engorgement du testicule, constituant une hydrorchite. Guérison par la méthode de M. Baudens.* (Observation recueillie par M. RODIL, chirurgien sous-aide.)

M. Perrot, commis de marine, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, était atteint depuis six mois d'une énorme hydrocèle, lorsqu'il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce. Cette hydrocèle reconnaissait pour cause une longue course, à la suite de laquelle M. Perrot sentit une douleur assez vive dans le testicule droit, qui, huit jours après, avait acquis un volume considérable. Forcé de s'aliter, il fit appeler un médecin, qui prescrivit l'application de quinze sangsues et l'usage de boissons émollientes. Le lendemain, même traitement; amélioration sensible, à tel point que deux jours après il put quitter sa chambre. Rechute; nouvelle application de sangsues, usage des frictions mercurielles sans aucun résultat; et après plusieurs mois de soins inutiles, M. Perrot entra à l'hôpital du Val-de-Grâce. La tumeur qu'il portait au côté droit du scrotum avait le volume d'une petite tête de fœtus, formée par un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale; elle était transparente, et laissait voir en bas et en arrière, en interposant entre l'œil et la lumière, un corps opaque; c'était le testicule s'étendant de bas en haut jusque près de l'orifice de l'anneau inguinal. Le malade se plaignait d'une pesanteur marquée dans cette région, et d'une douleur très vive augmentée par le moindre mouvement.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le chirurgien en chef examina de nouveau la tumeur, et après avoir reconnu tous les signes d'une hydrocèle vaginale, s'assura de la position du testicule, et fit sur la tumeur un ponction à la partie inférieure et antérieure. Cette ponction fut opérée à l'aide de son trocart à acupuncture, dont il fit ressortir l'extrémité à quatre pouces environ au-dessus de l'ouverture d'entrée. La canule, percée d'un trou à sa partie moyenne, fut laissée en place, et donna issue à 130 grammes de sérosité. La tumeur avait encore la moitié de son volume, et on reconnut que le testicule était du volume de la moitié du poing. Ce volume, dont on était loin de se douter, malgré un examen attentif, aurait rendu dangereux l'emploi du trocart ordinaire. Le travail inflammatoire se fit avec tant de rapidité, que le quatrième jour on fut obligé d'enlever la canule et de la combattre par des émollients. La tuméfaction tomba rapidement, et en peu de jours l'hydrocèle fut guérie. L'engorgement testiculaire, qui existait encore, ne céda qu'après un mois de traitement, sous l'empire des frictions avec la pommade d'iodure de potassium avec l'onguent mercuriel camphré et des liniments camphrés.

Troisième observation. — *Hydrocèle. Guérison.* (Recueillie par M. THAELEN, chirurgien sous-aide.)

Salle 2 des officiers blessés, n° 5, M. V..., officier du 10e de ligne, est entré le 25 décembre dernier, porteur d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. Ce militaire, à la suite d'une urétrite, avait été atteint d'une orchite à laquelle avait succédé une hydrocèle de la grosseur d'un œuf de poule, qu'il portait depuis un an.

Le 29 décembre, M. Baudens fit l'opération de cette hydrocèle à l'aide de son instrument dit trocart-acupuncture. Après s'être assuré de la position du testicule et du cordon spermatique, il fit une ponction à la partie antérieure et inférieure du scrotum; puis, s'étant assuré qu'il avait pénétré dans le liquide, il fit sortir l'instrument à huit millimètres plus haut. L'aiguille à dard étant retirée de la canule, celle-ci donna issue par ses deux extrémités au liquide renfermé dans la poche. Ce liquide, d'une couleur opaline légèrement citrine, a été évalué à 60 grammes. La canule fut fixée au moyen d'un fil de coton en 8 de chiffre, et on recommanda le repos au malade, en lui prescrivant quelques légers aliments.

Le 30 décembre, on remarque que la canule présente son orifice latéral en avant, de sorte que le liquide sécrété ne peut s'épancher; on lui fait décrire un léger mouvement de rotation qui détruit quelques adhérences déjà formées, et on replace l'ouverture de la canule en arrière, en rapport avec le sac de la séreuse. Cette manœuvre facilite l'issue de quelques grammes de sérosité, qui continue à couler goutte à goutte pendant quarante-huit heures, après lesquelles cette fistule artificielle parut se supprimer. Il existait bien un peu de tuméfaction locale; mais cette tuméfaction s'était opérée dans l'épaisseur du dartos et non entre les feuillets de la tunique vaginale. Un peu d'air fut insufflé dans la séreuse par trois fois, et à vingt-quatre heures de distance. Il se fit alors un épan-

chement de lymphe plastique coagulable dans la séreuse. La canule fut retirée au huitième jour; les plaies fistuleuses se tarirent au quinzième jour, et dès ce moment la cure de l'hydrocèle fut radicale. Dans les derniers jours, pour hâter la résolution, on eut recours aux pommades fondantes déjà indiquées.

Quatrième observation. — *Hydrocèle contenant 400 grammes de sérosité purulente. Emploi de la canule pendant dix-huit jours. Guérison.* (Recueillie par le même.)

Salle 15, n° 1, M. L... de G..., officier supérieur, âgé de quarante-cinq ans, est entré le 24 décembre, porteur d'une hydrocèle de la tunique vaginale qui date de deux ans. Cet officier, en montant à cheval, avait été jeté contre le pommeau de la selle, et avait reçu sur le testicule un coup assez violent, qui détermina une hydrocèle dont le volume alla toujours en augmentant. La tumeur, dure, tendue, est de la grosseur des deux poings. L'accumulation du liquide ne permet pas de s'assurer de la position du testicule; on sent une fluctuation obscure, et la tumeur, exposée aux rayons du soleil, ne laisse pas apercevoir de transparence. M. Baudens avertit qu'on trouvera un liquide altéré.

Le 29 décembre l'opération fut faite de même que chez le premier, toutefois avec une canule plus longue; il sortit un liquide purulent, verdâtre, et dont la quantité s'élève à 400 grammes. La canule reste fixée comme dans le cas précédent, et, pour prévenir des symptômes inflammatoires trop violents, une application de glace est ordonnée sur la tumeur; le régime alimentaire se compose de quelques aliments légers.

Le 30 décembre, il s'écoule encore une légère quantité de sérosité purulente verte, mêlée de stries sanguinolentes. Il n'est pas survenu de réaction; la glace est supprimée.

Le 31 décembre, une nouvelle quantité de sérosiité opaline, légèrement citrine, s'écoule à travers la canule; l'état du malade est très satisfaisant; pas de douleur, pas de fièvre. Friction avec le liniment huileux camphré; lavement émollient.

Le 1er janvier, il s'écoule un peu de sérosité blanchâtre; l'inflammation, trop peu considérable, nécessité une introduction d'air dans la séreuse. Réaction légère et sans fièvre; le scrotum est revenu sur lui-même, et le travail inflammatoire marche très lentement.

Le 2 janvier, nouvelle injection d'air; l'inflammation est un peu plus considérable; il s'écoule encore par la canule une sérosité claire et beaucoup moins purulente.

Le 3 janvier, injection d'une demi-cuillerée de gros vin.

Le 4 janvier, l'inflammation s'est développée considérablement; la partie est tuméfiée, chaude et douloureuse à la pression. La diète est prescrite, et une nouvelle aplication de glace est faite sur la tumeur; un cerceau soulève les couvertures, afin d'empêcher leur poids sur la tumeur. Il s'écoule encore un peu de sérosité par la canule.

Le 5 janvier, la tuméfaction a beaucoup diminué, la douleur a cessé; tous les symptômes inflammatoires ont presque disparu; il s'est formé un épanchement de lymphe plastique qui donne lieu à l'engorgement de la partie; il s'écoule quelques gouttes de sérosité; des compresses d'eau froide sont maintenues sur la tumeur.

Le 6 janvier, cessation des phénomènes inflammatoires; la partie inférieure et postérieure de la tumeur est adhérente au testicule.

Le 9 janvier. Dans la partie supérieure de la poche, il ne s'est point encore formé une inflammation adhésive; on y fait une injection d'une cuillerée d'eau chlorurée, dans le but d'y déterminer une légère irritation et de laver en même temps l'intérieur de la poche; compresses d'eau froide. Les 10, 11, mêmes injections chlorurées. Les 12, 13, 14, injections d'eau chlorurée et de vin aromatique. Le malade va très bien sous tous les rapports; il n'éprouve point de douleurs. Sous l'influence du même traitement la guérison va s'opérer bientôt.

Les 15, 16 janvier, la poche est couverte d'adhérences, et le liquide introduit reflue, ne trouvant plus de passage. On enlève la canule. On prescrit des frictions avec l'iodure de potassium.

Sous l'influence de ce traitement, chaque jour voit survenir une amélioration, et aujourd'hui, 1er février, cet officier est totalement guéri d'une hydrocèle énorme avec dégénérescence de la tunique séreuse.

Cette observation démontre à la fois l'efficacité et l'innocuité du traitement employé par le chirurgien en chef du Val-de-Grâce. On avait ici affaire à une hydrocèle compliquée de la tunique vaginale; 400 grammes de sérosité purulente ont été retirés tout d'abord. Eh bien! je le demande aux hommes de bonne foi, que serait-il advenu si l'on avait eu recours au traitement par les injections? Evidemment une inflammation qui aurait pu se terminer par les accidents les plus sérieux.

Nous pensons que ce traitement doit attirer l'attention des praticiens; il n'est pas de semaine, pour ainsi dire, qu'il ne soit mis à l'épreuve au Val-de-Grâce. Ceux qui voudraient en étudier les effets pourront, comme nous, venir se convaincre à la clinique de cet hôpital.

— *Errata* du précédent article. N° 18, page 70, 3e colonne, 7e paragraphe, remède, *lisez* récidive. Page 71, 1re colonne, 3e paragraphe, d'un porte-aiguille, *lisez* d'une forte aiguille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février. — Présidence de M. P. Dubois.

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. de Castelnau sur plusieurs points relatifs aux maladies vénériennes.

— A l'occasion de la correspondance, *M. Renault* demande la parole, et dit qu'après la communication qu'il fit dans la dernière séance sur la transmission de la morve, M. Ségalas exprima le désir que la transfusion du sang fût faite, comme expérience comparative, d'un cheval sain à un cheval sain. J'avais prévenu ce désir, car au moment où je parlais, cette expérience avait été faite par moi dans les conditions indiquées. Treize jours après l'expérience, l'animal qui avait reçu cinq décilitres d'un autre cheval sain, n'avait éprouvé aucune espèce d'accident. Il a été sacrifié, et l'inspection cadavérique n'a démontré aucune altération qui puisse se rapporter à la morve.

Je saisirai cette occasion pour répondre à M. Dupuy, qui a semblé jeter quelques doutes sur la nature des altérations des pièces pathologiques que j'ai présentées dans la dernière séance; que si j'avais une démonstration à faire de l'anatomie pathologique de la morve, je n'en choisirais pas d'autres.

M. Dupuy soutient que dans la morve aiguë ou chronique, il se fait fort de démontrer trois espèces d'altérations, une qui ressemble aux pustules de la petite vérole confluente, une autre qui a de l'analogie avec la pustule maligne, une troisième enfin qui se rapproche du charbon.

— *M. Louis* présente au nom de leurs auteurs, MM. Rilliet et Barthèz, les deux premiers volumes d'un ouvrage intitulé: Clinique des maladies des enfants.

— *M. Guéneau de Mussy* fait un rapport sur trois remèdes secrets dont les conclusions défavorables sont adoptées.

— *M. Guibourt* fait un rapport officiel sur des pois à cautère fabriqués avec la racine de taminier, et inventés par M. Michel, ex-droguiste.

Les conclusions sont que ces pois ne présentent pas d'inconvénients, mais qu'ils n'offrent aucun avantage sur ceux en racine d'iris, et qu'en conséquence l'Académie ne peut leur donner son approbation.

Une discussion longue, on ne peut plus tumultueuse, et que par respect pour l'Académie nous ne voulons pas reproduire, suit la lecture de ce rapport. Après les plus grands efforts de la part du président pour rétablir l'ordre, l'Académie parvient à écouter le développement d'un amendement de M. Boulay, tendant à supprimer le premier membre de la phrase des conclusions de la commission. Cet amendement est adopté.

— *M. Castel* fait une proposition tendant à engager l'Académie à contribuer aux frais de l'érection d'un monument à la mémoire de Larrey.

Cette proposition, accueillie avec acclamation, est renvoyée au conseil d'administration.

— *M Mélier* lit un mémoire intitulé: Expériences et observations sur les propriétés toxiques du sulfate de quinine.

Commissaires: MM. Husson, Chevallier et Guéneau de Mussy.

— L'Académie vote au scrutin une commission de onze membres, chargée de décider dans quelle section aura lieu la prochaine nomination.

Le dépouillement du scrutin donne les noms suivants: MM Roche, Boullay, Husson, Bouley jeune, Delens, Villeneuve, Chevallier, Castel, Thillaye, Blandin, Lagneau.

— *M. Velpeau* communique les pièces anatomiques provenant d'une femme morte après l'excision d'un polype volumineux de l'utérus, opération qui a présenté des circonstances insolites. En effet, le pédicule du polype se confondait avec la matrice complétement renversée. Cette pièce montre avec quelle prudence il faut exciser les polypes qui font saillie dans le vagin, pour ne pas blesser la matrice qui, dans les cas de polype volumineux comme celui-ci, peut être renversée.

— *M. Robert* montre le fémur d'un vieillard qui a succombé cinquante jours après une fracture du col de cet os. La pénétration du fragment supérieur dans la portion spongieuse de l'os est ici évidente; le travail organisateur est presque terminé, quoique aucun appareil n'ait été appliqué.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1843. — Présidence de M. Dumas.

Electro-puncture. — *M. Le Roy-d'Etiolles* écrit pour revendiquer la priorité des idées émises par M. Schuster sur l'application de l'électro-puncture au traitement de diverses maladies. (Nous publierons cette lettre dans le prochain numéro.)

Pâte arsenicale contre les cancers. — *M. Souberbielle* écrit qu'il applaudit aux succès obtenus par M. Manec, car ils viennent en confirmation de ses opinions sur la pâte arsenicale; mais il croit qu'il eût été d'une justice rigoureuse que ce chirurgien nommât frère Côme et lui: le premier, parce qu'il a fait entrer l'arsenic dans la thérapeutique des chancres de la face; lui, parce que M. Manec a employé la formule dont il se sert et qu'il lui a fait connaître lorsqu'il s'est décidé à recourir à ce précieux mode de traitement.

— *Extrait d'un Mémoire sur l'extirpation de l'astragale;* par MM. *Fournier-Deschamps* et *Rognetta*. — Le Mémoire que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie a été fait en commun avec M. Fournier-Deschamps et moi. Nous l'avons composé à l'occasion du déplorable événement arrivé le 8 mai dernier au chemin de fer de la rive gauche. Ayant été appelés au secours d'un des principaux employés de ce chemin de fer, M. de Milhau, inspecteur-général, qui avait eu une jambe fracassée et une épaule luxée, nous avons dû lui pratiquer une des plus délicates, des plus graves et des plus rares opérations de la chirurgie, l'*extirpation de l'astragale*. Le succès de cette opération ayant été heureux, et les lésions pour lesquelles nous l'avons pratiquée ayant été accompagnées de circonstances remarquables et rares, nous avons cru devoir rédiger ce fait avec les plus grands détails, et examiner à cette occasion l'état de la science sur ce point de haute chirurgie. Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, nous nous bornerons à lire seulement un extrait de notre travail et les conclusions nouvelles auxquelles nous sommes arrivés.

Notre but principal dans ce Mémoire a été, d'une part, d'éclaircir et de généraliser une pratique qui jusqu'à présent, n'avait été admise que comme exceptionnelle; nous voulons parler de l'extirpation de l'astragale dans certaines lésions violentes du pied; et d'autre part, de poser des limites beaucoup plus étroites à une opération sanglante d'une haute gravité, et qu'on avait coutume de pratiquer, malheureusement trop souvent sans nécessité, à l'occasion des mêmes lésions, l'*amputation de la jambe*. Nous étant nous-même, à l'occasion du blessé du chemin de fer, trouvé en désaccord avec un chirurgien des hôpitaux de Paris, qui voulait absolument, sous peine de vie, amputer la même jambe que nous avons parfaitement conservée à l'aide de l'extirpation de l'astragale et de l'irrigation continue d'eau froide, nous avons dû, dans l'intérêt de la science et de l'art, examiner à fond cette question, et combattre par des faits cliniques et des expériences pratiquées sur le cadavre, des préceptes et des idées adoptées comme des vérités, et que nous regardons comme des erreurs. Nous espérons qu'on nous saura gré de l'espèce de procès que nous allons intenter à l'amputation de la jambe, dans les cas dont il s'agit, quand on saura que d'après les relevés statistiques publiés dernièrement par un chirurgien des hôpitaux des Paris, M. Malgaigne, la mortalité dans ces établissements, par suite de l'amputation de la jambe est vraiment effrayante; c'est ainsi, par exemple, que sur un nombre de 192 individus amputés de la jambe dans l'espace de cinq années, c'est-à-dire du 1er janvier 1836 au 1er janvier 1841, il en est mort 106 des suites de l'opération elle-même, environ 55 pour 100. La proportion est plus effrayante encore, si l'on s'arrête aux amputés de la jambe par cause traumatique; car sur 79 amputés de ce genre, il en est mort 50; c'est-à-dire près des deux tiers. (Archives générales de médecine; avril 1842, p. 405.) C'est déjà faire pressentir la haute portée de la question que nous nous sommes proposé d'examiner.

Les premiers cas connus d'extirpation de l'astragale remontent au dix-septième siècle. Fabrice de Hilden paraît avoir été le premier à pratiquer cette opération. Antérieurement à cette époque, et même long-temps après, les luxations de l'astragale avaient été confondues avec celles du pied. A. Paré lui-même paraît être tombé dans cette erreur, et le grand J.-L. Petit en nie presque jusqu'à la possibilité. « L'astragale est, dit-il, si fortement lié au calcanéum, qu'il me paraît » très difficile qu'il se fasse luxation à cette jointure. » Il faut arriver jusqu'à Desault pour trouver nettement formulée, prescrite et élevée en précepte général l'extirpation de l'astragale. Ferrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, avait, il est vrai, avant Desault pratiqué cette opération; c'était sur un officier invalide qui, après sa guérison, portait l'astragale dans sa poche et le montrait comme une preuve de la gravité de sa blessure; mais c'est à Desault qu'on doit l'énonciation précise des conditions dans lesquelles l'extirpation de l'astragale pouvait être préférée à l'amputation de la jambe.

« Lorsque, dit Desault, le délabrement est considérable dans le pied luxé, qu'une déchirure plus ou moins étendue aux téguments, à la capsule et aux ligaments qui unissent le scaphoïde à l'astragale a permis à cet os de passer à travers, souvent il serait imprudent de tenter la réduction....; en effet, le tiraillement a été excessif dans les parties voisines de l'articulation..... Quels moyens employer alors? Deux restent seulement: 1° l'amputation du pied; 2° l'extirpation de l'astragale. Le premier est une ressource cruelle, dont il ne faut user qu'à la dernière extrémité, par la raison seule qu'elle prive le malade d'une portion de lui-même, utile à ses fonctions. Mais une raison plus forte la proscrit ici: au milieu du trouble qui règne alors dans l'économie, des douleurs aiguës qu'éprouve le malade, des convulsions, des délires où il est quelquefois, quel espoir de succès peut-on avoir?.... L'extirpation de l'astragale est donc ici un moyen préférable. »

Ainsi, non-seulement cet illustre chirurgien conseille l'extirpation de l'astragale dans des conditions voulues, mais encore il condamne formellement l'ablation du membre dans des cas où quelques chirurgiens la pratiquent aujourd'hui.

Revenant sur la question de l'amputation, Desault pose à cette opération une limite que quelques chirurgiens modernes ont eu tort de franchir, selon nous. « Si un délabrement trop considérable accompagnait, dit-il, la luxation; si la lésion des vaisseaux principaux laissait peu d'espoir de conserver le membre, l'amputation serait alors l'unique ressource, et ce cas se rapproche de celui où une portion plus ou moins grande d'un membre a été emportée ou mutilée par un coup de canon. »

On conçoit à peine comment en présence de ces préceptes, empreints de tant de sagesse et dictés par une si longue expérience, il se trouve encore aujourd'hui des opérateurs qui, faisant table rase sur l'observation des temps passés et oubliant pour ainsi dire la science des indications, placent toute la chirurgie sur la pointe de leur couteau.

Desault avait vu deux fois pratiquer l'extirpation de l'astragale dans des cas où la routine du temps prescrivait l'amputation de la jambe; il l'a pratiquée lui-même trois fois, et les cinq opérés ont guéri et conservé l'usage de leur membre, moins un cependant qui est mort d'une fièvre dite d'hôpital deux mois après l'opération, et alors que la plaie était presque complétement cicatrisée. Il est remarquable que l'un des trois sujets sur lesquels Desault pratiqua l'extirpation de l'astragale, offrait non-seulement l'articulation du pied fracassée, ouverte, et l'astragale luxé, mais encore le corps de cette même jambe fracturé. Nous pouvons donc, dès à présent, établir que la fracture du corps de la jambe n'est pas une contre-indication de l'extirpation de l'astragale.

L'illustre chirurgien de l'hôpital de la Charité, Boyer, ne paraît pas avoir pratiqué cette opération, mais il s'en déclare grand partisan. Il cite neuf observations dont trois de Desault; les six autres d'autres chirurgiens. Tous ces opérés ont guéri, et ont pu se servir consécutivement de leur membre. Foyer pose en fait que la guérison ne peut s'effectuer qu'à la faveur d'une ankylose, c'est-à-dire par soudure de l'extrémité inférieure des os de la jambe avec la face supérieure du calcanéum; il établit également, comme un résultat constant, que le membre doit être plus court de toute la hauteur de l'astragale enlevé. Ces deux assertions ne nous paraissent pas exactes d'une manière générale. Contrairement à l'opinion de Boyer, nous pouvons citer d'abord notre propre opéré, M. de Milhau, qui est guéri sans ankylose et presque sans raccourcissement, de sorte qu'il peut remuer à volonté le pied dans tous les sens et marcher presque aussi parfaitement qu'avant sa blessure; ensuite, un autre cas pareil qui se trouve dans les œuvres chirurgicales de sir A. Cooper, et un troisième consigné dans un autre ouvrage.

D'après nos recherches, voici à quoi tient cette différence de résultats. Lorsque la lésion de l'articulation tibio-tarsienne est accompagnée de la fracture de l'une ou de l'autre malléole, et c'est le cas le plus ordinaire, la guérison n'a lieu que par ankylose et le membre est notablement raccourci; de sorte que la claudication consécutive est assez prononcée. Cela dépend de l'écartement du fragment malléolaire et de l'aplatissement de la mortaise inter-malléolaire des os de la jambe qui vient s'appliquer par une grande surface, et en contact immédiat sur la face supérieure du calcanéum. Lorsque les malléoles sont intactes, au contraire, comme chez notre blessé, la pointe seule de ces apophyses vient se mettre en contact avec les bords latéraux du calcanéum; ces pointes y contractent des adhérences, et la voûte osseuse qui les sépare ne touchant pas le calcanéum se remplit de tissu fibreux; de là résulte une fausse articulation, une articulation supplémentaire qui remplit les fonctions de l'articulation normale, sans être aucunement ankylosée, surtout si l'on a la précaution de lui imprimer de bonne heure des mouvements passifs. Quant au raccourcissement, il l'est à peine de quelques centimètres (deux à trois lignes) si les malléoles n'ont pas été fracturées, par la raison que dans l'état naturel ces apophyses descendent sur les côtés de la poulie astragalienne qu'elles embrassent et sont à peine éloignées de la face supérieure du calcanéum; en conséquence, il serait erroné de dire que la différence de longueur du membre après l'extirpation de l'astragale serait égale à la hauteur de cet os.

Au reste, marchant sur les traces de Desault, Boyer s'est déclaré à son tour contraire à l'amputation de la jambe dans ces cas. « On ne doit donc pas hésiter, dit-il, à enlever l'astragale lorsqu'il se trouve dans les circonstances dont nous avons parlé, ce parti étant de beaucoup préférable à l'amputation qui était autrefois regardée comme la seule ressource dans ce cas. »

Il est remarquable, enfin, que sur les neuf cas cités par Boyer l'astragale n'ait été rencontré fracturé que deux fois, et que l'extirpation a été également suivie de succès, même lorsqu'elle n'a été pratiquée que du dixième au quinzième jour de l'accident. Nous avons soigneusement commenté ces faits en les rapprochant de celui qui nous est propre.

Le célèbre chirurgien de Londres, sir Astley Cooper, n'a pas hésité à se prononcer en faveur de la pratique que nous soutenons. Trois fois l'indication de cette opération s'est présentée dans sa longue carrière; il ne l'a exécutée cependant que deux fois; dans l'autre cas, il a laissé amputer la jambe; mais il ajoute, avec un accent de véritable regret, ces paroles remarquables: « Je pus me convaincre en disséquant le membre amputé, dit-il, que sa conservation eût été possible. » — Cette franchise honore, sans doute, le chirurgien; mais elle devrait au moins éclairer les partisans de l'amputation qui persistent encore à regarder les cas de cette nature comme exceptionnels, et à prôner une pratique désastreuse.

Les deux cas d'extirpation d'astragale rapportés par sir A. Cooper, se sont terminés par la guérison; ils offrent ceci de remarquable et

digne de considération, que l'un était compliqué de la rupture de l'artère tibiale postérieure et du nerf correspondant, l'autre de phlegmon et de gangrène ; dans ce dernier cas, l'extirpation de l'astragale n'a pu être pratiquée que deux mois après l'accident.

Nous avons vu précédemment que la fracture du corps de la jambe n'avait pas empêché l'opération de se terminer heureusement ; nous trouvons ici des complications beaucoup plus graves, telles que la rupture d'un artère et d'un nerf volumineux, et une mortification étendue de la peau, et cela n'a pas été un obstacle à la guérison et à la conservation du membre. Ces complications ne sont cependant pas les seules qui aient été observées. Dans le cas que nous avons soigné, le tendon d'Achille était déchiré; il est tombé complétement en sphacèle, ainsi qu'une très grande portion de la peau de la partie inférieure de la jambe; des fusées purulentes effrayantes se sont formées, la moitié inférieure de la jambe s'est couverte d'ulcérations gangreneuses, et pourtant la guérison a pu être obtenue dans l'espace de trois mois et demi. Qu'on compare ces résultats à ceux qu'on obtient par l'amputation de la jambe, et qu'on nous dise de quel côté sont les avantages.

Dupuytren a pratiqué quatre fois l'extirpation de l'astragale toujours avec succès; il n'a publié cependant avec détail que deux de ces opérations Dans l'une, la lésion offrait ceci de remarquable, que l'astragale était *enclavé* entre les os de la jambe et du pied, par suite de son renversement sans dessus dessous; la résistance qu'il offrait était telle, que son extraction eût été impossible si Dupuytren n'eût pas eu recours à un procédé de son invention, et qui consiste à passer autour du col de l'astragale un cordon résistant, à l'aide d'un aiguille courbe, et à tirer dessus comme sur un lacq puissant. Dans l'autre, le cas était plus remarquable encore; il s'agit d'une jeune personne qui avait été traitée six mois auparavant à l'hôpital de la Charité. L'astragale avait été luxé, l'articulation du pied avait été ouverte, et le péroné fracturé; l'astragale n'avait pu être réduit ; il avait été laissé en place, et la malade était guérie en conservant une difformité analogue à celle d'un pied-bot; la station debout et la démarche étaient fort pénibles. Dupuytren rouvrit les cicatrices, mit l'astragale à découvert, coupa toutes les adhérences, et l'extirpa heureusement en faisant usage du lacq passé autour du col de l'astragale dont nous venons de parler.

Nous rencontrons ici pour la première fois un cas d'*enclavement* de l'astragale. Cette complication n'est qu'à peine mentionnée dans les livres classiques de chirurgie. L'un de nous (M. Rognetta) a publié en 1833-34, dans les Archives générales de médecine, un travail expérimental, dont nous donnons un extrait dans notre Mémoire, et dans lequel sont étudiés d'une manière spéciale les différents modes d'enclavement de l'astragale, et une théorie nouvelle sur le mécanisme du renversement sans dessus dessous de cet os.

A la suite de ces autorités et de ces faits en faveur de l'extirpation de l'astragale, se présente un écrivain d'un mérite transcendant qui, sans blâmer absolument cette opération, lui préfère l'amputation de la jambe. Cet auteur est un des élèves distingués de Dupuytren, M. Bégin. « Il est impossible, dit-il, de se dissimuler que des accidents redoutables ont suivi ces traitements (l'extirpation), que des dangers graves les accompagnent toujours ; que probablement plus d'un sujet a succombé pendant leur durée; enfin, qu'en beaucoup de cas, les membres conservés sont restés affaiblis, disposés à l'engorgement, à la douleur, incapables de supporter des fatigues soutenues. L'amputation de la jambe deviendrait préférable à des tentatives de conservation hérissée de tant de difficultés, et fournissant des résultats aussi imparfaits, si surtout les déchirures étaient étendues, ou si des contusions profondes ou des fractures concomitantes avaient lieu. J'ai vu plus d'un malheureux, à qui des jambes avaient été ainsi conservées, regretter la liberté de mouvement, la sûreté et la facilité de la marche dont jouissaient ses camarades, porteurs de jambes de bois. »

Ces paroles de M. Bégin auraient pu avoir une influence fâcheuse sur l'esprit des chirurgiens, si elles n'étaient pas taxées d'exagération par la grande majorité des faits que la science possède. Sans doute que si la luxation de l'astragale était compliquée d'un écrasement de la jambe ou d'un fracas tel des parties molles, que le membre se trouvât dans les conditions indiquées par Desault, mieux vaudrait amputer sur le champ; mais la question ne porte pas sur cet ordre de cas. Comme, d'une part, le résultat des cas publiés d'extirpation de l'astragale a été généralement heureux; car sur un nombre de soixante-quatre, que nous avons recueilli dans les auteurs, nous ne trouvons que deux seuls morts, les autres étant guéris avec le rétablissement des fonctions de la jambe; d'autre part, les assertions de M. Bégin ne paraissant pas appuyées sur des observations nombreuses, nous nous croyons autorisés à ne pas les adopter.

Nous venons de parler de deux cas d'insuccès sur un nombre de 64 opérés de l'extirpation de l'astragale. Ces deux cas appartiennent : l'un à M. Norris, d'Amérique ; l'autre à M. Velpeau. Dans le premier, il s'agit d'une fracture de la poulie astragalienne avec luxation et plaie de l'articulation tibio-tarsienne ; on a extrait les fragments de la poulie; des accidents inflammatoires sont survenus, et ont nécessité l'amputation de la jambe: le malade est mort. Un examen approfondi de ce cas nous a fait comprendre que l'extirpation de l'astragale avait été *incomplétement* exécutée, puisqu'on avait laissé dans la plaie une partie des fragments osseux qui, ayant agi comme corps étranger, ont donné lieu aux accidents dont nous venons de parler. Nous avons établi, pour précepte de rigueur, l'extraction de tous les fragments lorsque l'astragale est fracturé, moins cependant la portion de cet os qu'on appelle tête de l'astragale, et qui peut rester impunément lorsqu'elle conserve encore ses adhérences naturelles ; comme dans le cas qui nous est propre, et dans quelques autres analogues cités par les auteurs. Dans l'autre cas, l'extirpation de l'astragale n'ayant pu être pratiquée que très tard et alors que le membre était frappé de mortification, on ne saurait raisonnablement attribuer à l'opération les accidents qui ont entraîné la mort.

Un jeune chirurgien des hôpitaux de Paris, M. Guersant, a aussi pris fait et cause pour l'amputation de la jambe dans des cas pareils aux précédents. Dans un article qu'il a publié dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, ce chirurgien a déclaré, en faisant allusion à notre blessé, qu'il avait vu avec nous, que : « l'on s'expose à de graves mécomptes en chirurgie lorsqu'on tente trop dans l'intérêt de la conservation. » En consultant avec nous auprès de M. de Milhan, M. Guersant a formulé plus clairement encore sa manière de juger l'extirpation de l'astragale ; il a déclaré que c'était jouer à *quitte ou double* sur la vie du blessé que d'essayer de lui conserver le membre, le seul moyen de lui sauver la vie étant à ses yeux l'amputation de la jambe. Cependant, chose remarquable, parmi les cas publiés dans l'article de M, Guersant, un seul se trouvait dans les conditions de ceux dont il a été question dans ce mémoire, et dans lequel par conséquent l'extirpation de l'astragale aurait été indiquée, selon nous. Il s'agit d'un enfant qui avait eu cet os luxé et l'articulation ouverte; notre honorable confrère a jugé plus convenable de suivre la pratique de l'amputation de la jambe, mais l'opéré est mort!

Conclusions :

1° La puissance qui luxe l'astragale agit ordinairement par l'intermède du tibia, et convertit cet os en levier du premier genre.

2° La luxation de l'astragale n'a lieu ordinairement que sur des sujets jeunes et vigoureux.

3° La luxation de l'astragale se produit plus facilement lorsque l'avant pied est fixé par quelque obstacle insurmontable.

4° Lorsque la luxation de l'astagale est accompagnée de plaie articulaire, cette plaie est ordinairement consécutive à la luxation et résulte de l'action de la même puissance du levier,

5° Losqu'elle est accompagnée de fracture des malléoles, cette fracture précède ordinairement et favorise la luxation ; la fracture du corps du tibia est au contraire consécutive à la luxation de l'astragale et dépend de la chute du corps.

6° La luxation de l'astragale qui s'accompagne du renversement de cet os, suppose l'intégrité des téguments du coude-pied.

7° L'astragale peut être luxé et enclavé à la fois.

8° La luxation de l'astragale avec fracture est rare. Lorsqu'elle existe, cette complication précède toujours la luxation et suppose l'intervention d'une violence beaucoup plus grande que lorsque l'os a été luxé en totalité.

9° Pour que la luxation de l'astragale ait lieu, il faut que le pied et la jambe soient tellement étendus l'un sur l'autre, que le tibia devienne presque parallèle aux os du tarse.

10. L'extirpation de l'astragale a été pratiquée un grand nombre de fois, presque toujours avec succès.

11° Les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée se réduisent à trois : 1° luxation de l'astragale, avec ou sans fracture, et avec plaie articulaire ; 2° luxation sans plaie et avec enclavement de l'os ; 3° carie avec nécrose limitée à l'astragale et à ses environs.

12° Lorsque des accidents réactionnels existaient déjà avant l'opération, ces accidents se sont dissipés aussitôt après l'enlèvement de l'astragale.

13° Lorsque des accidents graves, tels que l'emphysème de la jambe, la mortification partielle du pied, etc., se sont déclarés après l'extirpation de l'astragale, ces accidents doivent être considérés comme indépendants de l'opération.

14° Les conditions du désordre primitif qui réclament l'amputation immédiate sont indépendantes de la luxation de l'astragale et de l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne.

15° Pour exécuter l'extirpation de l'astragale, on peut avoir recours à des procédés différents selon l'état des parties.

16° L'extirpation de l'astragale n'entraîne pas toujours l'ankylose du pied ni le raccourcissement de la jambe, ainsi qu'on le croit communément.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Roux et Breschet.

Action de l'arsenic sur les moutons et de l'intervalle de temps nécessaire pour que ces animaux se débarrassent complètement de ce poison, alors qu'il leur a été administré à haute dose. — MM. Danger et Flandin envoient un mémoire sous ce titre, dont voici les conclusions :

1° L'arsenic est un poison pour les herbivores comme pour les chiens et pour l'homme.

2° Dans les cas d'empoisonnement aigu, la nature ne se débarrasse qu'avec difficulté et lenteur de l'arsenic absorbé. Pour les moutons traités par les préparations arsenicales à haute dose, il ne faudrait pas en livrer la chair à la consommation avant six semaines à partir de l'administration du poison, ou, en d'autres termes, six à huit jours après la complète disparition de l'arsenic dans les urines. Il est d'autant plus important de s'imposer ce délai, que sur les moutons les signes extérieurs de maladie sont très obscurs, et que, sous l'influence de l'intoxication arsenicale, ils paraissent dans leur état normal, alors qu'ils rendent encore le poison par les urines et même par les selles.

P.-S. L'autorité s'est préoccupée et elle se préoccupera sans doute encore, à l'occasion des faits annoncés par MM. Cambessède et Gasparin, de réglements à prescrire pour la vente de l'acide asénieux. A la suite d'expériences dont l'un de nous s'est occupé depuis plusieurs années, nous croyons être très prochainement en mesure de pouvoir indiquer une préparation d'arsenic qui, propre à tous les usages domestiques, ne pourrait cependant jamais être employée dans des vues criminelles.

Candidatures — M. J. Guérin écrit qu'il se met sur les rangs pour la place vacante par la mort de M. Larrey.

Elections. — L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section d'économie rurale. (*V.* le numéro précédent.)

PROJET DE PETITION CONTRE LA PATENTE DES MEDECINS (1).

En juin 1834, dès la seconde année de sa fondation, l'*Association des medecins de Paris*, présidée par M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine, protestait en ces termes contre l'impôt de la patente, dans un rapport officiel adressé à l'autorité :

« ... Il lui était réservé aussi (à la médecine) d'acheter le droit de faire le bien, en payant un impôt qui l'assimile aux conditions industrielles et mercantiles, celui de patente ou *boutique ouverte*. Et ce qui paraîtra plus qu'une anomalie dans notre législation, c'est que la médecine soit la seule des professions libérales et intellectuelles qui ait à subir pareil impôt ; que cette singulière préférence s'exerce exclusivement sur la pensée de ceux qui méditent le sort de l'humanité, qui consacrent leurs veilles au soulagement de leurs souffrances, qui vont, au prix de leur existence, au-devant de la contagion et de la mort. » (1)

Que le législateur y songe bien ; ce n'est pas seulement d'une question fiscale qu'il s'agit, c'est encore et principalement de l'existence et de la considération de certains états nécessaires à la société. On a beau faire, il est des mots qui emportent avec eux un sens tellement précis et tellement déterminé qu'il est impossible de les en détacher ; le mot de patente est de ceux-là ; ce qu'il signifie, c'est le commerce avec des habitudes inhérentes au commerce.

L'autorité elle-même l'a toujours entendu ainsi. Et cela est si vrai, que pendant plusieurs années les médecins de Paris, comme soumis à la patente et par ce fait seul déclarés *commerçants*, ont été contraints de payer une taxe additionnelle pour la construction de l'édifice DE LA BOURSE !!!

La loi avait donc, en effet, frappé une profession qu'elle aurait dû respecter; mais elle avait cru devoir s'arrêter, du moins, devant le seuil de l'hospice, et ne pas atteindre la science consacrée au soulagement de l'indigence souffrante.

Depuis plus de quarante ans la loi exempte de la patente les médecins et les chirurgiens des hospices et des établissements de charité; cette exemption si légitime, et à tant de titres, est abrogée dans la loi nouvelle.

Cette aggravation d'une taxe déjà si injustement appliquée aux médecins en général, nous paraît (dit le journal des tribunaux) *souverainement injuste* ; le motif qu'on allègue à l'appui est pris dans un ordre d'idées que le législateur devrait repousser loin de les accueillir.

Voyez ce que l'on dit : Ces charges honorables enviées dans les professions savantes par les plus savants comme le prix du mérite, du travail et de la science, ne seraient plus que des enseignes faites pour être vues de loin, destinées à attirer des chalands et à accroître les profits du métier. Si cela était, faudrait-il le dire ? Est-ce au pouvoir qui gouverne à montrer à nu les plaies qu'il devrait cacher, et tâcher de guérir? Le médecin des pauvres ne sera-t-il donc plus aux yeux des pauvres qu'un industriel heureux et habile exploitant la charité au profit de la fortune ?

Non, Messieurs, cela ne saurait être. Cette mission, toujours pénible, souvent repoussante, quelquefois périlleuse, est ambitionnée comme un devoir d'humanité.

Nous répétons donc avec *le Droit*, que l'impôt de la patente est, par sa nature, par son origine, par son but, un impôt exclusivement commercial qu'il fallait restreindre, loin de l'étendre, et qui n'a pu être que *par abus* appliqué à d'autres cas qu'aux cas de *commerce* et d'*industrie*.

Nous pensons qu'une profession savante aussi étrangère que la médecine au commerce et à l'industrie, aussi utile à la société, appelée chaque jour à donner des soins gratis aux classes pauvres, ne doit pas être soumise à une taxe industrielle.

Et nous demandons que les médecins, *comme les avocats*, soient affranchis de l'impôt de la patente.

Paris, ce 15 février 1843.

GIBERT,
Secrétaire-général de l'Association des médecins de Paris.

(1) Ce projet doit être soumis à l'Association des médecins de Paris, dans la prochaine assemblée générale.

(1) Le droit de patente (disait l'*Assemblée constituante*) correspond aux jurandes, à la portion de taille personnelle qu'on ferait payer aux artisans et aux marchands, de plus qu'aux autres citoyens. (Voir *le Droit*, journal des tribunaux, n° du 11 février 1843.) « Qui ne sait d'ailleurs (remarque le même journal) que la loi de l'an VII n'a pas été faite contre les medecins, lorsqu'elle parlait seulement des officiers de santé, qu'elle confondait avec les *perruquiers-coiffeurs*, les *selliers*, les *parfumeurs*, les *gantiers*, etc. »

Chronique et Nouvelles.

Tout le monde regardait hier à l'Académie un valet superbe, en livrée bleue toute neuve, et gilet d'un rouge éclatant. On se demandait de quels goûts aristocratiques s'était tout à coup éprise la docte compagnie, pour se donner ainsi des *gens*, et des gens à livrée. L'explication de ce fait nous a été donnée en confidence, et nous la transmettons à nos lecteurs en les priant d'être aussi discrets que nous.

Un membre de l'Académie, dont les apparitions aux séances est fort rare, crut devoir venir voter, il y a quelques jours, pour M. Dumas. Le valet en question se tenait près du pupître où l'on signe la feuille, et offrait la plume aux honorables. Il faut dire que ce valet était d'une ressemblance frappante avec un académicien. Quand il offrit la plume à l'académicien dont nous parlons, celui-ci, qui le prit pour un confrère, voulut lui faire politesse en lui disant : Après vous ; je n'en ferai rien et autres formules d'usage. Le pauvre valet était tout ébahi de tant d'honneur, et fut obligé de dire à l'oreille de l'académicien les fonctions beaucoup plus humbles qu'il remplissait à l'Académie.

Il paraît que cette méprise a offusqué messieurs les académiciens. Le Conseil d'administration a renvoyé l'affaire au trésorier qui, à son tour, l'a faite décider par un tailleur. A l'avenir donc celui qui offre la plume ne sera plus exposé à être pris pour un homme, et l'Académie se donnera les airs de bonne maison.

— Par ordonnance royale du 6 février courant, M. le docteur Bégin, membre du conseil de santé des armées, vient d'être nommé chirurgien consultant du roi.

M. EDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, ouvrira le 18 février, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n° 90, un Cours de chimie et un Cours d'histoire naturelle. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, et celui d'histoire naturelle à deux heures et demie.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 21, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Question de ténotomie. Considérations sur la perte et le rétablissement du mouvement après la division des tendons. Opération.

Un homme employé dans un chemin de fer a eu l'avant-bras droit écrasé par un wagon; la peau, les muscles, tous les tissus ont été divisés jusqu'au cubitus, à quelques centimètres au-dessous du coude. Transporté dans cet état à l'hôpital Saint-Louis, les soins que son état réclamait lui ont été donnés; une abondante suppuration s'est emparée de la plaie, et l'on a cru devoir tenir pendant toute la durée du traitement, le poignet et la main fléchis; mais il est arrivé qu'après la guérison les doigts sont restés dans une flexion forcée, et le malade a été atteint par conséquent d'une véritable rétraction des doigts, mais inégalement répartie sur chacun d'eux. Ainsi le pouce ne présente rien, l'indicateur est à peine fléchi, le médius l'est peu encore, l'annulaire et le petit doigt sont rétractés, au point que le malade ne peut rien placer entre ses doigts et la paume de la main. Quand on cherche à les étendre de force, c'est à peine si l'extension qu'on parvient à faire exécuter à l'annulaire arrive au tiers ou à la moitié de ce qu'elle est à l'état normal.

Voilà donc bien une rétraction des doigts; mais il ne faut pas oublier que ces rétractions reconnaissent deux ordres de causes, les causes prochaines qui sont assez variées, les causes éloignées.

Parmi les premières, il faut ranger 1° les maladies des os, la suppuration, l'ankylose; 2° les brides appartenant à la peau, et qui peuvent être la conséquence de brûlures suivies de cicatrices vicieuses, amenant la flexion permanente; 3° des nodosités, des brides situées sur la peau, entre elle et l'aponévrose ou entre l'aponévrose et les muscles, et occasionnant le rapprochement des points mobiles vers un point fixe; 4° le raccourcissement des tendons, ou plutôt des muscles qui fléchit les doigts contre la volonté du malade. Enfin on pourrait reconnaître encore une dernière cause, en établissant une distinction entre les brides sous-cutanées et les brides aponévrotiques.

Il ne faudrait pas penser que la distinction que nous venons de signaler dans les causes des rétractions soit dépourvue d'une utilité véritable : ces causes ont une importance si grande pour la thérapeutique, qu'on peut dire que, d'après elles surtout, on pourra trouver les vraies indications du traitement.

Examinons si, en effet, les moyens curatifs doivent découler de la connaissance de ces causes : la rétraction dépend-elle de la première, c'est-à-dire d'une maladie des os, d'une ankylose; évidemment il n'y aura rien à faire dans ce cas, ou il faudra rompre cette ankylose, ce qui entraîne les inconvénients que l'on connaît. La rétraction dépend-elle d'une bride cutanée, suite de brûlure, de cicatrice vicieuse? Qui ne comprend qu'il n'est aucun moyen d'opérer le redressement des parties fléchies sans diviser ces brides; et comme elles appartiennent à la peau, il ne peut être question, dans ce cas, de section sous-cutanée.

Les causes de la troisième espèce, celles qui sont constituées par des nodosités, des brides situées sous la peau, soit entre la peau et l'aponévrose, soit entre l'aponévrose et les muscles; celles-là n'exigent pas qu'on agisse sur la peau; elles peuvent permettre aux rétractions qu'elles occasionnent d'être soumises au traitement par la ténotomie ou section sous-cutanée. Dans ces cas, où la rétraction reconnaît pour cause l'existence de brides sous-cutanées, nous devons dire qu'il n'y a pas lieu d'hésiter à pratiquer cette section; elle doit réussir, réussit en effet, et ne saurait entraîner aucun inconvénient; ces brides sont placées entre la peau et les tendons fléchisseurs; il n'y a là aucun organe important; on peut, par conséquent, déjà opérer en toute sécurité; de plus, ces brides, par elles-mêmes, n'exercent aucune fonction; on ne craint donc pas de leur porter atteinte, on n'est donc pas dans l'incertitude de savoir si ces fonctions survivront au traitement : nous le répétons, l'hésitation n'est pas permise alors, la ténotomie est indiquée. Il y a trente ans, toutes les flexions permanentes étaient attribuées à la dernière cause que nous avons nommée, à la rétraction des tendons; mais depuis cette étiologie a été discutée, niée même, et Dupuytren a aidé puissamment à ce revirement d'opinion. Il pensait que les brides aponévrotiques étaient toujours la cause des rétractions; cette explication prévalut, et l'on quitta ainsi une erreur pour retomber dans une autre, puisqu'on peut se convaincre que la source des rétractions se trouve parfois dans les tendons, et d'autres fois dans les brides sous-cutanées. C'est à ce propos même que M. Velpeau a admis une autre variété, après avoir observé que ce qu'on prenait toujours pour des brides aponévrotiques était souvent constitué par du tissu sous-cutané transformé.

Les causes éloignées des rétractions sont tantôt des maladies locales, tantôt des affections générales; les maladies des articulations, les brûlures, les frottements, les irritations, au nombre desquelles il faut ranger celle que M. Velpeau a désignée sous le nom d'aïe, les brides, la nécessité où peut s'être trouvé le sujet de garder long-temps la main fermée, le poignet dans la flexion, enfin une blessure comme chez notre malade, telles sont ces principales causes; et si l'on y ajoute les lésions des centres nerveux ou des gros nerfs, les convulsions qu'on voit tant de sujets accuser de ces rétractions, on aura passé en revue toutes les causes éloignées, soit locales, soit générales.

On le voit, il est impossible d'admettre avec quelques orthopédistes que la cause de la maladie qui nous occupe soit toujours une, toujours la même.

Chez le malade que nous avons sous les yeux, la rétraction est évidemment due au raccourcissement des tendons, survenu par suite de la blessure et de la position que le membre a gardé jusqu'à la cicatrisation. Il est facile de s'assurer ici que ce ne sont point des brides sous-cutanées qui forment l'obstacle à l'extension des doigts; le relief peu distinct allant de la racine du doigt à la paume de la main et qui s'efface entièrement, l'indique d'abord; puis si l'on se sert de ce caractère concluant, à savoir, que quand on fléchit le doigt autant qu'il peut l'être, et qu'on recommande au malade de chercher à l'allonger malgré le chirurgien, la corde se raidit ou ne se raidit pas, selon que l'obstacle est constitué par un tendon ou par une bride; phénomène dont l'explication est si facilement saisissable, que nous ne nous y arrêterons pas. Si, disons-nous, on a recours à ce caractère, l'opinion est fixée sur-le-champ.

Etant donc bien reconnu qu'il n'existe pas de brides, mais que les tendons rétractés déterminent seuls la flexion permanente, il semblerait devoir en résulter une indication précise de l'emploi de la ténotomie; bien qu'il en soit à peu près ainsi, il faut néanmoins tenir compte d'une complication qui pourrait échapper au premier abord. Cette complication se rencontre dans l'état de la peau de la face palmaire. Le petit doigt étant resté fléchi plusieurs mois, cette peau s'est raccourcie; elle est devenue raide, fragile, au point même que, le jour de l'entrée du malade, elle s'est déchirée par suite de quelques essais tentés par M. Velpeau dans le but de s'assurer jusqu'où pouvait aller le redressement des doigts.

En face d'une pareille affection n'y a-t-il pas lieu de se demander s'il n'y aurait pas d'autres moyens à employer que l'opération. Sans doute à l'aide de machines appropriées on pouvait essayer et peut-être parvenir à la longue à redresser les doigts fléchis, mais outre que cela serait certainement très long, les machines destinées à ces redressements sont trop imparfaites dans les hôpitaux, elles peuvent déterminer des escharres et par conséquent aggraver l'état du malade; si l'on demande la raison de cette imperfection, on la trouvera dans le prix excessif de ces machines qui, pour être bien con-

---

FEUILLETON.

REVUE GÉNÉRALE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Nouveau signe du rétrécissement auriculo-ventriculaire du cœur.

Il est généralement admis aujourd'hui, en pathologie du cœur, que le signe d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire consiste en un bruit de souffle au second temps. Sur quoi a été fondée cette doctrine? Ce n'est ni sur l'observation clinique, ni sur l'anatomie pathologique; car d'après les auteurs les plus récents, il n'existe par un seul fait dans la science, dans lequel l'autopsie ayant démontré un rétrécissement auriculo-ventriculaire, le signe dont il est question ait été constaté au second temps. Cette opinion est une simple induction de la théorie physiologique admise. En effet, la physiologie dit : La diastole ventriculaire correspond au second bruit du cœur; le sang passe de l'oreillette dans le ventricule à l'instant de la diastole; donc, conclut la pathologie, un rétrécissement auriculo-ventriculaire doit déterminer un bruit anormal au second temps. M. Beau a déjà combattu contre cette doctrine; il a placé, lui, le bruit de souffle au premier temps dans l'affection qui nous occupe. Malheureusement cette opinion résultait moins des faits que de la théorie physiologique propre à cet observateur; aussi a-t-elle trouvé peu de partisans.

M. Fauvel a suivi une autre marche. Laissant de côté la théorie physiologique et les explications qu'elle fournit, il s'est mis tout simplement à faire, pour l'affection dont il s'agit, ce qu'on a fait pour constater le rhythme et l'ordre de succession des bruits du cœur : il a écouté. Dans trois circonstances qui se sont présentées presque coup sur coup à son observation, il a entendu un bruit de souffle précédant le premier bruit du cœur et cessant avec lui, ayant toujours un caractère rapeux plus ou moins fort, et communiquant au premier bruit un timbre enroué. Dans les trois observations citées par M. Fauvel, l'autopsie a montré la présence irréfragable d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire. Ce bruit a été entendu surtout à la pointe du cœur. Du reste, l'explication physiologique ne fait pas défaut à M. Fauvel, et voici le rapport qu'il établit entre le bruit morbide et la succession des mouvements du cœur.

« Tous les physiologistes sont d'accord aujourd'hui pour admettre que la contraction des oreillettes précède immédiatement celle des ventricules, et par conséquent le premier bruit. Or, d'après cette doctrine, un souffle qui commence dans le grand silence, un peu avant le premier bruit, correspond exactement à la systole des oreillettes. Et si la proposition que j'ai émise sur la valeur de de souffle était confirmée, il en résulterait que les auteurs, préoccupés des bruits physiologiques, auraient accordé trop d'influence à la dilatation des ventricules pour déterminer un bruit anormal dans le cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, tandis qu'ils auraient trop négligé, sous ce point de vue, la systole des oreillettes. De ce que celles-ci ne se contractent pas avec force dans l'état normal, peut-on induire qu'il en est toujours de même dans l'état pathologique? Est-ce qu'il n'est pas plus rationnel de supposer que l'oreillette placée derrière l'obstacle réagit plus énergiquement contre lui, que ne peut le faire la diastole du ventricule? »

En résumé, il conclut des faits qu'il a observés, qu'un bruit anormal pré-systolique localisé vers la pointe du cœur, est, dans l'état actuel de la science, le signe stéthoscopique le plus probable d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

(*Archiv. génér. de méd.*)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine à haute dose.

Depuis le mémoire que M. Briquet a présenté à l'Académie de médecine, ce médecin a eu à traiter 27 nouveaux cas de rhumatisme aigu par le sulfate de quinine à haute dose, dont il vient de publier le tableau. Malheureusement, et l'auteur le reconnaît lui-même, ce tableau n'est qu'une esquisse qui échappe absolument à l'analyse. Voici ce que nous avons pu en retenir.

Le rhumatisme pouvait être considéré comme grave chez 5 malades, comme fort chez 8, comme étant d'une intensité moyenne chez 6, et comme faible chez les 8 autres.

8 des plus gravement affectés prirent dès le début 4 grammes de sulfate de quinine en vingt-quatre heures, 13 en prirent 3 grammes, et les autres furent mis, soit à 25 décigrammes, soit à 2 grammes. On voit que depuis son mémoire à l'Académie, M. Briquet a opéré sur des doses moindres de sulfate de quinine qu'il ne l'avait fait. A l'exception d'un seul cas, la durée moyenne du temps pendant lequel le sulfate de quinine a été employé à haute dose, chez chaque malade, a été de cinq jours, pendant lesquels ces malades ont pris en tout de 6 à 17 grammes, et le plus ordinairement de 10 à 12 grammes de sulfate de quinine. Le sel a été constamment administré en dissolution complète à l'aide de l'acide sulfurique dans une quantité de 180 grammes de véhicule. Plus le rhumatisme avait d'intensité, plus les sujets étaient forts et bien constitués, et plus les doses ont été fortes et leur usage plus long-temps continué.

Voici maintenant les résultats de cette médication.

Le premier et le plus constant est la cessation de l'insomnie qui arrive dès la première, et au plus tard à la seconde nuit. Le second a été la diminution plus ou moins prompte de la douleur et du gonflement des parties affectées de rhumatisme. La majorité des malades était ou guérie ou très notablement améliorée du neuvième au douzième jour de la maladie.

A part des bourdonnements, des sifflements, ou des tintements d'oreille, une dureté de l'ouïe plus ou moins forte, mais n'ayant jamais été jusqu'à la surdité, de la titubation et des vertiges, de la fatigue, de la cuisson dans les yeux ou de légers troubles passagers de la vue, aucun accident sérieux n'a été observé.

Plus bas, M. Briquet passe à l'examen des faits malheureux rapportés dans ce journal même, et qui semblent s'élever contre l'emploi du sulfate de quinine à haute dose. Notre impartialité nous fait un devoir de reproduire quelques-unes des réflexions de M. Briquet, sauf à y revenir en temps et lieu.

Fait de M. Récamier. — 1° M. Bally a donné très fréquemment le sulfate de quinine à 4 grammes, dans des cas d'arachnitis; M. Delens l'a également donné, et l'a préconisé, à moindre dose à la vérité, dans les encéphalites; M. Blache et l'auteur l'ont donné à haute dose chez 40 malades affectés de fièvre typhoïde, souvent à forme de méningo-encéphalite, et jusqu'à présent aucun fait n'est venu démontrer l'existence d'inflammation de l'encéphale occasionnée par ce médicament.

2° Précisément dans les cas d'intoxication avec phénomènes nerveux produits par M. Giacomini et observés depuis lui, on n'a jamais rencontré l'inflammation des méninges et du cerveau; au contraire, ces parties ont présenté l'aspect normal.

3° Les méningites et les encéphalites survenant brusquement dans le cours d'un rhumatisme aigu, et amenant rapidement la mort, sans être communes ne sont cependant pas très rares.

Fait de M. Husson. — Il est clair, dit M. Briquet, que ce fait d'ébriété quinique eût été évité, si l'on eût suspendu la médication au début des premiers troubles.

Fait de M. Andral. — Ce fait, qui pouvait être regardé comme un cas de gastralgie, je le concède comme une gastrite; mais est-il dû au sulfate de quinine comme on l'a prétendu? J'ai traité plus de cent malades par le sulfate de quinine à haute dose, et je ne connais qu'un cas de douleur à l'épigastre; l'estomac, on peut le dire, ne se phlogose pas aisément par le sulfate de quinine.

Enfin de l'examen de ces faits et de quelques autres pris dans sa propre pratique, M. Briquet conclut que presque toujours, en s'arrêtant dès qu'on aperçoit quelques symptômes extraordinaires, on empêche la production des accidents graves; que ces accidents sont une exception rare, et qu'ils sont souvent la suite, une complication, ou une coïncidence de la maladie. (*Revue médico-chirurgicale.*)

struites, veulent des anneaux, des ressorts, des rembourrements, etc., et encore faut-il que leur emploi soit surveillé avec le plus grand soin ; c'est une satisfaction que peuvent se donner les riches pour éviter une petite opération peu longue et peu douloureuse d'ailleurs. C'est donc à un autre moyen que nous devons avoir recours ici, et nous l'avons nommé en parlant de la ténotomie, et nous pouvons dire qu'elle est rigoureusement nécessaire, au moins pour deux doigts.

Mais ici se présente naturellement une question encore toute près de nous, question toute chaude, toute palpitante d'actualité et dont l'Académie a retenti deux grands mois : *Après la section des tendons fléchisseurs, y aura-t-il mouvement ?*

Ce qui a été soutenu à l'Académie, de part et d'autre, l'avait été il y a bien long-temps par des physiologistes. On trouve dans la science une foule de faits épars qui viennent confirmer les deux opinions. Guy de Chauliac pensait qu'après la section le mouvement était conservé, Galien niait la réunion des tendons, Haller et Castel soutenaient la réunion possible, tous les autres du même temps penchaient pour l'impossibilité.

Quelques faits donc semblaient plaider en faveur des mouvements, et d'autres, au contraire, en attester l'abolition ; ainsi l'on voit dans Ambroise Paré que la suture des tendons du jarret aurait rétabli leurs fonctions. M. Velpeau, dans son livre, a également rapporté des faits qui viennent à l'appui des deux opinions.

Du temps de Bichat et Bichat lui-même croyait qu'un tendon, regardé comme un corps presque inerte, sans vitalité, ne pouvait pas se reproduire, et par conséquent qu'une fois coupé son action était perdue ; on croyait même que les sections tendineuses donnaient ordinairement lieu à des accidents de la plus haute gravité, tels que le tétanos ou bien à l'exfoliation, et l'on n'osait pas, par suite, pratiquer ces sections. Depuis une douzaine d'années on a modifié complétement ces opinions ; on a commencé les sections par le tendon d'Achille, et comme aucun inconvénient n'a paru suivre cette opération, bien plus, comme la guérison en a été le résultat, on a bientôt compris qu'il devait en être de même pour les autres tendons de l'économie ; seulement on ne s'était pas bien rendu compte de la manière dont les choses se passaient après l'opération.

M. Velpeau avait d'abord divisé les sections ou ruptures de tendons en deux classes : 1° celles qui avaient lieu à ciel découvert ; 2° celles qu'on pratiquait ou qui survenaient sous la peau, laissant de côté celles qu'on observe au fond des plaies. Selon lui dans les sections ou ruptures sous la peau, le tendon se reproduisait aux dépens des tissus voisins, tous devenaient le siége d'un afflux de fluides qui, en s'épaississant, finissait par le renouveler. Ceci étant posé, on pouvait *à priori* dire dans quelles régions les fonctions des tendons se rétabliraient et dans quelles régions ces fonctions devaient être abolies ou du moins entravées.

Au tendon d'Achille, la fonction devait être évidemment conservée ; il y a là des gaines, du tissu lamelleux, tout venait militer en faveur de la reproduction et par conséquent de la conservation du mouvement. Au jarret, au pli du bras, au-dessous de l'olécrâne, il en était de même ; au poignet cela était beaucoup moins certain, quoique possible pourtant ; sur le dos de la main et des doigts, une foule de faits venaient l'attester. Mais en regard de ces régions on peut en mettre d'autres fort mal organisées pour aider à la reproduction de l'organe divisé. Ainsi le poignet, dont nous parlions tout à l'heure, offre peu de tissu cellulaire soit en arrière soit en avant, ce sont des toiles synoviales peu vasculaires, mal faites pour reconstruire un nouveau tissu, cependant il peut arriver encore dans cette région que la reproduction ait lieu. Il faut en dire autant pour le tarse. La paume de la main, dans laquelle on rencontre des gaines synoviales et du tissu cellulo-graisseux, en un mot, une atmosphère organique suffisante pour fournir des éléments en quantité notable au tendon divisé, la paume de la main est encore une partie qui peut donner l'espérance d'une réunion complète. Mais à la face palmaire cela paraît bien plus difficile ; les tendons sont enfermés dans un étui ostéo-fibreux, rien d'organique ne se trouve autour d'eux, aussi fut-on effrayé d'abord de la division des tendons en cet endroit. Cependant il faut dire que quelques points sont plus favorables que d'autres à cette section, ainsi le tendon du sublime, par exemple, adhère à la gouttière phalangienne par deux brides qui forment une sorte de ligament allant du devant de la phalange au tendon. On comprend que que si la division est opérée près de l'insertion sur le tendon, la bride lui servira pour agir sur la phalange et dès-lors les fonctions seront conservées ; il en serait de même pour le profond, et il n'y aurait de perdu que le mouvement de la troisième phalange. Si, au contraire, la section du tendon est faite derrière les brides, soit pour le superficiel, soit pour le profond, leur action est perdue et le mouvement aboli par conséquent.

Les considérations précédentes nous paraissent expliquer complètement comment le mouvement, l'opération étant la même, a été conservé chez quelques sujets et perdu chez quelques autres.

M. Velpeau a vu deux malades, un boucher et un charcutier, chez lesquels deux doigts avaient été coupés au point qu'ils tenaient par des languettes cutanées ; chez tous deux le mouvement fut conservé : évidemment les brides avaient été ménagées. Cette bride si importante avait été décrite par Boyer, par Scoutteten. M. Velpeau en avait parlé avant ce dernier, mais d'une manière succincte.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que la section des tendons à la face palmaire des doigts doit être pratiquée de manière à conserver les brides indiquées dans toute leur intégrité ; il résulte encore qu'on aura d'autant plus de chances de succès à la suite de la section des tendons au membre supérieur, que l'on s'éloignera plus des doigts.

Quant à la manière de procéder à l'opération, M. Velpeau la pratique d'après la méthode générale ; c'est-à-dire qu'une piqûre est faite d'abord, puisque le doigt étant tendu il glisse l'instrument et opère la section du tendon.

L'opération est ainsi pratiquée ; nous rendrons compte des suites.

Dr PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Cataracte capsulaire secondaire avec vascularisation de la cornée. Réflexions sur l'opinion de M. Malgaigne à l'égard de cette variété de cataracte ; par le docteur DESMARRES.

La vascularisation pathologique de la capsule du cristallin est un fait si rare, qu'une observation authentique nous a paru devoir être de quelque intérêt pour les praticiens. Le malade qui en fait le sujet, couché à l'Hôtel-Dieu, présente encore une partie des phénomènes que nous allons signaler.

Observation. — Pianet, âgé de vingt-quatre ans, d'Amancey (Doubs), domestique à Paris, est couché au n° 25 de la salle Saint-Jean.

Cet homme, il y a quatre ans, commença à s'apercevoir d'un certain affaiblissement de la vue du côté gauche. Pendant long-temps il distingua encore, quoique avec peine, quelques objets d'un grand volume, lorsque, il y a cinq ou six mois, la vision disparut tout à fait. Ce fut alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital. Le lendemain de sa réception, le 24 décembre 1842, on lui appliqua un séton à la nuque, et il fut opéré par abaissement par M. Blandin, le 26 suivant. M. le docteur Callias, qui suit ma clinique depuis très long-temps, a vu le malade avant l'opération. Selon lui, la chambre antérieure était très petite, l'iris poussé en avant, de couleur normale ; la pupille, ronde, était immobile et remplie d'une opacité due à la fois à quelques végétations d'un blanc crayeux disséminées à la surface de la membrane, et à une cataracte lenticulaire facile à constater à travers les interstices transparents de la cristalloïde. M. Callias pensait que l'immobilité de la pupille était le résultat plutôt de la mollesse de la lentille, que d'adhérences entre l'iris et la capsule.

L'opération paraît n'avoir point eu de résultat immédiat satisfaisant. Quelques-uns des médecins qui y assistèrent m'ont rapporté que la cataracte n'avait pu être abaissée.

Prévenu par plusieurs personnes, et entre autres par M. le docteur Widmann, je me suis rendu, à l'Hôtel-Dieu pour juger du fait par moi-même. Voici la note que j'ai prise au lit du malade le 4 février 1843.

La conjonctive est injectée, particulièrement autour de la cornée, comme dans toutes les ophthalmies chroniques. Dans le même endroit la sclérotique est le siége d'une infusion diffuse. La cornée est parfaitement saine ; la chambre antérieure extrêmement petite. L'iris, poussé en avant, d'une couleur jaune verdâtre dans toute son étendue, est presque jaune pâle dans son petit cercle, et plus particulièrement en bas et en dedans. On ne voit aucun vaisseau sur cette membrane. Le bord pupillaire, frangé dans beaucoup d'endroits, est appliqué contre l'iris dans toute son étendue. Le cercle uvéen est interrompu çà et là ; des débris de pigmentum sont transportés sur la capsule et s'y détachent très bien par leur couleur. Il y a de nombreuses synéchies postérieures. La pupille, entièrement immobile, très irrégulière, est complètement oblitérée par la capsule, sur laquelle on voit encore, quoique difficilement, quelques points et plaques un peu nacrés ou crayeux. En haut et en dehors, passant au-dessous de l'iris, on aperçoit dans le tissu même de la cristalloïde un gros vaisseau sinueux d'un rouge vermillon, renflé dans certains endroits, et se subdivisant, après quelque temps de trajet, en deux rameaux principaux, dont le calibre est à peu près moitié moins grand que celui du rameau principal. La subdivision supérieure suit à peu près les sinuosités de la marge papillaire, à environ un millimètre du bord uvéen ; l'inférieure marche absolument de la même manière du côté externe inférieur, puis vient s'anastomoser avec les ramifications de la branche supérieure dans un endroit de la pupille correspondant à l'espace compris entre les muscles droit inférieur et droit interne. Il résulte de cette disposition une couronne vasculaire complète, circonscrivant tout le centre de la capsule, et en dehors de laquelle il existe un autre espace également annulaire circonscrit lui-même par la marge adhérente de l'iris. Les deux vaisseaux qui sortent ainsi du tronc principal se subdivisent en un nombre considérable de petites branches qui toutes s'anastomosent entre elles et restent distinctes, bien que de la plus extrême ténuité. Quelques-unes vont se ramifier sur le centre même de la membrane, et forment là un lacis tellement serré que celle-ci, à l'œil nu, semble de couleur rosée. La loupe met hors de doute cette disposition des dernières ramifications vasculaires, mais est complètement inutile pour constater l'existence des nombreuses branches principales.

L'œil droit ne présente point de cataracte commençante ; seulement la pupille est peu mobile, et les paupières sont un peu rouges, probablement parce qu'elles ont été long-temps

---

De l'époque du sevrage, dans ses rapports avec l'évolution des dents de lait.

M. Trousseau a établi que chez les enfants à la mamelle, les dents sortent par groupes ; que la première dentition s'accomplissait en cinq temps, 1° deux incisives inférieures, 2° quatre incisives supérieures, 3° quatre premières molaires et deux incisives latérales inférieures, 4° cinq canines, 5° quatre dernières molaires ; et qu'ainsi pour le nombre on a, 2, 4, 6, 4, 4. Total, 20 dents.

On peut à peu près établir l'évolution de ces groupes de la manière suivante :

1er groupe, vers l'âge de 7 à 8 mois ;
2e — de 11 à 12 mois ;
3e — vers l'âge de 17 à 18 mois ;
4e — vers l'âge de 2 ans ;
5e — vers l'âge de 30 mois.

La durée de l'éruption de chaque groupe est ainsi établie par M. Trousseau :

1er groupe, en 24, 48 heures, rarement plus de 8 jours ;
2e — 1 à 2 mois ;
3e — 1 à 3 mois ;
4e — 2 mois ;
5e — 2 mois.

L'intervalle qui sépare l'éruption de chacun de ces groupes entre eux, est appelé *temps d'arrêt* par l'auteur.

L'époque critique pour les enfants à la mamelle est l'époque de la dentition. Il est d'observation que les accidents qui accompagnent l'évolution dentaire vont généralement croissants, de telle sorte que ces accidents sont plus nombreux et plus graves lors de l'évolution du troisième groupe que pendant l'éruption du premier ou du second. Cette progression, toutefois, s'arrête au quatrième groupe.

De tous les accidents de la première enfance, celui qui, par sa gravité, par sa fréquence, par sa durée, par l'ignorance des parents, par la négligence des médecins, compromet le plus sérieusement la vie des enfants, c'est à coup sûr la diarrhée, ou plutôt l'entérite, dont la diarrhée n'est que l'expression, et qui tue peut-être plus d'enfants que toutes les autres causes de mort réunies. Or la diarrhée, tant que l'enfant tête, n'a ordinairement que bien peu de danger. Il n'en est pas de même chez l'enfant que l'on sèvre, ou qui vient d'être sevré.

D'où il suit que, en thèse générale, dit M. Trousseau, il ne faut sevrer les enfants qu'après l'éruption du quatrième groupe de dents, c'est-à-dire des canines, par conséquent vers l'âge de deux ans. A cet âge, en effet, l'enfant aura beaucoup plus de force ; pourvu de seize dents, il pourra mâcher ; enfin depuis plus d'un an, on l'aura insensiblement accoutumé à une nourriture analogue ou semblable à celle qu'on lui donnera au moment du sevrage.

Dans les cas ou une considération quelconque forcera à sevrer plutôt, on devra choisir un temps d'arrêt dans l'évolution des groupes dentaires. (*Ibidem.*)

De l'amaurose par commotion de la rétine.

M. le docteur Lavergne rapporte le fait suivant, qui lui a servi de texte non seulement pour prouver la possibilité d'une amaurose par commotion rétinienne, mais encore pour établir sa nature, sa marche, ses complications les plus ordinaires et les indications thérapeutiques rationnelles. Tous ces éléments étant pris dans l'observation elle-même, nous la reproduirons avec détails, car elle est très rare et peut-être unique dans la science.

Un homme de peine, âgé de vingt-neuf ans, de bonne constitution, en travaillant la terre, est frappé à son œil droit par un gros grain de sable, violemment poussé par le vent ; au même instant les larmes coulent en abondance et le malade effrayé, qui croit avoir perdu cet œil, voile précipitament l'autre avec une main..... la lumière ne produisait plus aucune sensation.... Indocile pendant deux jours aux conseils des médecins, il se décide enfin le troisième à un examen complet et à un traitement. Aucune trace de lésion sur le front, les sourcils, les paupières ou la région sous-orbitaire. Le malade persiste dans son dire sur la manière dont s'est produite cette affection. Injections d'un rouge un peu sombre et en nappe sur toute la conjonctive palpébrale et la portion interne de l'oculaire, où elle ressemble à une ecchymose, bien que la couleur soit la même partout. Les autres points de la conjonctive présentent une vascularisation par rameaux assez exactement parallèles, qui, après s'être une ou plusieurs fois divisés, arrivent aux bords de la cornée, qu'ils ne dépassent pas. Au-dessous de cette injection on en voit une plus profonde, d'une couleur fleur de mauve, envahissant toute l'étendue de la sclérotique, disposée en nappe, sauf quelques vaisseaux flexueux. La cornée, vue de profil, est moins diaphane que celle de l'œil sain, et de face on dirait qu'un léger brouillard existe au milieu de ses lames, ce qui est cause, en partie, que l'iris et le fond de l'œil se montrent comme à travers un peu de fumée. Iris un peu verdâtre, moins brillant, moins bien éclairé, à stries et sillons moins visibles que du côté opposé, mais bien distincts cependant. Pupille régulière, un peu plus étroite que l'autre ; ses mouvements sont paresseux. Dans son champ, sur un plan très rapproché du sien, on voit deux petits filaments fibro-albumineux, d'un gris de perle. Les bords de la pupille sont très bien découpés, sans franges et ne tiraillent aucunement ces filaments dans leurs oscillations. Léger hypopion dans la chambre antérieure. Pas de photophobie ni de larmoiement notables. Peu de douleur ; quelques élancements retentissent à de longs intervalles dans le globe oculaire, au fond duquel la pression développe une sensation pénible ; pas d'exaspération la nuit. Amblyopie très prononcée. Le malade distingue la fenêtre par une plaque blanche, sur laquelle des lignes cheminent et se croisent en tous sens. Si l'on met un chapeau devant elle, il n'aperçoit qu'une ombre. Il ne distingue pas la main promenée devant son œil. Une sangsue a été appliquée assez près de l'angle externe des paupières.

Diagnostic. Amaurose par commotion de la rétine ; conjonctivo-sclérite ; commencement d'inflammation de la cornée avec épanchement inter-lamellaire de l'iris avec hypopion, de la capsule avec exsudation fibro-albumineuse. Saignée de trois palettes ; six frictions par jour sur le front et les tempes avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone sans fécule ; pédiluves sinapisés. Demain matin, purgatif avec 40 grammes de sulfate de soude, deux soupes, séjour dans la chambre.)

Le lendemain, frictions toutes les deux heures, pédiluves, huit sangsues devant l'oreille. Deux jours après, instillation d'une forte décoction de belladone, par laquelle on obtient une large et régulière dilatation de la pupille.

Cinq jours après le commencement du traitement, la clarté de la fenêtre est un peu plus vive, l'ombre du chapeau plus distincte. Le malade voit, pour la première fois, la main passer devant son œil.

On continue le même traitement, c'est-à-dire les frictions, un vésicatoire, des pédiluves, les purgatifs ; l'amélioration marche tous les jours, mais lentement, et ce ne fut que trois mois après l'accident que la vue de l'œil droit fut aussi bonne que celle de l'œil gauche.

Après des considérations étendues sur les causes, la nature et la thérapeutique de cette affection, M. Lavergne conclut que toute secousse du globe oculaire, et spécialement sa contusion, peuvent produire une amaurose par commotion de la rétine, qui se déclare immédiatement, et qui est comparable à la paralysie qui entraîne une commotion de l'encéphale ; que cette amaurose se complique très promptement de congestion ou d'inflammation de l'œil ; que cette complication exige un traitement antiphlogistique énergique, les révulsifs, les frictions avec l'onguent napolitain, etc. ; que souvent, pendant sa disparition, la paralysie guérit spontanément ; que, si elle persiste après la phlogose, on doit la traiter comme une amaurose torpide par les stimulants, et spécialement par les vésicatoires volants, les moxas et la strychnine. (*Gazette médicale.*)

De l'emploi de l'aloès dans le traitement de la blennorrhagie.

Un malade précédemment atteint d'une blennorrhagie qui avait laissé

fermées après l'opération faite sur l'autre œil.

M. Blandin, à qui j'en ai parlé, a constaté la vascularisation de la capsule que je viens de décrire, et avec lui les nombreux médecins et élèves qui suivent ses leçons.

Nous nous proposions de publier l'observation qui précède sans autres commentaires, lorsque le hasard nous ayant conduit à l'Hôtel-Dieu le 7 février 1843, nous avons assisté à une leçon clinique de M. Blandin, dans laquelle il a pris pour sujet le cas intéressant dont l'histoire précède. Nous croyons qu'un extrait de cette leçon, suivi de quelques réflexions pour compléter notre observation, sera de quelque intérêt pour les médecins qui ont lu dans ce Journal la discussion qui a été soulevée par M. Malgaigne au sujet des cataractes capsulaires.

« Nous avions affaire, a dit M. Blandin, à une cataracte membraneuse, facile à reconnaître à son aspect luisant et à la situation de l'opacité très rapprochée de la pupille. Nous avons choisi pour mode opératoire l'abaissement, parce que nous sommes convaincu qu'il l'emporte de beaucoup sur l'extraction. Arrivés avec l'aiguille au-devant de la cataracte, nous avons senti la réclinaison; mais nous n'avons pu parvenir à débarrasser la pupille à cause de la mollesse du cristallin, et nous avons été forcés alors d'opérer par broiement. Hâtons-nous d'ajouter que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de prévoir *à priori* si le cristallin pourra ou non résister à l'action de l'aiguille, en d'autres termes, si le broiement de la cataracte ou son abaissement est indiqué. Ce n'est qu'après avoir pénétré dans l'œil qu'on peut reconnaître le degré de résistance de la lentille, et qu'on doit opérer sa division ou son déplacement. Le broiement a donc été fait chez notre malade, et cette opération exigeant que l'instrument demeure plus de temps dans l'œil, il est probable que le violent iritis qui est survenu est dû à cette circonstance plutôt qu'à la présence du cristallin dans la chambre postérieure... »

M. Blandin a décrit ensuite les divers caractères que présentait chaque membrane en particulier. Arrivé à la sclérotique, « l'injection que présente cette membrane, a dit ce professeur, est celle décrite par l'école allemande sous le nom d'injection rhumatismale. Nous ne voyons là qu'une vascularisation purement anatomique, et nous ne pouvons admettre, par cela seul que la sclérotique est une fibreuse, que l'injection de cette membrane démontre forcément le caractère rhumatismal de l'ophthalmie. »

Nous partageons entièrement cette manière de voir du chirurgien de l'Hôtel-Dieu; mais nous lui demandons la permission de faire nos réserves à l'égard des idées qu'il a émises dans cette leçon clinique, et qu'il serait peu convenable de notre part de discuter ici.

M. Blandin a fait ensuite la description de l'injection vasculaire de la capsule que nous avons donnée plus haut, en ajoutant qu'il ne voyait là que le développement anormal des vaisseaux de la capsule fournis, comme on sait, par l'artère centrale de la rétine.

Voilà un fait curieux et incontestable de vascularisation de la capsule pendant son inflammation traumatique; voilà bien cette couronne vasculaire composée de nombreuses arborisations, décrite par M. le professeur de Walter. C'est la seule fois que nous ayons vu d'aussi admirables et d'aussi nombreux vaisseaux sur la cristalloïde. On remarquera que, selon l'observation déjà faite par le chirurgien de Munich, le vaisseau venant de la circonférence de la capsule, semble naître de l'uvée même, mais que sa couleur, son diamètre, l'absence de bandelettes pigmenteuses dans l'endroit d'où il sort, ses immenses arborisations, sa couleur rouge vermillon, ne permettent pas de songer un instant qu'il pourrait n'être qu'un dépôt fibro-albugineux recouvert de pigmentum brun rougeâtre.

Dans deux ou trois cas seulement, et malgré le nombre considérable de malades que nous voyons chaque jour, nous avons vu (encore n'était-ce que d'une manière très douteuse, et à l'aide d'une forte loupe) quelques vaisseaux développés sur un seul point de la capsule, et suivant, pour ainsi dire, dans toute sa longueur, une synéchie postérieure plus ou moins longue; mais jamais, nous le répétons, nous n'avons observé une arborisation vasculaire de la capsule aussi étendue et aussi évidente, et présentant un anneau vasculaire aussi complet. Il est incontestable que ces vaisseaux, existant normalement dans la capsule, se sont développés sous l'influence de l'inflammation traumatique de cette membrane, et que, bien que rare, ce phénomène n'a rien que de très ordinaire. Nous le comprendrions néanmoins bien plus aisément encore, si nous avions sous les yeux ces deux belles pièces conservées au musée ophthalmologique de Vienne, dont parle M. Bouchacourt, qui présentent une injection de l'artère centrale de la rétine; l'une appartenant à un enfant, l'autre à un adulte mort peu de temps après l'opération de la cataracte, et dans lesquelles on voit cette longue artère se terminer dans la capsule cristalline à la manière d'une tige de parasol.

Lorsqu'on a vu de pareils faits pathologiques, comment nier l'existence de la cataracte capsulaire d'une manière aussi absolue que l'a fait dans ces derniers temps M. Malgaigne? Comment admettre qu'une séreuse qui se vascularise d'une manière aussi incontestable, ne puisse présenter dans son tissu des épanchements fibro-albumineux, produit si ordinaire de l'inflammation des autres membranes de même nature? Si, après le beau mémoire du docteur Hœring, l'existence de la cataracte capsulaire était encore douteuse pour quelques médecins, nous espérons que l'observation qui précède et un travail que nous publierons bientôt, en collaboration avec M. Sichel, sur l'anatomie pathologique de la capsule, travail dans lequel deux cas de vascularisation de cette membrane qui lui appartiennent, dessinés par M. Beau, trouveront place, démontreront jusqu'à l'évidence que M. Malgaigne, malgré ses recherches consciencieuses, est loin de la vérité à l'égard de la cataracte membraneuse.

SUR L'ÉLECTRO-PUNCTURE,

Lettre à M. le Président de l'Académie des sciences.

Monsieur le président,

Dans une de ses dernières séances, l'Académie a reçu un mémoire dans lequel M. Schuster s'attribue l'idée de la plupart des applications de l'électro-puncture au traitement des maladies qui affligent l'humanité.

Je ne puis croire que l'auteur ignore à ce point ce qui est connu de tout le monde, et je serais tenté de supposer, d'après l'instant choisi pour cette communication, qu'elle n'a pas été faite uniquement dans l'intérêt de l'auteur. Quoi qu'il en soit de cette supposition, je réclame pour ma part l'idée première de l'application de l'électro-puncture,

1° Au traitement des épanchements et collections de liquide dans les cavités du corps;

2° Au traitement des hernies étranglées et des étranglements internes;

3° Au traitement des anévrismes en coagulant le sang stagnant entre *deux points de compression*;

4° Au traitement de l'asphyxie, en dirigeant le courant sur le diaphragme;

5° Au traitement des rétentions d'urine par engorgement de la prostate et par rétrécissement.

M. Magendie revendiquera, si bon lui semble, l'application aux névralgies; MM. Becquerel et Breschet, l'application aux tumeurs squirrheuses; M. Récamier, celle du même moyen aux abcès de l'ovaire. Lorsque chacun aura ainsi repris son bien, il restera peu de chose à M. Schuster.

J'avais conçu, d'après des expériences physiologiques, l'idée d'exciter par un courant électrique la résorption, ou mieux l'imbibition de dedans au dehors des liquides réunis en collections anormales dans des cavités naturelles ou accidentelles J'ai publié cette idée en 1828 dans ma thèse de concours sur l'hydrocèle; mais pendant plusieurs années je n'avais pas donné suite à cette idée. Je l'ai reprise il y a quelque temps, et j'en ai fait l'objet d'une étude particulière. Des applications à l'hydrocèle, aux épanchements pleurétiques, aux kystes et aux abcès, m'ont démontré la réalité de l'excitation résolutive et résorbante de l'électricité. Des hydrocèles et autres collections de sérosité, ont disparus en vingt-quatre heures sous l'influence d'un courant produit par quinze couples de cinq centimètres pendant vingt minutes, comme l'ont pu voir à l'Hôtel-Dieu beaucoup de témoins, parmi lesquels je citerai MM. Parisot, Blandin, Denonvilliers. Dans d'autres cas, il n'y a point eu d'effet produit sans que je puisse donner la raison de cette différence. Il serait, je crois, impossible d'assigner aujourd'hui la valeur et la portée de l'électro-puncture comme agent thérapeutique, on peut affirmer seulement qu'il mérite une sérieuse attention, puisque son innocuité permettrait de l'appliquer au traitement d'épanchement et de collections de liquide pour lesquels nous n'osons mettre en usage les excitants ordinaires. Quant à l'hydrocèle, je ne songe point à proposer ce moyen comme méthode usuelle, excepté chez les petits enfants. Les injections vineuses, alcooliques et iodées (car malgré le dire de M. Velpeau je ne fais entre elles aucune différence) constituent pour cette maladie un traitement rationel et basé sur l'expérience. Les phénomènes physiologiques de l'électro-puncture sont dignes d'intérêt. L'on voit en effet le passage à travers les membranes, avoir lieu suivant la direction donnée au courant, et ce n'est pas ici un phénomène d'exosmose selon les lois découvertes par M. Dutrochet, puisque le liquide ne se trouve qu'à l'intérieur de la poche. Il faut cependant excepter le cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire avec ascite: là deux liquides de densité différente se trouvent contigus et séparés par une membrane. Le passage, d'après les lois de l'endomose, doit avoir lieu de la cavité péritonéale dans le kyste ovarique, puisqu'il contient le liquide le plus dense.

Lorsque des expériences plus multipliées sur les animaux, lorsque des applications plus nombreuses à l'homme auront permis de formuler une opinion, je présenterai à l'Académie un travail sur l'incitation résolutive et absorbante de l'électricité; aujourd'hui je n'ai en vue que la revendication de la part qui me revient dans les applications de l'électro-puncture à l'art de guérir.

J'ai l'honneur d'être, etc. LE ROY-D'ÉTIOLLES.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

des derniers travaux de MM. Panizza et de Kramer sur les phénomènes de l'absorption.

Il y a peut-être un intérêt de circonstance, sans parler de celui qui s'attache nécessairement au nom de Panizza, de faire connaître les résultats des dernières recherches d'un expérimentateur célèbre sur l'absorption, au moment où la question de l'action de l'arsenic, ramenée d'une manière inattendue sur la scène de l'Académie des sciences, appelle l'attention des physiologistes sur les phénomènes mystérieux de cette fonction.

Déjà la longue série d'expériences exécutées par le professeur de Pavie, de 1818 à 1836, l'avait amené à établir les faits suivants:

1° Les substances organiques assimilables, telles que l'amidon, se décomposent sous l'influence des forces digestives, de telle manière qu'il est impossible de les retrouver dans le sang, dans les urines et dans les matières fécales.

2° Les substances minérales inassimilables, mais peu solubles dans les humeurs (émétique, kermès minéral, sulfate de fer, etc.), se retrouvent en telle abondance dans les fèces qu'elles semblent n'avoir pas été absorbées.

3° Les substances minérales inassimilables lorsqu'elles sont solubles dans les humeurs (nitrate de potasse, iodure de potassium, etc.), se découvrent facilement dans les urines. Elles sont le plus souvent d'une entière innocuité.

Toutefois M. Panizza se plaignait, en terminant ces recherches, de n'avoir pu arriver à des connaissances plus étendues et plus précises, faute de l'assistance de la chimie. Cette assistance lui a été prêtée enfin, et, suivant l'exemple d'un genre d'association qui a produit parmi nous de beaux travaux physiologiques, il a entrepris, de concert avec M Antonio de Kramer, une série d'importants travaux, dont les résultats ont commencé à être exposés dans la réunion du 4 août 1842 de l'*Institut des sciences, lettres et arts*, de Milan.

Nous n'exposerons ici que les faits relatifs au sujet restreint qui nous occupe, c'est-à-dire aux phénomènes de l'absorption. Les expériences de MM. Panizza et de Kramer ont été exécutées sur des chevaux, des ânes, des chevreaux, des chiens, et même sur l'homme malade. Voici ce qu'ils ont constaté:

1° Le nitre, le chlorate de potasse, l'iodure de potassium, l'émétique, le kermès et l'éthiops minéral, l'éthiops antiminéral, le chlorure de barium, le fer métallique, le sulfate et le carbonate de fer, le chlorure et le nitrate d'argent, passent dans le torrent de la circulation, en sorte que l'on trouve dans le sang et les urines des métaux, tels que le mercure, le fer, l'antimoine, l'argent. M. de Kramer a donné de ce fait une théorie dans laquelle il considère les sels ammoniacaux, les phosphates, etc., qui se trouvent dans le tube digestif, comme servant de *menstrue* à ces métaux. Il a observé d'ailleurs que les urines, à l'état normal, contiennent toujours une très petite quantité de fer, de cuivre et *probablement* de manganèse, qu'il suppose provenir des ustensiles de cuisine.

2° L'absorption s'opère beaucoup plus rapidement par les voies respiratoires que par les voies digestives, fait déjà signalé par Mayer; et M. Panizza pense que les miasmes et les principes contagieux sous forme gazeuse pénètrent dans l'organisme par les canaux aériens plutôt que par toute autre voie; il tire enfin de ses expériences des conclusions conformes en certains points à ce que nous observons en France sur la puissance des médicaments en fumigations, et donne à cette formule thérapeutique une importance toute nouvelle.

3° Toutes les substances ne passent pas avec la même facilité dans le sang. Celles qui sont insolubles ou peu solubles dans nos humeurs sortent presque en totalité dans le tube digestif, s'y entassent; et si elles ne sont pas excitées convenablement, elles peuvent devenir une cause mécanique de maladies; d'où Panizza déduit que pour obtenir des effets thérapeutiques puissants, il faut, au lieu d'augmenter les doses, les atténuer et chercher à rendre les substances plus solubles. Il explique encore par le même fait pourquoi les médicamens en solution sont plus efficaces que sous forme pilulaire; pourquoi les sels neutres agissent mieux que les sels avec excès de base, et pourquoi les sels avec excès d'acide sont plus actifs que les sels neutres.

4° Quelle que soit la substance employée et son degré de solubilité, elle est trouvée plus facilement dans les urines que dans le sang; soit que, disent MM. Panizza et Kramer, les matériaux plastiques du sang la cachent, soit parce que le sang l'élimine sans cesse. Toute substance absorbée se retrouve plus tardivement et plus difficilement dans la lymphe que dans le sang.

Quant aux agents de l'absorption, l'ensemble des expériences des deux observateurs italiens donne des résultats conformes à ceux qui ont été obtenus en France par quelques physiologistes, et particulièrement par MM. Magendie et Ségalas; c'est-à-dire que cette fonction est exercée à peu près exclusivement par les veines. Ainsi après les travaux d'Aselli, de Weslingius, de Bartholin, de Rudbeck, de Jolysse, des deux Hunter, de Hewson, de Cruickshank et de Mascagni, qui avaient intronisé les vaisseaux lymphatiques dans la science, et fai-

à sa suite un suintement interminable, prenait comme laxatif et en même temps comme moyen propre à réveiller des hémorrhoïdes, tous les jours une ou deux pilules composées chacune de:

Aloès. . . . . . . 10 centigr.
Thridace. . . . . . } quant. suffis. de chaque pour faire une pilule.
Eau. . . . . }
Poudre de réglisse. }

Pendant l'action de ces pilules, il accuse le long de l'urètre, et particulièrement au col de la vessie, une sensation de léger prurit, de constriction toute particulière, et qu'il ne pouvait mieux comparer qu'à celle dont il avait été affecté pendant l'usage du copahu. En même temps le suintement habituel de l'urètre avait disparu d'une manière très marquée, et les urines qui ne sortaient ordinairement que par un jet très mince, avaient pris un cours plus régulier et plus facile. Cette observation, répétée à plusieurs reprises chez le même malade, qui retombait lorsqu'il cessait, au bout de quelques jours, l'usage de l'aloès dans son état de catarrhe urétral, fut confirmée de plus en plus par l'amélioration successive, et en définitive par la guérison complète du suintement de l'urètre.

C'est ce fait observé par M. Sandras, qui a engagé ce praticien d'abord à essayer cette médication dans les blennorrhagies chroniques, puis dans la forme aiguë; et il assure en avoir retiré des avantages très remarquables. Dans la forme chronique, jusqu'à présent il a eu fort à s'en louer. Quand l'aloès n'a pas définitivement supprimé le suintement, il l'a du moins très notablement diminué. Même sous son action, quelques rétrécissements de l'urètre qui ne paraissaient dus qu'à une sorte de boursoullement de la muqueuse, ont été, sinon complétement guéris, au moins assez améliorés pour que les malades n'en soient presque plus gênés.

Plusieurs sujets affectés de blennorrhagie aiguë, après avoir été mis à des boissons aqueuses abondantes et rafraîchissantes pendant une quinzaine de jours, à un régime doux et au repos, ont été traités chaque jour par 2 ou 3 pilules, comme celles indiquées ci-dessus. M. Sandras n'y mettait qu'une restriction, c'est que les conditions organiques fussent celles qu'il aurait choisies pour employer le copahu; et alors, sans trouble bien marqué autre qu'un peu de diarrhée, l'écoulement blennorrhagique a diminué progressivement et fini par disparaître. Il a suffi, en général, de huit à dix jours de ce traitement pour arrêter le mal. Mais la guérison par l'aloès ne lui a pas paru plus définitive que celle par le copahu. Plusieurs fois il est arrivé qu'après deux, trois ou quatre jours de repos, l'écoulement se remettait en activité et exigeait de nouvelles doses de remèdes.

M. Sandras prévient cependant le praticien qui tenterait cette médication, de trois choses:

1° L'aloès n'est pas plus efficace pour guérir que le copahu.

2° Il ne faut pas compter sur une disparition instantanée de la douleur urétrale.

3° Il ne faut pas attribuer à l'action purgative de l'aloès l'efficacité qu'il a contre les écoulements de l'urètre. — Il est donc inutile d'eu augmenter la dose.

En somme, les pilules d'aloès formulées plus haut et prises de la manière indiquée, guérissent, dit M. Sandras, en huit ou dix jours les blennorrhagies aiguës ordinaires. Elles ne présentent dans leur usage aucun des inconvénients connus du copahu; ce qu'elles ont, peut-être, en moins d'efficacité, est largement compensé par la facilité avec laquelle les malades les prennent et les supportent. Enfin elles se trouvent, et par leur innocuité et par leur facile administration, parfaitement appropriées à ces blennorrhagies chroniques si fréquentes et si tenaces, qui font dire souvent aux gens du monde qu'on guérit parfaitement toutes les gonorrhées, excepté la première.

(*Bulletin de thérapeutique*,)

Paris, 12 février 1843.

Monsieur le Rédacteur,

Bien que je partage complétement les opinions que vous avez émises sur la presque impossibilité physique de l'introduction de l'air dans la veine à la suite de la saignée, comme deux ou trois faits sembleraient prouver que cette introduction peut avoir lieu, mais au moment où l'on relâche la ligature seulement, car autrement le fait est incompréhensible, ne serait-il pas prudent de poser en principe, qu'on ne devra délier la ligature, la saignée finie, qu'*après avoir pressé la veine depuis la bande jusqu'à l'ouverture*; ce qui se ferait facilement avec le pouce qu'on a l'habitude de placer sur l'incision, quand on juge devoir arrêter l'écoulement du sang. Cette précaution ne serait-elle pas de nature à écarter toute crainte, et à faire éviter qu'on ne regardât avec épouvante un de nos moyens thérapeutiques aussi usité, qu'il est puissant?

Agréez, etc. Le Dr PAJOT.

M. Berthe, chirurgien aide-major au 64e de ligne, a été cité avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur général de l'Algérie, en date du 23 décembre 1842, sur ses opérations dans les montagnes de l'Ouazensenis.

saient loi depuis plus de deux siècles, voici les veines, que ces grands hommes avaient déshéritées, pour ainsi dire, de toute part dans l'exercice des fonctions et la production des maladies, réhabilitées de nouveau en physiologie et en pathologie; et tandis que les uns leur restituent l'absorption, les autres, après avoir créé le mot *phlébite* (Breschet), vont jusqu'à proclamer (Cruveilhier) que l'état morbide désigné par ce néologisme *doit dominer* la pathologie tout entière.

Quoi qu'il en soit de ces élans, qui dépassent peut-être le but en renouvelant une idée ancienne, il est certain que deux faits favorables aux veines ressortent des expériences de Panizza : 1° le rapide passage dans les urines des substances absorbées par l'estomac ou par le poumon ; 2° la promptitude et la facilité avec lesquelles on trouve dans le sang ces substances difficiles à trouver dans la lymphe; enfin Panizza semble avoir surpris les veines sur le fait même de l'absorption. Il a introduit dans un cas de l'acide hydrocyanique, dans l'autre une solution d'iodure de potassium dans une anse intestinale chez des chevaux vivants, et presqu'aussitôt il a retrouvé ces deux corps dans les veines qui partaient de ce point du tube digestif.

Enfin, M. Panizza établit que les substances narcotiques n'agissent sur le système nerveux que d'une manière médiate et par l'intermédiaire de la circulation. Il a vu que l'acide hydrocyanique produit son effet ordinaire sur une partie, quoiqu'on ait coupé les nerfs qui s'y rendent, et que la strychnine et la coloquinte injectées dans la jugulaire d'un chien agissent avec autant de rapidité que lorsqu'elles sont administrées par la bouche.

Il est à regretter que l'arsenic n'ait été employé dans aucune des expériences de MM. Panizza et de Kramer; on y trouve néanmoins plusieurs données qui peuvent éclairer les nombreux expérimentateurs qui depuis quelques semaines ont commencé de nouvelles recherches sur l'action thérapeutique et toxique de ce corps.

Le nom de Panizza nous amène naturellement à dire quelques mots du journal qui se publie depuis peu de mois *sous sa direction*, et qui sera probablement à l'avenir le dépositaire de ses travaux et de ses découvertes. Cette feuille, qui porte le titre de *Gazzetta medica*, et parait tous les quinze jours, est rédigée par une réunion de professeurs de l'université de Pavie et de praticiens de Milan. Quoique particulièrement consacrée aux recherches pratiques, elle livre cependant une partie de ses colonnes aux travaux de *spéculation*, qui ont toujours eu beaucoup d'attrait pour les Italiens; et sous ce double point de vue, on peut dire que la plupart des articles publiés depuis l'apparition du journal, en juin 1842, promettent à ce dernier une belle place dans la presse médicale d'Italie.

Plusieurs des collaborateurs sont très au courant des doctrines françaises; tel est le docteur Angelo Dubini, que nous avons été si heureux de rencontrer à Paris pour constater l'existence d'une maladie endémique dans son pays et méconnue parmi nous, la *pellagre*. C'est ce praticien qui a fait connaître en Italie les leçons de M. Andral sur le contro stimulisme. La *Gazzetta medica* contient la réponse détaillée que la faculté de Pavie a cru devoir faire au professeur de Paris, par l'organe du professeur Corneliani. Mais en dehors des travaux de polémique, il existe dans les numéros déjà parus du journal de Panizza, un assez grand nombre d'articles qui mériteraient cette publicité que donne seule la presse française.

Théophile Roussel.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Eau dentifrice de Prodhomme. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Racine d'angélique,	250	grammes.
Sucre d'anis,	250	id.
Ecorce de cannelle,	60	id.
Noix muscade,	60	id.
Girofle,	60	id.

On concasse toutes ces substances, et on les introduit dans un matras, puis on y ajoute,

Alcool à 25 degrés,	8	kilogrammes.
Essence de menthe anglaise,	90	grammes.

Après huit jours de contact, on distille au bain-marie jusqu'à ce qu'il ne passe plus de liquide.

Alors on ajoute à l'alcoolat obtenu les substances suivantes (dont les trois premières préalablement réduites en poudre grossière) :

Ecorce de quiquina rouge,	60	grammes.
Racine de rathania,	60	id.
Baume de Tolu,	60	id.
Alcoolé de vanille,	30	id.
Cochenille pulvérisée,	30	id.

On laisse en macération pendant six jours, après quoi on passe au travers d'un linge avec forte expression, on filtre et on conserve pour l'usage.

La dose est de quinze à vingt gouttes étendues dans un verre d'eau pour se laver la bouche le matin.

Eau odontalgique du docteur O'Méara. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Vétiver de l'Inde,	4	grammes.
Racine de pyrèthre,	16	id.
Girofle anglais,	3	décigrammes.
Racine d'iris de Florence,	6	id.
Racine d'orcanette,	6	id.
Coriandre,	6	id.
Essence de menthe anglaise,	12	gouttes.
Essence de bergamotte,	6	id.
Alcool à 36 degrés,	64	grammes.

On concasse les substances solides, on les introduit dans un flacon qui bouche bien, on y verse l'esprit de vin et les essences, et on laisse le tout en macération pendant huit jours, en ayant soin d'agiter le mélange de temps en temps : on passe ensuite avec expression, on filtre et on met la liqueur obtenue dans de petits flacons.

Le résidu, pulvérisé et brûlé, fournit des cendres qui, aromatisées avec une essence quelconque, sont employées comme poudre dentifrice.

Une modification faite au brevet consiste : 1° dans l'addition de douze gouttes de créosote par chaque trente grammes de la liqueur filtrée ; 2° dans la substitution des essences d'anis et de citron aux essences de menthe et de bergamotte, toujours aux mêmes doses ; 3° enfin dans la coloration en vert par une plante inerte quelconque, au lieu de la coloration en rouge par l'orcanette.

Liqueur contre les cors de Wattebled. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Sulfate de fer,	500	grammes.
Lessive à 10 degrés,	2	litres.

On place le tout dans un vase de fonte et on chauffe jusqu'au point d'ébullition. Alors, on ajoute un demi-litre d'eau dans laquelle on a fait bouillir pendant un quart d'heure une pincée de sang-dragon (sans doute le *rumex sanguineus*), puis on laisse refroidir, après quoi on enlève la matière *écumeuse* qui se forme à la surface du vase, et on fait enfin évaporer jusqu'à réduction de deux litres et un quart de liquide.

On imbibe un linge de cette liqueur, et on l'applique sur la partie malade; on a soin de réitérer cette application deux ou trois fois par jour, s'il est possible.

L'inventeur affirme qu'à l'aide de ce moyen *le mal est complétement détruit le dixième jour.*

Pommade pour faire pousser les cheveux, de Boucheron.
(Brevet d'invention expiré.)

Pr. Savon médicinal,	31	grammes.
Cendres de cuirs,	31	id.
Sel gemme,	31	id.
Tartre rouge,	31	id.
Poudre à poudrer,	31	id.
Sulfate de fer,	8	id.
Sel ammoniac,	8	id.
Coloquinte,	8	id.
Cachou,	8	id.

On mélange bien exactement toutes ces substances préalablement divisées, et on incorpore le tout avec une suffisante quantité d'axonge pour en faire une pommade.

Le mode d'application de cette pommade consiste à en enduire un bonnet de taffetas qu'on place ensuite sur la tête, et à recouvrir enfin ce bonnet lui-même avec une étoffe de flanelle.

Traitement des maladies du mamelon.

Pr. Onguent simple,	24	grammes.
Onguent de céruse,	8	id.
Bi-oxide de plomb,	2	id.
Bi-oxide de mercure,	60	centigrammes.
Bi-sulfure de mercure,	30	id.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Celte pommade, dont la formule est due à M. le docteur Righini, est employée avec le plus grand succès contre les érosions et les gerçures des mamelons, chez les femmes qui nourrissent. On en prend une petite quantité au bout du doigt et on l'étend légèrement sur les points qui sont le siége du mal.

Lorsqu'on veut donner à téter, il faut d'abord laver le bout du sein avec une eau alcaline légère, puis avec de l'eau pure; et, lorsque l'enfant a fini, on lave de nouveau le mamelon à l'eau pure, puis on pratique immédiatement la petite onction dont il a été question plus haut.

Avis d'une Grand'Mère aux Mères de famille, sur l'Éducation physique des petits enfants; par madame Constant.

Cet ouvrage est à la fois un excellent livre et une excellente action. Réunissant à de rares connaissances spéciales les fruits de l'expérience la plus consommée, la plus éclairée, il s'adresse à la fois aux classes pauvres et aisées de la société. Il enseigne le meilleur mode d'éducation pratique pour les petits enfants et les premiers soins à leur donner en l'absence ou dans l'attente du médecin, lors de ces maladies brusques, rapides, terribles, auxquelles ils sont sujets. Rien de si clair, de si rationnel, de si salutaire et surtout de si facilement applicable que les préceptes de ce petit livre. Le posséder, c'est avoir sans cesse auprès d'un berceau un conseiller intelligent, savant, éprouvé, auquel on peut demander chaque jour et à chaque instant ce qu'on doit faire pour entretenir la santé d'un enfant robuste ou pour parer aux premiers accidents d'une indisposition, d'une maladie subite.

La cause de cette publication est bien touchante et bien généreuse... Une mère a perdu son enfant en quelques heures... faute peut-être d'une des précautions ou d'un des avis si simples recommandés dans cet ouvrage, qu'elle a connu plus tard.

En le mettant à la portée de tous, elle veut, autant qu'il est en elle, épargner aux mères le coup affreux qui l'a frappée... Elle tâche de consoler sa douleur par l'espoir que d'autres ne souffriront pas ce qu'elle a souffert... ce qu'elle souffre...

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 22, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 21 FÉVRIER.

Indications des manœuvres obstétricales.

Parmi toutes les questions que présente l'art difficile des accouchements, une des plus difficiles sinon la plus difficile, est, on peut l'affirmer, celle qui consiste à déterminer d'une manière précise les cas d'opportunité et d'inopportunité des manœuvres obstétricales; ce n'est pas seulement la plus difficile, c'est encore la plus importante et pour la mère et l'enfant dont la vie est souvent attachée à une manœuvre habilement et justement pratiquée, et pour le médecin dont la réputation peut être compromise par une manœuvre maladroite ou malheureuse, mais qui toujours éprouve de vives angoisses lorsque son esprit balance entre l'expectation et l'intervention. Combien de fois pourtant le praticien ne se trouve-t-il pas dans cette situation perplexe, et combien ne serait-il pas reconnaissant envers l'auteur qui aurait su lui tracer d'avance, et d'une manière nette, la conduite qu'il a à tenir dans les divers cas qui s'offriront à lui. Mais, nous le répétons, c'est là une tache d'une immense difficulté, et ce qui le prouve, c'est que des hommes d'un mérite éminent ne peuvent encore s'accorder entre eux après avoir acquis une vaste expérience. C'est qu'en effet une vaste expérience ne suffit pas pour résoudre scientifiquement la question. Un homme expérimenté, doué d'une heureuse mémoire, d'un esprit pénétrant, d'un jugement sain, peut bien être fixé à juste titre sur toutes les difficultés pratiques que cette question renferme; il peut donner d'excellents conseils à tous les disciples qui l'approchent et qui ont foi dans son autorité, mais il ne saurait, quoique possesseur de tous ces précieux éléments, établir d'une manière scientifique les règles de l'art. Il faut pour cela d'autres conditions qui ne sont ni moins indispensables ni moins difficiles que les premières. Comment, en effet, juger des avantages et des inconvénients d'un agent thérapeutique chirurgical ou autre, à moins de comparer une série de faits nombreux, exacts, complets, dans lesquels on aura mis en usage l'agent en question, à une autre série de faits *rigoureusement identiques* aux premiers, et dans lesquels on aura laissé agir la nature? Et d'un autre côté, comment un chirurgien se résignera-t-il à laisser agir la nature, quand il sera intimement convaincu que l'intervention chirurgicale doit être favorable? On comprend que cela est impossible. Que faire donc pour dégager le problème de la voie sans issue dans laquelle il reste depuis si long-temps? Quant à nous, nous ne voyons pas d'autres moyens que de recueillir des observations telles que nous les avons indiquées, et d'attendre que des observations comparables aient été recueillies par des observateurs dont la pratique sera différente de celle qu'on aura suivie soi-même. Ce n'est pas là ce qu'ont pensé deux jeunes auteurs qui viennent de publier dans les deux derniers numéros des Archives de médecine, un mémoire étendu sur *l'abus des manœuvres obstétricales, les accidents auxquels elles peuvent donner lieu, et les avantages de la temporisation dans la pratique des accouchements.* Il a paru à ces auteurs qu'avec les faits consignés dans les annales de la science, et les quelques faits qu'ils apporteraient eux-mêmes, il leur était possible de résoudre ce qui avait été insoluble pour tant d'autres. Nous chercherons à apprécier la légitimité de leurs prétentions, et nous le ferons avec toute l'impartialité, mais aussi avec toute la sévérité qu'exige l'importance de la matière.

Voici comment les auteurs ont cru devoir procéder pour arriver au but qu'ils se sont proposé: « L'ordre que nous suivrons se trouve tout naturellement tracé: rapporter les faits d'intervention malheureuse de l'art, qui justifient nos opinions; faire l'histoire des désordres qui en sont trop souvent la suite; prouver par la statistique que nos observations, loin de constituer des exceptions, rentrent dans la loi commune, et enfin voir quelles conséquences on peut déduire de tous ces faits relativement aux indications des manœuvres obstétricales et à certaines modifications du manuel opératoire. »

Voyons maintenant comment ils ont exécuté leur plan, et suivons l'ordre qu'ils nous ont eux-mêmes indiqué.

Pour prouver les accidents funestes produits par les manœuvres qu'ils condamnent, les auteurs du mémoire rapportent quinze observations que nous regrettons de ne pas pouvoir analyser une à une, mais dont nous allons présenter un résumé succinct, et dont nous citerons quelques fragments pour donner la mesure de leur degré de précision, et pour faire voir comment leurs auteurs les interprètent.

Ces observations offrent des exemples de déchirures du col et du vagin, de contusion de la vessie, de rupture du périnée, de métro-péritonite, d'enfoncement des os du crâne chez les enfants. Les auteurs ne font aucune difficulté d'attribuer tous ces désordres aux manœuvres pratiquées, selon eux, toujours d'une manière inopportune. Il n'y a pas jusqu'à des déchirures du col « de 16 millimètres de longueur sur 3 ou 4 de profondeur », et ce sont les plus nombreuses (3 sur 5), qui ne leur paraissent évidemment dues à l'action de la main ou du forceps. Nous pensons qu'il suffit de signaler cette méthode pour démontrer que les auteurs ont fait abstraction des premières notions de la science pour arriver à leurs conclusions. Qui ne sait, en effet, que les déchirures de l'utérus, et nous ne parlons pas seulement des déchirures du bord libre du col, de déchirures de 3 à 4 millimètres de profondeur, qui ont lieu dans presque tous les accouchements les plus naturels, mais de vastes déchirures qui intéressent toute l'épaisseur de l'utérus et du vagin; qui ne sait que ces déchirures peuvent se présenter dans des accouchements spontanés et avec des bassins bien conformés. Dès-lors, comment être certain que dans ces accouchements où l'art est intervenu, et qui, par conséquent, abstraction faite des manœuvres, offrent toujours des circonstances moins avantageuses; comment être certain que les lésions observées appartiennent aux manœuvres et non à la nature? C'est ce que les auteurs ont cru inutile de se demander. Pour eux, il suffit que la lésion suive la manœuvre pour qu'elle soit regardée comme une conséquence de cette manœuvre. Quand ils ont admis cette première conséquence, si la lésion ne leur paraît pas assez grave pour produire la mort, ils en font le point de départ d'une métro-péritonite mortelle, et voilà la manœuvre condamnée comme dans le cas suivant: « L'utérus offre une déchirure irrégulière et profonde *sur la lèvre postérieure* », qu'ils interprètent sans façon comme il suit: « La déchirure de la lèvre postérieure, *produite par le forceps*, a été sans doute *le point de départ de la métrite*, dont la péritonite *a été la conséquence.* » La même méthode est mise en usage pour juger des lésions que présentent les enfants. Ainsi trouve-t-on des fractures des os du crâne, c'est toujours le forceps qui est accusé de les avoir produites; il semble même que le doute n'est pas permis à cet égard, tant les auteurs ont de foi dans leurs interprétations. Ils disent, par exemple, dans un cas où l'application fut faite par M. Danyau, dont l'intéressant mémoire sur les fractures du crâne dans les accouchements spontanés aurait dû les rendre plus circonspects: « L'enfant a été, dans ce cas, *tué par le forceps dont la pression sur la tête a été portée au point de produire plusieurs fractures*, et la mère est morte victime des déchirures dont le phlegmon sous-péritonéal et la péritonite ont été les conséquences. » On croira peut-être que les auteurs ont eu soin dans ces cas de mesurer les diamètres du bassin et ceux de la tête du fœtus avant de se former une opinion; mais bien loin qu'il en soit ainsi, ils n'ont pas même vu quelquefois l'enfant, ce qui ne les empêche pas d'être suffisamment édifiés sur la cause de sa mort. Ainsi un enfant vient au monde avec une soi-disant paralysie de la face constatée par on ne sait qui; on le porte aux Enfants-Trouvés où il meurt *presque immédiatement après sa naissance*, si l'on en croit les auteurs, et de ce fait ils tirent sans difficulté les conclusions suivantes: « Quoique nous manquions de détails sur l'autopsie, *nous n'hésitons pas* à attribuer la mort à la compression violente exercée dans ce cas par les branches du forceps sur la tête. Ce n'est pas seulement à propos des lésions observées que les auteurs portent des jugements certains sur d'aussi légers indices; ils jugent encore de la même manière les indications et les difficultés des manœuvres. Par exemple, dans deux cas d'application du forceps la sage-femme en chef dit que la manœuvre fut facile, mais comme dans l'un « *il serait difficile, d'après cela, d'attribuer les lésions traumatiques graves que l'autopsie a révélées* », et que dans l'autre « *la femme prétend avoir horriblement souffert* » il en résulte clairement que l'application fut laborieuse et violente.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de pousser beaucoup plus loin notre analyse pour faire voir la confiance que méritent des observations prises avec une pareille rigueur, et avec la disposition d'esprit dans laquelle paraissent avoir été les auteurs lorsqu'ils observaient, ou plutôt lorsqu'ils *recueillaient* leurs faits. Nous verrons prochainement l'usage qu'ils ont cru pouvoir en faire, ainsi que la manière dont ils ont interprété ceux que possède la science, et nous jugerons s'ils ont été plus heureux dans cette seconde partie que dans la première.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Leçons cliniques sur les maladies des yeux. De la kératite aiguë.

Quoiqu'on se soit beaucoup occupé de la kératite, surtout dans ces derniers temps, il est cependant peu de sujets qui soient aussi difficiles à étudier d'une manière méthodique, et à décrire avec ordre. Ayant à parler d'un sujet qui n'est point unique, mais qui comprend sous le nom commun de kératite une foule de lésions différentes, nous serons obligé d'intervertir l'ordre ordinaire des descriptions; nous éviterons aussi par là la confusion extrême dans laquelle sont tombés les auteurs qui ont décrit ces lésions, comme une seule et unique maladie. Nous aurons donc à étudier sous le nom de kératite, comme autant de modes d'altération différents, les divers degrés de l'inflammation, avec ou sans coagulation, ou formation du pus dans les lames de la cornée, les ulcérations, le ramollissement, la gangrène, etc.

Pour ceux qui ne voient d'inflammation que dans la réunion des caractères qu'on lui assigne habituellement, la rougeur, la chaleur, le gonflement, etc., il y aurait très rarement inflammation véritable de la cornée; car on ne trouve presque jamais ces caractères réunis; le plus souvent même ils manquent tous complètement. On ne trouve communément, en un mot, dans les diverses maladies décrites sous le nom de kératite, aucun des phénomènes qui sont considérés comme le type de l'inflammation proprement dite. Cette explication donnée, entrons sur le terrain des lésions anatomiques appréciables. Nous commencerons l'histoire de la kératite par la description de toutes ses formes aiguës.

1°. *Kératite aiguë.* — La première forme que nous avons à examiner est la perte de transparence ou l'opacité qui occupe l'intérieur même de la membrane; c'est ce qu'on a appelé la kératite interstitielle. Cette opacité se forme ordinairement avec une grande facilité; elle survient quelquefois dans vingt-quatre heures. Au début, la cornée offre assez bien l'aspect d'une glace ternie; puis à ce premier degré en succède un autre, qui est caractérisé par l'apparition de petits points blanchâtres ou grisâtres séparés par des intervalles non opaques, mais n'ayant pas conservé toute leur transparence naturelle. Ces taches sont disposées à peu près à la manière des nuages, dans le temps dit *temps pommelé*. Cette comparaison donne une idée assez exacte de ce genre d'altération. Le nombre et l'étendue de ces taches opaques est très variable. Il est des cas où toute la cornée en est recouverte. Nous avons vu récemment ici, dans la salle consacrée aux maladies des yeux, un exemple de cette altération chez une jeune fille. Cette personne, douée d'une bonne constitution, bien menstruée, venait d'être prise depuis peu d'un trouble de vision dans l'œil gauche. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, l'œil offrait un aspect mamelonné; cette lésion s'est bientôt compliquée d'autres accidents, dont nous parlerons tout à l'heure; puis la résolution s'est faite spontanément au bout de quinze jours. Ainsi, nous avons vu chez cette jeune fille la cornée, après avoir parcouru presque tous les degrés d'opacité, récupérer peu à peu la transparence. Mais ce n'est pas tout; après que la malade a été guérie dans cet œil, les mêmes accidents se sont montrés à l'œil droit; ils ont suivi la même marche, mais en parcourant de plus courtes périodes; la maladie est actuellement en voie de résolution aussi de ce côté.

Voilà une forme particulière de la kératite, la plus franche, la mieux dessinée, et celle qui mérite plus spécialement la dénomination de kératite. Ainsi qu'on le remarquera, il n'y a là ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction, et le plus souvent pas même de la douleur. Cependant on ne peut y méconnaître le caractère principal de l'inflammation, l'exhalation d'une production ou sécrétion morbide. Comment se fait cette exhalation? La cornée contient, comme on le sait, dans son épaisseur, des vaisseaux blancs, non apparents à l'état sain, parce qu'ils ne reçoivent que les globules blancs du sang, d'où leur absence de coloration en rouge, bien qu'ils appartiennent à la circulation sanguine, et qu'ils viennent du système artériel pour se rendre au système veineux. Mais dans la kératite les choses changent de forme et d'aspect. Il se fait dans l'épaisseur de la cornée une sécrétion de fluides de nature variable, probablement de lymphe ou de matière plastique, laquelle est fournie aux dépens du sang qui distend ces vaisseaux, et s'infiltre dans les mailles ou intestins du tissu de la cornée où elle forme, par suite de sa condensation, les taches en question; tout cela se faisant sous l'influence du travail inflammatoire.

Quelques personnes ont pensé que la teinte blanchâtre était au contraire le résultat de l'absence de lymphe. On a comparé cet état à la disposition qu'offrent les cristaux auxquels on a fait perdre leur transparence par le dessèchement ou l'évaporation de leur eau de cristallisation. On a cru à tort qu'il se passait ici le même fait; que c'était par suite de la perte ou de la résorption des fluides que la cornée perdait sa transparence; mais cette opinion n'a point été adoptée; on a admis, au contraire, que l'opacité résulte, dans ce cas, de l'accumulation des fluides et de l'imprégnation du tissu de la cornée par une trop grande quantité de lymphe. Une preuve que les choses se passent en effet ainsi, c'est qu'on rend la transparence à la cornée devenue opaque en la faisant dessécher.

Nous avons vu qu'il se formait d'abord un brouillard, puis des nubécules plus ou moins étendues et d'une couleur grisâtre. Jusque-là il n'y a point encore de vascularisation appa-

rente ; plus tard, on voit se développer de petits vaisseaux qui paraissent procéder du centre à la périphérie de la cornée. Ils semblent ne point gagner la conjonctive, mais pététrer pro- profondément. Les stries rouges qui forment cette vascularisation ne sont autre chose que les vaisseaux de la cornée accidentellement dilatés, et recevant, par suite de cette dilatation, des globules rouges, tandis qu'à l'état physiologique ils ne laissent pénétrer que des globules incolores.

Si cette inflammation est négligée ou mal soignée, elle passe à l'état de kératite chronique. L'opacité augmente en proportion du développement des vaisseaux. Du reste, il ne paraît pas qu'il en soit jamais résulté de plus grands désordres, tels que la suppuration ou l'ulcération de l'une ou de l'autre surface de la cornée.

Dans d'autres cas il se fait dans un point très circonscrit et dans un espace de temps ordinairement très court, un dépôt formé dans l'épaisseur de la cornée. Ce dépôt grossit peu à peu et paraît être formé par du pus. Au bout d'un certain temps la cornée s'ulcère, soit en avant, soit en arrière ; il arrive enfin un moment où la membrane se rompt et le pus s'échappe au-dehors ou bien dans la chambre antérieure, selon que l'ulcération s'est formée à la face antérieure ou postérieure de la cornée. Dans ce dernier cas, le pus descendant par son propre poids dans la partie la plus déclive de la chambre antérieure, il en résulte ce qu'on appelle un hypopion.

Il n'est pas rare de voir la maladie en question suivre la marche que nous venons de décrire, et se terminer par un hypopion. Lorsque la rupture de la membrane se fait à sa partie antérieure, il en résulte un ulcère. Cette forme particulière d'ulcère a cela de remarquable, que l'ulcération n'est point régulière, les bords sont frangés, son fond n'est point lisse, il présente des inégalités qui paraissent être formées par des parcelles de pus adhérentes aux parois de l'ulcère. Les caractères principaux de cet ulcère sont donc l'irrégularité de ses bords, l'inégalité de son fond, l'aspect mou et non résistant du tissu de la cornée. Cet ulcère peut persister pendant un certain nombre de jours à l'état stationnaire ; on le voit se déterger, finir par se cicatriser et laisser après lui une tache plus ou moins apparente, un albugo.

Dans d'autres cas on voit se développer à la surface et à certaine distance de la circonférence une vascularisation tout à fait superficielle ; les vaisseaux vont de dehors en dedans et s'arrêtent à une certaine distance du centre ; et là il existe une sorte de gonflement ou une petite tumeur remplie d'un liquide soit séreux, soit purulent. On observe, en un mot, là une vésicule ou une pustule.

Une petite fille du service présente actuellement un exemple de cette lésion. On remarque chez elle une injection vasculaire très prononcée de la cornée et de la conjonctive autour d'une petite phlyctène siégeant à la surface de la cornée, centre commun vers lequel se rendent et convergent tous ces petits vaisseaux. Je dirai de suite que cette altération est plus difficile à reconnaître que les autres. Il y a de la photophobie, et cette circonstance ne contribue pas peu à rendre le diagnostic obscur par la difficulté de l'exploration. Cette altération peut se terminer quelquefois par un travail de résolution et par le retour de la transparence, mais d'autres fois il se forme une cicatrice qui laisse une tache indélébile. J'ai dit que la lésion était très superficielle : quelques personnes ont soutenu que cette altération occupait la conjonctive ; mais ce point a été contesté. Quelques anatomistes disent qu'il n'y a point de conjonctive sur la cornée ; d'autres soutiennent une opinion contraire. Je suis, pour ma part, porté à adopter cette dernière opinion, c'est-à-dire celle qui admet l'existence ou le prolongement de la conjonctive sur la cornée. Cette opinion me paraît surtout fondée sur des considérations pathologiques d'un grand poids, savoir l'analogie des affections qui siégent sur la cornée et sur la sclérotique, leur identité primitive. Dans d'autres cas on voit se former seulement à la circonférence de la cornée, point à la surface, mais dans l'épaisseur même de cette membrane, une portion de cercle gris, concentrique à la sclérotique et occupant bien par conséquent la cornée. Cet arc de cercle a, en général, la forme d'un croissant ; il est souvent très petit, d'autres fois plus étendu, et dans quelques cas il forme leur circonférence entière. On voit souvent, en outre, un second petit cercle concentrique au précédent et plus petit que lui, d'une couleur blanche qui tranche un peu sur la sienne et qui contribue beaucoup à donner à l'ensemble la forme parfaite d'un croissant. Ce petit cercle concentrique est formé par du pus infiltré. Je dis que ce pus est infiltré et non réuni en collection ou en foyer, car il n'y a ordinairement ni perforation, ni ulcération consécutive, mais résorption et disparition graduelle de la tache. Un malade atteint de conjonctive catarrhale, actuellement dans les salles, offre un exemple de cette altération. Nous en avons eu un autre cas chez un malade qui a subi l'opération de la cataracte par abaissement. Il s'est développé un cercle complet d'une assez grande épaisseur et qui s'est depuis en grande partie résorbé.

Il est d'autres cas enfin où l'on voit partir de la circonférence de la sclérotique, et se rendre vers la cornée des vaisseaux très nombreux et très superficiels venant se terminer à une très petite distance de la cornée. Il y a là un ulcère dont le bord interne est concentrique au cercle de la cornée et le grand bord se termine en forme de talus sur la sclérotique, à quelques milimètres (une ou deux lignes) de la cornée. Cet ulcère est terminé à pic du côté du centre ou à son bord concentrique, tandis qu'il va se perdre insensiblement avec le plan de la surface de la sclérotique, en dehors ou à son bord excentrique. C'est cette forme d'ulcération que M. Velpeau a très bien caractérisée en l'appelant ulcère en *coup d'ongle*. Cet ulcère ordinairement ne pénètre pas au fond de la cornée ; lorsque cela arrive, il y a perforation. Mais le plus souvent, après avoir cavé pendant quelque temps, il s'arrête, son fond se comble et la cicatrice se fait au bout d'un temps plus ou moins long. Il est rare alors qu'il n'y ait pas un peu d'opacité. C'est encore là une forme particulière de la kératite qui ne ressemble à aucune autre et qui n'a, avec celle que nous venons de décrire précédemment, rien de commun que le nom.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Hydropisie ascite essentielle récidivée pour la septième fois. Du diagnostic et du traitement de l'ascite essentielle.

Une femme âgée de soixante-deux ans, forte et bien constituée, est entrée à la Charité pour une hydropisie ascite. C'est la quatrième ou cinquième fois qu'elle entre à l'hôpital pour la même affection ; elle a déjà subi en tout sept ponctions. La dernière fois qu'elle est sortie de la Charité elle s'était crue guérie, et nous n'avions pas été éloigné nous-même de partager son illusion. Il y a trois mois que son ascite est revenue. Elle nous fait remarquer à cette occasion que les années précédentes c'est toujours à peu près à la même époque que l'hydropisie s'est reproduite. En général, pendant le printemps et l'été, la maladie reste stationnaire, et elle augmente ou se renouvelle en hiver. La malade attribue, avec quelque fondement cette circonstance, à ce qu'elle est sujette à de copieuses sueurs pendant la saison chaude.

Cette femme offre à présent l'état suivant : son ventre est considérablement développé ; il est assez uniformément arrondi ; ses parois sont éraillées dans un grand nombre de points ; les veines sont développées et un peu variqueuses. On sent une fluctuation manifeste et perceptible au même degré dans tous les points de l'abdomen. Les parois abdominales n'offrent pas d'ailleurs la moindre apparence d'œdème, non plus que les membres, qui sont plutôt amincis, maigres et un peu émaciés. La malade offre, en général, un état de maigreur assez prononcé ; sa physionomie ne présente d'ailleurs ni abattement, ni souffrance ; le pouls est régulier et parfaitement calme, la chaleur de la peau naturelle ; il y a un peu de dyspnée consécutive au refoulement du diaphragme par le liquide contenu dans l'abdomen, mais sans aucune lésion du côté de la poitrine. La malade ne tousse pas, le thorax est sonore dans tous ses points, la respiration est pure, les battements du cœur sont réguliers. Les fonctions digestives sont également en bon état ; l'appétit est bon, les garderobes naturelles et régulières ; seulement lorsque la malade marche ou se fatigue quelque peu pendant le travail de la digestion, elle est sujette à vomir. Les intestins paraissent aussi être quelquefois distendus par une quantité considérable de gaz, ce qui occasionne de temps en temps des coliques et des douleurs vagues dans tout le ventre. Les urines sont rendues fréquemment et en petite quantité ; elles sont un peu nuageuses, mais ne révèlent d'ailleurs aux différents réactifs aucune modification morbide. Enfin la malade se plaint d'un sentiment de lassitude et d'inquiétudes dans les jambes. Du reste point de fièvre ; aucun dérangement notable de la santé, hors la gêne de certaines fonctions dépendant immédiatement de la distension de la cavité abdominale par l'épanchement ; point de douleur fixe dans aucune région.

En questionnant la malade sur ses antécédents, nous avons appris d'elle la circonstance suivante : il y a environ trois ans qu'elle eut, à la suite d'une profonde secousse morale, une infiltration générale qui ne se dissipa qu'au bout de plusieurs mois. C'est sous l'influence d'une circonstance analogue, d'une impression morale forte et prolongée, que survint pour la première fois, il y a dix ans, l'ascite dont elle est actuellement affectée. Dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre ces deux maladies, la santé de cette femme a toujours été parfaite.

Il s'agit donc, chez cette femme, d'une ascite, et suivant toute probabilité d'une ascite essentielle. Quelles pourraient être, en effet, les altérations organiques capables de produire un épanchement consécutif dans le péritoine, ou les maladies qui en pourraient imposer pour une hydropisie ascite ? Serait-ce une hydropisie enkystée de l'ovaire ? mais dans ce cas on eût constaté l'existence d'une tumeur dans le siége des ovaires, après les ponctions qui ont été faites successivement les années précédentes et pendant tout le temps que la malade est restée sans épanchement abdominal. On ne peut invoquer l'existence d'une maladie des reins, dont on ne trouve absolument aucun symptôme, ni analogue, ayant précédé l'ascite ou coexistant avec lui, ni douleurs dans la région des reins, ni albumine dans les urines, etc.

L'ascite dépendrait-elle d'une maladie du foie ? Mais on a également pu s'assurer, pendant l'état de vacuité du ventre, que le foie n'offrait aucune augmentation de volume, ni aucune modification appréciable dans sa consistance ; par conséquent toute idée d'hypertrophie ou de squirrhe du foie doit naturellement être éloignée. Serait-il atteint de cyrrhose ? Il serait plus facile de conserver quelque doute à cet égard. Cet état de ratatinement du foie que l'on désigne sous le nom de cyrrhose, produisant ordinairement un rétrécissement du calibre des vaisseaux du foie, expliquerait effectivement assez bien la production d'un épanchement séreux consécutif dans le péritoine. Jusqu'à présent on a bien constaté la coïncidence assez fréquente de cet état du foie en question avec l'ascite ; mais on ne me paraît pas avoir suffisamment insisté sur les rapports qui peuvent exister entre ces deux faits. Laënnec avait bien observé qu'il existait fréquemment dans les ascites une espèce de macération du foie, et il attribuait ce ratatinement particulier, cette atrophie, ce retrait du foie sur lui-même, à sa macération prolongée dans le liquide séreux épanché dans le péritoine. L'opinion de Laënnec n'a point été adoptée par tout le monde ; il a été donné des explications très différentes de ce phénomène. Quoi qu'il en soit à cet égard, que ce soit là un phénomène morbide spécial, primitif, ou qu'il résulte, comme le croyait Laënnec, de la macération du foie dans la sérosité, toujours est-il, dis-je, que cet état du foie peut, à son tour, donner lieu à un épanchement séreux consécutif par le seul fait de la diminution de volume du foie et du rétrécissement de ses vaisseaux qui en est le résultat inévitable.

Du reste on n'a point constaté chez cette malade cette atrophie du foie qui accompagne toujours la dégénérescence en question ; dans tous les cas, l'idée d'une altération quelconque du foie est très probable et doit être éloignée en considérant l'état de santé parfaite dont toujours joui cette femme, à part les accidents inhérents à l'ascite. Nous en dirons autant pour la rate et pour tout autre viscère.

De quelle nature est donc cette ascite et quelle est sa cause organique ? Nous croyons qu'elle n'a pas d'autre source qu'une exhalation morbide du péritoine, sans même qu'il soit nécessaire pour cela d'admettre que le péritoine soit le siége d'une inflammation chronique dont il n'existe en réalité aucun signe. L'épanchement séreux est produit ici dans le péritoine, comme il l'est dans la tunique vaginale chez les sujets atteints d'hydrocèle, par le seul fait d'une hypersécrétion de cette membrane séreuse. La preuve de l'analogie qui existe entre certaines hydropisies ascites que nous appelons essentielles et les hydrocèles, c'est la possibilité de leur guérison ; or, évidemment, on ne guérirait par aucun moyen une hydropisie dépendante d'une cirrhose ou de toute autre altération organique du foie réputée incurable.

Le fait de l'essentialité de certaines hydropisies ascites est mis hors de doute par leur guérison même. Entre autres exemples M. Fouquier cite celui de deux femmes de province qu'il a guéries après une seule ponction aidée par l'action des diurétiques. Sans nul doute ces hydropisies étaient indépendantes de toute altération organique. Les hydropisies essentielles ne guérissent pas toujours après une petite ponction ; le plus souvent, au contraire, il faut répéter l'opération un certain nombre de fois avant de voir la maladie se résoudre définitivement. Il est des exemples d'hydropisies qui n'ont guéri qu'après cinq, six, sept, huit, dix ponctions. Elles n'en étaient pas moins essentielles, c'est-à-dire indépendantes de toute lésion organique. N'est-ce pas à un cas de ce genre que nous avons affaire ? La chose est d'autant plus probable qu'il n'y a aucun signe d'altération organique, aucun symptôme de dérangement fonctionnel, notamment aucun trouble dans les fonctions digestives ; or, il n'en serait certainement pas ainsi s'il existait depuis sept ans une cyrrhose du foie.

Cette malade demande elle-même qu'on lui pratique la ponction qui l'a, dit-elle, toujours beaucoup soulagée jusqu'à présent. Il n'y a aucune contre-indication, par conséquent la ponction sera pratiquée. Mais avant de faire la ponction M. Fouquier veut s'assurer de l'action des diurétiques, ayant remarqué qu'il y a de l'avantage à ce que la diurèse soit déjà établie avant l'opération, afin de rendre plus active la diurèse qui s'établit naturellement après la ponction. En conséquence la malade a été soumise à l'usage du nitre et de la digitale et de la tisane de pariétaire.

Peut-on dans cette circonstance, ajoute M. Fouquier, suppléer à la ponction par tout autre moyen ? On a préconisé dans ce but les frictions avec la scille, la digitale ou le mercure, soit seul, soit uni à la scille ; les purgatifs drastiques, spécialement les purgatifs résineux, tels que le jalap, la scammonnée, l'aloès, l'huile de croton-tiglium, la térébenthine, l'écorce de sureau, l'urée, donnée concurremment avec le nitrate de potasse, l'urine de vache, et autres remèdes analogues ayant tous pour résultat de produire des évacuations abondantes. C'est dans ce dernier ordre de médicaments que les charlatans ont choisi leurs prétendus spécifiques contre les hydropisies. Il est constant que l'usage de ces purgatifs soulage considérablement les malades ; mais ils ont un double inconvénient lorsqu'ils sont administrés sans mesure, c'est de produire l'épuisement, ou de donner lieu à une inflammation intestinale. Il est arrivé plus d'une fois que des malades chez lesquels on avait ainsi guéri une hydropisie ascite, ont succombé à l'entérite ou à l'épuisement qui ont suivi l'administration des purgatifs réitérés. C'est pour éviter ce danger que les personnes qui prescrivent ce mode de traitement ont l'habitude d'intercaller un jour de repos après deux jours de suite de purgation, et de donner pendant ce jour de repos une bonne alimentation. — Cette méthode n'est certainement pas à rejeter, elle a au contraire une efficacité incontestable et des avantages réels dans certaines circonstances, et lorsqu'elle est convenablement dirigée ; mais doit elle être préférée à la ponction lorsqu'il n'y a aucune contre indication qui doive faire exclure celle-ci ? Non, sans doute, le moindre désavantage du traitement purgatif, comparé à la ponction dans les conditions que nous supposons, serait d'être beaucoup trop long de demander des mois entiers, tandis que à l'aide de la ponction on peut obtenir le même résultat en quelques heures seulement. On en est quitte alors à joindre au traitement par la ponction le traitement purgatif, comme auxiliaire, comme moyen de prévenir et d'empêcher les récidives. Qu'est-ce qui a pu donner à la méthode purgative le crédit dont elle jouit dans le monde, au détriment de la ponction ? Cela tient à un préjugé depuis longtemps répandu dans le public contre la ponction, préjugé qui n'a pas toujours été sans fondement, mais qui n'a plus le même prétexte aujourd'hui. Autrefois on recourait trop rarement à la ponction, on hésitait long-temps, et ce n'était en quelque sorte qu'en désespoir de cause, après avoir épuisé tous les autres moyens, que l'on pratiquait la ponction. Aussi la pratiquait-on toujours trop tard, et souvent sans aucune chance de succès. La ponction pratiquée à temps, et sans les manœuvres maladroites des anciens, a au contraire toutes sortes d'avantages et aucun inconvénient réel, sauf les cas tout à fait exceptionnels d'accidents, tels que les hémorrhagies ou les

inflammations, que l'on peut prévenir avec les précautions convenables.

Ainsi chez la malade en question, après que les diurétiques auront produit leur effet, on aura recours à la ponction, puis on la soumettra aux bains de vapeur, qui ont déjà eu chez elle de bons résultats en secondant ce moyen par les purgatifs, les diurétiques, et un bon régime hygiénique. Nul doute qu'on n'obtienne par ces moyens combinés une guérison temporaire. Quant à une guérison définitive, doit-on renoncer à l'obtenir? Non, sans doute. Les faits précis autorisent au contraire à espérer que la guérison finira par s'établir définitivement.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

(M. Denonvilliers, suppl.)

Gangrène et plaie du scrotum à la suite d'une opération pratiquée pour un entéro-épiplocèle. Pourriture d'hôpital. Erysipèle ambulant et érysipèle phlegmoneux du scrotum. Guérison.

Au n° 76 de la salle des hommes, est couché un malade qui se trouvait déjà dans les salles à l'époque où M. Roux faisait le service. Il avait eu un entéro-épiplocèle du côté gauche, qui fut opéré ; une masse d'épiploon restée au dehors s'est gangrénée et est tombée : il en est résulté une plaie très vaste du scrotum. La plaie marchait assez bien vers la cicatrisation ; on se flattait déjà d'une prompte guérison, lorsque le malade eut l'imprudence de se lever et de marcher. Le lendemain, à la visite, on trouva l'aspect de la plaie tout à fait changé; elle était sèche, blafarde, d'un blanc-grisâtre; les bourgeons charnus rosés qui avaient commencé à se développer avaient pris une couleur jaunâtre ; le fond de la plaie était dur, lardacé ; le scrotum était très tuméfié et d'un rouge violet.

Les jours suivants, ces phénomènes augmentèrent ; la plaie devint d'une teinte plus jaune, et les bourgeons grisâtres, sans vitalité, fournissaient une matière puriforme jaunâtre de mauvaise qualité. L'état général s'altéra à son tour; la langue devint sèche, la figure tirée et d'une teinte terreuse; tous les traits étaient altérés.

A ces symptômes, on dut reconnaître facilement le développement d'une pourriture d'hôpital, telle du moins qu'on l'observe quelquefois à Paris, c'est-à-dire d'un caractère lent et chronique, et non celle qui se développe dans les camps, dans les hôpitaux militaires et dans certaines localités, sous l'influence de circonstances atmosphériques et hygiéniques particulières, et qui a ordinairement un caractère aigu et une marche rapide.

M. Denonvilliers se détermina à employer la cautérisation de la surface de la plaie par le nitrate acide de mercure, dans le but de modifier profondément la vitalité des tissus malades. Il en est résulté des escharres assez épaisses, blanchâtres, audessous desquelles la plaie se montrait avec le même aspect qu'elle avait précédemment, sans aucune amélioration.

Le jour suivant, l'emploi du même moyen fut répété. Après cette seconde cautérisation, une partie de la plaie prit un aspect meilleur et devint vermeille, tandis que les parties voisines ne paraissaient point avoir été modifiées. En même temps la tuméfaction du scrotum augmentait; la langue était chargée d'une couche jaunâtre, le ventre ballonné et douloureux, le pouls fébrile.

On prescrivit les opiacés pour calmer les douleurs. La plaie devenant rosée, on suspendit l'usage des caustiques énergiques qui avaient été employés jusque-là, et on leur substitua le jus de citron que Dupuytren et M. Cloquet avaient employé avec succès contre cette fâcheuse complication des plaies. Cette méthode, fort simple d'ailleurs, consiste à exprimer le jus de citron sur la plaie, puis à la panser avec de la charpie imbibée de vin aromatique.

Le 16 janvier, la pourriture d'hôpital était à peu près stationnaire, elle n'augmentait ni ne diminuait sensiblement ; la plaie avait toujours un aspect sale et jaunâtre ; le scrotum, considérablement tuméfié les jours précédents, s'était un peu dégorgé. Mais une autre complication est survenue, qui rend de plus en plus fâcheuse la position du malade. Le scrotum est devenu le siége d'un érysipèle qui s'étend en bas jusqu'à la moitié supérieure des cuisses, et jusqu'au bassin en haut. La faiblesse du malade ne permettant pas de recourir aux moyens antiphlogistiques, on emploie les onctions mercurielles.

Le 17, l'érysipèle s'est étendu jusqu'à la moitié du tronc, et persiste toujours aux cuisses. L'aspect de la plaie est toujours grisâtre. Il est survenu de la diarrhée depuis quelques jours ; ce qui empêche d'agir activement par les révulsifs sur le canal intestinal, ainsi qu'on devrait le faire en pareil cas. L'état général est toujours mauvais : abattement considérable; pouls fébrile, faible et déprimé ; langue sèche, recouverte d'un enduit jaunâtre, etc.

L'érysipèle paraissant de nature ambulante, on applique deux vésicatoires sur les cuisses, près de ses limites, afin d'en empêcher les progrès.

Le 20, l'érysipèle a diminué aux cuisses, mais il s'est étendu sur les parties postérieures et supérieures du tronc; il a gagné jusqu'à la nuque en parcourant tout le dos.

On a renoncé aux vésicatoires pour revenir de nouveau aux onctions mercurielles.

Le 23, la pourriture d'hôpital est définitivement arrêtée; l'érysipèle ambulant du dos s'est également limité. Mais il n'en est pas de même de l'érysipèle phlegmoneux du scrotum, qui a au contraire augmenté d'intensité.

On a reconnu aujourd'hui de la fluctuation ; on a pratiqué, en conséquence, une ouverture à la partie inférieure des bourses; il est d'abord sorti une très petite quantité de pus ; mais en pressant on fait sortir une assez grande quantité de sérosité purulente. On doit s'attendre à voir tomber en mortification le tissu cellulaire sous-cutané, et le voir sortir en lambeaux par la plaie.

L'état général est peu satisfaisant. Le malade se plaint toujours; ses traits sont tirés, les lèvres sèches, le nez pincé ; expression de souffrance et de tristesse. La diarrhée, qui avait un peu diminué ces jours derniers, a augmenté depuis hier. C'est une circonstance fâcheuse en ce qu'elle révèle un mauvais état du tube digestif, qui empêche de donner des aliments en quantité suffisante pour soutenir ses forces. En somme, quoique le malade aille un peu mieux sous le rapport de l'état local et des complications fâcheuses qui étaient survenues, son état général est peu rassurant.

Le 25, l'érysipèle ambulant est complètement disparu. On a enlevé aujourd'hui des lambeaux de tissu cellulaire souscutané à travers l'incision qui a été pratiquée en dernier lieu.

Il y avait aussi un autre point rouge, enflammé, un peu élastique. Croyant avoir affaire à un petit abcès, on a pratiqué une petite incision, mais il n'en est point sorti de pus. On n'a pas lieu toutefois de regretter d'avoir pratiqué cette petite ouverture, qui peut être utile en dégorgeant les parties par le petit écoulement séreux qui se fait par cette ouverture. Elle aura, sous ce rapport, le même effet que les mouchetures que pratiquent et recommandent quelques chirurgiens, dans le but dégorger les parties engorgées de liquides blancs.

Le 3 janvier, la plaie, qui était le siége de la pourriture d'hôpital, a maintenant un très bon aspect; elle fournit un pus épais, bien lié et modérément abondant.

La seconde plaie résultant de l'ouverture pratiquée à la partie inférieure du scrotum, est encore un peu grisâtre. On prescrit des lotions chlorurées afin d'en activer un peu la vitalité.

L'état général est lui-même notablement amélioré ; les forces reviennent, le moral du malade est relevé, et tout fait espérer un prompt et heureux rétablissement, après les craintes sérieuses qu'avaient fait concevoir d'aussi graves complications.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

La publicité est pour toutes les sciences qui se forment et qui luttent, l'épreuve qui les fortifie si elles sont vraies, et les éclaire si elles sont douteuses. Loin de redouter les débals et la discussion du dehors, la Société phrénologique ne saurait mieux remplir la loi de progrès à laquelle elle est vouée, qu'en mettant le plus en lumière possible ses travaux et ses actes.

C'est pour satisfaire à cette mission, qu'elle a décidé qu'à l'avenir les procès-verbaux de ses séances seraient publiés dans les journaux scientifiques assez amis de la vérité pour admettre un compte-rendu impartial des efforts qu'elle a tentés, afin de terminer et d'accomplir l'œuvre laborieuse, mais inachevée de son illustre fondateur, le docteur Gall.

En s'adressant au monde médical, elle sait qu'elle sera mieux comprise et mieux appréciée ; car, se fiant surtout à l'esprit d'analyse et de synthèse qui caractérise cette grande cohorte, elle ose en toute certitude appeler son attention sur les expériences rigoureuses qu'elle termine chaque jour, afin de constituer en quelque sorte les *mathématiques* de l'esprit humain.

La Société phrénologique cessera d'être pour beaucoup une assemblée de *rêveurs*. Le public pourra s'assurer, en effet, que les faits *exactement* observés y sont en pratique journalière, que la physiologie surtout aidée de l'expérimentation y est en honneur, et que la didactique ne s'y formule que sur des données positives souvent répétées et scrupuleusement arrêtées. De l'amphithéâtre de l'anatomiste et du physiologiste, la phrénologie doit passer sous le portique du philosophe, pour de là se répandre dans le monde et concourir au grand œuvre social ; mais ce n'est qu'incessamment élaborée dans le sanctuaire théorique et paisible de la science, qu'elle peut venir prendre droit à l'attention des réformateurs et des sages. Telles sont les opinions de la Société phrénologique de Paris, telles sont ses habitudes, tel est son but.....

Séance du 28 *décembre* 1842.

(Présidence de M. C. Broussais, vice-président.)

M. Ch. Place présente à la Société le buste d'Oxfort. Avant de procéder à l'examen de ce buste, il rappelle sommairement la biographie et les derniers actes de ce personnage. Oxfort a tiré, le 10 juin 1842, deux coups de pistolet sur la reine d'Angleterre et le prince Albert, qui se promenaient en calèche à Constitution hill. Ces deux coups de pistolet n'ont produit aucun effet. L'assassin fut immédiatement arrêté.

Oxfort, jeune homme de dix-huit ans, né à Birmingham, est fils d'un mulâtre dont le père était un nègre de la Jamaïque. Ses cheveux sont noirs et son teint basané ; sa taille, de 1 mètre 75 centimètres; sa physionomie n'est pas dépourvue d'intelligence. L'assassin se conduit avec beaucoup de sang froid et d'indifférence ; il attend même qu'on l'arrête.

Depuis son arrestation, il rit et plaisante. Il se qualifie *jeune Angleterre*, et tente de faire croire à une conspiration, dont il serait le chef; mais rien ne confirme cette assertion; plus tard, il affirme qu'un homme lui remettait chaque jour 1 fr. 75 c. pour s'exercer au tir du pistolet.

La mère d'Oxfort a déclaré que son fils était fou ; le père d'Oxfort, dit-elle, a été souvent sujet à des hallucinations, et elle-même a été prise d'accès de folie. C'est ce que divers témoins ont attesté dans le cours du procès.

Interrogé sur ce fait de savoir s'il y avait des balles dans le pistolet, l'accusé répond ironiquement qu'il ne le croit pas. Mais M. Peters, chargé de l'interrogatoire, lui ayant fait remarquer qu'un juge avait une balle en sa possession, Oxfort se livre à une longue hilarité.

Souvent enfin il annonce des révélations, et ne parle que de choses insignifiantes.

Pendant les deux sessions d'assises devant lesquelles il a comparu, il s'occupe sans cesse de l'effet qu'il produit ; il demande le nom des personnages de distinction qui assistent à l'audience, et s'énorgueillit visiblement d'attirer l'attention de ducs et de lords.

Oxfort a été déclaré coupable, mais atteint d'aliénation mentale, et en conséquence condamné à une réclusion perpétuelle dans la maison de Bedlam.

Ce jugement, dit M. Place, paraîtrait manquer de logique, puisqu'il est impossible de concilier la culpabilité qui suppose le libre arbitre avec l'acte d'un fou, qui est involontaire. Chez nous, il eût été condamné ou absous. Mais en Angleterre, il valait mieux faire une légère infraction à la logique, que de livrer un pauvre aliéné à un supplice dont les détails même sont horribles. Seulement, la déclaration de culpabilité du jury anglais aide à déterminer la détention. Pareil jugement fut rendu pour Hatfield, qui est encore vivant, et détenu depuis 1800.

Cette tête a été moulée à Londres, et la Société en doit la présentation à l'obligeance de son collègue M. Debout. Les cheveux, qui sont conservés, forment un obstacle à l'examen analytique de ce sujet.

Les *facultés perceptives* sont moyennes; les *réflectives* moyennes. *Adresse manuelle* moyenne, *imagination* faible, *gaîté* forte, *imitation* moyenne, *vénération* moyenne, *justice* faible, *espérance* forte. *Circonspection* et *sécrétivité* fortes. *Combativité* moyenne, *estime de soi* forte, *approbativité* très forte, *habitativité* moyenne, *affectionivité* moyenne. *Philogéniture* forte. *Amour physique* moyen.

Quant à ces trois dernières facultés, il a montré beaucoup de douceur pour ceux qui l'entourent, s'est attendri dans les bras de sa mère et de sa sœur, et recherchant les regards des femmes plus par vanité que par passion, il salue et cause avec toutes celles qui le visitent.

Inhabile à inventer un roman qui puisse assurer son avenir et son présent, Oxfort veut néanmoins poser à toute force sur un piedestal. C'est la ruse et le mensonge trompés souvent par la fermeté, mais sans cesse au service de l'approbation ; car on ne fera en rien entrer pour compte l'acte de destruction qu'il paraît avoir tenté, puisqu'il est bien positif que le pistolet n'était pas chargé à balle. Quoi qu'il en soit, rusé et circonspect, il est néanmoins inconséquent par absence de jugement et d'attention, mais il n'a rien des sentiments patriotiques qu'il affecte, l'acte qu'il a tenté étant au moins ridicule quant à son résultat politique, puisque, on le sait, en Angleterre le régicide est de nul effet : ce n'est pas la royauté mais l'aristocratie des lords qui pèse sur le peuple ; la royauté, au contraire, est pour lui l'idole à laquelle il adresse ses supplications et confie ses atroces misères.

Oxfort est un de ces hommes qui ne recolent devant aucune action ridicule ou perfide pour être cités dans le bruit public ; il clot cette longue liste de criminels vaniteux qui prend son origine au nom d'Erostrate.

Evidemment c'est une monomanie déterminée par la prédominance de l'amour de l'approbation, non réprimée par le jugement faible et par la morale également impuissante, servie par la ruse et la duplicité, et enfin activée par une éducation vicieuse, un milieu social détestable et enfin la misère, puisqu'il venait de dépenser son dernier schelling.

Le jury anglais a donc fait bonne justice en l'envoyant à Bedlam, maison dont une partie est consacrée aux excentricités qui se sont manifestées par des actes nuisibles, mais tellement monis qu'on ne peut les supposer accomplis avec discernement.... Papavoine y eût été enfermé. On y trouve des pères qui ont tué leurs enfants, action qu'on ne peut se résoudre à regarder comme un acte seulement criminel, etc. M. Place termine ce travail en déterminant une classification de la monomanie, qu'il divise ainsi :

Monomanie par excès de développement,
— par excès de nutrition,
— par inactivité ou paralysie des organes circonvoisisns, faits qui se trouvent chez les vieillards,
— par défaut de développement ou atrophie des organes circonvoisins.

Dans les deux dernières divisions l'organe qui constitue la monomanie peut être dans un développement moyen. Il suffit qu'il soit actif et que son action reste isolée.

M. Belhomme confirme les opinions du raporteur, *mais* par la conformation particulière du crâne d'Oxfort, très saillant au centre des lobes antérieurs et à celui des lobes postérieurs, il pense qu'il doit y avoir de l'eau dans les ventricules, et qu'il a dû être hydrocéphale dans son enfance. Il rappelle à cette occasion l'opinion de M. Foville, relative à la conformation du front chez certains idiots. Quant à la maison de Bedlam, qu'il a visitée, il conclut à la nécessité d'adopter en France un même mode de réclusion pour des hommes tels que Meunier ou autres, dont la mort n'influe en rien sur l'apparition d'autres insensés qui commettent les mêmes crimes sans plus s'inquiéter de ceux qui les ont précédés.

M. La Corbière révoque l'exactitude du moulage de la tête d'Oxfort, trop incomplet, dit-il, pour permettre de porter un jugement positif.

M. Fossati, tout en regrettant que cette opération n'ait pas été mieux accomplie trouve que ce buste est encore assez suffisamment accentué pour y pouvoir baser un jugement général. Il confirme l'opinion de MM. Place et Belhomme relativement à l'état d'idiotisme et de rachitisme de ce sujet.

M. C. Broussais résume les observations et conclut qu'on doit s'abstenir de chercher dans Oxfort aucun indice phrénologique, et qu'à son égard on doit s'écarter des règles applicables aux cas pathologiques.

M. Belhomme approuve cette opinion ; cependant, dit-il, on doit faire une exception pour tous les cas de monomanie, et il rappelle que sous le rapport de l'approbativité cette tête confirme entièrement les indications phrénologiques.

M. Marchal applaudit aux explications de M. Belhomme et déclare que si les jurés eussent argué des apparences hydrocéphaliques de cette tête, il eussent été infiniment plus persuasifs pour établir l'état d'aliénation d'Oxfort.

— La Société passe ensuite à l'élection des membres qui doivent composer son bureau pour l'année 1843. Sont nommés dans l'ordre suivant :

MM. le professeur Bouillaud, président honoraire;
La Corbière, président ;
Fossati, Belhomme, vice-présidents ;
Ch. Place, secrétaire-général ;
Dumoutier, Letellier, secrétaires des procès-verbaux ;
Lecoutteux, trésorier ;
Sorlin, Machado, Cellier du Fayel, membres du comité des fonds ;
Dumoutier, archiviste-conservateur.

Séance du 11 *janvier* 1843. — Présidence de M. La Corbière.

Après la correspondance, M. le président prend la parole, et prononce son discours de rentrée. Ce discours remarquable est divisé en plusieurs paragraphes qui contiennent l'historique de la science, l'état actuel de ses progrès, et les bases de son avenir. Ecouté avec la plus scrupuleuse attention, il excite des applaudissements unanimes, et la Société décide que des remerciements seront insérés au procès-verbal. Ce discours ayant été imprimé et publié, il ne nous reste qu'à le signaler à l'attention publique.

M. Fossati est appelé à la tribune pour lire une consultation médico-légale qu'il a été invité à donner officieusement sur la requête de M. Ch. Ledru, défenseur de Pierre Alexandre, convaincu de viol et d'homicide, commis avec la plus abominable cruauté.

Il résulte de cette consultation : que pour toute personne exercée aux observations phrénologiques, l'organisation du criminel Alexandre est semblable à celle des plus grands criminels ;

Qu'à première vue on reconnaît les vices de conformation de la tête, et qu'ils consistent dans un arrêt de développement des organes de l'intelligence et de ceux des sentiments moraux, et dans un développement extrême de ceux de la brute ;

Qu'un tel être est assimilable à une bête féroce, et incapable de comprendre l'atrocité de ses actes par l'absence complète, chez lui, de tout sens moral.

Que comme tel, par tous les moyens de droit la Société doit s'en garantir, et que le supplice de la décapitation, en tant que peine infligeable à un homme responsable de ses actions, n'est pas applicable au criminel Alexandre, pas plus qu'à aucun criminel présentant une organisation défectueuse.

M. Gaubert fait quelques réflexions critiques sur le mode d'examen suivi par M. Fossati. Il aurait désiré que les conclusions eussent été appuyées sur des observations plus détaillées, et que devant être sou-

mises à des jurisconsultes, elles fussent plus complètes ; et il conclut en établissant qu'un travail qui compte des indications précises, et minutieusement terminé par un résumé synthétique, est incomparablement plus propre à entraîner la conviction et à faire ressortir l'évidence de la vérité, qu'un travail moins circonstancié ou borné à de simples généralités.

M. Fossati ne partage pas les opinions de M. Gaubert ; et il ajoute que dans un simple rapport du genre de celui qui lui était demandé, devant une organisation si brutalement achevée, il devait se restreindre dans les limites d'un résumé clair et saisissant. Il n'a pas d'ailleurs négligé les détails ; mais il était inutile d'en rendre compte ici.

Ce travail a, du reste, été convenablement apprécié par le jury, qui sur les conclusions présentées avec éloquence et conviction par M. Ch. Ledru, a condamné Alexandre à la peine des travaux forcés, au lieu de la peine de mort ; jugement qui fera ressortir plus évidemment la nécessité, pour des monstruosités de ce genre, d'un établissement pareil à celui de Bedlam dont il a été parlé dans la séance précédente.

— La Société procède à la nomination de M. le docteur Riverend (Jules), présenté en qualité de membre correspondant par MM. Gaubert, Lecoulteux et Dumoutier.

Ch. PLACE, secrétaire général.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Spécificité de l'huile dans le traitement des scrofules; par M. le docteur BAUER, de Tubingue.

Il ne s'agit pas seulement ici de l'huile de foie de morue ou de foie de raie, mais des huiles grasses en général ; car, suivant M. Bauer, cette huile de morue n'agit qu'à titre de substance huileuse.

Ce médecin a en effet expérimenté dans plusieurs maladies des huiles de différentes espèces, telles que celles d'olive, de pavot, de lin et de poisson : ces diverses huiles n'ont été employées qu'extérieurement, en frictions sur toute la surface du corps, au moyen d'une éponge fine, l'huile étant légèrement chauffée. Ces frictions étaient ordinairement pratiquées le soir; on enveloppait ensuite le malade dans une couverture en laine où on le laissait pendant deux heures. Dans la plupart des cas, des sueurs abondantes, répandues sur toute la surface du corps, constituaient le premier phénomène qu'on observait, et, chez les enfants, elles s'accompagnaient souvent d'une éruption qui avait quelque analogie d'aspect avec la rougeole.

Le second effet remarquable était un calme du système nerveux qui ne tardait pas à se manifester par un sommeil paisible et profond.

Le troisième résultat était l'augmentation de toutes les sécrétions, une expectoration plus facile, une urine plus abondante et une activité bienfaisante dans les fonctions du foie. Le dernier de ces effets se remarquait promptement chez les enfants ; les selles, qui avaient été vertes et d'une odeur acide, devenaient jaunes et d'un aspect normal.

On peut donc attendre un effet salutaire des frictions huileuses dans toutes les affections, telles que douleurs nerveuses, convulsions, rhumatismes, etc., où les phénomènes énumérés plus haut forment les indications principales de l'état morbide. L'huile peut, en outre, être considérée comme un véritable spécifique dans les maladies de nature strumeuse, et cette assertion repose sur de nombreux essais que l'auteur a faits dans diverses formes de l'affection tuberculeuse : les frictions huileuses paraissent agir, dans les cas de ce genre, en activant la digestion duodénale, en augmentant la quantité du chyle et en mettant l'organisme dans les conditions contraires à celles qui favorisent le développement des scrofules.

Du reste, il faut le reconnaître, l'emploi de l'huile, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, présente un assez grand nombre d'inconvénients. En portant cette substance dans l'estomac, on a à craindre le dégoût et les indigestions, si l'usage en est tant soit peu prolongé : l'application par la voie des frictions salit le linge et les literies. Toutefois, les désagréments attachés à l'usage externe peuvent être plus facilement supportés que ceux qui sont la conséquence de l'ingestion soutenue ; aussi, les expériences de M. le docteur Bauer se rapportent-elles toutes aux frictions.

Ce praticien cite huit observations dans lesquelles il recourut aux différentes huiles contre des formes très diverses de la maladie scrofuleuse, et spécialement chez les enfants. Les effets et les résultats furent tout à fait conformes à ce qui a été dit plus haut. Dans les cas où la maladie avait pour point de départ la rétrocession d'un exanthème ou la disparition d'un mal de nature strumeuse, les frictions d'huile ont pu rappeler l'affection à la peau, même lorsque plusieurs autres moyens avaient déjà été tentés sans aucun succès pour arriver à ce but.

M. Bauer obtint un résultat brillant dans deux cas d'éruption dartreuse chez des adultes qui avaient déjà été soumis à plusieurs autres traitements. Il a, d'ailleurs, la conviction que la plus grande partie des dartres attaquent des sujets scrofuleux, et, à l'appui de son opinion, il cite des troubles de la digestion qui précèdent long-temps le début visible de la maladie, ou encore l'existence simultanée de ganglions engorgés, de tumeurs scrofuleuses, etc. ; enfin, comme dernière preuve, il met en avant l'action salutaire de l'huile dans ces affections.

M. Bauer cite aussi deux cas de phthisie tuberculeuse confirmée, avec fièvre hectique dans l'un d'eux, qu'il fut assez heureux pour guérir en peu de temps. Néanmoins, il avoue avec raison que, par rapport à cette redoutable maladie, il serait nécessaire de multiplier les expériences avant d'émettre aucune opinion. Dans les cas de cet ordre, il ne se borne pas à prescrire l'huile par la voie des frictions, il la recommande encore sous forme de bains, et, ce que nous comprenons beaucoup moins en raison de la fixité bien connue de cette espèce de corps, en inspirations *que l'on obtient*, dit il, *en suspendant l'huile dans l'air ambiant au moyen de l'évaporation.*

Enfin, les succès de ce praticien se sont étendus jusqu'à l'hydrocéphalie aiguë des enfants scrofuleux ; d'abord, le traitement ordinaire et rationnel de cette maladie étant employé conjointement avec l'huile, et bientôt après cette dernière substance étant seule mise en usage depuis le commencement du traitement jusqu'à la cessation complète des accidents. (*Bulletin de la Soc. de méd. de Gand.*)

Pilules anti-goutteuses.

Pr. Extrait de coloquinte composé, 20 grammes.
Extrait alcoolique de semences de colchique, 20 grammes.
Extrait d'opium, 1 gramme.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en pilules bien égales et du poids de 15 centigrammes.

M. Bouchardat propose cette nouvelle formule, non comme étant celle des *pilules de Lartigue*, ainsi que quelques praticiens l'ont pensé de la précédente formule donnée par lui dans son *Annuaire de thérapeutique*, mais seulement comme pouvant lui servir de succédanée, et comme jouissant d'une efficacité constatée par un grand nombre d'expériences.

Efficacité de l'écorce de sureau contre les hydropisies passives; par M. le docteur FAIVRE, d'Esnans.

M. le docteur Faivre, d'Esnans, chirurgien de l'hôpital de Baume-les Dames, signale le moyen suivant, qui se trouve à la portée de tout le monde, comme lui ayant presque constamment réussi dans le traitement des hydropisies passives.

C'est une tisane plus ou moins concentrée d'écorce de sureau (*sambucus nigra*, L.), dépouillée de son épiderme. On prend une demi-poignée à deux poignées de cette écorce, qu'on fait bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau, avec addition d'une suffisante quantité de racine de réglisse pour donner une saveur légèrement sucrée au produit de la décoction. Cette tisane est prise tiède et par verre, dans le courant de la journée.

On peut aussi remplacer la décoction d'écorce de sureau par l'extrait de cette substance, que l'on administre sous forme pilulaire. Les pilules, du poids de dix centigrammes chaque, sont données au nombre de trois à huit dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge et la susceptibilité individuelle des sujets auxquels elles sont prescrites.

Ces médicaments deviennent de puissants hydragogues en agissant sur la sécrétion urinaire et sur celle des intestins ; aussi voit-on l'œdème, l'anasarque ou l'ascite, disparaître sous leur influence d'une manière si rapide et si complète, qu'il est rare de se trouver dans l'obligation de revenir plus de deux fois de suite à leur administration.

M. le docteur Faivre invite donc ses confrères à vouloir bien mettre à l'essai cette médication si simple, persuadé que, dans tous les cas d'hydropisie passive, ils en obtiendront les plus heureux résultats.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*; janvier 1843.)

Écoulement leucorrhéique transposé des parties génitales à l'ombilic; observation recueillie par M. le docteur P. OTTANI, de Ravenne.

Une dame âgée de trente ans, d'un tempérament nerveux, mariée depuis plusieurs années, et devenue déjà mère une fois, était affectée d'un écoulement leucorrhéique assez abondant, avec pâleur des tissus, et sentiment de fatigue générale. M. le docteur Ottani ayant été consulté, prescrivit l'administration à l'intérieur du sulfate de fer et de doses réfractées de calomel et de ciguë, et simultanément l'usage d'injections vaginales pratiquées avec un léger soluté de sulfate de zinc.

Quelques semaines après le commencement de cette médication, l'écoulement s'arrêta.

Cette guérison apparente avait à peine été obtenue depuis quelque temps, lorsque la malade fit appeler de nouveau le médecin, et lui accusa l'existence d'un malaise qu'elle ne pouvait pas bien définir, qui s'accompagnait d'un état de mélancolie irrésistible, et dont la manifestation remontait à la suppression du flux leucorrhéique. M. Ottani remarqua en effet que la dame avait perdu tout l'éclat de son teint, autrefois animé, et la vivacité de son regard. D'ailleurs, elle ne présentait aucun symptôme qui permît de reconnaître une lésion bien déterminée.

Peu de temps après, la malade fut prise tout à coup, pendant la nuit, d'une douleur très vive dans tout l'hypogastre, avec nausées et efforts de vomissement ; le pouls, petit et serré, devenait à peine sensible par moments ; un cercle livide entourait les yeux ; la langue était sèche et enfoncée dans la cavité buccale, la soif ardente, la chaleur de la peau au-dessous de son type normal, le front mouillé par une sueur froide et gluante ; enfin il existait un délire furieux. Du reste, malgré l'acuité des douleurs abdominales, il n'y avait pas la moindre apparence de météorisme.

M. Ottani, pensant avoir affaire à une irritation des voies digestives, prescrivit l'huile de ricin, des lavements émollients et des fomentations. Cependant, malgré l'emploi de ces divers moyens, les douleurs allèrent toujours croissant jusqu'au matin ; alors, on vit une matière de couleur blanche jaunâtre et tout à fait semblable à l'écoulement vaginal se montrer sans aucune souffrance à l'ombilic, d'où elle paraissait sourdre comme par une multitude de petits pertuis. Après que cet écoulement métastatique eût ainsi persisté pendant plus d'un mois, toujours avec le même aspect et la même abondance, la nature, rentrant enfin dans ses voies, commença à diriger de nouveau l'écoulement par le vagin. Dès lors, la malade revint à son ancien état de santé.

(*Annali medico-chirurgici.*)

NOUVELLES.

Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 19 janvier dernier, M. le docteur Merier, ancien élève de la Salpêtrière, a été nommé directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Pontorson (Manche).

— *Préfecture de police.* Des accidents graves ont été causés par l'emploi des papiers peints dont se servent souvent les charcutiers, les fruitiers, les épiciers et autres marchands de comestibles pour envelopper les substances alimentaires qu'ils livrent à la consommation. Les papiers les plus dangereux sous ce rapport sont les papiers peints en vert et en bleu clair, qui sont ordinairement colorés avec des préparations métalliques. Ces papiers, mis en contact avec des substances molles et humides ou grasses, telles que le saindoux, le beurre, le fromage, etc., leur communiquent une portion de leur matière colorante ; il peut dès lors en résulter, suivant la proportion de matière colorante absorbée par l'aliment, des conséquences plus ou moins graves.

Le conseiller d'Etat, préfet de police, espère que le présent avis prémunira le public contre l'usage des papiers dont il s'agit. Il croit devoir prévenir en outre les marchands de comestibles qu'ils peuvent, suivant les cas, être responsables des accidents déterminés par les papiers peints dans lesquels ils auraient enveloppé leurs marchandises.

— *Suppression des théâtres de fous.* On sait que depuis quelque temps des concerts, des représentations théâtrales avaient lieu à Bicêtre et à la Salpêtrière, et que les fous étaient ainsi livrés en spectacle à la curiosité publique. Le conseil d'administration des hôpitaux vient de rendre un arrêté, approuvé par M. le préfet de la Seine, qui ordonne la suppression immédiate de ces solennités extra-scientifiques.

— *Ecole de chirurgie dentaire.* Depuis deux ans une école de chirurgie dentaire est en pleine activité à Baltimore. La faculté se compose de quatre professeurs. Les candidats qui ont passé deux ans dans cette institution, ou bien seulement un an et une autre année dans une école de médecine estimée, sont soumis à un examen ; puis ils soutiennent une thèse sur un sujet d'odontotechnie ; enfin ils présentent une ou plusieurs pièces artificielles et pratiquent certaines opérations sur les dents, et, s'ils sortent de ces épreuves d'une manière convenable, ils reçoivent le diplôme de *docteur en chirurgie dentaire.*

Nous avons vu, il y a quelques jours, un appareil qui nous a paru aussi commode que simple, pour le traitement de divers organes internes de l'homme et de la femme. — M. le docteur de Mey, qui en est l'inventeur, après en avoir fait usage pendant plus de quinze ans dans sa pratique, s'en sert plus fréquemment encore aujourd'hui dans son établissement thermal de Saint-Gervais, en Savoie, et il n'a qu'à se féliciter des bons résultats qu'il en a obtenus.

Cet appareil, qui devient, suivant les cas, un pessaire, un bilboquet et une sonde, est propice à établir des douches à l'extérieur et sur la surface des parties demi-internes, telles que la conque de l'oreille, les narines, la vulve, etc.

On peut, en outre, établir, au moyen de cet appareil, des courants d'eau continus avec faculté de maintenir en même temps, immergés dans un bain local certains organes, tels que les oreilles, les yeux, les fosses nasales, la bouche, la gorge, le rectum, la vessie, le vagin et même l'intérieur du corps de la matrice, dans quelques affections suites de couches, et en varier à volonté la force et la quantité du liquide. Enfin, à l'aide de cet appareil on peut y établir aussi des courants de vapeur, de fumigations, de gaz et de fluide électrique, et placer dans le vagin des cataplasmes qui s'y maintiennent sans linge.

Nous nous bornerons, quant à présent, à ce peu de mots sur les avantages qu'offre un semblable appareil, nous réservant de revenir plus tard sur ce sujet, en joignant alors à la description une gravure qui en donnera une idée plus exacte et plus complète.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 23, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 FÉVRIER.

Académie de médecine. — Emphysème pulmonaire.

Parmi les séances habituelles de l'Académie, tantôt blêmes et soporifiques, tantôt bruyantes et acrimonieuses, quelquefois calmes mais intéressantes, la dernière s'est distinguée par l'intérêt purement scientifique qui a constamment animé la discussion. Aucun discours n'a été sans une utilité réelle, et tous sans exception ont été écoutés avec une attention bien faite pour encourager l'académie à persister dans cette voie seule digne et de l'Académie elle-même et des objets sur lesquels doivent s'exercer exclusivement ses méditations. La discussion a été ouverte par M. Louis sur un rapport de M. Adelon. Ce rapport concernait un mémoire fort intéressant de M. Prus, intitulé : *De l'emphysème pulmonaire, considéré comme cause de mort subite.* Le but prédominant de ce mémoire était, en effet, de prouver qu'une mort subite peut être causée par un emphysème pulmonaire. Cependant l'auteur, sans avoir attaché la même importance aux autres questions qui se rapportent à cette maladie, les a néanmoins effleurées presque toutes; en sorte que la discussion a pris des dimensions considérables dès le commencement. Comme il nous serait impossible de renfermer dans un seul article tous les points qu'a embrassés cette discussion substantielle, nous nous bornerons aujourd'hui à examiner la principale question que l'auteur a voulu éclaircir, celle de savoir si en effet l'emphysème pulmonaire peut être dans certains cas considéré comme la cause essentielle de la mort subite, question si intéressante, et sous le rapport médical, et sous le rapport médico-légal. Dans un prochain numéro, nous chercherons à résumer et à juger ce qui a été dit touchant l'anatomie pathologique et la pathologie de l'emphysème pulmonaire.

A l'appui de l'opinion que l'emphysème pulmonaire peut produire la mort subite, M. Prus a rapporté d'abord quatre observations appartenant à différents auteurs, et dont la plus probante semblait être celle empruntée à M. Bazin concernant un enfant atteint de coqueluche qui mourut instantanément dans le cours de sa maladie, et chez lequel on ne trouva pour toutes lésions qu'un emphysème pulmonaire. Aux quatre cas tirés de différents auteurs, M. Prus en a ajouté huit qui lui sont propres, et qui ont été recueillis sur de vieilles femmes affectées d'emphysème pulmonaire depuis long-temps. Une circonstance, toutefois, nous a frappé dans ces faits ; c'est que, autant qu'il nous a été permis de nous en assurer par ce peu de détails qu'a donnés le rapporteur, les malades n'ont succombé qu'après 24, 48 heures et plus, sous l'influence d'une dyspnée graduellement croissante. Or, ce n'est pas là ce qu'on entend généralement par mort subite. Malgré cette circonstance, ces observations ont paru concluantes au savant rapporteur, qui s'est très bien expliqué comment l'air infiltré dans le tissu inter-lobulaire et inter-vésiculaire (seule forme d'emphysème admise par M. Prus) pouvait troubler l'hématose au point de produire la mort. M. Ollivier (d'Angers) a cité à l'appui de l'opinion de M. Prus l'observation suivante : Un homme violemment attaqué au milieu d'une discussion veut s'élancer sur son agresseur et se venger de l'insulte qu'il a reçue; mais arrêté par les remontrances et l'intervention de ses amis, il concentre sa colère, sort de la maison pour s'en aller, et tombe instantanément frappé de mort après avoir fait une quarantaine de pas. L'autopsie ne permet de constater d'autres lésions qu'un emphysème pulmonaire. M. Ollivier rapproche ce cas de deux autres fort analogues quant aux accidents, mais dans lesquels il trouva une infiltration sanguine dans tout le tissu pulmonaire, et même un épanchement sanguin dans les vésicules.

C'est cette manière de voir M. Louis a opposé, avec juste raison, que dans un très grand nombre de cas l'examen nécroscopique des cadavres morts subitement ne faisait découvrir aucune lésion appréciable, et que par conséquent, de ce que par hasard on trouvait dans un cas un emphysème pulmonaire, il ne s'ensuivait pas rigoureusement que l'emphysème eût produit la mort. Il a ajouté, en outre, que jamais les lésions les plus graves de la poitrine, le pneumo-thorax, la pleurésie double n'entraînait une mort instantanée, et que d'ailleurs il était fort difficile d'admettre que les lésions emphysémateuses pussent être instantanément portées au point d'empêcher l'hématose dans toute l'étendue des deux poumons.

M. Bouillaud, après avoir envisagé la question sous tous les points de vue, après l'avoir surtout exposée avec cette précision lucide qui caractérise l'éloquent professeur, s'est rangé, sous le rapport de la mort subite, à l'opinion de M. Louis, et a rapporté de nouvelles preuves à l'appui de sa manière de voir. « Comme à tous les médecins, a-t-il dit, il m'a été donné d'observer un grand nombre d'emphysémateux, bien souvent j'ai eu occasion de voir cet état de dyspnée extrême, d'angoisse affreuse, si effrayante pour le jeune médecin encore inexpérimenté, et si pénible pour le malade qui se voit à chaque instant menacé de suffocation ; et cependant, malgré la fréquence de cet état qui paraît si voisin de la mort, jamais je n'ai vu la mort survenir. Comment donc oser se prononcer d'une manière positive en présence d'un ou de deux faits qui paraissent faire exception à cette règle si générale ? Il est si difficile d'ailleurs de faire une observation nécroscopique rigoureuse et complète, qu'on peut souvent laisser échapper à un examen, même approfondi, des lésions fort graves, et qu'il est au moins fort téméraire d'affirmer que l'emphysème constitue seul toutes les lésions existantes parce qu'on ne trouve que lui. »

A ces réflexions si judicieuses nous en joindrons quelques autres qui nous sont suggérées par des faits bien connus de tous les praticiens. On sait que dans les cas où les morts subites paraissent produites par des causes appréciables, ces causes sont presque toujours des affections morales subites et violentes. Pour notre compte, nous nous bornerons à citer les deux cas suivants : Un ancien officier de la grande armée, licencié sans pension à la rentrée des Bourbons, et ayant vécu misérablement pendant la restauration, se décide après la révolution de 1830, à venir à Paris solliciter, auprès d'un illustre maréchal, jadis son camarade, un emploi capable de fournir à ses besoins ; mais il vient avec la crainte, la presque certitude d'éprouver une de ces déceptions si fréquentes en pareille circonstance. Cependant il obtient une audience de son ancien compagnon d'armes, et, en le voyant arriver, celui-ci, loin de garder une impassibilité glaciale à laquelle s'attendait ce pauvre solliciteur, se jette à son cou et lui assure qu'il fera tout pour obliger un brave et loyal capitaine. L'officier essaie de balbutier quelques mots de reconnaissance, des larmes de joie mouillent ses paupières, et, au même instant, il est soudainement frappé de mort.

Une pauvre femme, vivant aux dépens de la munificence de ses amis, éprouve le même sort en apprenant qu'elle vient d'hériter d'une somme considérable. Dans ces cas, n'est-il pas cent fois plus rationnel de supposer une suspension instantanée de l'action nerveuse, une syncope, que d'admettre le développement d'un emphysème dont on s'expliquerait difficilement le mécanisme ; et le fait de M. Ollivier n'a-t-il pas avec eux la plus grande analogie ? Quant au fait de M. Bazin, relatif à la coqueluche, tant de raisons déjà portent à placer le siége de cette affection dans les nerfs pneumo-gastriques, qu'il ne répugne nullement de croire qu'une lésion de ces nerfs portée à un haut degré puisse suspendre l'action physiologique des poumons et du cœur, organes qu'ils tiennent sous leur dépendance. Ce n'est guère que par la même supposition que l'on peut expliquer ces morts par asphyxie qui surviennent pendant une attaque de goutte ou de rhumatisme, et qui constituent une variété de ce qu'on a appelé la *goutte remontée*.

Une autre considération vient encore corroborer toutes celles qui précèdent, c'est que dans les cas d'emphysème traumatique du poumon, suite de fracture de côtes ou autres lésions chirurgicales, jamais les chirurgiens n'ont vu survenir une mort instantanée. M. Renault dit avoir fait la même remarque sur les chevaux, quoiqu'il soit très fréquent chez ces animaux de voir l'emphysème pulmonaire se développer à un degré considérable à la suite d'un effort violent. Il est donc bien constant que si l'emphysème peut produire chez l'homme une mort instantanée, le fait doit être extrêmement rare ; qu'il est surtout bien loin d'être démontré, et que ce serait faire une faute grave que d'attribuer positivement à cette lésion une mort subite quelconque dans un rapport médico-légal.

On pourrait cependant admettre la mort subite comme résultat d'emphysème, s'il était démontré qu'à la suite des attaques d'asthme il peut y avoir passage de l'air dans le sang à travers le tissu pulmonaire, comme l'ont avancé MM. Roux et Piorry ; mais c'est là un fait qui demande de nouvelles recherches, et dont nous dirons quelques mots dans une prochaine revue.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Hystérie compliquée d'accidents épileptiformes. Réflexions sur l'influence des rapports sexuels sur l'hystérie.

Au n° 4 bis de la salle Saint-Bernard, se trouve une jeune fille, forte et bien constituée, qui est entrée il y a huit jours dans un état presque comateux, dans une espèce d'extase. Elle était en proie à une attaque nerveuse qui venait de l'atteindre, et dont nous allons étudier les caractères, car elle a présenté des circonstances assez compliquées pour que le diagnostic n'en soit pas facile.

A son entrée la malade était sans connaissance ; elle paraissait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, sans être pourtant dans un véritable coma. Comprenant qu'il n'y avait dans sa position aucun danger immédiat, qu'il ne s'agissait que d'une affection nerveuse probablement hystérique, nous abandonnâmes la malade aux seuls efforts de la nature, nous bornant pour le moment à recommander aux personnes de service la surveillance nécessaire pour prévenir tout accident. Cependant, en voyant de pareils accès chez une jeune fille aussi bien constituée et d'une apparence aussi robuste, nous avons été porté de suite à supposer qu'il pouvait y avoir autre chose dans sa maladie qu'une simple affection hystérique ; et pour nous en assurer nous avons profité d'un moment de rémission et de calme pour questionner la malade sur ses antécédents. Voici ce qu'elle nous a appris :

Elle n'habitait Paris que depuis peu de temps, et y exerce la profession de couturière. Auparavant elle habitait la campagne. Sa maladie actuelle a débuté à l'âge de seize ans ; elle en attribue le développement à la circonstance suivante : pendant qu'elle se trouvait dans les champs, loin de sa demeure, elle fut assaillie par un chien enragé, qui ne lui fit du reste aucun mal, mais elle fut saisie à l'instant d'une vive frayeur ; aussitôt rentrée chez elle, elle ressentit immédiatement dans tout son corps des mouvements involontaires irréguliers, de véritables convulsions. A la suite de ce premier accès elle éprouva une affection aiguë avec des symptômes nerveux ; cette maladie céda à un traitement approprié. Les accidents nerveux se renouvelèrent pendant environ deux mois à des intervalles irréguliers, mais toujours sans fièvre.

A dix-neuf ans elle eut pour la première fois ses règles ; et malgré l'établissement de cette nouvelle fonction, les phénomènes nerveux continuèrent et parurent même augmenter.

Ces attaques périodiques ne tardèrent pas à l'exposer, ainsi que cela arrive dans les petites localités, à l'isolement et à l'injuste mépris des habitants, ce qui la détermina à quitter son pays natal pour venir se fixer à Paris. Arrivée dans cette ville, elle entra d'abord dans un magasin comme fille de boutique ; mais après quelque temps, les attaques nerveuses se reproduisant fréquemment, elle se vit obligée de quitter cette maison, et se décida alors à se faire couturière, état qui lui permettait de se soigner plus facilement et de se soustraire à l'inconvénient d'avoir des attaques en public. Néanmoins, les attaques continuèrent à se reproduire avec une fréquence et une intensité toujours croissantes. Nous lui avons demandé si ces attaques la prenaient indistinctement partout où elle se trouvait, malgré elle et sans qu'elle pût s'y opposer aucunement. Elle nous a répondu qu'elle en avait été atteinte dehors, en public, sans qu'elle pût s'y opposer. Elle dit que pendant l'attaque elle entend et voit tout ce que l'on fait et ce que l'on dit autour d'elle, mais sans pouvoir manifester qu'elle en a conscience. Au début de l'attaque elle éprouve d'abord une douleur vive à la région épigastrique, qui remonte peu à peu vers la gorge et lui ôte en quelque sorte la respiration ; alors elle tombe sans connaissance. D'autres fois c'est un spasme qui la saisit à la gorge, qui l'étouffe, et qui donne lieu aux convulsions. Depuis l'invasion de ces attaques son caractère a été modifié ; elle est devenue, dit-elle, très impressionnable ; la plus légère contrariété l'émeut et l'expose à des accès. La menstruation semble ne pas influer notablement sur la production de ces accidents, car ils arrivent souvent au moment même de l'irruption des règles, et se continuent malgré leur durée. Après que ces accès ont eu lieu, sa bouche reste ordinairement un peu entraînée à gauche ; il y a une certaine hésitation dans la parole ; en même temps les mouvements sont plus gênés, la sensibilité un peu plus obtuse. Cette diminution dans la motilité et la sensibilité est plus prononcée dans la moitié gauche du corps que dans la moitié droite. Il lui semble qu'elle se soutient moins bien sur la jambe gauche que sur la droite. Elle a souvent un mal de tête assez vif, principalement au sommet.

Tous ces symptômes nous font croire qu'il s'agit effectivement ici d'une affection hystérique, mais compliquée de quelques accidents épileptiformes. Les attaques la saisissent d'une manière subite, au milieu de la rue ou en quelque lieu qu'elle se trouve, sans qu'elle puisse s'y opposer ni modérer leur intensité. C'est là une circonstance qui milite en faveur d'une complication épileptique ; de là résulte aussi le soupçon d'une affection organique du cerveau qui pourrait être la cause de ces accidents épileptiformes. Il est presque sans exemple que les femmes hystériques aient des attaques au milieu de la rue ou des lieux où elles seraient exposées aux regards du public. Les attaques hystériques peuvent être volontairement ajournées, au moins le temps nécessaire pour laisser aux personnes qui en sont atteintes le temps de se retirer quelque part,

tandis que les attaques d'épilepsie sont instantanées et tout à fait involontaires.

Les attaques dont cette malade est atteinte sont donc de nature épileptique, et par conséquent nous devons admettre qu'il existe chez elle une lésion céphalique, car ces attaques tiennent presque toujours à la présence dans le cerveau d'une humeur ou d'un kyste comprimant certaines origines nerveuses.

J'appréhende beaucoup les suites de ces attaques épileptiformes insolites dont nous n'avons observé jusqu'ici aucun autre exemple. Cette sorte de complication ou de mélange d'hystérie et d'épilepsie n'est point rassurant du tout.

On a dit que les appétits vénériens et les besoins de l'utérus chez les femmes privées de rapports sexuels étaient une des causes déterminantes de l'hystérie. On a, en conséquence, considéré les rapprochements des sexes comme un remède efficace de cette affection. C'est, suivant nous, une erreur; on voit en effet, survenir assez souvent des attaques hystériques chez des femmes mariées; ces attaques ne sont pas rares chez les prostituées et les femmes qui se livrent avec plus ou moins d'excès aux plaisirs vénériens. D'un autre côté, on observe fréquemment ces mêmes accidents chez les femmes qui sont en proie à une peine morale, à de vives contrariétés; il n'est pas rare de les voir survenir chez de jeunes femmes mariées contre leur gré, ou chez des filles dont l'inclination est contrariée. On serait, par conséquent, plutôt porté à considérer l'hystérie comme étant plus fréquemment le résultat d'influences morales que de causes physiques. Enfin, il est des femmes qui tombent dans ces attaques hystériques au moment même du coït, de sorte qu'on ne pourrait invoquer, dans ce cas, l'influence des appétits vénériens.

L'hystérie est, en un mot, pour nous, une maladie essentiellement nerveuse, indépendante de l'influence utérine, et qui pourrait aussi bien se développer chez l'homme que chez la femme, si l'impressionnabilité nerveuse était la même dans les deux sexes. Mais le tempérament différent de l'homme, son caractère plus fixe et moins vivement impressionnable le prédisposent plutôt à l'hypochondrie, qui semble être chez lui l'analogue, et en quelque sorte le pendant de l'hystérie.

Quant à notre malade, on voit manifestement que l'hystérie est produite chez elle par une cause morale, par une vive frayeur qui a ébranlé violemment son système nerveux. Nous lui avons demandé si elle avait eu des rapports sexuels. Nous avons été conduit à faire cette question par l'opinion qui domine chez le peuple, et même chez quelques médecins, que les rapprochements de sexes sont salutaires dans ces sortes d'affections. Elle nous a répondu affirmativement, ajoutant qu'elle l'avait fait d'après le conseil d'un médecin. Nous ne voulons pas discuter ici la question de moralité de ces sortes de conseils, quoique cette question soit d'une haute gravité; nous nous bornerons à dire que ces conseils sont absurdes et souvent préjudiciables sous le rapport physique comme sous le rapport moral. En effet, dès qu'on a conseillé à une jeune femme de se livrer aux rapprochements sexuels dans l'intérêt de sa santé, qui est ce qui peut prévoir où l'entraînera cette pratique, qu'elle croira d'abord salutaire? D'un autre côté, combien n'y a-t-il pas de femmes auxquelles ces rapprochements sont plutôt nuisibles qu'utiles? Aussi, jamais un médecin qui se respecte ne devra donner de pareils conseils.

Affection chronique du cerveau datant de dix ans. Accès épileptiques. Coma. Mort. Tumeur enkystée et ramollissement de la pulpe cérébrale.

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme d'une apparence forte et robuste, qui est affecté d'une maladie grave. Cet homme est âgé de quarante-un ans. Il y a vingt ans environ il eut un rhumatisme articulaire très intense au bras gauche. Malgré son intensité, cette affection céda à un traitement convenable sans laisser aucune trace apparente de lésion du cœur. Depuis dix ans il souffre habituellement d'une douleur de tête plus ou moins vive; quelquefois la bouche se dévie à gauche; en même temps son bras gauche devient beaucoup plus faible que le droit. Ces symptômes, qui semblent admettre, au moins pour la céphalalgie, quelques intervalles de rémission, ont toujours augmenté d'intensité depuis quatre ans, de sorte que depuis cette époque le malade est resté presque toujours sujet à une espèce d'étourdissement et une faiblesse générale, principalement dans les membres gauches, qui l'empêchaient de vaquer à ses affaires. Il y a deux ans il fit une chute sur le flanc, assez grave pour l'obliger à garder le lit pendant deux semaines, au bout desquelles il se croyait entièrement rétabli; mais bientôt les premiers accidents se renouvelèrent et firent des progrès lents mais sensibles.

Le 20 septembre dernier il eut une diarrhée abondante avec des vomissements; la céphalalgie et les autres symptômes du côté du cerveau continuant toujours à se manifester. Sur ces entrefaites le malade se détermina à entrer à l'hôpital Cochin, d'où il sortit peu de temps après sans amélioration notable. Il entra ainsi successivement dans plusieurs hôpitaux, et resta toujours dans le même état: il se plaignait continuellement de céphalalgie et de faiblesse. Enfin, au commencement d'octobre il eut une attaque d'épilepsie qui se répéta à plusieurs reprises, et dans laquelle les mouvements convulsifs portaient surtout sur le côté droit du corps. Après cette première attaque il entra à l'Hôtel-Dieu dans notre service.

Lors de son entrée ses réponses étaient peu nettes, vagues, incohérentes; sa physionomie était hébétée, ses yeux hagards; il y avait un trouble manifeste dans les fonctions intellectuelles; la céphalalgie, la faiblesse du bras et de la jambe gauches continuaient à faire des progrès. La pupille, à cette époque, était également dilatée des deux côtés.

Le 1er novembre il y eut une nouvelle attaque épileptique, pendant laquelle les mouvements convulsifs n'avaient lieu seulement que dans le bras gauche. Cette attaque fut suivie d'un état de somnolence qui dura plusieurs heures. A dater de cette époque, l'affaiblissement alla croissant; ses yeux, qui avaient été assez bons jusque-là, ne pouvaient presque plus distinguer les objets.

Tel était l'état de ce malade, qui se maintenait ainsi sans rien de notable depuis environ deux mois, lorsqu'à l'une des dernières visites nous l'avons trouvé plongé dans un assoupissement profond dont rien ne pouvait le retirer. Ayant interrogé la surveillante de la salle sur les circonstances de l'invasion de ce nouveau phénomène, elle nous a répondu qu'elle l'avait déjà observé plusieurs fois dans ce même état, mais pendant un court espace de temps seulement. Croyant, en conséquence, qu'il ne s'agissait que d'un assoupissement momentané tel que ceux qu'il avait éprouvés précédemment, nous quittâmes le malade sans nous préoccuper beaucoup de son état. Mais le lendemain nous le retrouvâmes dans la même position, plongé dans le même assoupissement que la veille; il était immobile et insensible à toute excitation extérieure; ses yeux étaient ouverts, mais insensibles à la lumière; le bras gauche, soulevé, retombait de tout son poids comme une masse inerte; le bras droit paraissait conserver encore un certain degré de contractilité musculaire qui amortissait sa chute. Nous essayâmes de l'exciter par de forts sinapismes promenés sur les extrémités inférieures, mais il parut rester complètement insensible à leur action. D'après ces derniers symptômes nous dûmes reconnaître qu'à la maladie chronique déjà existante venait de s'ajouter tout récemment un état aigu nouveau, soit une inflammation de la substance cérébrale développée autour du point de l'encéphale primitivement affecté, soit un épanchement séreux qui déterminait une compression. Nous avions donc ici tout à la fois affaire à une affection chronique du cerveau, une lésion matérielle profonde de l'hémisphère droit du cerveau, sans que nous pussions savoir précisément s'il s'agissait d'une tumeur, d'un ramollissement de la substance cérébrale ou d'une affection chronique des membranes, et à une maladie aiguë nouvellement entée sur cette affection chronique.

Après quatre ou cinq jours pendant lesquels ces symptômes allèrent en s'aggravant, le malade finit par tomber dans un coma complet et succomba.

L'autopsie nous révéla l'existence d'une tumeur enkystée du volume d'un œuf de poule, à parois minces, et remplie d'un liquide séreux trouble, occupant la partie antérieure de l'hémisphère cérébral gauche, mais si près de la ligne médiane, qu'elle refoulait un peu le septum lucidum du côté opposé. Cette tumeur semblait partagée en deux parties, l'une, plus volumineuse, située vers le partie antérieure; la seconde, plus petite, en arrière. On remarquait entre ces deux tumeurs une sorte d'étranglement formé par une bride qui résistait à la pression du doigt et s'opposait à la pénétration d'une tumeur dans l'autre. Dans la plus petite, on trouvait une hydatide nageant dans le liquide séreux. La pulpe cérébrale était ramollie dans une grande étendue autour de ce kyste. Le siége de cette tumeur, si près des couches optiques et des nerfs moteurs de l'œil, nous expliquait suffisamment la perte de la vue. Mais il n'était pas aussi facile de se rendre compte de l'hémiplégie, bien que l'état de ramollissement dans lequel nous trouvâmes une grande partie de la pulpe cérébrale puisse jusqu'à un certain point l'expliquer.

HOPITAL DES CLINIQUES — M. MALGAIGNE.

Ponction sous-cutanée d'un hygroma sous-rotulien. Compression. Considérations sur les différents moyens de réunion, et sur le rôle de l'inflammation adhésive.

M. Malgaigne a fait un de ces derniers jours la ponction d'un hygroma sous-rotulien par la méthode sous-cutanée. Les hygromas, dit-il à cette occasion, sont beaucoup trop peu connus et beaucoup plus communs qu'on ne paraît le penser; cette affection résulte d'un développement anormal de la bourse synoviale du genou, contenant le plus souvent de la synovie condensée, d'autres fois un dépôt de matière organique, de fibrine coagulée, et de manière à faire ressembler quelquefois la tumeur à un sac anévrismal oblitéré par un tampon de fibrine. Elle est très fréquente chez les religieuses comme chez toutes les personnes qui ont l'habitude de se tenir souvent et long-temps à genou. Ici il n'y avait point de suppuration à craindre, point de réunion à faire. Nous nous sommes borné à employer un bandage compressif. Dans quel but cette compression? On va le voir. La compression fait ici l'office de la suture; elle met les surfaces de la plaie sous-cutanée en rapport pour les faire adhérer, et prévient leur mobilité. Tout ce que l'on fait par la suture se trouve également réalisé ici par la compression; c'est, en d'autres termes, comme la suture, un moyen de réunion. Ce sont le même but et les mêmes principes, auxquels on se propose d'obéir par des moyens différents. Ce moyen de réunion une fois mis en place, ne pouvant être contrarié ni par les surfaces osseuses, ni par du pus, ni par des liquides, n'étant soumis en un mot à aucune influence fâcheuse, nous n'avions pas eu besoin de le voir, et nous avons laissé le pansement en place, sans y toucher jusqu'au douzième jour, c'est-à-dire, jusqu'au moment où nous avons dû supposer la guérison complète. Cependant il ne faut pas dans ce cas rester dans une inaction complète et dans une fausse sécurité, qui pourrait devenir quelquefois dangereuse; il est nécessaire de surveiller ce qui se passe; dans les plaies sous-cutanées comme dans les autres, il faut s'assurer si la nature suit une marche régulière ou non. Si le malade éprouve de la douleur, par exemple, c'est le cas de s'assurer de ce qui se passe. La douleur est le signe le plus certain de l'inflammation; cette inflammation, loin de la redouter, nous la désirons; mais à la condition qu'elle ne dépassera pas les limites qui sont nécessaires pour la réunion: c'est, en d'autres termes, l'inflammation adhésive qui est nécessaire et qu'il faut respecter dans cette circonstance, mais non l'inflammation suppurative. Ce sont là deux états très différents et qu'il est de la plus grande importance de bien distinguer dans la pratique de la chirurgie. Ici, disions-nous, il y avait nécessité qu'il se développât une inflammation, mais une inflammation maintenue dans les limites convenables, c'est-à-dire, suffisante pour provoquer l'adhésion des parties; trop ou trop peu eût été également nuisible. Dans le premier cas, il y eût eu à craindre la suppuration; dans le second, la récidive de la maladie, à moins de réunion par première intention; ce qui n'était point possible ici. Or, dans ce cas, il faut toujours être réservé pour le pronostic. Nous rappellerons en preuve l'exemple d'une hydrocèle traitée par la ponction, et à la suite de laquelle aucune inflammation ne s'étant développée, la maladie a récidivé.

On confond généralement encore en France, ajoute M. Malgaigne, la réunion par première intention avec l'inflammation adhésive. On confond ces deux choses, surtout depuis Broussais. Toute opération qui consiste en un épanchement de matière adhésive, était pour la plupart des chirurgiens une inflammation. Mais cette inflammation, quels en étaient le caractères? C'est ce qu'il eût fallu déterminer. Quelques exemples: Lorsqu'une personne se pique avec une aiguille ou tout autre instrument mince et acéré, elle suce la petite plaie, la douleur cesse à l'instant, et peu de temps après il n'y paraît plus rien. On ne dira pas que la réunion a eu lieu instantanément; il est même impossible de sentir et de dire dans quel moment la réunion a eu lieu, et de préciser le temps qui s'est écoulé entre la piqûre et l'adhésion complète des lèvres de la petite plaie. Quelque court qu'ait été cet intervalle, il a bien fallu qu'il s'écoulât un certain laps de temps pendant lequel s'est fait le travail nécessaire à la réunion, et cependant il n'y a pas là le plus petit vestige d'inflammation. Qu'on se coupe, l'instant d'après il n'y a plus de douleur, il n'y a ni afflux de sang, ni rougeur, ni chaleur; la réunion se fait donc ici encore par un travail adhésif, sans inflammation. Mais si au contraire, soit par négligence ou par suite de toute autre circonstance, il survient peu de temps après de la douleur, de la rougeur avec turgescence et un peu de gonflement, qu'on recouvre la petite plaie d'un petit appareil agglutinatif, d'une bandelette de diachylon, le surlendemain on trouvera la réunion opérée; il s'est passé là des phénomènes tout à fait différents de ceux qui avaient lieu dans les cas précédents; il y a eu inflammation, inflammation adhésive, ou, si l'on veut, adhésion moyennant l'inflammation. Il peut donc se faire que dans une même partie, suivant les circonstances, une plaie se réunisse avec ou sans inflammation, par le procédé de réunion immédiate ou par l'inflammation adhésive. Eh bien, il est des cas où cette alternative n'existe point, où la réunion ne peut avoir lieu uniquement que par le procédé de l'inflammation adhésive, et où par conséquent cette inflammation doit être recherchée et au besoin provoquée. Tel est le cas dans lequel se trouvent être les tissus sécrétoires, par exemple; tandis que l'inflammation doit être évitée, au contraire, dans un grand nombre d'autres circonstances où elle n'est pas nécessaire.

De la considération de ces deux ordres de faits différents découlent les principes de la chirurgie moderne, celle dont Hunter est le chef, et qui fait une scission nette et tranchée d'avec l'ancienne école, celle de l'Académie de chirurgie.

L'un des grands préceptes qui ressortent de cette doctrine, c'est la nécessité de subordonner la thérapeutique chirurgicale à la marche et aux procédés qu'emploie la nature dans la guérison des maladies et des plaies en particulier, de surveiller et d'étudier ses tendances, de la laisser agir lorsqu'elle procède régulièrement à la guérison, de la modifier lorsqu'elle s'écarte d'une marche régulière, et enfin de ne la troubler dans sa marche par une intervention active que lorsque cette marche est tout à fait contraire à la guérison.

Au nombre des moyens les plus efficaces pour amener ce résultat, et pour aider la nature lorsque ses tendances sont bonnes, il faut compter le repos. L'importance du repos n'a peut-être pas été assez sentie par les chirurgiens. Pour nous, nous ne craignons pas de l'appeler un moyen *héroïque* lorsqu'il est employé à propos; nous en avons souvent obtenu des effets vraiment prodigieux. Nous nous bornerons, pour le moment, à en choisir quelques exemples parmi les plus récents.

Tumeur blanche au genou, suite d'un rhumatisme articulaire. Position du membre dans l'immobilité. Amélioration immédiate.

Une femme portant une tumeur blanche au genou, suite d'un rhumatisme articulaire, éprouvait des douleurs excessives qui lui arrachaient des cris. On avait appliqué des sangsues, on avait mis des vésicatoires, des cataplasmes laudanisés, etc.; rien n'y avait fait; les douleurs étaient toujours aussi vives. En présence d'un symptôme aussi fâcheux et aussi réfractaire, il se présentait encore plusieurs moyens. Nous eûmes d'abord l'idée de tenter la nouvelle formule du sulfate de quinine à haute dose; mais au risque de n'avoir point un résultat aussi clair, nous nous décidâmes à combiner ce moyen avec notre formule ordinaire, consistant en un mélange de calomel et d'opium. Nous prescrivîmes, en conséquence, l'administration d'un gramme de sulfate de quinine combiné au calomel et à l'opium. Nous n'appliquâmes aucun topique, nous bornant à maintenir le membre immobile sur un coussin, modérément lié, de manière à empêcher tout mouvement.

Dès le lendemain, il y avait une amélioration manifeste; les douleurs avaient presque complètement cessé; la malade, qui pendant long-temps n'avait pu dormir, avait reposé tranquillement la nuit précédente. Etait-ce au sulfate de quinine uni à l'opium, ou bien au repos que nous devions attribuer cette amélioration? Nous avons interrogé la malade pour sa-

voir à quel moment les douleurs l'avaient quittée, combien d'heures après l'administration du sulfate de quinine; les douleurs, nous répondit-elle, avaient commencé à s'amender et à diminuer graduellement dès une demi-heure au plus après la dernière visite pendant laquelle on avait fixé et maintenu son membre dans l'immobilité, tandis que le sulfate de quinine n'avait été donné que plusieurs heures après.

La malade resta ainsi sans souffrir et dans un état de bien-être qu'elle n'avait pas éprouvé depuis long-temps, jusqu'à minuit. Les douleurs se sont de nouveau fait ressentir après minuit, à la suite de quelques mouvements involontaires et d'un dérangement dans la position qui avait été imprimée au membre, mais avec beaucoup moins d'intensité que les jours précédents.

Le lendemain matin, le membre fut de nouveau réappliqué sur un oreiller entouré de coton afin de prévenir et d'empêcher les frottements, et maintenu ainsi modérément lié à l'aide d'une cravatte passée autour du pied. On cessa en même temps l'administration du sulfate de quinine, afin de s'assurer par cette seconde épreuve que c'était bien au repos et à l'immobilité qu'étaient dues l'amélioration et la cessation des douleurs, et non au sulfate de quinine. En effet, la journée se passa comme la précédente, dans le plus grand calme et sans que la malade accusât la moindre douleur.

M. Malgaigne espère qu'à l'aide de ces seuls moyens, le repos et l'immobilité, il parviendra à guérir complétement cette malade et à lui épargner les exutoires, vésicatoires, cautères, moxas et autres moyens douloureux et fatigants, qu'il croit sinon inutiles et complétement inefficaces, au moins superflus dans le plus grand nombre des cas. Il est autorisé en cela par des faits précédents dont quelques-uns se sont passés récemment à la Clinique même, et sous nos yeux. En voici notamment quelques exemples que nous allons rapporter succinctement.

Coxalgie commençante, douleurs extrêmement vives. Repos et immobilité du membre. Diminution des douleurs dès le premier jour, cessation complète le cinquième.

Un homme âgé de quarante-huit ans entra à la Clinique pour une coxalgie commençante; il y avait une quinzaine de jours environ qu'il avait éprouvé pour la première fois de très vives douleurs à la hanche, lesquelles se propageaient dans tout le membre, au point qu'on crut, au premier abord, avoir affaire à une sciatique. Mais en considérant les choses de plus près on voyait que les douleurs ne siégeaient pas précisément le long du nerf sciatique, qu'elles se faisaient sentir à la partie antérieure du membre plutôt qu'à la partie postérieure, et qu'elles siégeaient plus spécialement aux articulations. Les trois articulations, la hanche, le genou et le pied étaient, en effet, les points les plus douloureux; il y avait même ceci de remarquable que les douleurs allaient en augmentant de la partie supérieure du membre à la partie inférieure; elles étaient plus vives au pied qu'au genou, plus vives au genou qu'à la hanche. Il n'y avait de tuméfaction sensible dans aucune de ces articulations, de sorte qu'on aurait pu hésiter peut-être sur le siége réel et primitif de la maladie, si l'on ne connaissait déjà ce fait de la propagation des douleurs sympathiques de l'articulation malade aux articulations inférieures. Il y avait d'ailleurs ici un autre caractère qui ne pouvait laisser aucun doute à cet égard, c'était l'insensibilité du pied et du genou à la pression, tandis que cette même pression était très douloureuse à la hanche, au niveau de l'articulation, et trahissait d'une manière manifeste l'existence d'un travail inflammatoire dans cette région. Ajoutons que les douleurs spontanées étaient constantes et tellement vives que le malade n'avait pu fermer l'œil depuis plusieurs nuits.

On s'abstint de toute médication active, on n'eut recours à aucun topique, ni à aucune médication interne. M. Malgaigne se borna à rapprocher les deux membres, qu'il maintint liés ensemble à l'aide de cravates passées autour des pieds, des jambes et des cuisses, afin d'empêcher tout mouvement, même involontaire de la part du malade.

Dès la première nuit les douleurs avaient considérablement diminué, et le malade se sentait tellement soulagé, qu'il avait pu dormir quelques heures, ce qui ne lui était pas arrivé, disait-il, depuis un grand nombre de nuits.

A dater de ce moment les douleurs allèrent toujours en décroissant, les nuits devinrent de plus en plus calmes, le malade sommeillait à peu près toute la nuit, et enfin le cinquième jour, il déclara à la visite n'éprouver plus aucune douleur.

Tumeur blanche du genou. Douleurs intolérables, causant l'insomnie depuis environ cinquante nuits. Repos et immobilité. Diminution des douleurs dès le lendemain. Cessation presque complète des douleurs et diminution notable du gonflement le neuvième jour.

Un autre malade couché dans la même salle, entré depuis huit jours pour une tumeur blanche du genou, datant d'environ cinquante jours. Le genou était tuméfié, volumineux, extrêmement sensible à la pression et le malade souffrait des douleurs tellement intolérables, qu'il affirmait n'avoir presque pas fermé l'œil depuis le début de sa maladie; il n'avait jamais pu, disait-il, dormir une demi-heure de suite. On place son membre sur un double plan incliné, suffisamment lié et garni de coton de toutes parts, afin d'empêcher tout mouvement et tout frottement. Il fut recommandé au malade de garder le repos et l'immobilité les plus absolus.

Le malade était quelque peu indocile; il fut d'abord difficile de le faire maintenir dans l'attitude qui lui avait été prescrite. Malgré cette circonstance défavorable, dès le lendemain les douleurs étaient déjà moindres, et le malade avouait avoir eu un peu plus de calme. On parvint les jours suivants à lui faire sentir la nécessité de se soumettre à l'immobilité absolue; il ne tarda pas effectivement, après quelques jours de régime, à convenir qu'il souffrait beaucoup moins et qu'il commençait à dormir.

Le septième jour, il avait dormi une partie de la nuit, ce qui lui arrivait pour la première fois depuis cinquante jours. La tumeur du genou était déjà notablement diminuée.

Les deux jours suivants, il dormait de cinq à six heures par nuit, et le gonflement du genou diminuait à vue d'œil.

Plusieurs autres malades, également affectés de tumeurs blanches sont actuellement soumis à ce même traitement dans les salles de la Clinique. Nous en ferons connaître les résultats en même temps que ceux des malades dont nous venons d'esquisser rapidement l'histoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Larrey écrit pour remercier l'Académie de la décision qu'elle a prise pour honorer la mémoire de son père.

— *M. Rattier* adresse une lettre en réponse à celle de M de Castelnau.

M. Londe réclame la lecture de cette lettre. L'Académie a permis la lecture de celle de M. de Castelnau, qui ne présentait que des assertions sans preuve et sans faits à l'appui, elle ne pourrait sans commettre un déni de justice se refuser à écouter la lecture de celle de M. Rattier, qui en est la réfutation.

M. Mérat s'y oppose; le débat se passe entre des personnes étrangères à l'Académie; elle ne peut, elle ne doit intervenir sans s'exposer à ce que le premier venu la saisisse de ses intérêts propres.

M. Londe insiste.

M. Bousquet. Si le conseil a décidé qu'il ne serait pas donné lecture de la lettre de M. Rattier, c'est parce que cette lettre contient des expressions inconvenantes.

M. le président. Une proposition est faite; l'Académie est juge souveraine; elle doit décider.

M. Adelon. L'Académie nomme le Conseil et le rend juge de l'opportunité et de la convenance des lectures: dans le cas actuel, le Conseil juge convenable de ne pas lire la lettre, l'Académie doit s'en rapporter à sa sagesse et à sa prudence.

M. Girardin. L'Académie a eu d'autant plus tort de permettre la lecture de la lettre de M. de Castelnau, qu'elle n'est qu'un résumé d'un mémoire de l'examen duquel l'Académie est saisie.

M. J. Cloquet veut aussi qu'on s'en rapporte à la décision du Conseil.

M. Londe. L'Académie commettra une injustice. Quoi! un chef de service a été violemment attaqué, et il ne lui sera pas permis de se justifier?

La proposition de M. Londe est mise aux voix et rejetée. La lettre de M. Rattier est renvoyée au bulletin.

— *M. Adelon*, en son nom et au nom de MM. Louis, Bouillaud et Husson, lit un rapport sur un Mémoire de M. Prus, intitulé: *De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort*.

La partie capitale de ce mémoire consiste en huit observations de mort subite, à la suite de laquelle l'autopsie n'a pu découvrir d'autre altération que celle de l'emphysème pulmonaire.

Conclusions: Remerciements à l'auteur; renvoyer son Mémoire au comité des publications.

M. Louis. Dans mes recherches sur cette maladie, je crois avoir démontré que l'emphysème pulmonaire est une cause fréquente des maladies du cœur. Je ne partage pas les convictions de M. Prus sur la cause qui a produit ces morts subites. Rien ne me démontre qu'elles aient été causées par l'emphysème. D'abord les morts subites sont rares, elles n'ont ordinairement lieu que par suite de rupture de l'aorte. Comme conséquence d'affection pulmonaire, ce sont des cas très exceptionnels. La mort subite, d'ailleurs, peut avoir lieu dans plusieurs maladies ou à l'occasion de plusieurs maladies. Les observations de M. Prus ne peuvent entraîner ma conviction.

J'ai dit dans mes recherches que les vésicules pulmonaires dilatées pouvaient aussi être hypertrophiés, et c'est l'analogie qui m'avait conduit à cette opinion. En effet, tout organe creux de l'économie qui vient à se dilater, s'hypertrophie à la longue, c'est une règle à laquelle je ne connais pas encore d'exception. Cependant je n'avais pas dit que ce fût absolument démontré pour les vésicules pulmonaires. Une des causes de l'emphysème, dit M. Prus, ce sont les inspirations forcées; je ne suis pas encore très convaincu de la vérité de cette étiologie.

M. Dupuy. Il y a long-temps, en 1825, je crois, j'ai fait voir sur des poumons desséchés, de l'air dans les vésicules et dans le tissu inter-vésiculaire.

M. Bouillaud. L'emphysème du poumon est une maladie si commune, qu'il est digne de l'Académie de s'occuper de cette question. Contradictoirement avec M. Louis, je crois que les maladies du cœur sont cause de l'emphysème. Quant à l'hypertrophie des vésicules, jusqu'ici, il est vrai, on n'a pas fait de recherches minutieuses; mais autant qu'il est possible de le voir, cette hypertrophie existe dans un grand nombre de cas. Du reste, comme circonstance antécédante de l'emphysème, que trouve-t-on? Un catarrhe presque toujours, c'est-à-dire, une inflammation chronique des vésicules, qui détermine leur hypertrophie. Mais il ne faut pas s'en tenir à l'examen des vésicules, l'inspection des dernières ramifications bronchiques les fait découvrir presque toujours altérées. On voit que l'emphysème pulmonaire est une maladie complexe.

J'ai vu, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, un très grand nombre d'emphysèmes, mais je n'ai jamais vu la mort subite causée par cette maladie; je partage à cet égard tous les doutes de M. Louis. C'est une question litigieuse; il y a tant de choses qui peuvent échapper dans l'appréciation des morts subites, qu'il est à craindre que quelque circonstance ait été omise par M. Prus. En résumé, je pense que l'affection du cœur est antérieure à l'emphysème, que l'emphysème est la suite du catarrhe bronchique, et que la mort subite par cause d'emphysème n'est pas démontrée.

M. Rochoux croit que l'emphysème pulmonaire vésiculaire a été plutôt imaginé que vu, et qu'on s'est fondé pour l'admettre sur la structure du poumon supposée par Reissessen. Or, l'inspection microscopique donne un démenti formel aux opinions de Reissessen. Le poumon ne contient pas des vésicules; les dernières ramifications bronchiques se terminent par un lacis de canaux entremêlés entre eux, et dont la disposition est fort singulière. La mort subite occasionnée par cette maladie lui paraît donc très contestable. Il existe plusieurs exemples de mort subite dans lesquels l'autopsie n'a pu reconnaître aucune cause. Quant à l'influence de l'emphysème sur les maladies du cœur et de celles-ci sur celui là, la filiation lui paraît dificile à établir; il pencherait volontiers cependant vers l'opinion de M. Bouillaud.

M. Hamon désirerait que le rapporteur s'expliquât sur ce qu'il entend par *surmener* les chevaux, et sur l'influence qu'il attache à ce phénomène sur la production de l'emphysème. Il déclare qu'en Orient, où les chevaux courent beaucoup, il n'a jamais observé la pousse.

M. Piorry trouve qu'on parle beaucoup de l'emphysème sans l'avoir toujours suffisamment étudié. Il trace l'historique des travaux auxquels il a donné lieu depuis Laënnec jusqu'à ce jour. Pour lui les causes de l'emphysème seraient dans le rétrécissement des bronches par l'écume bronchique; il ne croit pas à la possibilité de la mort subite, mais cet accident lui paraît pouvoir arriver par la pénétration de l'air dans le sang par les dernières ramifications bronchiques. Du reste, il s'étonne que dans cette discussion on n'ait pas encore mentionné un travail remarquable de M. Piédagnel, qui avait déjà soulevé, il y a quatorze ans, toutes les questions qui s'agitent.

M. Renault. La pathologie comparée peut éclairer quelques points du sujet. Si, comme l'a dit M. Bouillaud, l'emphysème est une maladie fréquente sur l'homme, elle l'est plus encore sur l'espèce chevaline. Il n'a jamais constaté l'hypertrophie des vésicules pulmonaires. Cela peut tenir à ce que les chevaux ne deviennent emphysémateux qu'à la suite de grands efforts, et non pas, comme chez l'homme, à la suite d'un catarrhe bronchique. Il ne sache pas que la mort subite ait jamais été observée chez les chevaux à la suite d'emphysème.

M. Bouvier. C'est Laënnec qui a découvert l'emphysème; or, il est rare que celui qui fait une découverte voie juste sur tous les points. Y a-t-il une maladie qu'on puisse appeler emphysème vésiculaire? Il ne le pense pas; il l'a envain cherchée sur le cadavre; jamais il n'a trouvé les vésicules distendues par l'air, mais toujours, au contraire, les cellules et le tissu inter-vasculaire. D'ailleurs, pour M. Prus, lui-même, la dilatation des vésicules serait à peine un cas morbide.

M. Ollivier (d'Angers). Sans idée préconçue, il a été porté à admettre la mort subite par suite d'emphysème par quelques faits d'autopsies juridiques. Deux beaux-frères se prennent de querelle: l'un, petit, donne un soufflet à l'autre, fort et de stature herculéenne; des amis s'interposent et font comprendre à celui ci que la disproportion des forces ôterait tout mérite au châtiment que méritait l'offense. Il sort, emmenant par la main sa petite fille en bas-âge, et, sur le seuil de sa porte, il tombe raide mort. A l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après, on trouva les poumons faisant hernie à travers les espaces intercostaux, et le tissu inter-vésiculaire distendu par de l'air. Il n'y avait pas d'autre altération. Il ne partage pas l'opinion de MM. Louis et Bouillaud sur les causes les plus ordinaires de la mort subite; elle arrive quatre fois sur cinq par le poumon; c'est ce que lui ont démontré les autopsies juridiques. Un homme, qui ne payant pas son terme allait être expulsé de sa demeure par son propriétaire, le rencontre dans la cour, il s'avance vers lui pour le frapper et tombe mort. L'autopsie démontra une congestion sanguine des deux poumons, telle que chaque incision de ces organes faisait ruisseler le sang à flots. Pareille observation fut faite chez un enfant épileptique mort subitement.

M. Velpeau. M. Lombard, de Genève, a publié une théorie de l'emphysème différente de celles qu'on admet généralement, et dont je suis étonné qu'on ne parle pas dans cette discussion. Il admet que les cloisons qui séparent les cellules seraient détruites par usure ou autrement et que c'est ainsi que l'air s'interposerait dans le tissu cellulaire inter-vasculaire. Je demande à ceux qui s'occupent particulièrement de ce sujet ce qu'ils pensent de cette explication.

M. Renault ajoute que dans toutes les autopsies qu'il a pratiquées jusqu'ici il n'a pas vu l'air borné aux seules vésicules, mais que toujours le tissu inter-vésiculaire était infiltré de ce fluide.

M. *Piorry* a fait de nombreuses expériences sur les poumons de l'homme et des divers animaux, il n'a jamais pu produire l'emphysème.

M. Bouillaud. La discussion prouve ce que j'ai dit déjà, que l'emphysème est une maladie complexe. Il faut bien distinguer l'emphysème traumatique dont a parlé M. Renault, de l'emphysème que j'appellerai médical, qui survient presque toujours après une longue maladie inflammatoire des bronches. Laënnec avait déjà distingué ces deux espèces. L'emphysème médical ne peut être confondu avec les symptômes produits par l'écume bronchique; il y a dans les signes stéthoscopiques des différences radicales. Les faits de M. Ollivier ne sont nullement en contradiction avec mes opinions; je n'ai pas dit, pas plus que M. Louis, que la mort subite fût impossible dans l'emphysème, mais bien que je n'en connaissais pas d'exemple. Je persiste dans ces conclusions, malgré les faits de M. Prus, malgré même celui de M. Ollivier (d'Angers), parce qu'il ne m'est pas démontré que toutes les précautions aient été prises pour éviter l'erreur.

M. Blandin trouve dans l'obscurité qui environne encore la structure intime du poumon un obstacle à ce que cette discussion ait des résultats positifs. On n'est pas d'accord sur cette structure, comment peut-on l'être sur le siége de la maladie?

M. Barthélemy ne peut pas admettre que les mucosités bronchiques soient la cause de l'emphysème, car chez les chevaux il arrive tout à coup.

M. Roux demande si dans les cas cités par M. Ollivier (d'Angers), les recherches ont été poussées assez loin pour s'assurer que de l'air ne s'était pas introduit dans l'appareil circulatoire. M. Piorry a parlé de la possibilité de la mort par ce moyen. Voici à cet égard un fait dont je me souviens, quoiqu'il remonte à plus de quarante ans. On apporta un jour à l'amphithéâtre de Bichat, dont j'étais l'élève, le cadavre d'un cordonnier mort subitement. En ouvrant le cerveau, Bichat trouva toutes les artères de cet organe rempli d'air; il en conclut que c'était là la cause de cette mort subite, et que cet homme, dans un effort violent, aurait rompu quelques cellules pulmonaires, et que l'air se serait introduit par cette voie dans l'appareil artériel.

M. Ferrus demande qu'à cause de l'importance de la question, et vu l'heure avancée, la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

M. Adelon s'oppose à ce renvoi. Si la discussion s'est prolongée, c'est qu'on a déserté la question soulevée par M. Prus. La commission n'a pas voulu aborder la question d'anatomie pathologique sur le véritable siége de l'emphysème; elle a pensé que ce sujet n'était pas suffisamment éclairci, et elle en a recommandé l'étude aux anatomo-pathologistes. Mais elle a abordé avec soin le point vraiment pratique du travail de M. Prus, celui de la mort subite pour cause d'emphysème. Je déclare, dit le rapporteur, que les huit observations de M. Prus sont pour moi de la dernière évidence. Et qu'y a-t-il donc dans ces faits de si extraordinaire, et qui répugne aux notions de la physiologie? Le symptôme le plus caractéristique de l'emphysème est la dyspnée, dyspnée souvent extrême, et dont la conséquence inévitable est une hématose vicieuse. Il doit arriver un moment où l'hématose ne se fait plus du tout, et où le malade meurt plus ou moins subitement par asphyxie. La discussion ne devait rouler que sur ces faits; il fallait les apprécier, les analyser, découvrir si quelque cause de mort, autre que l'emphysème, avait échappé à M. Prus. Tout cela n'a pas été fait; la discussion s'est égarée; on ne pourra, en la continuant, que répéter ce qui a déjà été dit, le renvoi me semble donc inutile.

De tous côtés: Oui, oui! Non, non!

M. le président met aux voix la proposition de M. Ferrus. Après deux épreuves douteuses, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Virey présente deux noirs, frère et sœur, âgés le premier de vingt-neuf ans, la seconde de vingt-cinq, nés à Saint-Dié (Vosges), là même où naquit le fameux *Bébé*, nain du roi de Pologne. Ils sont le reste de treize enfants plus ou moins noirs, nés cependant de parents de taille ordinaire. La sœur n'est pas menstruée, le frère est dépourvu de poils aux parties sexuelles.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 février 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Torsion des artères. — *M. Thierry* adresse une nouvelle lettre sur ce sujet. Il ne conteste pas la valeur du procédé de M. Amussat; mais il ne peut renoncer à sa proposition; savoir, qu'à l'occasion d'un

concours pour la place de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, il a parlé en 1827 de la torsion des artères, ayant à répondre à cette question de la ligature des artères. Il cite à l'appui un passage étendu de cette thèse, qui prouve que c'est bien une conclusion sérieuse.

Recherches sur la structure de l'utérus. — *M. Jobert* (de Lamballe) lit un mémoire sous ce titre. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° Le tissu propre de l'utérus n'est point un tissu fibreux jaune, puisque la chimie démontre dans celui-ci l'absence complète de la fibrine qui se trouve dans la matrice à toutes les époques de la vie, et qu'en outre l'anatomie comparée prouve que le tissu fibreux jaune ne se transforme jamais en tissu musculaire.

2° L'état de grossesse ne fait que montrer l'utérus dans un état d'hypertrophie musculaire.

3° Cet organe est constitué par un véritable muscle, et non par plusieurs.

4° Il existe une muqueuse utérine, mais dépourvue d'épithélium.

5° Enfin, la direction des fibres de l'utérus fait voir parfaitement comment celles-ci tendent à effacer ses différents diamètres et concourent à l'exonération du produit de la conception.

Commissaires : MM. Magendie, Roux et Breschet.

Recherches expérimentales sur la formation des cicatrices artérielles et veineuses. — *M. Amussat* envoie un mémoire sous ce titre. En voici les conclusions :

1° La fréquence des anévrismes après la blessure des artères sur l'homme avait fait renoncer à l'espoir d'obtenir des cicatrices artérielles, et il était passé en principe que les plaies des artères ne pouvaient se cicatriser solidement.

2° Mes expériences sur les animaux vivants et quelques faits observés sur l'homme prouvent la possibilité d'obtenir des cicatrices artérielles durables ; elles confirment pleinement les idées de J.-L. Petit et la théorie qu'il a déduite simplement de quelques faits observés sur l'homme.

3° Les cicatrices artérielles ne se forment jamais par la réunion immédiate des lèvres de la blessure du vaisseau ; c'est toujours par l'interposition d'un caillot de fibrine qui se soude au bord de l'ouverture, se durcit, s'organise et prend tous les caractères des parois de l'artère avec lesquelles il s'identifie.

4° Les faits de pratique générale dans les cas de blessure des artères sur l'homme, prouvent qu'on ne fait pas tout ce qu'il faut pour obtenir des cicatrices artérielles solides.

5° En général, on se presse trop d'opérer pour obturer le vaisseau blessé, sans doute parce qu'on est trop effrayé par les blessures artérielles et dans la prévision d'un anévrisme inévitable.

6° Pour obtenir des cicatrices artérielles solides durables, il faut soutenir convenablement le caillot, affaiblir l'impulsion du cœur et tenir la partie dans l'immobilité la plus complète, en un mot faire comme pour les fractures des os, c'est-à-dire, remplir toutes les conditions pour obtenir une véritable consolidation.

Pour mes recherches sur les cicatrices veineuses, je puis les résumer par les conclusions suivantes :

1° Les cicatrices des plaies veineuses se font comme celles des artères, c'est-à-dire par un caillot de fibrine qui bouche la plaie, et finit par s'organiser et se souder au pourtour de la blessure pour former une pièce en ampoule.

2° L'ampoule veineuse qui existe à la suite d'une blessure n'est qu'une soudure de cicatrice distendue par la faible impulsion du sang veineux.

3° Cette ampoule n'est pas une hernie de la membrane interne comme on le croit généralement, et comme on serait tenté de le croire en observant une veine insufflée.

4° Mes expériences et quelques faits observés sur l'homme, prouvent que les cicatrices veineuses se font sur l'homme comme sur les animaux.

5° La seule conséquence pratique à tirer de ce fait, c'est la nécessité de bien soutenir la compression deux ou trois jours et plus après la blessure d'une veine.

Commissaires : MM. Magendie, Roux et Breschet.

Sur la diathèse et la dégénérescence cancéreuses. — *M. Le Roy d'Etiolles* lit un mémoire sous ce titre. Les médecins, depuis des siècles, ont sur le cancer des opinions diamétralement opposées. Les uns attribuent cette maladie à un principe morbifique préexistant à une diathèse constitutionnelle que ne peut détruire l'extirpation de la partie envahie la première ; bien plus, dans leur opinion, après l'enlèvement de l'organe que le vice cancéreux s'était choisi comme pâture, il se répand avec plus de furie dans le reste du corps, cause d'affreux ravages et accélère la mort. La conséquence de cette doctrine est qu'il ne faut presque jamais opérer les cancers. D'autres médecins nient cette diathèse primitive ; pour eux le cancer est une maladie locale d'abord, et si elle devient constitutionnelle, si elle se reproduit après l'extirpation, c'est que le principe morbifique s'est étendu par infection à toute l'économie. La déduction rationnelle de cette théorie de la dégénérescence, est d'enlever de bonne heure le foyer du mal avant qu'il ne se répande.

De ce conflit d'expériences est résultée une grande incertitude dans la pratique, M. Leroy-d'Etioles s'est donné la mission de la faire cesser.

Pour cela il a invoqué les chiffres, et pour avoir ceux-ci il s'est adressé à tous les chirurgiens ; il a fait imprimer dans les langues les plus répandues des tableaux indiquant les points à éclairer. Il n'a pas encore reçu de l'étranger toutes les réponses qu'il croit pouvoir attendre. Pour la France, ses documents sont assez complets pour lui permettre d'en présenter les résultats.

Ce premier travail comprend des faits au nombre de 2,781, recueillis par 174 médecins français. Age : 1227 avaient plus de quarante ans, 1061 avaient plus de soixante ans ; le cancer de l'utérus figure pour 30/100 ; celui des seins pour 24/100 ; le cancer des lèvres est dans la proportion de 1 et 1/2 centième chez les femmes, tandis que pour les hommes (probablement à cause de l'usage de la pipe), elle est de 26/100. La transmission héréditaire est 1 pour un 10e seulement ; les scrofules pour un 10e, la syphilis un 5e, et pour tout le reste, la cause première est inconnue.

M. Leroy-d'Etioles examine ensuite si l'on fait vivre plus long-temps les malades en extirpant le mal qu'en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature, et il voit que sur 1,172 malades non opérés qui vivaient encore ou qui sont morts cancéreux, 18 ont vécu plus de trente ans après le développement de la maladie ; tandis que sur 801 cancéreux opérés soit par l'instrument, soit par les caustiques, on en trouve seulement 4 dont l'existence s'est prolongée pendant le même laps de temps. Pour la durée de vingt à trente ans, il y a 34 non opérés et 14 opérés ; pour la période de six à vingt ans, 88 opérés et 228 non opérés. Si l'on examine les petites durées, la durée de la vie des non opérés est de cinq ans pour les hommes, cinq ans six mois pour les femmes ; pour les opérés, elle est de cinq ans deux mois pour les hommes, six ans pour les femmes.

La conclusion formelle de ce mémoire est que l'ablation du cancer par l'instrument tranchant ou par le caustique, est une opération presque toujours inutile et souvent dangereuse. (Commissaires, MM. Magendie, Roux et Breschet.)

Résection de la mâchoire inférieure dans ses rapports avec les fonctions du pharynx et du larynx. — *M. Bégin* lit un mémoire sur ce sujet. Il résulte de ce travail : 1° qu'après la grande ablation de la mâchoire inférieure, la langue, l'hyoïde et le larynx, peuvent être graduellement et lentement portés vers le pharynx, de manière à produire l'asphyxie, à une époque où généralement on ne croit plus avoir à le redouter ;

2° Que cet accident peut être prévenu en fixant, par l'intermédiaire de la langue, le larynx en avant, au moyen d'une sorte de mâchoire artificielle, jusqu'à ce que la nature ait formé aux parties divisées de nouvelles adhérences.

3° Enfin, qu'en s'abstenant de moyens forcés de réunion d'un côté à l'autre, et en ne recourant qu'à des pansements doux simplement contentifs, qui ne provoquent ni éréthisme dans le système nerveux, ni contraction dans les muscles, le chirurgien favorise la guérison, sans rendre la difformité plus grande ou plus difficile à réparer. (Commissaires : MM. Magendie, Roux et Breschet.)

Causes des maladies qui affectent les ouvriers dans les manufactures et les personnes exerçant des professions sédentaires. Moyen de prévenir le développement de ces affections. — *M. Fourcault* envoie sous ce titre un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes : 1° Les causes générales des maladies chroniques observées dans les manufactures, dans les prisons, dans les pénitentiers, dans les hospices, dans les maisons d'éducation, agissent principalement sur la peau ; 2° la ventilation et les exercices musculaires sont les moyens les plus efficaces pour prévenir le développement de ces maladies ; 3° la méthode la plus généralement salutaire pour en arrêter les progrès, consiste dans l'application de moyens propres à rétablir l'activité des fonctions de la peau et surtout la transpiration insensible ; 4° on doit introduire progressivement la variété des travaux dans l'industrie, afin de favoriser l'emploi des forces physiques ; 5° on doit fonder à la campagne les ateliers de charité, les hospices où l'on élève les enfants, les pénitentiers, les maisons de convalescence, celles où l'on reçoit les aliénés, les vieillards et les infirmes.

Hydrophobie dans le nord de l'Afrique. — *M. Guyon*, médecin en chef de l'armée d'occupation en Afrique, envoie une lettre sur ce sujet. C'est une opinion généralement répandue en Europe que l'hydrophobie est inconnue dans les pays chauds. En opposition à cette opinion, M. Guyon cite d'abord trois faits observés en Algérie ; puis il rappelle des documents historiques pris dans Saint-Augustin et dans Apulée, qui prouve que cette maladie n'était pas moins connue des médecins africains d'alors que de ceux d'aujourd'hui.

— *M. J. Guérin* termine la lecture de son Mémoire sur l'unité et la solidarité scientifiques de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique dans l'étude des phénomènes de l'organisme animal.

— L'Académie procède à la nomination d'un correspondant étranger dans la section d'astronomie.

Au premier tour de scrutin, M. Hansen, à Gotha, réunit l'unanimité des suffrages, moins un.

— L'Académie a nommé dans cette séance la commission pour le grand prix de physiologie de la fondation Monthyon. Cette commission sera composée de MM. Magendie, Serres, Blainville, Flourens, Andral.

Candidatures. MM. Velpeau et Bourgery écrivent qu'ils se mettent sur les rangs pour la place vacante dans la section de chirurgie.

Le président invite la section à faire son rapport lundi prochain. M. Roux répond qu'en présence de quinze candidats, il est naturel que la section réfléchisse et temporise. M. Arago insiste pour que le rapport soit présenté lundi prochain, en disant que la section a eu plus de six mois pour réfléchir, et qu'elle est en contravention avec le règlement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la compression dans la réduction des luxations.

Dans un mémoire sur la compression, présenté à l'Académie de médecine, M. le docteur Dancel, médecin à Paris, propose comme moyen très avantageux pour faciliter la réduction des luxations des membres, la compression préalablement faite sur tout le membre luxé, au moyen du bandage roulé. Ce moyen, à son avis, est d'un effet surprenant dans le cas où il y a contraction spasmodique des muscles qui entourent l'articulation luxée, ou lorsqu'étant en très grand nombre, comme à la cuisse, ils offrent une résistance qui, pour être vaincue, a besoin d'un déploiement de forces que l'on ne peut obtenir qu'au moyen de machines. Ce médecin cite à cette occasion l'observation d'un homme qui, étant tombé d'un lieu élevé, présentait une luxation coxo-fémorale en haut et en dehors du côté droit. Après avoir exercé, au moyen du bandage roulé, une compression excessivement forte depuis le pied jusqu'à l'aine, deux hommes ont tenu par dessus les aisselles le malade couché sur un matelas étendu au milieu d'une salle, pendant que deux autres aides faisaient l'extension au moyen d'une serviette pliée en cravate sur l'articulation tibio-tarsienne. M. le docteur Dancel a pu faire la réduction en moins d'une minute.

Tablettes pectorales de Boubel. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Semences de ricin dépouillées de leur enveloppe testacée,	125 grammes.
Mannite en poudre,	64 Id.
Baume de Tolu concassé,	12 Id.
Gomme arabique en poudre,	16 Id.
Sucre en poudre,	500 Id.
Laque carminée,	4 décigramm.

On introduit le baume de Tolu dans une fiole avec douze grains d'alcool à 36 degrés, et on laisse en macération pendant quatre jours.

On place, de leur côté, les semences de ricin pendant quatre jours aussi dans une quantité suffisante d'alcool à 36 degrés, après quoi on les soumet à la presse, et on mélange intimement le liquide obtenu avec le sucre, la laque carminée et la mannite, que l'on a préalablement mêlés avec soin ; ces divers mélanges doivent être opérés par trituration dans un mortier de marbre.

D'autre part, on verse trente grammes d'eau distillée dans la fiole qui contient la macération alcoolique de Tolu, on fait chauffer un instant au bain-marie, puis on filtre, et l'on emploie la liqueur aromatique obtenue pour préparer avec la gomme un mucilage dont on se sert pour terminer la préparation des tablettes sur une table de marbre.

32 grammes de la pâte ainsi préparée doivent former dix-huit tablettes. On administre ces dernières à la dose de dix par jour pour les adultes, et de trois à six pour les enfants.

ERRATUM IMPORTANT.

Cataracte capsulaire secondaire avec vascularisation de la CAPSULE ; par le docteur DESMARRES.

Dans notre numéro de samedi, il s'est glissé une erreur ; on a imprimé : cataracte avec vascularisation de la *cornée* ; lisez : de la *capsule*. Nous le regrettons d'autant plus que la vascularisation de la *capsule* est fort rare, et que le fait observé par M. le docteur Desmarres, dans le service de M. Blandin ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'authenticité. Nous prions nos lecteurs de vouloir bien faire cette rectification.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 FÉVRIER 1843. (16e ANNÉE.) N. 24, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 24 FÉVRIER.

De l'emphysème pulmonaire. (Suite.)

Nous avons fait voir qu'il n'était guère possible d'admettre l'emphysème comme cause de mort subite. Il nous reste à discuter quelques autres points de son histoire sur lesquels a porté la discussion de l'Académie. La première qui se présente est celle du siége de l'emphysème, ou l'anatomie pathologique de cette affection. Selon M. Prus, l'emphysème aurait exclusivement pour siége le tissu cellulaire inter-vésiculaire ou inter-lobulaire, et l'emphysème proprement dit, celui décrit par Laënnec comme l'emphysème véritable, et qui est, d'après lui, à beaucoup près le plus commun, n'existerait pas, au moins en tant que maladie; c'est-à-dire que lorsqu'il existe une simple dilatation des vésicules, cet état anatomique ne donne lieu à presque aucun symptôme morbide. Avant d'aborder cette question, nous devons lever une difficulté posée par MM. Blandin et Rochoux, qui, se fondant sur ce que la structure intime du poumon est encore tout à fait hypothétique, objectaient qu'il était au moins inutile de discuter sur le volume, la forme, l'épaisseur des parois des vésicules, puisqu'en réalité on ne savait point s'il y avait réellement des vésicules dans les poumons. Cette proposition, qui a un certain fond de vérité, n'est cependant pas aussi importante qu'elle le paraît au premier abord; et si l'on veut mettre de côté l'explication anatomique qu'a donnée Laënnec, on se convaincra facilement que son observation et sa distinction ne sont pas moins justes sans explication qu'avec explication. Voici ce que dit Laënnec : « Les cloisons (interlobulaires) infiltrées au lieu de l'épaisseur presque inappréciable, de la blancheur et de l'opacité qui leur est naturelle, présentent une largeur d'une ligne à cinq ou six, et quelquefois même de près d'un pouce, etc. »; et ailleurs : « On reconnaît que les vésicules ainsi saillantes sont dues à la dilatation d'un cellule aérienne, et non point à l'extravasation de l'air sous la plèvre, non-seulement à la prolongation de leur cavité dans la substance du poumon, mais encore à *ce qu'on ne peut les déplacer et les faire voyager sous cette membrane en les poussant avec le doigt.* » D'après l'observation pure et simple de Laënnec, observation qu'il est donné à tout le monde de vérifier journellement, il est évident qu'il y a deux formes d'emphysème bien distinctes; dans la première de ces formes l'air est emprisonné, dans des vésicules ou ailleurs, peu importe, et les cloisons interlobulaires ont conservé leur forme et leur opacité; dans la seconde on observe le contraire. Or, la première de ces formes est à beaucoup près la plus commune; c'est elle que l'on trouve chez tous les asthmatiques; c'est elle enfin qui constitue, selon l'heureuse expression de M. Bouillaud, l'*emphysème médical*. si dans ces cas on ne peut pas dire dans quelles parois l'air est renfermé, on peut au moins dire qu'il n'est pas dans le tissu cellulaire (car dans ce cas il serait facile de le déplacer), et sous ce rapport l'opinion de M. Prus nous paraît manquer d'exactitude.

Tout en ne blâmant pas la sage réserve dans laquelle se sont tenus MM. Louis et Bouillaud relativement aux objections que l'on a faites à la réalité de l'hypertrophie des parois vésiculaires, nous croyons cependant que l'on peut, sans compromettre la logique et l'interprétation rigoureuse des faits, sans abuser de l'analogie, nous croyons qu'on peut défendre cette hypertrophie plus énergiquement qu'il ne l'ont fait. Nous savons déjà que le tissu cellulaire interlobaire est sain; tout le monde sait également que lorsqu'on ouvre la poitrine d'un emphysémateux, le poumon s'affaisse peu ou ne s'affaisse point; enfin on sait encore, comme l'a fait remarquer justement M. Bouvier, que le poumon s'affaisse d'autant plus à l'autopsie du thorax, qu'il est plus élastique. Si donc le poumon d'un emphysémateux ne s'affaisse que peu, c'est qu'il a perdu son élasticité. Comment expliquer cette perte de l'élasticité, sinon par l'hypertrophie des vésicules et l'induration qui l'accompagne nécessairement; et où placer cette hypertrophie, sinon dans les parois vésiculaires, puisque les cloisons interlobulaires sont saines. Remarquez, en outre, que cette hypertrophie n'est pas une hypothèse, et qu'un fragment de poumon emphysémateux duquel on a exprimé l'air, reste toujours plus volumineux qu'un même fragment de poumon sain, auquel on a fait subir la même opération. Remarquez, en outre, comme l'ont fait observer MM. Louis et Bouillaud, que c'est une loi d'anatomie pathologique applicable à tous les organes creux; que lorsque ces organes se dilatent, ces parois s'épaississent en proportion de la dilatation opérée.

Une question beaucoup plus importante que la précédente, c'est de savoir si les accidents que présentent les emphysémateux sont réellement dûs à l'emphysème, ou bien s'ils lui sont étrangers. C'est à cette dernière opinion que s'est arrêté M. Piorry, qui a émis des idées toutes particulières sur l'emphysème. Pour lui, il est peu important qu'une quantité plus ou moins grande de cellules deviennent impropres à remplir exactement leurs fonctions; il en restera toujours assez pour que l'hématose s'accomplisse d'une manière complète. D'ailleurs la dilatation et la rupture des vésicules lui paraissent être des hypothèses, car il a en vain essayé de les produire par une insufflation forcée sur le cadavre. Mais si la dilatation et la rupture ont peu peu d'influence sur l'hématose, il n'en est pas de même de l'oblitération des conduits aériens par le mucus bronchique qui oppose un obstacle insurmontable au passage de l'air. Voilà, selon l'honorable professeur, la véritable cause des accidents attribués à l'emphysème; et ce qui prouve sa manière de voir, c'est que pendant l'attaque on entend dans la poitrine des râles sonores abondants; c'est que l'expectoration spontanée ou provoquée part l'art donne lieu en même temps à la cessation des râles et des accidents. On peut répondre avec M. Bouillaud, que toutes ces assertions sont loin de s'accorder complètement avec l'observation. D'abord les râles de l'emphysème sont des râles secs, ceux de l'obstruction des bronches par du mucus sont des râles humides, ce qui ne laisse pas que de constituer une grave différence; secondement, il n'est pas exact de dire que la cessation des accidents coïncide avec une expectoration de mucus; souvent, au contraire, il arrive qu'il n'y a aucune expectoration, et quand celle-ci a lieu, elle est presque toujours trop peu abondante pour expliquer la gravité des symptômes.

Quant à l'impossibilité de produire la dilatation des vésicules dans les expériences cadavériques, elle ne prouve absolument rien contre l'emphysème vésiculaire, parce qu'il est bien connu que la nature, pour accomplir ses phénomènes, a des procédés bien différents de ceux que l'art peut employer, et qu'il est bien rare que nous puissions, malgré tous nos efforts, ce qu'elle produit avec taut de facilité. Tout le monde sait bien que nous ne pouvons pas produire artificiellement les anévrismes vrais, qui cependant existent dans la nature. Quant à la manière dont M. Piorry explique le non affaissement du poumon, par le mucus bronchique qui s'oppose à la sortie de l'air, nous avons vu que la perte d'élasticité du tissu pulmonaire suffisait pour donner une explication plausible de ce phénomène. Enfin, M. Piorry a dit que la dilatation des vésicules était même complétement impossible, attendu que ces vésicules étant contiguës de toutes parts, tout ce qu'on pouvait faire en forçant l'air dans les bronches c'était de comprimer les cloisons inter-vésiculaires, mais d'agrandir les vésicules. Celte manière de voir a encore le défaut de se placer à un point de vue trop mécanique. Car la nature a, nous le répétons, des modes d'action qui nous sont inconnus; d'ailleurs, on comprend très bien que certaines vésicules puissent se dilater en comprimant les vésicules voisines, ou bien encore en détruisant leurs parois et en se réunissant ainsi aux vésicules environnantes; c'est là l'opinion émise par M. Lombard. Enfin, de quelque manière que l'on conçoive la chose, il est parfaitement certain *de visu* que les cavités pulmonaires, vésiculaires ou non vésiculaires sont plus vastes dans un poumon emphysémateux que dans un poumon sain.

Il resterait maintenant à étudier les causes et la nature de l'emphysème, à voir s'il est la cause ou l'effet du catarrhe ou des maladies du cœur; s'il est antérieur ou consécutif à l'asthme; mais ces questions difficiles nous entraîneraient trop loin aujourd'hui. Nous espérons d'ailleurs qu'elles se reproduiront dans la prochaine séance de l'Académie, et nous serons plus à même, après avoir entendu la discussion, de les résumer d'une manière complète.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Amputation de la verge. Modification du procédé opératoire.

Parmi les différents procédés employés pour pratiquer l'amputation de la verge, aucun ne nous paraît avoir donné des résultats aussi avantageux que celui qu'a suivi M. Ricord dans le cas dont nous allons donner l'histoire.

Le 20 décembre 1842 est entré, salle 4, n° 21, le nommé Beauf..., charpentier, âgé de trente-deux ans.

Cet homme n'a jamais eu de chancres ou d'écoulements urétraux; au moins n'en a-t-il jamais aperçu. Il porte depuis sa naissance un phimosis naturel avec impossibilité de découvrir le gland. Tourmenté par des balano-posthites répétées, il résolut trois ans avant son entrée à l'hôpital, de se faire débrider le prépuce. L'opération faite, on trouva derrière la couronne du gland plusieurs végétations verruqueuses qui prirent de l'accroissement, et furent considérées comme syphilitiques; en conséquence, le malade fut soumis, un an après l'opération, a un traitement mercuriel par la liqueur de Van-Swiéten. Ce traitement ne produisit pas de salivation, bien qu'il fût continué pendant deux mois, et n'amena aucune amélioration dans l'état des végétations.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. MÉDECINE LÉGALE.

I. *Cas d'empoisonnement présumé* (Sénat de Chambéry).

Un ancien procureur de la ville de Chambéry, le sieur François Pralet, âgé de soixante-quatre ans, doué d'une forte constitntion, avait eu en 1819 une attaque d'apoplexie qui avait laissé quelques traces; il avait eu, à l'une des jambes, une plaie qui s'était fermée depuis quelques années; il portait un cautère à l'un des bras; ses jambes étaient faibles; parfois, il était pris de vomissements glaireux. Depuis un mois, il n'était pas sorti de chez lui, sans cependant être malade, lorsque, le mercredi 13 janvier 1841, vers 8 heures et demie du soir, après avoir été bien portant et gai comme à l'ordinaire, après avoir mangé à son dîner du salé, du bouilli, des pommes de terre au gratin et du fromage, il fit, ainsi qu'il en avait l'habitude, une légère collation composée d'un peu de pain, de fromage et de trois ou quatre verres de vin blanc, et immédiatement après, il chancela, se trouva mal et perdit connaissance pendant un instant. On le plaça sur une chaise, on le frotta avec du vinaigre, on lui appliqua des linges chauds sur l'épigastre, puis on lui fit respirer des vapeurs d'éther, et on lui administra une ou deux cuillerées d'élixir de la Grande-Chartreuse. Immédiatement après, il vomit : on donna une autre cuillerée du même élixir, et il survint un nouveau vomissement qui fit rejeter une grande quantité de matières acides et vineuses.

Après ces vomissements, qui s'étaient opérés sans efforts, le malade reprit connaissance et parut soulagé; il dit qu'il n'éprouvait aucune douleur; néanmoins ses traits étaient abattus, la face pâle, la langue et la bouche légèrement déviées à gauche et enduites d'un peu de bave. Il était alors dix heures. On ordonna une infusion de mélisse, qui fut vomie, et l'on prescrivit un lavement d'eau tiède salée, qui ne fut pas gardé; on lit prendre une infusion de thé qui fut également rejetée, et on appliqua des sinapismes.

A minuit, la face était livide et les traits profondément altérés; il y avait de nouveau perte de connaissance et insensibilité complète; car on pouvait pincer fortement le bras droit, sans que le malade parût s'en apercevoir. La bouche était encore plus déviée à gauche et écumeuse; le bras gauche était dans un état de raideur tétanique. On ouvrit largement la veine médiane céphalique droite, et on recueillit seulement environ quatre cents grammes d'un sang fluide, noirâtre et qui n'avait pas encore éprouvé de coagulation une demi-heure après sa sortie du vaisseau. On tenta de faire avaler une vingtaine de gouttes d'ammoniaque dans une cuillerée d'eau, mais on ne put y parvenir. Le pouls, qui jusque là était resté grand, régulier et sans fréquence, s'affaiblit insensiblement, et le malade expira vers deux heures du matin, sans avoir éprouvé de convulsions. Quelques-unes des personnes présentes ont pu, sans en éprouver la moindre incommodité, boire du vin blanc qui restait encore dans la bouteille, et goûter l'élixir de la Grande-Chartreuse, ainsi que les infusions données au malade.

A l'autopsie, faite sept jours après la mort, par MM. les docteurs Rey et Gouvert, ces médecins ont constaté d'abord que le corps n'exhalait point d'odeur putride et n'était point raide, et que les veines sous-cutanées étaient injectées d'une manière remarquable par un sang noir et même onctueux; puis, entrant dans les détails de l'autopsie ils ont établi que :

1° En soulevant le tissu sous-cutané de l'abdomen et l'épiploon, on sentait une odeur forte et particulière qu'ils n'ont su d'abord apprécier, mais qu'ils ont ensuite dans leurs conclusions comparée à celle des amandes amères.

2° Les intestins grêles présentaient une légère teinte rosacée; l'estomac avait son système veineux superficiel injecté, surtout du côté de son extrémité cardiaque. La face interne de l'estomac, du duodénum et celle du commencement de l'iléum était légèrement phlogosée. (Cette dernière observation ne fut faite que plus tard, lorqu'on procéda à l'ouverture du tube digestif, pour procéder à une analyse chimique.)

3° La rate et le foie étaient d'une couleur plus foncée que dans l'état normal et se déchiraient facilement. (La totalité du tube digestif, la rate et une grande partie du foie furent enlevés pour être soumis à l'analyse.)

4° A l'ouverture du thorax, on trouva le cœur peu volumineux, flétri, mou, n'ayant point la couleur rouge qui lui est propre; les cavités artérielles et veineuses complètement vides de sang; l'aorte pectorale et ventrale et les grosses veines du bas ventre étaient pareillement dans l'état de vacuité.

5° Les poumons, petits et sans crépitation, étaient infiltrés d'un sang noir.

6° Les reins et la vessie n'offraient rien de particulier.

7° Tout le système musculaire présentait une flaccidité remarquable.

8° Enfin, à l'ouverture du crâne, lorsque la dure-mère fut enlevée, on trouva le cerveau fortement injecté à sa surface, d'un rouge très noir, avec transsudation sur tous les points; et lorsqu'en voulut soulever les hémisphères, un caillot dense et noir, du volume d'un gros œuf, s'échappa de la partie inférieure des ventricules; au-dessous de la tente du cervelet il existait un épanchement de même nature et très abondant, de sorte, disent ces deux médecins, qu'on ne peut concevoir une congestion cérébrale plus prononcée et plus forte.

Le rapport de MM. Rey et Gouvert se termine par une conclusion qui exprime que le sieur Pralet a succombé à une congestion cérébrale, produite elle-même par l'ingestion d'un principe narcotique et sédatif, qui a laissé partout des traces non équivoques de son action et de sa puissance. Ces hommes de l'art pensent que ce principe vénéneux et sédatif est l'acide prussique, et ils se basent, pour asseoir cette opinion, sur l'odeur forte et persévérante qui s'est manifestée à l'ouverture des cavités, et par suite des diverses solutions qu'ils ont été dans le cas de pratiquer sur le cadavre, odeur qu'ils ne peuvent mieux comparer qu'à celle des amandes amères. Ils ajoutent, en outre, que tout ce qui a été observé, sans exception aucune, d'anormal dans l'autopsie faite, est donné par les auteurs de médecine légale, et notamment par

Divers caustiques liquides et de l'arsenic blanc furent ensuite mis en usage, sans autre résultat que d'occasionner à plusieurs reprises des inflammations plus ou moins violentes du tissu cellulaire de la verge.

Aucun antécédent cancéreux n'existe dans la famille du malade.

En désespoir de cause, il est entré à l'hôpital le 20 décembre 1842.

Aujourd'hui, 21 décembre, toutes les fonctions s'exécutent avec régularité chez Beauf.... La verge seule est le siége d'un état anormal; elle offre l'aspect suivant :

Jusqu'à la région balanique exclusivement, elle ne présente rien de particulier; les corps caverneux ne sont nullement indurés; mais à partir de la base du gland, l'organe est le siége d'une altération remarquable. Le pourtour de la tumeur est considérablement induré; la tumeur elle-même est irrégulièrement sphérique, dure, mamelonnée, à aspect mural; mais en aucune façon comparable aux végétations frambésiées; elle sécrète un liquide séro-purulent d'une odeur repoussante, et qui se concrète en croûtes brunâtres. A la surface, les croûtes, examinées au microscope par M. Gruby, lui ont fourni les caractères du suc cancéreux.

Le volume naturel du gland est plus que doublé, ainsi que son poids. Plusieurs orifices conduisant dans l'urètre, le malade urine *en arrosoir*, et l'émission de la sécrétion rénale est accompagnée de douleur très vive. Dans le repos le plus absolu, des élancements se font sentir dans la tumeur; les ganglions inguinaux ne sont ni tendus, ni douloureux.

Malgré l'ensemble des symptômes, qui indiquent la présence d'une affection de nature cancéreuse, avant d'avoir recours à l'opération qui peut, dans ce cas être différée sans aucun danger, M. Ricord croit devoir essayer le traitement qu'il applique à la période de transition des accidents secondaires aux accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle. Il cite à cette occasion plusieurs faits remarquables dans lesquels la guérison a été obtenue par ce moyen chez des individus offrant a peu de chose près les mêmes symptômes par suite de l'infection syphilitique, et rappelle particulièrement l'histoire d'un malade couché au lit n° 21, salle première, en novembre 1842; dans ce cas, un traitement antisyphilitique fit obtenir une prompte guérison, tandis que plusieurs chirurgiens avaient conclu à la nécessité d'amputer la verge qu'ils considéraient comme cancéreuse.

Beauf..... est donc soumis au traitement par les pilules de proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium, tisane amère, emplâtre de ciguë sur la tumeur; trois portions.

Ce traitement fut continué jusqu'au 8 janvier, mais à cette époque une inflammation très vive s'étant manifestée dans le tissu cellulaire de la verge, on fut obligé de suspendre pour avoir recours aux antiphlogistiques. Du reste, aucune amélioration dans l'état local n'avait suivi l'emploi des moyens ci-dessus énoncés.

Douleur et tuméfaction des ganglions inguinaux, inappétence, fièvre peu intense. Dix sangsues sur chaque région inguinale; cataplasme de fécule sur la verge; bain; diète.

Les antiphlogistiques, continués avec persévérance pendant cinq jours, ont limité l'inflammation. Un petit abcès s'est formé sur la face inférieure de la verge. La ponction en fait sortir du pus bien lié.

Le 16 janvier, la verge se trouvait presque revenue au point où elle était avant l'inflammation. La tuméfaction inguinale avait cédé au traitement mis en usage.

Le 20 janvier, M. Ricord se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur.

Après avoir convenablement disposé le malade sur un lit d'opération, la verge fut maintenue du côté du pubis, de manière à fixer dans ses rapports naturels la peau qui la recouvre; puis, à l'aide d'un couteau à amputation, dont le tranchant divisa les tissus de bas en haut à la distance de deux centimètres en arrière de la couronne du gland, l'ablation de la tumeur fut pratiquée d'un seul coup. Deux ligatures suffirent pour arrêter l'écoulement du sang. Alors M. Ricord divisa l'urètre en haut et en bas, dans une étendue d'un centimètre, et de chaque côté la muqueuse disséquée de manière à la séparer du tissu cellulaire péri-urétral, fut réunie aux bords correspondants de la peau par deux points de suture entortillée; les épingles se trouvant placées aux angles des lambeaux. Enfin, au dessus du méat urinaire ainsi rétabli, la peau fut ramenée sur les corps caverneux et maintenu par deux points de suture entortillée. Un seul point suffit pour réunir les lèvres cutanées de l'incision au-dessus du canal.

Le malade alors transporté dans son lit, on se contenta, pour tout pansement, d'appliquer une compresse imbibée d'eau froide.

Quatre jours après l'opération, les sutures avaient fait obtenir une réunion parfaite, et l'on put enlever les épingles.

Les applications froides, continuées jusqu'au quatrième jour, furent remplacées par des pansements au cérat. Enfin deux cautérisations avec le nitrate d'argent furent pratiquées pour réprimer quelques bourgeons charnus développés dans une très petite étendue au sommet des angles supérieur et inférieur de la division du canal.

La guérison était complète le douzième jour après l'opération; cependant le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 7 février. Alors on a pu se convaincre de l'établissement parfait d'un méat urinaire artificiel. Du reste, dans les points réunis par la suture, on remarque des cicatrices linéaires dont la solidité a déjà plusieurs fois été mise à l'épreuve par des érections assez fréquentes.

La pièce enlevée présentait, à part les caractères essentiels du tissu squirrheux lardacé, un état particulier des fibres qui, en quelque sorte parallèles et affectant une disposition rayonnée, en prenant pour centre le tissu du gland dégénéré, ne pouvaient être facilement séparées sans se briser que dans le sens de leur longueur..

— Cette observation est particulièrement intéressante sous le point de vue de l'application du procédé opératoire, qui consiste à réunir l'urètre à la peau pour empêcher le travail ultérieur de la cicatrice, qui finit souvent par oblitérer le méat urinaire. En dépit de l'assertion contraire, nous avons pu constater deux fois, à l'hôpital des Vénériens, ce genre d'oblitération chez des individus amputés depuis long-temps. Enfin, nous croyons important surtout de faire remarquer les avantages obtenus par la réunion des lèvres de la peau en avant du corps caverneux. Les résultats ont été aussi avantageux à l'égard de la rapidité de la guérison que de la régularité de la cicatrice.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Gangrène spontanée et partielle revenant à de longs intervalles et affectant exclusivement le côté gauche du corps; accompagnée de symptômes généraux de perturbation nerveuse qui font présumer une affection cérébrale indéterminée.

Nous avons actuellement dans nos salles une jeune fille qui a déjà été traitée dans cet hôpital pour une maladie semblable à celle qu'elle a actuellement, et dont l'histoire fut publiée à cette époque dans la *Gazette des Hôpitaux*, par M. Demarquay, alors interne de ce service. Nous allons revenir aujourd'hui sur cette malade, qui nous fournira l'occasion de faire de nouvelles réflexions sur son état.

Cette jeune fille était entrée à l'hôpital, il y a trois ans, pour des plaques gangréneuses qu'elle portait aux deux membres gauches et qui s'étaient déclarés spontanément, sans aucune cause extérieure appréciable. De semblables plaques s'étaient déjà montrées six ans auparavant; elles étaient accompagnées chaque fois d'un cortège de symptômes généraux assez compliqués. Cette fille éprouvait des douleurs dans l'hypochondre gauche et dans la région de la rate; une espèce d'anxiété particulière à la région précordiale et un malaise général qu'elle ne savait pas bien définir. Chaque fois elle était sortie guérie, au moins en apparence, après un séjour de quelque temds à l'hôpital.

Maintenant elle éprouve, comme à ces deux époques différentes les mêmes douleurs dans l'hypochondre et dans le flanc gauche, la même anxiété précordiale et le même malaise général. Cependant l'examen attentif de ces diverses parties, de la rate et du cœur en particulier, ne nous a révélé aucune lésion matérielle appréciable.

Quelle a été et quelle peut être actuellement encore la cause de cette affection complexe? Est-elle dépendante d'une maladie organique du cœur? On n'en trouve aucun signe évident. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal ni dans le cœur, ni dans le poumon; ces organes paraissent être dans leur état d'intégrité physiologique.

Quant aux plaques gangréneuses, voici comment elles se sont montrées (et elles ont suivi toujours la même marche, cette fois comme aux attaques précédentes): la malade a éprouvé d'abord un malaise général, de la céphalalgie et une anxiété particulière; après ces phénomènes précurseurs qui ont eu une durée de quelques jours, elle a ressenti tout à coup à la partie interne de la jambe gauche, une douleur aiguë, cuisante, comme celle que produirait une brûlure. Cette douleur a été bientôt suivie de l'apparition d'une plaie gangréneuse.

Il est remarquable que ces plaques gangréneuses ne se sont jamais montrées que sur les membres gauches; cette particularité de l'évolution de la maladie est digne d'attention, et nous la signalons à dessein, parce que c'est un des caractères qui devront nous conduire à la connaissance de la cause de cette bizarre affection. L'organisme humain est formé de deux parties latérales distinctes, auxquelles correspondent deux moitiés également distinctes du système nerveux, de sorte qu'un des côtés de ce système peut être malade, à l'exclusion de l'autre. Ainsi chez cette malade, ç'a toujours été le côté gauche qui a été malade, et jamais le côté droit. Il y a eu en outre chez elle une intermittence bien marquée, une suspension plus ou moins prolongée dans le cours des phénomènes morbides. Après être sortie une première fois de l'hôpital, elle entra comme femme-de-chambre dans une famille avec laquelle elle fit un long voyage dans le midi de l'Europe et en Orient. Dans tout cet espace de temps, qui fut d'une année environ, elle n'éprouva aucun de ces accidents; sa santé était parfaite. Mais sitôt de retour à Paris, elle fut reprise des mêmes symptômes et des mêmes accidents que la première fois. Elle s'éloigna de nouveau de Paris, et elle éprouva les mêmes bons effets du changement de climat et de la vie active des voyages. Les accidents se reproduisirent pour la troisième fois lors de sa seconde rentrée à Paris. De sorte qu'il semblerait démontré par là que les voyages et l'exercice lui conviennent, tandis que le séjour à Paris et la vie sédentaire lui sont tout à fait préjudiciables.

La gangrène de la peau dont elle est atteinte actuellement pour la troisième fois, a beaucoup d'analogie dans les symptômes et son apparence extérieure avec la brûlure. Au début elle se présente sous la forme de plaques blanchâtres qui jaunissent peu à peu, et la peau devient racornie, comme lorsqu'elle a été soumise à l'action du feu ou de l'eau bouillante. Ces plaques sont le siége d'une douleur aussi vive et aussi cuisante que celle que produit la brûlure. Elle diffère enfin de la gangrène commune de la peau, en ce que cette dernière est ordinairement noirâtre, tandis que celle-ci est blanchâtre. Cette gangrène paraît procéder d'une cause qui ne nous est pas bien connue, mais qui nous semble être plutôt générale que locale, et sur laquelle nous devons nous arrêter quelques instants.

Quelle peut être cette cause? Serait-ce une affection des artères? une artérite par exemple, une ossification, ou bien une dégénérescence quelconque de ces mêmes organes? D'abord, l'exploration attentive du cœur ne nous a rien révélé d'anormal de ce côté. En outre, en supposant même que cela soit possible, nous savons que l'ossification et toute autre altération organique des vaisseaux artériels sont excessivement rares à l'âge de cette malade; elles sont, comme tout le monde le sait, le propre de l'âge avancé. De sorte qu'il faudrait tout d'abord exclure les altérations de cette sorte. Il pourrait plutôt y avoir une artérite. Mais la gangrène qui succède à cette affection a des caractères bien différents de ceux que nous observons dans ce cas. D'ailleurs, en supposant l'inflammation d'une artère, de la poplitée par exemple, pour nous rapprocher du cas pré-

---

MM. Orfila et Lassaigne, comme des indices ou symptômes non équivoques de l'empoisonnement par l'acide prussique.

Quant à l'examen chimique des portions du cadavre mises en réserve, il a été fait séparément, d'un côté par M. Calloud, pharmacien à Annecy, de l'autre par MM. Songeon, Gouvert et Domenget, docteurs en médecine, par M. Rey, docteur en chirurgie, et par M. Bebert, pharmacien. Ces experts ont obtenu, avec le produit faiblement acide fourni par la distillation de ces portions de cadavre, un certain nombre de réactions chimiques (précipité blanc, insoluble dans l'acide azotique, par l'azotate d'argent; précipité rouge brun, par la potasse caustique légèrement ferrugineuse et le sulfate de cuivre; précipité blanc laiteux à reflet verdâtre, par la potasse caustique et le proto-sulfate de fer pur; enfin, précipité bleu-noirâtre, par la potasse caustique et le deuto-hydrochlorate de fer), desquelles, ainsi que de l'odeur exhalée par le liquide, ils ont conclu qu'il existait de l'acide cyanhydrique dans les matières analysées, que ces matières ne renfermaient pas d'autres corps considérés comme poisons, et que la mort du sieur François Pralet devait être rapportée à cet acide.

M. Orfila, consulté par la défense, a rédigé, en réponse aux rapports des experts dont il vient d'être question, une consultation médico-légale à laquelle ont adhéré MM. Ollivier (d'Angers) et Caventou, et dans laquelle il a démontré :

1° Que les symptômes observés chez le sieur François Pralet ne sont pas ceux que détermine l'acide cyanhydrique;

2° Que les lésions constatées après la mort diffèrent essentiellement de celles qui sont le résultat de l'action de cet acide;

3° Que ces symptômes et ces lésions sont évidemment le fait d'une attaque d'apoplexie;

4° Qu'aucune des analyses tentées par les experts de Chambéry ne prouve que l'on ait retiré de l'acide cyanhydrique;

5° Qu'alors même qu'il serait établi que cet acide existait dans les organes du sieur Pralet, il n'en résulterait pas pour cela qu'il y a eu empoisonnement.

En même temps, MM. les docteurs Mayor, Prévost et A. Gosse, médecins de Genève, et MM. A. Leroyer et A. Morin, pharmaciens de la même ville, également consultés de leur côté par la défense, ont publié deux mémoires médico-légaux parfaitement rédigés, dans lesquels ils sont exactement arrivés, tant sous le point de vue anatomico-pathologique que sous le rapport toxicologique et chimique, aux mêmes conclusions que les experts de Paris.

Une opinion aussi diamétralement opposée à celle des experts de Chambéry, et formulée d'une manière aussi explicite qu'il vient d'être dit, a dû nécessairement exercer une grande influence sur l'esprit des magistrats chargés de prononcer dans la cause. En effet, au moment où déjà les débats étaient ouverts devant le Sénat, et où tout faisait présager une condamnation, un temps d'arrêt fut ordonné tout à coup, et M. l'assesseur instructeur au tribunal de Gênes fut délégué pour nommer deux docteurs-médecins et deux chimistes à son choix, parmi les plus renommés de la ville, à l'effet de savoir d'eux si, d'après l'ensemble 1° des phénomènes morbides survenus pendant la dernière maladie de François Pralet, 2° des particularités nécropsiques observées et constatées par les témoins et par MM. Rey et Gouvert, 3° de l'analyse chimique de MM. Songeon, Domengs et Bebert, 4° et de celle de M. Calloud, on doit tenir pour constant que le sieur François Pralet a succombé à un empoisonnement par l'acide prussique.

MM. les docteurs en médecine J.-A. Garibaldi et J. Botto, et MM. les chimistes J.-B. Canobbio et C. Grasso, nommés pour remplir cette mission, ont dressé un rapport longuement motivé dans lequel ils ont établi que, non seulement on ne peut pas tenir comme un fait constant que François Pralet ait succombé à un empoisonnement, mais qu'au contraire sa mort doit, suivant eux, être attribuée absolument à une apoplexie idiopathique sanguine, et qu'en outre la présence de l'acide cyanhydrique dans le cadavre n'a nullement été démontrée.

Les nouveaux débats se sont ouverts le 16 janvier dernier. La foule attendait dès le matin l'accusé sur les avenues du palais; à neuf heures, il est conduit, sans fers, dans une voiture fermée, jusqu'au pied du grand escalier, et de là il est introduit en la grande chambre où la foule le suit.

A neuf heures et demie, la séance est ouverte; la cour est composée de douze sénateurs et du ministère public. Le magistrat commissaire aux enquêtes rend compte, en présence de la cour, du public et de l'accusé, de tous les faits du procès; ce compte-rendu occupe les audiences du 16, du 17, du 18 et du 19.

Le 20, le ministère public a pris la parole et à conclu contre l'accusé à la peine de mort Le réquisitoire était surtout appuyé sur des recherches scientifiques; il avait pour objet principal d'établir plusieurs points de discidence dans la doctrine admise par MM. les professeurs de Gênes, de Paris et de Genève, et les divers auteurs qui ont traité de la partie scientifique du procès.

Dans les audiences des 21, 23 et 24, qui ont été réservées pour la défense, Me Dubois, avocat de l'accusé, s'est attaché à combattre ce réquisitoire, et il a rempli cette tâche avec autant de talent que de succès. Il a fait connaître une dernière consultation de M. Orfila qui venait corroborer tout ce qui avait déjà été avancé par ce médecin légiste, ainsi que par les médecins et chimistes de Genève et de Gênes, contre les prétentions des experts de Chambéry.

Les débats ont été clos le 24.

Pendant les journées des 24 et 26, les juges se sont livrés à une étude séparée des pièces innombrables de ce volumineux procès.

Le 27, à huit heures du matin, a eu lieu la réunion pour la discussion et le vote. A une heure et demie, un arrêt a été rendu qui *renvoie l'accusé avec inhibitions de molestie, sans frais ni dépens*; il est mis en liberté immédiatement après la notification officielle de l'arrêt par le greffier criminel. Dans les usages du pays, cette formule de renvoi répond exactement à ce qu'est en France le *renvoi de l'accusation*.

Honneur soit donc à messieurs les médecins et chimistes de Paris, de Genève et de Gênes, dont les recherches savantes et consciencieuses ont réussi à faire briller la vérité et triompher la justice dans une affaire où des circonstances particulières semblaient désigner comme coupable un accusé qui, malgré son innocence palpable, était accablé par des opinions médicales erronées, et par des expertises chimiques mal faites.

sent, les symptômes de la gangrène devraient commencer plutôt dans les orteils que dans toute autre partie du membre, et on n'aurait pas non plus des plaques blanches comme nous les observons ici. D'une autre part, la gangrène ne serait pas bornée à un seul côté du corps, ni aux membres inférieurs plutôt qu'aux supérieurs, le système circulatoire artériel étant simple, ou, pour mieux dire, unique, et non double comme le système nerveux. Il n'y a pas de raison, lorsqu'un point de l'arbre artériel est malade, pour que la gangrène consécutive se montre constamment dans un même point, et non tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Nous pensons, par ces motifs, que la cause de la gangrène dont il s'agit ici ne réside ni dans le cœur, ni dans les artères.

Les personnes qui admettent des rapports assez intimes entre la rate et le côté gauche du corps, pourraient supposer peut-être l'existence d'une affection organique de ce viscère, et croire que ce serait là la cause que nous cherchons ; mais cette opinion n'est point admissible dans cette circonstance, car l'examen attentif ne nous a révélé aucune lésion appréciable dans cet organe.

Nous n'avons trouvé non plus aucune lésion du côté de l'appareil respiratoire ; et d'ailleurs, cette lésion admise même, je le suppose, pourquoi verrait-on ces plaques gangréneuses se montrer d'un seul côté, toujours du même, et jamais de l'autre côté ? Il y aurait dans l'explication d'un pareil phénomène une lacune à remplir.

Tout bien considéré, il nous semble donc qu'il n'y a que le système nerveux qui puisse nous donner une explication assez rationnelle des phénomènes morbides que nous observons. C'est le seul des grands systèmes organiques qui soit double, et dont les fonctions d'un côté ne sont pas nécessairement liées avec celles du côté opposé. Il résulte de là que l'innervation peut être troublée, altérée d'un côté, sans que ces troubles soient nécessairement ressentis par l'autre côté. Il nous semble aisé, par-là, d'expliquer l'apparition de ces plaques gangréneuses d'un côté plutôt que de l'autre. Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse qui peut donner lieu à des objections, mais qui nous semble plus rationnelle que toute autre. D'ailleurs, si l'on admettait une altération de l'un des organes que nous avons mentionnés, plutôt qu'une altération dans le système nerveux du côté malade, on ne saurait comment expliquer les intermittences bien marquées et à longs intervalles qui ont eu lieu dans ce cas, tandis qu'elles s'expliquent facilement par les troubles du système nerveux. Ensuite, les plaques paraissent s'être constamment développées sur le trajet d'un nerf ; les dernières, par exemple, se sont montrées le long du trajet du nerf saphène interne. C'est encore là une circonstance qui vient à l'appui de l'opinion que nous embrassons sur l'étiologie de cette maladie. Pourquoi, dira-t-on, cette affection ne se montre-t-elle pas sur le trajet de tout autre nerf, aussi bien que sur le nerf saphène interne ? La raison en est toute simple ; c'est que la cause particulière qui a modifié l'innervation chez cette femme, a agi plus particulièrement sur la branche nerveuse en question que sur toute autre.

Il nous serait d'ailleurs facile de trouver dans des faits précédents et bien connus un nouvel argument en faveur de notre opinion. On a vu des cas de gangrène semblables à celle-ci survenir à la suite de la ligature d'une artère, lorsqu'on avait compris avec le vaisseau, dans l'anse du fil, quelque branche nerveuse considérable. Ainsi, par exemple, si en liant l'artère fémorale on comprenait dans la ligature le nerf saphène interne, on aurait toute raison de craindre le développement de plaques gangréneuses semblables à celles qui sont survenues chez cette malade sur le trajet de ce même nerf. On doit donc admettre qu'il existe des gangrènes consécutives à une affection nerveuse ; pourquoi telle ne serait pas la cause de la gangrène dans le cas dont il s'agit ? Ne connaît-on pas l'influence qu'exerce le système nerveux sur le système capillaire de la peau et sur tout celui de la face ? Qui ne sait avec quelle facilité la face s'injecte à la suite d'une sur-excitation du système nerveux ? Par conséquent, lorsque l'action de ce même système se ralentit et s'éloigne en quelque sorte de certaines parties de la surface cutanée, pourquoi n'en résulterait-il pas un effet contraire, c'est-à-dire une diminution de vitalité telle, que la gangrène partielle doive s'en suivre ? Cette explication, du reste, n'est pas nouvelle ; elle a été plus d'une fois émise à l'occasion de cas analogues à celui qui fait l'objet de ces réflexions.

L'une des personnes qui suivent notre visite nous a écrit une lettre à cet égard, dans laquelle il nous demande si les phénomènes de gangrène observés chez notre malade ne seraient pas attribuables au système lymphatique malade plutôt qu'à une affection inconnue du système nerveux. Nous savons, en effet, qu'il y a un réseau de lymphatiques très superficiel et très considérable qui recouvre toute la surface du corps, et dont l'existence a été depuis long-temps démontrée par les injections de Mascagni, qui le désigne sous le nom de *réseau sous-épidermique*. Une affection d'une partie de ces lymphatiques ne pourrait-elle pas, dit cette personne, être la cause que nous cherchons ? Je suis heureux qu'on m'ait fourni l'occasion d'éclaircir ce doute. Je ne puis pas, quant à moi, partager cette opinion. En voici les raisons :

Le système lymphatique est unique ou simple, comme le système circulatoire. Tous les lymphatiques du corps vont se rendre dans le canal thoracique comme dans leur centre commun ; de là il suit qu'une partie quelconque de ce système étant lésée, il peut et doit produire des phénomènes consécutifs. Mais toutes les parties de ce système se tenant liées et unies entre elles, au moyen de ce centre commun, comment se ferait-il que la gangrène, qui serait un de ces phénomènes consécutifs supposés, aurait lieu d'un seul côté et toujours uniquement du même côté ? Nous retombons ici dans la même objection que j'ai fait valoir contre la supposition d'une lésion du système artériel. D'ailleurs, dans cette hypothèse, on devrait trouver des ganglions de la partie qu'on suppose malade, malades eux-mêmes et engorgés. Or, nous n'avons observé rien de semblable chez notre malade. Ainsi, nous croyons que l'opinion qui consisterait à expliquer la maladie qui nous occupe par une lésion des vaisseaux lymphatiques, n'est point admissible, et que, sauf d'autres raisons particulières que nous ne prévoyons par encore, on doit s'en tenir à l'hypothèse que nous avons adoptée, celle d'une cause purement nerveuse.

Cette opinion se trouve, du reste, confirmée encore par de nouveaux renseignements fournis par la malade, qui nous dit avoir été depuis quelque temps sujette à des maux de tête très violents, et qui se sont souvent reproduits depuis sa maladie actuelle. Cette céphalalgie, ajoute-t-elle, est surtout très vive pendant les quelques jours qui précèdent le développement des plaques gangréneuses. Elle éprouve aussi alors un engourdissement dans tout le côté gauche du corps, et principalement dans le membre inférieur, un larmoyement sanguinolent de l'œil gauche et une surdité considérable du même côté. Ne sont-ce pas là autant de phénomènes dépendant d'une innervation troublée dans ce même côté ? Ne devons-nous pas, par conséquent, nous arrêter définitivement à l'idée d'une cause nerveuse ? Nous ajouterons, à raison de ces dernières circonstances, que, suivant toute apparence, cette cause réside plutôt dans le cerveau que dans la moelle.

Jusqu'ici on s'est borné, pour tout traitement, à des applications émollientes sur les escharres gangréneuses.

Deux jours après de nouvelles plaques gangréneuses, semblables en tout à celles de la jambe, se sont montrées à la partie interne et moyenne du pied gauche. On les a couvertes de cataplasmes afin de déterminer la chute des escharres.

Le quatrième jour, les escharres sont tombées en partie, laissant au-dessous d'elles une plaie rouge et d'un bel aspect, mais avec une perte de substance de forme circulaire assez considérable, et faite comme par un emporte-pièce. Cette circonstance pourra en rendre la cicatrisation un peu plus difficile et plus lente que dans les cas de plaies simples ordinaires. Quant à l'état général, il est notablement amélioré ; les douleurs de tête sont presque entièrement dissipées.

Il est difficile de prévoir quelle sera l'issue définitive de cette maladie. Nous en suivrons les progrès et y reviendrons s'il se présentait quelque circonstance nouvelle qui pût jeter quelque jour sur l'étiologie d'un affection aussi obscure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 3 janvier 1843. — Présidence de M. Toirac.

La correspondance comprend entre autres choses une demande d'admission de M. le docteur Deleau jeune, avec l'envoi d'un ouvrage intitulé : Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille, etc., et d'une brochure sur le danger des opinions absolues dans le traitement du choléra. (Commissaires : MM. Blatin, Bréon et Desrivières.)

— *M. Amédée Latour* communique quelques faits relatifs à l'impuissance virile par cause morale. Il les exposera, dit il, dans toute leur simplicité ; car il parle devant des médecins qui savent que la science, comme la vérité, est chaste toute nue :

« Hérodote rapporte qu'Amasis, roi des Egyptiens, épousa Ladice, et qu'il n'était point homme pour elle, quoiqu'il le fût pour les autres femmes. Cet état ayant duré un temps assez considérable, « Ladice, lui dit-il, vous avez employé des charmes contre moi ; mais sachez que rien ne peut vous soustraire à la mort la plus cruelle qu'on puisse faire souffrir à une femme. » Quelque chose que pût dire cette princesse, Amasis ne s'apaisa point. Elle eut recours à Vénus, et fit vœu, dans son temple, de lui envoyer une statue à Cyrène, si, la nuit suivante, Amasis pouvait être content. C'était, en effet, le remède au malheur dont elle était menacée. Aussitôt qu'elle eut fait ce vœu Amasis fut heureux avec elle, et son bonheur ne fut jamais interrompu ; aussi l'aima-t-il tendrement. Ladice accomplit son vœu ; elle fit faire une statue et l'envoya à Cyrène, où elle subsiste encore à présent ; elle regarde le dehors de la ville. (Liv. II, § 181.) »

Vous comprenez, Messieurs, que ce n'est pas pour me rendre garant de l'authenticité de ce fait que je l'ai rappelé ; mais il offre tant d'analogie avec un autre fait que j'ai eu occasion d'observer, qu'après que j'aurai eu l'honneur de vous l'exposer, vous éprouverez peut-être moins de répugnance à admettre un fond de vérité dans le récit du père de l'histoire. Du reste, les faits analogues à celui que je vais citer ne sont pas extrêmement rares, et c'est même sur leur existence qu'était fondée la croyance aux noueurs et dénoueurs d'aiguillettes, aux filtres, aux charmes, etc., dont on retrouve encore la trace au fond de quelques-unes de nos provinces.

« Un homme de trente ans, robuste, bien constitué, ayant donné des preuves fréquentes de virilité, sans néanmoins avoir jamais abusé des plaisirs vénériens, épousa, dans l'été de 1841, une jeune et belle personne de vingt-deux ans. Il avait vivement désiré cette union, dans laquelle il trouvait, en effet, sous tous les rapports, les conditions généralement recherchées dans le mariage.

Cependant, un mois s'était à peine écoulé qu'il était facile de voir, pour tous ceux qui fréquentaient la maison, que le bonheur ne régnait pas dans ce ménage. Le mari était inquiet, soucieux, morose ; accueillait avec impatience et une sorte de honte les compliments et les questions qu'on adresse généralement à un jeune marié. Il éloignait surtout sa femme de la société des autres femmes, et surveillait avec le plus grand soin les rapports qu'elle pouvait avoir avec sa mère. La jeune femme, elle-même très recommandable, élevée dans les sentiments les plus austères de piété et de vertu, avait perdu sa gaieté, ses vives couleurs, son embonpoint ; bientôt quelques accidents nerveux survinrent, étouffements, suffocations, convulsions légères ; c'est dans ces circonstances et près de deux mois après le mariage, que le mari vint me consulter.

Il m'apprit que, faute d'érections, et quoiqu'il en éprouvât le plus ardent désir, quoique sa femme lui offrît un parfait modèle de grâces et d'attraits, il n'avait pas encore rempli le but du mariage. « Chose singulière, ajoutait-il, loin d'elle et en pensant à elle, tous les phénomènes de la virilité se manifestent. Dans le lit conjugal les organes sont muets ; ils n'obéissent plus à ma volonté. »

L'examen le plus minutieux des organes, qui offraient des proportions convenables, ne put rien m'apprendre sur la cause de cet état. Ils étaient dans l'état le plus normal, et ne portaient aucun stigmate d'affections vénériennes, dont ce jeune homme m'affirma d'ailleurs n'avoir jamais été atteint. Comme je l'ai dit déjà, il avait usé avec modération des plaisirs de l'amour, ne s'était livré que très rarement aux plaisirs solitaires, et à un âge où les émotions qu'ils procurent ont déjà moins de dangers. Du reste, la santé générale était très bonne ; il ne présentait aucun phénomène morbide ; mais c'était avec l'accent du désespoir qu'il me racontait ces choses en me suppliant de le ramener à des conditions meilleures ; car, malgré toutes les précautions, le secret avait transpiré, et ce malheureux jeune homme se voyait en proie au ridicule des hommes et au mépris des femmes.

Vous penserez comme moi que la première médication à employer dans ce cas, devait être une médication morale : rassurer le malade, le consoler, lui promettre une guérison facile et certaine, lui dire que son état était purement nerveux, et ne se liait à aucune altération appréciable, lui citer des cas analogues suivis d'un résultat favorable ; tel était, je pense, le premier devoir d'un médecin. Mais aussi, comme chez la plupart des gens du monde, les conseils les plus sages et les plus opportuns perdraient de leur prix s'ils n'étaient corroborés par quelque prescription pharmaceutique, je crus donc devoir prescrire quelques toniques, et je fis choix du quinquina et du safran. Mais surtout, la saison étant encore convenable, j'engageai fortement les deux époux à aller prendre quelques bains de mer. J'annonçai avec assurance la guérison pendant le voyage.

La prédiction fut accomplie : un mois après leur départ, je vis eu-

---

II. *Cas d'empoisonnement présumé d'un enfant de huit mois.*

La femme Elisabeth Andreu a été traduite devant la cour d'assises de l'Arriége comme inculpée du crime d'empoisonnement sur un enfant âgé de huit ans, appartenant à la sœur de son mari.

Une petite fille de quatre ans, née de la prévenue, avait dit, lors de la perpétration du crime, qu'elle avait vu sa mère mettre quelque chose dans la bouche de la victime.

A l'autopsie du petit cadavre, on a recueilli avec soin les matières contenues dans le tube digestif, et toutes celles qui avaient été rejetées par le vomissement avant la mort. On a saisi en outre un pot de miel qui se trouvait chez l'accusée. Les médecins ont constaté entre le péricrâne et le cuir chevelu, précisément à un point correspondant à une ecchymose de l'os, un caillot sanguin de quatre millimètres environ, qui a pu occasionner la mort. Dans le fait, l'enfant avait fait, trois jours avant de mourir, deux chutes dont il n'avait aucunement paru se ressentir. Les chimistes, de leur côté, ont reconnu que les matières soumises à leur examen renfermaient les éléments de l'alun et ceux du sulfate de fer en quantité assez considérable pour avoir pu occasionner la mort d'un enfant de huit mois.

§ II. POLICE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE.

I. *Médicaments gâtés.*

La Cour royale de Rouen s'est prononcée, dans une de ses dernières audiences, sur une question d'un grand intérêt pour les pharmaciens ; il s'agissait, en effet, de savoir si un pharmacien chez lequel le jury médical avait saisi des médicaments gâtés et mal préparés pouvait être, pour ce fait, poursuivi et puni correctionnellement.

Le jury médical de Rouen avait découvert des médicaments gâtés chez un pharmacien, pendant que l'on pratiquait une saisie sur son mobilier. Pour ce fait ce pharmacien fut condamné à 100 fr. d'amende et vingt-quatre heures de prison.

Dans l'appel qui fut interjeté, l'avocat, en rappelant le fait de la saisie, ajouta que la loi ne punit pas la simple détention, la simple possession de la part d'un pharmacien, de médicaments gâtés ; elle ne punit que la vente de ces derniers : ce n'est qu'en délivrant à ses clients des médicaments gâtés, que le pharmacien se rend passible des peines prononcées par la loi.

A l'appui de ce système, l'avocat invoquait le texte même dont le tribunal de première instance avait fait l'application à son client, c'est-à-dire l'art. 21 de la loi de 1791, et un arrêt de la Cour royale de Paris du 17 décembre 1834, qui a jugé que la vente seule des médicaments gâtés était punissable.

M. l'avocat-général a combattu ce système en invoquant l'art. 39 de la loi du 21 germinal an II, qui ordonne au jury médical de saisir les médicaments avariés qu'il trouve dans les pharmacies qu'il visite, texte qui resterait sans sanction si la loi ne punissait que la vente réellement effectuée, et non pas l'exposition en vente. Il appuyait ce raisonnement d'un arrêt de la Cour de cassation qui a jugé, dans une espèce où il s'agissait d'un épicier droguiste, les substances médicamenteuses saisies dans ses médicamenst étaient détériorées, et il dut encourir l'application des peines portées par la loi.

La cour, adoptant ces conclusions, a confirmé purement et simplement le jugement dont était appel.

II. *Remède secret.*

La Cour royale de Paris, etc.,

« Statuant par suite du renvoi fait devant elle par arrêt de la Cour de cassation du 11 novembre 1842 ;

» Considérant qu'il résulte du procès-verbal du commissaire de police, en date du 5 juin 1841, et des débats ; qu'en 1841, le sieur ....., pharmacien, a mis en vente et vendu un médicament indiqué sous la dénomination de *purgatif et vomitif purgatif selon l'ordonnance du docteur Leroy* ;

» Considérant que ce médicament doit être regardé comme remède secret, puisque cette composition pharmaceutique n'est ni conforme aux formules du Codex légalement rédigées et publiées, ni acheté et rendu public par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810 ;

» Que vainement le sieur ... allègue qu'il ne vendait cette composition pharmaceutique que sur ordonnance d'un médecin particulier ; qu'il résulte, en effet, des pièces produites qu'aucune formule spéciale et rédigée pour des cas particuliers n'a été remise au sieur ... par le susdit médecin, et qu'il ne peut prétendre avoir préparé et vendu un remède magistral ;

» Considérant que le sieur ...., a ainsi contrevenu aux dispositions de l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI ;

» Mais, considérant que cette infraction n'est punie par aucune disposition de la loi ; que le décret du 29 pluviose an XIII, qui détermine les peines à appliquer pour les contraventions prévues par l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, n'en contient aucune pour les contraventions à l'art. 32 de la même loi ;

» Que l'art. 36 n'a prononcé de peine que contre les annonces de remèdes secrets et contre les individus qui, *sans être pharmaciens*, débiteraient des remèdes au poids médicinal ; que les tribunaux ne peuvent suppléer au silence de la loi, ni prononcer par analogie une condamnation qui n'y est pas formellement écrite ;

» Renvoie le sieur .... des fins de la plainte. »

---

trer chez moi le jeune marié, et à son air rayonnant, à l'aspect de satisfaction répandu sur sa figure, je devinai bien vite que ses inquiétudes avaient fini avec son impuissance. Sa femme, en devenant enceinte, avait vu disparaître aussi tous les accidents nerveux qu'elle avait présentés.

Puisque je suis sur ce sujet, continue M. Latour, je rapporterai un autre fait d'impuissance virile pour cause morale plus singulier encore, et que je tiens de celui même qui en a été l'objet, homme fort instruit, qui occupe un rang élevé dans l'arme du génie, et en qui j'ai toute confiance.

Etant élève à l'Ecole polytechnique, ce jeune homme était cité pour l'énergie et la puissance de sa volonté qui, à son gré, imposait silence aux instincts et aux besoins les plus impérieux de la nature. Ainsi, par exemple, il pouvait passer huit jours sans se livrer au sommeil, se contenter d'une nourriture insuffisante pour tout autre, sans que sa santé en reçût aucune atteinte appréciable Après un dîner fait en ville avec deux de ses camarades, et la conversation s'étant portée sur ce sujet, on lui demanda si sa volonté serait aussi puissante en face d'une excitation vénérienne. Il soutint l'affirmative ; un pari s'engagea, et sur-le-champ il fut conduit dans une maison de tolérance, célèbre dans ce temps, où on le mit aux prises avec la plus belle fille de l'endroit, lui tout nu, elle toute nue. Le combat dura plus d'une heure ; il en sortit vainqueur, et gagna son pari.

Le malheureux y avait gagné autre chose. Aux sorties suivantes, il s'aperçut que ses organes génitaux n'obéissaient plus à sa volonté, et qu'il était incapable d'érection. Les conseils des médecins les plus célèbres ne purent le ramener à un état meilleur. Dirigé sur Metz en sortant de l'Ecole, il y tomba bientôt dans un état de mélancolie hypocondrique, qui lui fit obtenir un congé dont il profita pour se rendre dans les Pyrénées, son pays natal. Là, cédant aux conseils d'un vieux médecin, il prit pendant plusieurs mois des bains de safran, du safran à l'intérieur, et soit sous l'influence de ce traitement, soit sous l'influence de l'air natal et des consolations de la famille, il retrouva tous les attributs de la virilité. Cependant le sujet de cette observation n'a jamais voulu se marier.

M. Latour ajoute encore le fait d'un jeune homme de vingt ans qui avait des rapports intimes avec une jeune demoiselle, amie de sa sœur, et qui fut surpris par elle en flagrant délit. Malgré des antipathies de fortune et de position, il fallut conclure ce mariage. Ce jeune homme, qui avait été heureux amant, fut pendant six mois un impuissant époux. Le souvenir de l'émotion éprouvée quelque temps auparavant avait paralysé ses forces érectiles.

M. Desrivières. Montaigne raconte dans ses Essais une histoire de ce genre. Un de ses amis vint un jour se plaindre à lui de l'impuissance dans laquelle il se trouvait auprès d'une femme, bien qu'il eût souvent fait ses preuves avec d'autres. Montaigne voyant que l'imagination de son ami était frappée, et que là était la cause du mal, lui dit qu'il possédait une robe de chambre, véritable talisman dont il avait hérité de ses ancêtres, et qui avait la précieuse vertu de rendre propre au conflit amoureux celui qui en couvrait son lit. En même temps, il lui proposa d'en faire l'essai. Ce que l'ami ayant accepté, il s'en trouva bien.

M. Ségalas a eu plusieurs fois occasion d'observer l'impuissance ou plutôt la stérilité, mais presque toujours il lui a trouvé une cause anatomique dans l'état de l'urètre, et le plus souvent, c'était deux rétrécissements. Il arrive en effet dans ce cas que le sperme, au lieu d'être immédiatement lancé au dehors, reste entre le rétrécissement et les orifices des conduits éjaculateurs, et cela avec d'autant plus de facilité, que cet espace est ordinairement plus dilaté, et forme une espèce de cul-de-sac ou de réservoir. C'est seulement après que l'érection a cessé que le sperme s'écoule en bavant. En portant remède au rétrécissement, on fait disparaître en même temps l'infirmité qui en est la conséquence.

M. Toirac fait remarquer qu'il faut distinguer l'impuissance par défaut d'éjaculation, et l'impuissance par défaut d'érection, et que ce que vient de dire M. Ségalas se rapporte plutôt au premier de ces cas qu'au second.

M. Ségalas répond qu'il a vu également des malades privés de la faculté d'entrer en érection en même temps qu'ils étaient affectés de rétrécissements, et il cite l'exemple d'un malade qui était nul depuis deux ans, et qui vit cesser cet état après avoir été guéri d'un rétrécissement urétral.

J'ai vu encore, ajoute M. Ségalas, d'autres malades affectés d'impuissance sans avoir de rétrécissements, et qui ont cependant été guéris par l'application du nitrate d'argent. En portant ce caustique sur la partie profonde de l'urètre, on modifie la sensibilité de ce canal, de telle sorte que les érections redeviennent possibles. Mais cet heureux résultat ne s'obtient pas constamment. Je me rappelle un malade venu d'Amérique et qui se confia à moi après avoir essayé plusieurs traitements infructueux. « Si vous me guérissez, me dit-il, j'en serai très reconnaissant ; sinon, je sais ce qui me reste à faire. » Je mis en usage, chez ce malade, tous les moyens possibles pendant deux mois ; je fis de la médecine morale, le tout en vain. Au bout de ce temps il ne revint plus, et malgré les recherches que j'ai faites pour le découvrir, je n'ai pu y parvenir. Peut-être aura-t-il exécuté le projet de suicide que ses paroles m'avaient fait entrevoir.

M. Bréon rappelle qu'on a vu souvent des exemples d'impuissance sans altération de l'urètre, et due uniquement à une cause morale.

M. Desrivières. Je connais un professeur de l'université qui est séparé de sa femme par suite d'un fait de ce genre. Il avait épousé une sage-femme qui, se trouvant enceinte, avait voulu couvrir sa faute par un mariage. Pressée d'en venir à son but, elle provoqua si instamment, dès la première nuit des noces, l'accomplissement des devoirs conjugaux, que le mari, intimidé par le ton impérieux de cette femme, se trouva dans l'impossibilité de la satisfaire. Il en résulta une séparation.

M. Toirac dit que les faits de cette nature sont plus fréquents qu'on ne pense, mais qu'ils restent souvent ignorés. Il cite le suivant qui est à sa connaissance : Un homme, après avoir poursuivi long-temps et avec ardeur la possession d'une femme riche d'attraits, fut enfin assez favorisé par les circonstances pour se trouver avec elle dans la plus libre et la plus complète intimité ; mais il fut si ému en présence de ce bonheur ardemment souhaité, qu'il passa trois nuits avec celle qu'il aimait, sans pouvoir s'unir à elle.

— *M. Bénet* rapporte qu'il a été appelé dernièrement auprès d'une dame soignée jusqu'alors par un médecin fort âgé, auquel sans doute elle ne supposait pas une main assez sûre pour se laisser faire par lui l'opération que son état réclamait. En effet, cette dame portait une hydropisie considérable qui la menaçait de suffocation. La ponction ayant été résolue, M. Bénet la pratiqua suivant les règles ordinaires ; mais elle donna issue à un liquide trouble, semblable à de la thériaque délayée, et exhalant une odeur tout à fait stercorale. M. Bénet eut aussitôt l'idée que son instrument avait pénétré dans une anse intestinale, probablement par suite d'adhérences anormales dues à quelque péritonite antérieure. Néanmoins il se garda de manifester ses craintes. Il s'écoula environ douze pintes de liquide dont les six premières seulement offrirent les caractères indiqués, ceux-ci devenant ensuite moins sensibles à mesure que le liquide était évacué. Le ventre fut ensuite comprimé par un bandage de corps, et la malade mise à la diète. Il ne survint aucun symptôme de péritonite, aucun accident. Au bout de deux jours la malade réclamait des aliments ; elle sortit de sa chambre le troisième jour, et de son appartement le cinquième ; enfin aujourd'hui, dix-sept jours après l'opération, elle est dans un état parfait, et ne se doute nullement des craintes qu'elle a inspirées. M. Bénet demande ce qui a eu lieu dans ce cas. A-t-il blessé réellement une anse intestinale, comme il le pense ? ou bien est-ce seulement un kyste qu'il a vidé ?

M. Bréon rappelle que les kystes de l'ovaire sont quelquefois très fétides, et il en cite un exemple qu'il a observé il y a quelque temps.

M. Lagasquie. Plusieurs considérations me paraissent éloigner la supposition de la blessure de l'intestin : d'abord, une simple piqûre de l'intestin par la pointe d'un trocart ne pouvait pas laisser échapper une quantité de matières suffisante pour infecter la masse de liquide qui s'est écoulée ; en second lieu, l'absence totale d'accidents, qui ne se concevrait guère dans le cas où une anse intestinale aurait été lésée ; enfin, l'odeur du liquide est loin d'être une circonstance concluante en faveur de l'hydropisie en question. On sait que dans la paracentèse, le liquide évacué, tantôt est inodore, et tantôt offre de l'odeur ; celle-ci est due au voisinage des intestins, et se remarque dans la plupart des collections anormales qui avoisinent ces organes, elle se comprend donc sans qu'il soit nécessaire d'admettre leur perforation.

M. Bénet. Mais un kyste de l'ovaire peut-il contenir douze pintes de liquide ? De plus, ne proémine-t-il pas plus d'un côté du ventre que de l'autre ?

M. Bréon répond que ces kystes sont quelquefois susceptibles d'un développement considérable, et qu'alors ils donnent au ventre un volume uniforme. Il ajoute que la percussion doit indiquer si le point qu'on examine correspond à une collection de liquide ou à une portion d'intestin, et que ce moyen de diagnostic ne devra pas être négligé lorsque, comme cela est probable, le liquide se sera reproduit chez la malade de M. Bénet.

M. Ségalas. Il m'est arrivé de faire la ponction d'une hydrocèle, et d'obtenir une matière analogue à celle indiquée par M. Bénet. J'ai vu une autre fois un chirurgien très habile pratiquer la ponction hypogastrique dans le but de vider la vessie supposée pleine, et rencontrer l'intestin sous son instrument au lieu de la vessie. Il s'échappa en effet de l'incision, non de l'urine, mais des gaz ; une péritonite survint, et le malade succomba. A l'autopsie, je reconnus que l'intestin était réellement percé et que la vessie ne contenait pas une goutte d'urine : il y avait eu suppression et non rétention de ce liquide, et c'est là ce qui avait causé l'erreur. Dans tous les cas douteux de ce genre, la percussion est un précieux moyen de diagnostic. Malheureusement elle avait été négligée ici.

M. Bourrières rapporte qu'on lui a présenté, pour qu'il en fît l'examen, un liquide retiré à une dame par M. Velpeau, au moyen de la ponction abdominale. Ce liquide était gélatineux, sans odeur, trouble et semblable à de la thériaque délayée ou plutôt à de la térébenthine sale. Plusieurs praticiens avaient émis des avis différents au sujet de l'affection de cette dame ; celui de M. Velpeau était qu'on avait affaire à un kyste. La mort de la malade qui arriva trois mois après, permit de vérifier l'exactitude de ce dernier diagnostic.

— *M. Aubert-Roche* fait une communication dont voici le résumé :

Au mois de septembre 1841, j'ai donné lecture à l'Académie des sciences, d'un mémoire sur la réforme des quarantaines de la peste. M. le ministre du commerce, dans une lettre écrite à ce sujet, transmettait deux faits qui ont eu lieu à Malte, et qui, disait-il, seraient en opposition avec ceux que j'ai présentés, et renverseraient toutes mes conclusions.

Je me suis informé à Malte même, si la correspondance ministérielle était exacte ; des pièces officielles envoyées par le comité de santé de cette île, sur la demande du gouverneur-général, prouvent que l'administration française a été induite en erreur.

Le premier fait, qui s'est passé à bord d'un brick nommé le *Mabrouk Giorgina*, présente un cas fortement suspect de peste ; mais la patente de santé est fausse. Admis comme étant de peste, ce cas, qui a eu lieu le 24 juillet, ne peut pas être regardé comme n'ayant pas eu d'antécédents soit en mer, soit à terre. La lettre du médecin principal du lazaret, détruit la prétendue période d'incubation de seize jours, et démontre scientifiquement que parmi les malades de la traversée et les morts au lazaret des 13, 18 et 21 juillet, il y a des cas de peste ; par conséquent la peste était à bord avant l'arrivée. Du reste, ce fait tout entier doit être rejeté, et ne peut m'être opposé, la patente du bâtiment étant fausse et ne portant que 83 individus, tandis qu'il y en avait 87. Il pouvait y avoir 88 ou 89 passagers, et ces derniers d'excédent, être morts en route.

Le deuxième fait, appuyé sur un rapport officiel au comité de santé de Malte, et imprimé, prouve, contrairement aux allégations de la lettre ministérielle, que la peste était à bord avant l'arrivée du bâtiment au port de Malte ; que les pèlerins et le batelier ont pris la peste à bord dans le foyer d'infection ; que la période d'incubation a été de six jours et non de dix et demi ; enfin que les chiffres de la correspondance ministérielle ne concordent pas avec ceux du rapport officiel.

Soixante-cinq faits authentiques et une expérience de 125 ans prouvent que tout bâtiment qui a eu des attaques de peste au port d'arrivée, en a eu antécédemment en mer ; que si un foyer de peste existe à bord, la maladie se déclare huit jours au plus après le départ. Ces conclusions d'un premier mémoire étaient attaquées par la manière dont les deux faits avaient été présentés. Ils ont été arrangés ; ils sont erronés ; on cherchait à annihiler ceux que j'avais recueillis, ou du moins à jeter le doute dans les esprits, tandis qu'au contraire ces faits confirment les résultats et affermissent la base de la nouvelle organisation sanitaire que j'ai posée.

M. Lagasquie. La sincérité de M. Aubert m'est connue, je la respecte ; mais je ne sais pas jusqu'à quel point la correspondance sur laquelle il s'appuie serait plus digne de foi, plus authentique que celle du ministère.

M. Aubert. C'est imprimé à Malte, et signé d'un médecin de la santé de cette île.

M. Lagasquie. Et d'où émanent les documents contraires ?

M. Aubert. Sans doute des personnes intéressées. Je n'ai pas à le rechercher ici.

M. Lagasquie demande à ajouter quelques réflexions sur l'infection et la contagion. M. Aubert, dit-il, fait de l'agglomération l'unique cause du développement de la peste. Cette opinion me paraît hasardée. Sans doute l'agglomération des individus peut enfanter certaines affections. Ainsi, par exemple, on peut, pour ainsi dire, produire le typhus à volonté sur des vaisseaux. Mais en admettant que l'encombrement soit une circonstance favorable au développement de la peste, il n'en faut pas moins d'autres conditions encore pour la faire naître. Ainsi, comment se fait-il qu'on ne puisse pas produire la peste à bord, si le bâtiment ne vient pas d'un pays où la peste régnait ? Il y a une grande différence à établir entre infection et contagion. Pour moi, je ne comprends pas qu'on n'admette pas comme contagieuse une maladie qui est susceptible de se transmettre avec les mêmes caractères d'un corps à un ou plusieurs corps, soit directement, soit par l'intermédiaire d'autres corps.

M. Aubert. M. Lagasquie entraîne le débat sur le terrain scientifique ; or, je repousse ce terrain, parce que je connais la valeur des discussions scientifiques. Je ne veux considérer pour le moment que les faits et les conclusions qui en découlent relativement à la question des quarantaines.

M. Bénet. Il me semble que la question devrait être celle-ci : Quel est le maximum de la période d'incubation de la peste ?

M. Aubert. Huit jours à partir du départ. Ce n'est pas là, il est vrai, une réponse scientifique ; mais c'est ce qui résulte des faits.

M. Collomb. Mais cela est-il bien établi ? N'y a-t-il pas d'autres faits ?

M. Aubert. Les faits sont officiels ; ils émanent du gouvernement lui-même ; ils sont donc authentiques.

M. Ségalas présente à la Société l'appareil urinaire d'un enfant chez lequel une affection étrangère à la pierre avait cependant donné lieu aux symptômes de cette maladie. Cette observation a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 janvier dernier.

Le secrétaire-général, ENOUARN LOUIS.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

MALADIES RÉGNANTES.

Constitution médicale de l'hiver.

Nous avons rapporté successivement, dans une série d'articles, quelques exemples des maladies qui ont régné le plus généralement depuis le commencement de l'hiver. On aura remarqué, sans aucun doute, ce fait général que nous n'avions fait qu'énoncer en commençant l'histoire de ces maladies, et que leur énumération et leur description successives auront facilement mis en évidence; savoir, que les maladies qui ont dominé depuis le commencement de l'hiver ne sont point les maladies propres à cette saison, mais celles qui s'observent dans les saisons intermédiaires, dans l'automne et le printemps, et plus spécialement dans cette dernière.

En effet, quelles ont été ces maladies? On l'a vu; des fièvres éruptives principalement, quelques fièvres typhoïdes de forme plus particulièrement catarrhale, et dont quelques-unes ont été caractérisées par des tendances congestionnelles manifestes, et des localisations inflammatoires consécutives; quelques cas d'apoplexie; enfin des fièvres synoques, simples, sans localisation, durant un ou deux septenaires tout au plus, et se terminant par des sueurs critiques, ainsi qu'on en a pu voir quelques exemples dans les comptes-rendus cliniques des hôpitaux. Les phlegmasies, au contraire, les pneumonies, les pleurésies, ne se sont montrées que très rarement et d'une manière presque exceptionnelle, du moins relativement à leur proportion habituelle dans cette saison. Afin de rendre ce tableau plus complet, remontons plus haut et suivons les phases diverses et les transformations qu'ont subies les maladies régnantes depuis la fin de l'été dernier, de manière à les relier par leur ordre de succession aux maladies de cette dernière saison, et de mieux faire ressortir le rapport que nous voulons établir.

Dans le courant de l'été dernier, on se le rappelle, les fièvres typhoïdes dominaient dans une proportion considérable toutes les autres maladies, et elles sévissaient avec une intensité peu ordinaire. Elles offraient, indépendamment de leur gravité, les caractères particuliers qui nous les avaient fait assimiler aux fièvres habituelles des climats méridionaux. Ces mêmes caractères se retrouvant dans la plupart des autres maladies intercurrentes, l'analogie devenait plus complète; et enfin, en rapprochant cette circonstance de la température élevée, insolite sous le climat de Paris, il avait été aisé d'en déduire un rapport manifeste entre les maladies de cette époque et la constitution atmosphérique régnante, rapport exprimé par la physionomie particulière qu'imprimait à ces maladies l'influence de l'état atmosphérique. Ces conditions cessant vers le mois d'octobre environ, la fréquence des fièvres typhoïdes a été en décroissant, et bientôt elles ont paru s'arrêter pour faire place aux pneumonies, qui ont marqué le début de l'hiver. Mais celles-ci n'ont eu qu'une courte durée; à peine quelques cas de phlegmasie pulmonaire s'étaient-ils montrés, que les fièvres typhoïdes ont de nouveau repris leur cours; mais cette fois avec une physionomie toute différente, comme si elles eussent été modifiées par les conditions atmosphériques nouvelles survenues pendant ce court temps d'arrêt. En même temps que ce changement se manifestait dans l'expression morbide des maladies fébriles, surgissait une sorte d'épidémie d'érysipèles tout à fait analogue à celle que l'on observe annuellement et d'une manière presque régulière au printemps, épidémie qui a acquis un instant, dans quelques hôpitaux, une telle intensité, qu'il est devenu nécessaire de surseoir pendant quelque temps à toute opération. Puis sont survenues les fièvres éruptives, qui, jusqu'à ces derniers temps, ont montré une fréquence et une persistance tout à fait insolites. Or, quelles sont les influences auxquelles il est permis de rapporter ces manifestations morbides particulières et cette sorte d'interversion dans l'ordre habituel et la succession ordinairement si régulière des maladies? Ces influences ne paraîtront douteuses pour personne; elles ne sont pas moins évidentes que celles qui ont agi sur les maladies de l'été. En remontant à la cessation de l'influence épidémique de cette dernière saison, et suivant pas à pas depuis cette époque jusqu'au moment actuel les diverses phases atmosphériques, parallèlement aux transformations successives qu'ont subies les maladies, on trouverait un rapport presque constant entre les uns et les autres.

Aux chaleurs ardentes du mois d'août, prolongées jusques avant dans l'automne, succède l'invasion d'un froid intense pendant la première quinzaine de novembre. A cette première variation brusque correspondent la cessation momentanée des fièvres typhoïdes et l'invasion des premiers cas de pneumonies. Ces froids précoces, qui semblaient faire présager un hiver rude et prolongé, cessent bientôt et sont remplacés par une température douce, presque printanière, qui dure jusque vers la fin de janvier. La physionomie des maladies change de nouveau et on voit survenir cette série de phénomènes morbides caractérisés par une sorte de mouvement d'expansion périphérique dont l'ensemble rappelle plutôt le printemps que la saison actuelle. Ajoutons à cela que depuis une quinzaine de jours environ une troisième transformation semble s'opérer sous l'influence du temps froid et neigeux qui n'a fait en quelque sorte que paraître un instant, et que les pneumonies, les pleurésies et les rhumatismes tendent à leur tour à prendre le dessus.

Toutefois il ne faudrait pas croire que les maladies que nous venons d'assimiler aux maladies habituelles du printemps offrent avec celles-ci une analogie complète, qu'elles ont de tous points la même physionomie, les mêmes caractères, la même marche, la même terminaison. Loin de là, elles présentent toutes au contraire de certaines anomalies, des irrégularités qui ne tendent que mieux encore à faire ressortir le caractère particulier qu'elles empruntent aux conditions irrégulières anormales dans lesquelles elles se trouvent développées. Ainsi, par exemple, en les prenant les unes après les autres, les fièvres typhoïdes de cet hiver non-seulement ne ressemblent pas à celles qui ont régné pendant l'été, mais elles offrent en outre quelques particularités qui ne leur sont pas toujours communes. Elles sont généralement beaucoup moins graves; elles n'offrent ni la forme ataxique, ni la forme adynamique qui dominaient dans celles d'été; elles affectent plus généralement la forme commune ou catarrhale, quelquefois la forme inflammatoire. On remarque, en général, une tendance manifeste aux congestions et aux localisations inflammatoires; la congestion pulmonaire, si fréquente dans le cours de la fièvre typhoïde, a pris, dans un grand nombre de cas, la forme d'une pneumonie confirmée. Nous avons assez souvent constaté cette complication. Ces localisations inflammatoires se sont montrées quelquefois sur plusieurs organes à la fois; nous avons vu chez une femme morte au trentième jour de la fièvre typhoïde, une hépatisation grise du poumon, une arachnitis et une phlegmasie intestinale très-prononcée. Dans les cas beaucoup plus fréquents où la terminaison a été heureuse, ces phlegmasies intercurrentes ont beaucoup prolongé la maladie, et, bien qu'en général les phénomènes typhoïdes fussent peu intenses, la convalescence était généralement longue et difficile à établir. Nous avons vu un cas, très-simple d'ailleurs, dans lequel la maladie a paru se résoudre par une éruption critique, ce qui semblait rapprocher cette affection du type critique qui caractérise les fièvres éruptives dont la fréquence marche parallèlement à celle des affections typhoïdes.

Les maladies éruptives n'ont pas été moins remarquables par leur irrégularité et la gravité de leurs complications. On aura pu en juger, relativement aux varioles, par les exemples que nous avons rapportés (no 12). Les éruptions rubéoleuses, scarlatineuses, miliaires, en général très-confluentes, se sont montrées assez souvent compliquées sur un même sujet, de manière à rendre leur diagnostic parfois fort difficile, et d'autant plus difficile que la complication ne consistait pas seulement dans la simultanéité de deux ou trois sortes d'éruptions, mais aussi dans la coïncidence des symptômes généraux propres à chacune d'elles. La plupart de ces maladies érup-

---

FEUILLETON.

DE LA MÉDECINE EN FRANCE ET EN ITALIE.

Administrations, doctrines, pratiques; par le docteur Hippolyte COMBES, professeur d'hygiène et de médecine légale à Toulouse. Un vol. in-8o. Paris, J.-B. Baillière.

Plusieurs médecins qui ont visité l'Italie ont publié des recherches plus ou moins étendues sur l'état de la médecine au-delà des Alpes. Mais rien d'aussi complet que l'ouvrage de M. Combes n'avait encore paru. C'est en effet sous le triple rapport de l'administration, c'est-à-dire de la position civile officielle des médecins, de la hiérarchie qui les régit, de leurs droits et de leurs devoirs, de l'organisation à laquelle ils sont soumis dans les corps enseignants et dans leur pratique particulière; sous le rapport des doctrines, c'est-à-dire de l'état passé et actuel des sciences médicales en Italie; sous celui de la pratique, c'est-à-dire de la concordance de l'art avec la science, c'est sous tous ces points de vue que l'auteur a envisagé son vaste sujet, en comparant sur tous les points ce qui est en Italie, avec ce qui est France, discutant, appréciant et montrant les empreintes que les deux pays pourraient se faire mutuellement pour arriver à une organisation meilleure. La lecture de ce livre excite un vif intérêt; le travail de M. Combes devra être pris en sérieuse considération par quiconque s'occupera des modifications à apporter dans notre état de choses; car toutes les grandes questions qui divisent les esprits en France sur l'organisation médicale, y ont été traitées avec le plus grand soin. Nous reviendrons certainement sur cet ouvrage; en attendant, et pour montrer les divers genres d'intérêt qu'il offre au lecteur, nous en extrairons quelques passages pris au hasard.

« *Pratique civile en Lombardie.* — Le plan de l'organisation sanitaire administrative du royaume de Lombardie, repose sur la tête d'un conseiller proto-médecin; en sous ordre viennent de suite les médecins des délégations, les médecins des districts, les médecins municipaux et les médecins condotti.

» *Le conseiller proto-médecin*, égal en dignité aux autres conseillers officiels de l'Autriche, tient ses assises dans le palais même du gouvernement; il vote dans l'assemblée centrale présidée par le gouverneur et le conseiller aulique, même lorsqu'il s'agit des affaires des autres départements; seulement, une fois par semaine il soumet à celles-ci les objets intéressant la santé publique. Ses propositions, comme celles de chacun de ses collègues, sont, à la majorité des voix, rejetées, modifiées ou admises. Les ordres, émanant du cabinet du proto-médecin, appelé le *ministre de la santé publique*, deviennent exécutoires par le contre-seing du gouverneur. Celui-là préside à toutes les affaires qui touchent à l'administration économique et sanitaire des hôpitaux de la Lombardie; il maintient la règle et la discipline des études appartenant à l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie, et de l'art vétérinaire; il veille au service des maladies épidémiques et contagieuses, ainsi que des épizooties; enfin, il a dans ses attributions l'administration communale, en ce qui touche au personnel de l'art de guérir, les nominations, les promotions, les récompenses, les punitions, la police des cimetières, c'est à lui que se rattachent, en un mot, les garanties de la santé et du bien-être physique de la population.

Pour l'expédition des affaires, le proto-médecin dispose d'un secrétaire, d'un vice-secrétaire, d'un vétérinaire du gouvernement, et de plusieurs élèves ou praticiens; les deux premiers plus spécialement consacrés aux objets d'économie administrative, ne tenant pas au corps médical; le second, qui doit être docteur en médecine et en zooiatrie, s'occupe principalement des épizooties, de la vente des viandes, et de l'école royale vétérinaire; enfin, les élèves, ordinairement au nombre de trois, dont deux médecins, travaillent sous la dépendance immédiate du conseiller proto-médecin.

» Comme ses collègues, ce dernier jouit d'un traitement fixe de 2,500 à 3,000 florins (6,525 fr. à 7,830 fr.), sans compter des émoluments éventuels qui peuvent s'élever à 1,000 florins (1,303 fr.). Le secrétaire et le vice secrétaire sont payés comme ceux des autres ministères. Le vétérinaire a 1,500 fr. fixes, et 1,800 fr. pour frais de tournées, employés à visiter et à constater l'état des animaux domestiques des diverses provinces de la Lombardie. Quant aux élèves attachés sans appointements au proto-médecin pendant un certain temps, ils ont l'assurance d'être promus plus tard à un des emplois administratifs de l'art de guérir.

» Le territoire de la Lombardie, placé sous la direction du gouvernement milanais, se divise en neuf provinces, dont chacune possède dans sa ville principale *la royale délégation*, c'est-à-dire, la première autorité politique et administrative, destinée à veiller et à pourvoir aux intérêts des districts ou des communes dépendantes de sa juridiction.

Auprès de chaque délégation se trouve *un médecin de province*; il pourvoit dans les limites de ses attributions aux besoins de la santé publique; il informe le gouvernement de l'invasion des maladies contagieuses, épizootiques et épidémiques; il surveille le service du personnel, la tenue et l'économie des établissements destinés aux malades; dans les cas douteux, il en réfère au pouvoir central, qui seul a le droit de rendre des ordonnances. Autour de lui, mais dans un rang inférieur, siègent le *chirurgien de la province*, et un élève, qui forment la section médicale de la royale délégation de la province.

» Ce chirurgien, dépendant directement du médecin, possède le grade de docteur, obtenu dans l'institut de perfectionnement de Vienne. Sa charge consiste particulièrement à aider le médecin et à le suppléer en cas d'absence, lorsque ce dernier inspecte tour à tour et une fois l'an, tous les établissements publics, ainsi que toutes les pharmacies de la circonscription.

» Le médecin provincial, dont les honoraires fixes montent à 1,566 f., reçoit en outre 37 fr. par chaque pharmacie visitée, et le remboursement de sa dépense lorsqu'il se déplace à l'occasion de quelque épidémie. Le chirurgien est payé à raison de 400 florins (1,044 fr.) par an; l'élève exerce gratuitement, mais avec l'espoir d'un placement ou d'un avancement lucratif.

» Le médecin de district reçoit son titre par désignation. Choisi parmi le très grand nombre de ceux qu'on trouve répartis dans les subdivisions de chaque province appelées districts, sa fonction tend exclusivement à encourager et à pratiquer la vaccine dans les communes de son ressort. C'est à lui que l'on s'adresse encore de préférence quand il s'agit de cas urgents, d'examens publics ou d'ordres émanés de l'autorité supérieure. Les médecins de district, présentant le plus fort chiffre de vaccination opérées, reçoivent maintenant une récompense.

» Le *médico-chirurgien délégué* (condotto), choisi et nommé à la majorité des voix par les magistrats d'une ou plusieurs localités, sauf l'approbation de la royale délégation de la province, se voue particulièrement au service des pauvres des villages, bourgs, bourgades, etc., agglomérés sous la dénomination générale de communes, et compris dans le cercle de chaque district. Quoique sa fonction n'emporte que l'obligation d'assister et soigner principalement tous les malades pauvres de la circonscription qui le paie, il ne peut refuser ses secours aux autres habitants riches ou aisés, quand ceux ci le requièrent; en outre, il doit instruire la délégation provinciale de tous les faits médicaux dénotant un caractère épidémique, comme seraient une maladie observée sur sept où huit individus de la même commune, deux ou trois cas d'affections morbides semblables survenus dans la même maison, une mort extraordinaire; alors il fait connaître immédiatement aux autorités le nom et le prénom du décédé, avec les causes et les symptômes du mal, enfin à lui est dévolu le droit de signaler tous ceux qui exercent en contravention la médecine, la chirurgie et l'art des accouchements.

» Le salaire du médico-chirurgien *condotto* varie suivant l'étendue de la commune, le nombre des habitants pauvres et riches, la fertilité, et par suite la richesse de la contrée. On peut l'évaluer de 800 à 2,000, et à 2,600 fr. fixes, auxquels ont doit ajouter les profits éventuels provenant des cures, ou des opérations pratiquées sur des personnes non indigentes; ces profits en certains pays d'une population industrieuse et économe, donnent 4,000, 5,000 f. et plus.

» Dans beaucoup d'endroits, l'administration chirurgicale se montre séparée de l'administration médicale; et l'on y possède alors deux su-

tives ont en outre présenté cela de commun que, outre l'irrégularité fréquente de l'éruption, les solutions se faisaient souvent avec difficulté et que, plus d'une fois, les crises sont devenues funestes par suite de localisations brusques sur les viscères, le mouvement d'expansion excentrique ne s'effectuant pas avec assez d'énergie.

Enfin, si nous joignons à cette esquisse rapide quelques traits relatifs aux rhumatismes articulaires assez fréquents surtout dans cette dernière période et également remarquables par l'extrême facilité avec laquelle la maladie tend à se localiser dans le péricarde, nous aurons une caractéristique assez complète des maladies dominantes.

Quant au fait général que nous avons eu en vue de faire ressortir, sans doute il n'a pas cette constance, cette régularité que nous semblons lui prêter par une sorte d'exagération, afin de le rendre plus saillant et mieux appréciable à tous; nous ne tenons pas compte des irrégularités, des petites vicissitudes atmosphériques qui ont plus d'une fois interrompu la constance que nous prêtons à la température de cette saison, de même que des individualités morbides qui sont tout-à-fait indépendantes de l'influence atmosphérique et qui, suscitées soit par des causes accidentelles, soit par des dispositions particulières, sont naturellement soustraites à l'action climatérique et se manifestent indistinctement dans toutes les saisons. Mais en considérant les faits en masse et les choses dans leur plus grande généralité, ce rapport cessera de paraître exagéré ou purement conventionnel et restera trop évident pour qu'on en puisse contester la réalité. S'il est une circonstance qui démontre l'influence des constitutions atmosphériques sur le maladies des masses, mieux encore que cette régularité avec laquelle se succèdent annuellement avec leurs divers caractères spécifiques et leurs formes variées les maladies éruptives, les fièvres bilieuses, catarrhales, les diverses variétés de fièvres typhoïdes, les fièvres intermittentes, les phlegmasies, etc. Ce sont précisément ces anomalies, ces interversions dans l'ordre de temps et de succession de ces mêmes maladies, lorsque ces anomalies et ces interversions correspondent à des anomalies et des interversions relatives dans la constitution atmosphérique.

Ce fait, à ne le considérer que sous ce seul point de vue physiologique et étiologique, nous a paru assez important pour y insister quelque peu. Il nous resterait à soulever une question dont l'intérêt domine de beaucoup le point de vue sous lequel nous venons de considérer les maladies régnantes, nous voulons parler de l'influence de ces mêmes conditions sur les indications et le traitement de ces maladies; c'est ce que nous essayerons d'aborder dans un prochain article.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Considérations sur les grossesses gémellaires, à l'occasion de deux cas récents d'accouchements de jumeaux à la Clinique. — De la conduite de l'accoucheur dans l'accouchement de jumeaux. (Troisième et dernier article.)

L'accouchement de jumeaux ne diffère, le plus souvent, de l'accouchement simple, qu'en ce que la série des phénomènes qui précèdent l'expulsion du fœtus, dans celui-ci, se reproduit plusieurs fois successivement dans le premier, en sorte que l'accouchement multiple n'impose ordinairement à l'accoucheur d'autre obligation que celle de répéter, pour la naissance du second ou du troisième enfant, la surveillance et les soins qu'a réclamés la naissance de celui qui les a précédés. Néanmoins, la présence de plusieurs enfants dans la cavité utérine modifie, dans certains cas, la marche du travail, et devient parfois la cause de plusieurs accidens graves qu'il peut être nécessaire de prévenir ou de dissiper.

Parmi ces accidents, il en est un surtout dont l'accoucheur doit être préoccupé: la grossesse multiple se complique assez souvent d'une infiltration tantôt locale, et bornée, dans ce cas, aux extrémités abdominales et à la région inférieure du tronc, et tantôt presque générale. Cette complication n'existait chez aucune des deux femmes accouchées dans notre service; mais elle était portée à un haut degré chez deux de celles qui sont accouchées à l'hospice de la Maternité. Or, vous savez que cette lésion, quand elle est très prononcée, et surtout très étendue, constitue, chez les femmes enceintes, une des causes prédisposantes les plus graves de l'éclampsie; comme elle est proportionnellement beaucoup plus commune dans la grossesse multiple que dans la grossesse simple, l'éclampsie est aussi proportionnellement plus fréquente chez les femmes enceintes de plusieurs enfants que chez les autres; la prévision de cet accident justifiera, en conséquence, une surveillance toute particulière, soit vers la fin de la grossesse, soit surtout pendant le travail.

Les contractions utérines pendant la première période de l'accouchement gémellaire sont assez souvent faibles, séparées par de longs intervalles et insuffisantes. Cette circonstance a été signalée par un assez grand nombre d'accoucheurs comme un indice de la présence de plusieurs enfants dans la cavité utérine. Je ne l'ai pas mentionné à ce titre quand j'ai traité du diagnostic de la grossesse multiple, parce qu'il est trop évident qu'elle dépend de la distension exagérée de l'utérus, et qu'on l'observe toutes les fois que cette distension sera produite par quelque cause que ce soit; aussi la faiblesse et la lenteur des contractions utérines n'indiqueront-elles pas plus la présence de plusieurs enfants, que la présence d'une grande quantité de liquide dans la matrice. Mais si cet affaiblissement de la contractilité utérine n'a aucune importance séméïologique, elle n'en doit pas moins, sous un autre rapport, réclamer les soins de l'accoucheur. Il est possible, en effet, de rétablir, au moins en partie, la régularité et l'énergie des contractions utérines, et il suffit ordinairement, pour y parvenir, de replacer les parois de l'utérus dans des conditions de développement plus favorables à l'exercice de leur contractilité; ce résultat peut être presque toujours obtenu en rompant à propos les membranes du premier fœtus qui se présente, afin de provoquer l'écoulement d'une grande partie du liquide amniotique. Dans la plupart des cas on doit attendre, pour opérer cette rupture, que l'orifice utérin soit dilaté de cinq à six centimètres à peu près. Si cependant il est souple, dilatable, si les douleurs sont très languissantes, et si leur inefficacité fatigue évidemment la malade, on pourra rompre les membranes avant que l'orifice ait acquis les dimensions que j'ai indiquées, après s'être assuré toutefois que le fœtus présente l'une des extrémités de son grand diamètre.

Il arrive assez souvent aussi que dans la dernière période du travail, la naissance du premier jumeau se fait assez longtemps attendre, bien que les douleurs conservent leur régularité et leur force, que le bassin soit large et les parties molles favorablement disposées. La plupart des accoucheurs s'accordent à penser que l'insuffisance des contractions dans ces cas, résulte de ce qu'elles s'exercent sur le fœtus qui se présente le premier, par l'intermède de l'autre, et qu'elles perdent inévitablement une partie de leur énergie dans cette transmission indirecte. Cette explication me parait très rationnelle. On comprend que si, sous l'influence de cette cause, l'accouchement se prolonge au point de compromettre la santé de la mère ou celle de l'enfant, les secours de l'art deviendront nécessaires; ussi l'application du forceps lorsque la tête se présente, ou des efforts convenables d'extraction, lorsque l'extrémité pelvienne s'est engagée la première, seront naturellement indiqués plus souvent dans les accouchements de jumeaux que dans les accouchements simples.

Lorsque dans les premières périodes du travail, les signes que je vous ai précédemment exposés auront fait présumer une grossesse gémellaire, il importera, aussitôt après la naissance du premier enfant de s'assurer si ces présomptions sont fondées. L'examen de l'utérus à travers les parois abdominales et l'exploration de cet organe par le vagin, devront être immédiatement pratiqués. Je vous rappellerai que la présence d'une nouvelle poche des eaux et d'un corps mobile senti dans les membranes ne sauraient laisser le moindre doute sur ce point. Ce fait étant bien constaté, et l'enfant qui vient de naître ayant été séparé de sa mère, une ligature sera appliquée sur l'extrémité du cordon qui sort par la vulve et tient encore au placenta non encore extrait de cet enfant. Le but de cette précaution est d'empêcher que le fœtus encore renfermé dans le sein de sa mère perde du sang par les vaisseaux ombilicaux du premier né. Je vous ai dit cependant que même dans les cas où les placentas sont confondus les deux circulations étant indépendantes, il serait dès lors naturel de conclure que le passage du sang de l'un des fœtus dans le système vasculaire de l'autre ne peut avoir lieu. Cette proposition reste vraie, bien qu'elle semble en contradiction avec le conseil de lier l'extrémité placentaire du cordon du premier né, mais elle souffre quelques exceptions. Des anastomoses entre les deux systèmes vasculaires des jumeaux ont quelquefois lieu soit à la surface fœtale de la masse placentaire commune; soit un peu plus profondément dans son tissu, et c'est pour prévenir les dangers qui résulteraient de ces anastomoses possibles, que la précaution que je viens de recommander, à l'exemple de presque tous les accoucheurs, doit être prise dans tous les cas: elle sera ordinairement superflue, mais elle pourrait être utile, et à ce titre elle ne doit pas être négligée. La science possède aujourd'hui d'assez nombreux exemples de ces communications anormales.

Dans la plupart des cas, le même travail suffit à l'expulsion successive des fœtus, et leur naissance n'est le plus souvent séparée que par un espace de temps qui s'étend au plus à trois quarts d'heure. Ces naissances, cependant, peuvent être beaucoup plus rapprochées ou beaucoup plus éloignées l'une de l'autre; ainsi elles se succèdent parfois à quelques minutes, et d'autres fois à plusieurs jours et même à plusieurs semaines d'intervalle. Je vous rappellerai que la disposition des placentas a une grande influence sur la variété de ces résultats, et que les naissances de jumeaux, séparées par un long espace de temps, sont surtout observées dans les cas où l'indépendance complète des deux délivres rend possible l'exclusion isolée et complète de l'un des deux produits fécondés. Lorsque les contractions utérines suspendues, comme elles le sont en général après la naissance d'un premier jumeau, se réveillent assez promptement pour expulser le second, les soins de l'accoucheur peuvent se borner presque toujours à en attendre patiemment les effets. Cependant il n'est pas rare que les membranes du second fœtus, ne rencontrant aucun obstacle de la part des organes qui viennent d'être largement dilatés, pénètrent profondément, sans se rompre, dans l'excavation pelvienne et jusqu'à la vulve dont elles écartent les bords; dans ce cas il ne serait pas impossible que l'œuf fût expulsé tout entier, et, pour éviter qu'il en soit ainsi, il me paraît convenable de rompre les membranes, en profitant pour cela d'un moment de calme. Cette opération fort simple, comme vous le savez, est destinée à prévenir la déplétion trop rapide et

---

jets en exercice, chacun dans sa partie. Dans d'autres, à la première, se trouve annexé un service public d'accouchements, tenu par des sages-femmes approuvées, et qui pour 150, 300 ou 400 fr. par an, prêtent leur assistance aux femmes pauvres. Lorsqu'elles sont appelées par des personnes aisées, leur salaire se fixe d'après l'usage des localités. Enfin, quelques districts présentent une administration vétérinaire, réglée à peu près comme celle des accouchements.

» L'administration *médico-chirurgico obstétrique* a reçu, en général, une organisation différente, suivant qu'elle s'applique aux pauvres des villes ou à ceux des campagnes. Parmi les premiers, ceux qui ne peuvent être transportés au sein des hôpitaux, sont visités gratuitement dans leurs maisons par des praticiens, appelés *médecins de la couronne royale*, lesquels, comme les autres *condotti*, exercent chacun dans un quartier de la cité, et reçoivent un salaire sur le fond des hôpitaux.

» Le *médecin municipal* n'existe guère que dans les communes de première classe; il peut être considéré comme un autre médecin-*condotto*, mais destiné spécialement à veiller sur certaines affaires de l'édilité. Ainsi, à Milan, la direction générale de la police comprend dans son personnel un médecin chargé de la visite des filles publiques et des maisons de prostitution. Les tribunaux et les théâtres ont aussi leurs médecins ordinaires, lesquels exercent des fonctions déterminées par les besoins du service journalier. Certificats de maladies, constatation de délits, rapports et expertises; mais tous dépendent d'une manière très directe du gouvernement. »

Mais tout est contraste dans ce beau pays. A côté de cette organisation et qui donne au médecin une position officielle, une sorte de magistrature élevée dont rien de semblable ni d'analogue ne s'observe en France, voyez de quel appareil ridicule, de quelles formes surannées et stériles on entoure la réception des docteurs dans le duché de Modène:

« Le 5 juillet 1840, avaient lieu dans cette capitale (Modène), d'un duché moins étendu que certains départements de la France, la clôture de l'année classique, et l'admission de six élèves au grade de docteur en médecine. La réunion était présidée par un prêtre venu en voiture, reçu avec la plus grande distinction, annoncé par une musique bruyante, et exerçant, sous le titre de grand-chancelier, la première fonction de l'instruction publique. L'assemblée, quoique fermée au public, se présentait solennelle et nombreuse; mais cette mise en scène portait avec elle un caractère de gravité et d'étrangeté qui, en France, ramènerait nos souvenirs à cent ans en arrière de l'époque actuelle.

» Les candidats descendirent à la porte pour recevoir le grand-chancelier, revêtus d'un costume noir complété par le manteau de nos anciens bacheliers. Le président ayant pris place, désigna le professeur chargé du discours d'usage. Les dix récipiendaires se rangèrent autour de ce dernier, et en face de leurs juges.

» La tâche de chacun d'eux consistait seulement dans le développement oral d'un aphorisme d'Hippocrate; l'argumentation se bornait à la demande, suivie d'une réponse aussi brève que possible, et semblable, l'une et l'autre, à des leçons de catéchisme. Ici, pas de véritable discussion; mais, en revanche, des saluts, des compliments exagérés, des superlatifs officiels, donnés et reçus avec un admirable sang-froid, et imprimant à la cérémonie une physionomie tout à fait concentrée sur des formalités purement extérieures.

» Après cette épreuve, si on peut l'appeler ainsi, le chancelier demanda l'assentiment des professeurs, qui votèrent par acclamation. Lecture fut donnée de la loi conférant aux nouveaux élus le droit d'exercice. Le promoteur les revêtit des insignes professionnels, après leur avoir fait prêter successivement serment à genoux sur les Œuvres d'Hippocrate.

» Alors commença le discours de l'orateur désigné d'avance: ce fut, cette année, le professeur de botanique. Il parla en latin, et long-temps; ses raisonnements semblaient porter plutôt sur une question religieuse que sur des faits scientifiques. Tout le dix-huitième siècle et ses noms les plus illustres, Voltaire, Maupertuis, s'y trouvaient vivement attaqués et accusés de matérialisme, ainsi que la plupart de nos savants modernes, MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Dutrochet, Bory-de-Saint-Vincent, etc., etc. L'on y fulmina contre l'orgueil humain, mère de cette prétention de généraliser, de cette folie de synthèse, dont la France semblait atteinte, et l'on finit par une invocation à Dieu très haut et très puissant. Moins le préambule, tout cela tenait plus du sermon que de la dissertation philosophique. Au haut d'une chaire, cela eût sans doute paru utile et opportun; dans l'enceinte d'une université, au milieu des lauréats d'une faculté de médecine, c'était au moins un hors-d'œuvre.

» La cérémonie terminée, les clairons retentirent une seconde fois, et les dix nouveaux docteurs reconduisirent le grand chancelier à sa voiture. Comment ce fait peut-il se rattacher aux autres faits de notre temps? de l'hippocratisme pur et un sermon pour discours académique! Comment coordonner ces étranges choses avec le mouvement médical de l'Europe, si stationnaire qu'on le suppose en certains lieux? Tel est le problème que nous dénonçons à la France, ce pays où l'on suppose toujours la religion en lutte avec la science, dont on attaque les doctrines, mais dont on dévore les productions, même au fond du petit duché de Modène. »

Une partie tout à fait intéressante et originale de cet ouvrage, c'est l'appréciation des hommes éminents de l'Italie en médecine. Rasori, Tomasini, Buffalini, Giacomini, etc., sont le sujet d'autant d'articles où l'enseignement, les doctrines, la pratique et l'influence de ces hommes sont appréciés avec une hauteur de vues fort remarquable. Nous citerons ce que dit l'auteur de Panizza:

« Panizza, lors de notre visite à l'université de Pavie, ce fut lui d'abord qui frappa nos regards. Nous lui parlâmes sans le connaître, au sein même de son amphithéâtre, où il s'occupait à disséquer un fœtus; heureuse rencontre qui nous le montrait livré à ses occupations journalières, le scalpel à la main, dans une salle voisine de celle où l'on admire ses préparations.

» Le professeur Panizza a succédé à Scarpa dans l'enseignement comme dans la direction anatomique de la faculté de Pavie; il peut sans désavantage supporter, sous bien des rapports, la comparaison avec cet illustre chirurgien de la haute Italie.

» M. Panizza, homme de cinquante ans environ, ancien médecin militaire attaché à l'armée impériale française, avec laquelle il participa à la campagne de Russie, doué d'une très grande activité physique, aime passionnément la science qu'il cultive; personne n'en parle avec plus d'action, d'enthousiasme et de reconnaissance. Il sait le rang important accordé aux études anatomiques dans les facultés de France, et il applaudirait si des réglements nouveaux obligeaient les élèves de Pavie à disséquer pendant plus d'une année, limite accoutumée des prescriptions universitaires en Lombardie. Cela n'empêche pas ceux qui veulent continuer les investigations cadavériques de s'y adonner en dehors des cours ordinaires des facultés.

» M. Panizza jouit d'une grande considération en Italie; elle n'a peut-être pas d'égale dans sa spécialité, et l'on y place sa valeur morale au niveau de sa renommée scientifique.

» De remarquables recherches d'ophthalmologie commencèrent à en jeter les fondements. Ses observations anatomico-chirurgicales sur le fongus médullaire de l'œil et sur l'opération de la cataracte par dépression, devenues classiques dans l'Allemagne, ont obtenu dans ce dernier pays les honneurs de la traduction.

» En France, M. Panizza a plus particulièrement fixé l'attention par ses recherches sur l'organe génital mâle, ouvrage auquel l'Académie des sciences de Paris accorda le prix Monthyon, et qui renferme des détails nouveaux sur les corps caverneux du pénis du chien, la découverte des vaisseaux lymphatiques des glandes, et la meilleure démonstration de tout le système lymphatique des parties génitales du mâle.

» On doit encore au professeur Panizza la découverte du cœur biloculaire du *crocodilus lucius*, d'autres expériences sur les lymphatiques des reptiles sauriens, ophidiens et batraciens, ainsi que sur les fonctions de l'innervation, ce qui l'a amené à désigner le véritable nerf du goût.

» Ces diverses propositions de physiologie humaine et comparée se trouvent confirmées par des injections encore plus belles que celles de Mascagni. Elles se lient à des pièces que les hommes de l'art appellent admirables, et qui concentrent un profond intérêt sur M. Panizza, ainsi que sur le cabinet de Pavie. »

dangereuse de l'utérus, et à rendre en conséquence à ce second acte de la parturition sa gradation naturelle; l'un des accidents les plus sérieux auxquels expose malheureusement l'accouchement gémellaire (l'hémorrhagie) vous fera mieux sentir tout à l'heure l'utilité de cette précaution.

Si la conduite de l'accoucheur est en quelque sorte toute tracée dans les cas où les naissances se succèdent à un court intervalle, il n'en est plus de même lorsque les douleurs restent long-temps suspendues après la naissance du premier enfant, et quand il n'est pas possible de prévoir le moment où elles se réveilleront; les prescriptions de nos auteurs classiques sont, pour ce cas, si différentes ou si peu précises, qu'elles peuvent laisser un jeune praticien très indécis. La plupart des anciens accoucheurs conseillaient de rompre les membranes aussitôt après la naissance du premier enfant; les uns, pour rendre plus prompte l'expulsion du second, qu'ils abandonnaient d'ailleurs aux efforts naturels; les autres pour l'extraire immédiatement par les pieds. Plus confiants dans les ressources de l'organisme, d'autres ont enseigné que la naissance du second enfant ne devait être provoquée qu'après un certain temps durant lequel il fallait attendre le retour des efforts naturels; mais d'accord sur ce point, ils ont exprimé sur les limites de cette temporisation des opinions très différentes. Ainsi Burns veut qu'après un quart d'heure si des douleurs efficaces ne se sont pas déclarées, on rompe les membranes et qu'on procède à la version du fœtus; Gooch conseille de ne pratiquer cette opération que deux heures après l'écoulement des eaux, et Denman, de n'intervenir que quatre heures après la naissance du premier enfant; M. Busch étend ce délai jusqu'à deux jours et même plus; Gardien me semble l'étendre davantage encore, pour certains cas du moins, lorsqu'il dit qu'il ne voit pas, tant qu'il n'existe aucun accident et que la matrice ne fait aucun effort pour s'en délivrer, pourquoi on provoquerait la naissance du second enfant; enfin, M. Velpeau exprime sans doute la même opinion que Gardien, quand il conseille, après avoir sollicité les contractions utérines par tous les moyens convenables, de s'en rapporter au temps.

Ce qui doit frapper dans cette diversité de conseils appliqués à des circonstances exceptionnelles sans doute, mais qui ne sont pas rares dans la pratique, c'est qu'ils ont été donnés par des hommes d'un mérite incontestable, d'où il serait permis de conclure que le choix entre ces diverses prescriptions n'a pas, dans la plupart des cas, une très grande importance. Je crois cependant que la raison et l'expérience indiquent une règle de conduite préférable à toute autre. Vous n'avez pas oublié que dans les sept huitièmes des accouchements gémellaires il s'écoule à peine une heure sans que les douleurs suspendues après la naissance du premier enfant se renouvellent pour l'expulsion du second. Cet espace de temps me paraît en conséquence représenter les limites ordinaires de la temporisation; c'est donc après une heure au plus de calme que les membranes devront être rompues artificiellement; mais comme il est désirable que cette opération ne soit pratiquée que quand les contractions utérines se sont ranimées, je crois qu'il est nécessaire d'employer préalablement tous les moyens propres à obtenir ce résultat, et parmi ceux-ci l'ergot de seigle doit être placé au premier rang. Quelques accoucheurs conseillent d'appliquer sur l'abdomen un bandage modérément serré aussitôt après la naissance du premier enfant; je suis très disposé à approuver cette compression modérée, bien que je sois loin de la croire indispensable.

Si l'on n'a pas réussi à réveiller les contractions utérines; il n'en faudra pas moins, après l'expiration du délai que j'ai indiqué, se décider à la rupture des membranes; le temps qui se sera écoulé depuis l'expulsion du premier jumeau suffira pour que la rétraction de l'utérus s'exerce avec une énergie capable de soustraire l'accouchée au danger de l'inertie utérine et de l'hémorrhagie qui en pourrait être la conséquence. Un plus long retard entretiendrait presque toujours une inquiétude assez vive et il n'aurait pas d'objet. Sans aucun doute il serait préférable de ne rompre les membranes qu'après le retour spontané ou provoqué des douleurs expulsives; mais d'une part, cette rupture elle-même en provoque assez souvent la manifestation pour que l'expulsion du second enfant leur soit abandonnée; et d'un autre côté s'il n'en est pas ainsi, l'intervention de l'art qui leur sera substituée ne rencontre presque jamais dans un accouchement double, après la naissance d'un premier enfant, les difficultés qui peuvent la rendre pénible et périlleuse dans un accouchement simple.

On a dit qu'une plus longue temporisation et l'abandon complet de l'accouchement aux efforts naturels, pouvait avoir l'avantage de donner à un second enfant le temps de se développer davantage et de ne paraître au jour qu'après avoir acquis à un plus haut degré les conditions organiques nécessaires à l'entretien de la vie extérieure. Je n'ai aucune raison pour désapprouver cette idée qui peut s'étayer de l'observation de certains faits très curieux que je vous ai rappelés; mais il me semble que les cas auxquels elle pourra s'appliquer devront être fort rares; en effet, cette prolongation de la grossesse ne saurait être espérée que quand les annexes du fœtus sont distinctes, quand celles du premier né ont été expulsées avant la rupture des membranes de celui qui reste à naître, enfin quand les douleurs se sont complétement suspendues; et encore, en admettant même ces dispositions favorables, le but qu'on se propose sera sans doute bien rarement atteint. Je pense néanmoins que si ce dernier conseil est applicable, il l'est surtout aux cas d'expulsion prématurée de l'un des fœtus. Dans les circonstances ordinaires, c'est-à-dire quand la naissance du premier enfant n'est pas suivie de l'expulsion de ses annexes et quand il y a toute raison de croire que les placentas sont réunis, la règle de conduite que j'ai précédemment tracée doit être suivie.

Après la naissance d'un premier enfant dans une situation favorable, il n'est pas rare que le second s'engage dans une présentation vicieuse. La version sur les pieds sera nécessaire alors comme elle le serait dans tout autre accouchement, et si les contractions ne se sont pas interrompues on y procèdera sans retard; dans le cas, au contraire, où elles auraient cessé, on en attendrait le retour ou on le provoquerait avant de rien entreprendre; et si cependant, malgré ces sollicitations, la suspension se prolongeait au-delà d'une heure, il faudrait rompre les membranes et exécuter la version, à moins qu'on ne crût être dans une de ces circonstances exceptionnelles que j'ai caractérisées tout à l'heure, et qui permettraient d'espérer la prolongation de la grossesse. Si l'on pratique la version et l'extraction du fœtus, il importe beaucoup de ne pas oublier que la déplétion de l'utérus doit être très graduelle; quelques accoucheurs conseillent même, pour qu'elle le soit plus sûrement, d'abandonner l'expulsion du tronc aux efforts naturels, quand les pieds ont été amenés jusqu'à la vulve.

En général, les membranes du fœtus qui doit naître le second ne se rompent qu'après la naissance du premier; néanmoins, il n'en est pas toujours ainsi; quelquefois les deux sacs membraneux se rompent presque en même temps, et il n'est pas impossible alors que les deux fœtus descendent ensemble dans l'excavation pelvienne; c'est surtout l'engagement simultané des extrémités abdominales, et la crainte de les confondre et d'exercer sur ces parties des tractions inopportunes, qui a préoccupé les anciens accoucheurs. Ce danger est assurément imaginaire. Il n'est pas impossible, sans doute, que les pieds des deux enfants se présentent à la fois dans le vagin ou à la vulve, mais la possibilité d'introduire la main toute entière dans les voies génitales, de suivre les membres engagés et d'atteindre le tronc auquel chacun de ces membres appartient, ne permettra jamais à un praticien attentif les méprises et les manœuvres dangereuses que l'on a redoutées. Il en est de même d'une complication en apparence beaucoup plus grave, et dont un exemple vous donnera une idée exacte. Le docteur Clough rapporte qu'il fut appelé par une sage-femme pour un accouchement de jumeaux dans les circonstances suivantes: la tête de l'un des fœtus et les pieds de l'autre étaient descendus à la fois dans l'excavation du bassin; le travail avait marché lentement, et quand le docteur Clough arriva, les pieds et le tronc de l'un des fœtus avaient franchi la vulve, et les bras, également sortis, étaient placés sur les côtés du tronc; il dégagea les épaules; mais, éprouvant alors quelques difficultés, il reconnut, après un examen attentif, que la tête du second enfant et celle du premier se trouvaient ensemble dans l'excavation; cependant les contractions utérines parvinrent à expulser la tête du second enfant, qui était la plus rapprochée de la vulve, et celle du premier fut extraite ensuite facilement; les deux enfants étaient morts; la mère se rétablit. Dans un cas à peu près semblable, publié par Esnaux, de Dijon, il appliqua le forceps sur la tête du second enfant, et après avoir fait relever le tronc de l'autre vers les pubis, et il termina ainsi l'accouchement. Quand, dans un cas de ce genre, les contractions seront faibles, séparées par de longs intervalles et paraîtront insuffisantes, il conviendra sans aucun doute de suivre l'exemple donné par Esnaux; cependant il ne faut pas oublier que dans ces cas, inextricables en apparence, les efforts naturels ont le plus souvent suffi, ainsi que le prouvent des faits publiés par MM. Fergusson, Alexandre et Allan, et celui du docteur Clough, que j'ai rappelé précédemment.

L'on ne doit s'occuper de la délivrance dans le cas de jumeaux qu'après la naissance du dernier, à moins que les annexes du premier né, spontanément détachées de l'utérus, ne viennent se présenter dans le vagin avant la rupture des membranes ou l'expulsion du dernier enfant. L'union très commune des placentas, le développement de l'utérus et la persistance d'une circulation encore très active dans les parois de cet organe lorsqu'il contient encore un ou plusieurs fœtus, expliquent assez les conséquences fâcheuses qui pourraient résulter d'un décollement prématuré et incomplet du délivre; vous comprenez, en effet, qu'une hémorrhagie serait surtout à craindre. On ne doit donc aider l'expulsion des placentas que quand ils restent seuls dans la cavité utérine; encore convient-il que cette intervention de l'art soit un peu plus tardive que dans les circonstances ordinaires.

Vous savez que la rétraction de la matrice, si nécessaire pour prévenir les pertes utérines, est d'autant plus énergique et régulière que la déplétion de cet organe a été plus lente et plus graduelle, et que les différents actes par lesquels elle s'accomplit se sont, en conséquence, moins rapidement succédés. Quelques accoucheurs se fondant sans doute sur cette considération, ont conseillé d'attendre plusieurs heures après la naissance du dernier enfant; un aussi long délai ne me paraît applicable qu'aux cas assez rares où, dans cet espace de temps, les contractions utérines ne se seraient pas ranimées, et où le décollement des délivres n'aurait pas eu lieu; mais je le crois inutile dans les autres, et ce sont les plus communs. Vous avez remarqué qu'il s'est écoulé moins d'une heure entre la naissance du second enfant et la délivrance, dans les deux cas qui se sont offerts à votre observtion; il en a été de même chez les femmes accouchées à la Maternité, et il en sera généralement ainsi sans aucun inconvénient. Toutefois, si l'état apparent de l'utérus faisait craindre une rétraction insuffisante de ses parois après la délivrance, il serait prudent de provoquer d'abord cette rétraction par les moyens ordinaires, et de donner même quelques doses de seigle ergoté avant d'extraire les délivres.

Afin d'entraîner ces organes au dehors, on exerce des tractions sur l'un ou sur l'autre des cordons ombilicaux ou sur les deux à la fois; il m'a paru que les tractions exercées sur le cordon du dernier né étaient ordinairement plus fructueuses, et qu'elles l'étaient beaucoup moins, au contraire, quand on les exerçait sur les deux cordons simultanément. Au reste, quelques essais décident bientôt cette question pour chaque cas en particulier; aussi je n'y insiste pas davantage.

Il est à peine nécessaire de vous dire, avant de terminer, que les règles de conduite que je viens d'exposer s'appliquent seulement aux cas d'accouchement gémellaire exempts de toute complication capable de compromettre promptement la santé, ou même la vie de l'enfant ou de la mère; il est trop évident, en effet, que des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie, des convulsions, l'issue prématurée du cordon ombilical, réclameront les mêmes secours que s'ils survenaient dans un accouchement simple.

Vous avez dû être frappés, dans le cours de ces leçons, des dangers particuliers auxquels exposent les accouchements gémellaires; les convulsions, l'hémorrhagie utérine, les présentations vicieuses des fœtus sont incontestablement plus fréquentes dans ces accouchements que dans les autres, et j'ajouterai que cette impression plus ou moins profonde que la parturition produit sur l'organisme et dont je vous ai plusieurs fois entretenus, enfin ce choc nerveux (*nervous shock*), comme l'ont appelé quelques accoucheurs anglais, est ordinairement plus sérieux après l'accouchement de jumeaux; vous comprendrez dès lors que les suites de cet accouchement soient généralement plus graves que celles des accouchements ordinaires, et vous ne serez pas surpris que des statistiques faites avec soin établissent une mortalité de 1 sur 20 chez les femmes accouchées de plusieurs enfants, là où elle n'est que de 1 sur 90 après les accouchements simples: c'est assez dire que les grossesses multiples doivent être, dans l'exercice de notre art, l'objet d'une préoccupation et d'une surveillance toutes particulières.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Péricardite pseudo-membraneuse rhumatismale. Considérations sur l'anémie qui se manifeste à la suite de cette affection. Distinction entre l'état lpiothymique phlegmasique et l'état lipothymique anémique.

Une femme est entrée dans les salles affectée d'une phlegmasie pseudo-membraneuse des péricardes avec épanchement, développée à la suite d'un rhumatisme articulaire. Elle éprouvait de vives douleurs à la région précordiale, une anxiété extrême, une fièvre intense avec du délire, et tous les symptômes locaux qui caractérisent cette affection. Nous avons obéi aux indications les plus urgentes, en appliquant des sinapismes aux extrémités inférieures, et des ventouses à la région précordiale, afin de combattre en même temps l'état local, et de provoquer une localisation de la maladie sur un point éloigné. Dès le lendemain le délire était tombé, la fièvre avait presque cessé, et l'épanchement était sensiblement diminué.

Ce fait a fourni à M. Tessier l'occasion de développer quelques considérations pratiques importantes sur cette maladie. « Cette phlegmasie du péricarde, dit-il, est une des formes du rhumatisme, plutôt qu'une localisation de cette maladie. Ces phlegmasies qui consistent dans la formation de pseudo-membranes en forme de mousse dans le péricarde, ce qui leur a fait donner le nom de cœur pileux ou velu, sont ordinairement très graves. Elles se terminent souvent par la mort, tantôt d'une manière rapide, d'autrefois après avoir suivi une marche lente et chronique. Dans les cas plus heureux elles se terminent par résolution. Lorsque la terminaison a lieu par la mort, elle est précédée d'une douleur très vive, d'un trouble considérable dans la fonction du cœur, de syncopes, de lipothymies réitérées, ou d'asphyxie lorsqu'elles s'accompagnent d'un épanchement abondant.

Le traitement de ces affections peut quelquefois devenir très embarrassant. On voit dans quelques circonstances un certain nombre de ces rhumatismes tomber dans l'état anémique pendant même que la péricardite paraît diminuer. Si l'on ne fait attention à cette dernière circonstance, on peut croire que ce symptôme dépend d'une aggravation de l'inflammation; si dans les cas pareils, partant de cette idée, on recourait au traitement antiphlogistique, on s'exposerait à commettre une erreur grave, d'autant plus grave, qu'on n'aurait affaire en réalité qu'à une anémie qui indiquerait l'usage des toniques, et qui, traitée par les antiphlogistiques, ferait promptement tomber les malades dans un état lipothymique. Ceci nous rappelle un cas dans lequel M. Récamier avait diagnostiqué cet état anémique chez un malade qui avait tous les symptômes d'une péricardite. Le pouls battait 180 fois par minute; mais le pouls était si petit, que c'était plutôt une sorte de vibration de l'artère, que de véritables pulsations. Les médecins qui traitaient le malade crurent devoir, à raison de cette fréquence du pouls, insister sur les antiphlogistiques, qui furent employés avec énergie. Les évacuations sanguines furent suivies d'une amélioration momentanée qui semblait au premier abord donner gain de cause aux antiphlogistiques; mais peu de temps après on vit reparaître les mêmes symptômes avec une anxiété extrême et des syncopes à chaque instant imminentes. M. Récamier, appelé en consultation, ausculta le malade, et il reconnut que les deux bruits du cœur étaient très clairs, d'où il conclut qu'il n'y avait point là retour de l'inflammation, mais le résultat de la vacuité des vaisseaux, une véritable anémie. Il conseilla, en conséquence, l'administration des toniques; ce qui fut accepté, et le malade ne tarda pas à se rétablir.

J'ai vu moi-même, ajoute M. Tessier, un cas semblable, et dans lequel j'ai obtenu le même résultat. Il s'agissait d'un malade que je voyais en ville avec un autre médecin. Nous avions constaté tous les symptômes évidents d'une péricardite avec épanchement. Le pouls était de 160 à 180, et d'une irrégularité extrême. On avait recouru aux antiphlogistiques qui avaient eu pour effet la disparition de l'épanchement, et la cessation presque complète de la douleur. Mais à cela près, l'état du malade était toujours le même; même irrégularité du pouls, même anxiété. Nous explorâmes de nouveau le malade, et nous constatâmes une diminution notable de la matité, et une grande clarté des bruits du cœur. Je fis alors, d'accord avec le médecin consultant, l'expérience suivante:

je donnai du vin sucré; la fréquence du pouls diminua presque immédiatement d'une manière remarquable; de 180 pulsations qu'il battait auparavant, il tomba à 50.

C'est donc là un point de pratique d'une haute importance. Pour éviter une confusion qui pourrait quelquefois devenir funeste, il faut surtout s'attacher à distinguer deux états qui, au premier aspect, ont une grande ressemblance, et qui cependant diffèrent essentiellement l'un de l'autre, l'état lipothymique inflammatoire et l'état lipothymique anémique. Ce dernier se reconnaît spécialement à l'irrégularité et à la dépressibilité du pouls, au refroidissement de la peau, aux sueurs froides et à une grande disposition à la syncope.

On trouve dans les vieux traités sur la goutte, des faits très importants qui ont trait au sujet qui nous occupe. Lorsque le rhumatisme goutteux, disent les auteurs, remonte des jointures au cœur, il n'y a pas un instant à perdre; il faut immédiatement appliquer des sinapismes aux cuisses. Cette indication existait chez la malade qui fait l'objet de ces réflexions; aussi n'avons-nous pas hésité à la remplir immédiatement, ainsi que nous l'avons dit en commençant, par l'application des sinapismes aux extrémités et des ventouses sur la région précordiale. A partir de ce moment, l'amélioration a été manifeste; l'épanchement a diminué; la fièvre et le délire sont tombés; le pouls a notablement baissé, et l'anxiété extrême qu'éprouvait la malade a presque aussitôt cessé. Il ne restera plus qu'à surveiller maintenant l'état de cette malade, à prévenir les localisations nouvelles qui pourraient s'établir dans les grandes séreuses. Les purgatifs et les diaphorétiques rempliront ce but.

Rhumatisme articulaire. De la durée et des périodes du rhumatisme.

Au n° 15 de la salle Sainte-Madeleine est couché un jeune homme d'une apparence chétive, grêle, nerveux, cependant pas mal constitué, travaillant habituellement dans un lieu bas et humide. A son entrée à l'hôpital, il était affecté d'un rhumatisme articulaire datant de huit jours; il fut mis à l'usage des boissons nitrées. Dès le deuxième jour nous l'avons trouvé dans une apyrexie complète, n'éprouvant plus aucune douleur et en pleine convalescence.

Voilà un exemple d'un rhumatisme n'ayant duré qu'un septenaire et demi. Il existe de très grandes différences à l'égard de la durée du rhumatisme; d'où l'inutilité de la statistique, et l'impossibilité d'établir une moyenne sur laquelle on puisse fonder les chances du traitement. Il n'est pas sans intérêt de rechercher la durée des diverses périodes de cette affection. Quelquefois une première attaque ne dure qu'un septenaire ou deux, après quoi la maladie ne se reproduit plus. D'autres fois, après qu'une première attaque a eu une courte durée, il se manifeste de nouvelles attaques qui se reproduisent à de certains intervalles plus ou moins éloignés. Dans d'autres cas, la première attaque dure trois, six mois, un an. D'autres fois enfin, la première attaque dure et persiste durant toute la vie.

La circonstance de l'hérédité a une grande influence sur la durée et la marche du rhumatisme. Le rhumatisme héréditaire est généralement beaucoup plus intense et beaucoup plus grave que le rhumatisme accidentel ou acquis; il se distingue surtout de ce dernier par la facilité avec laquelle il tend à se localiser sur les grandes séreuses. Le rhumatisme léger et de courte période, au contraire, offre rarement ces localisations. C'est une circonstance dont il est important de tenir compte dans la pratique, et qui est d'une grande valeur pour le pronostic. Aussi est-ce un renseignement qu'on ne doit jamais manquer de prendre auprès des malades affectés de rhumatisme, et qui doit influer sur le traitement lui-même comme sur le pronostic.

Fièvre typhoïde légère ayant duré deux septenaires. Eruption critique lenticulaire sur la région dorsale.

Au n° 9 bis de la même salle, est un malade affecté d'une fièvre typhoïde de forme légère. Il est entré en convalescence le quatorzième jour. La convalescence dure depuis douze jours. Le malade ayant accusé ce matin, à la visite, une douleur dans le dos, nous avons examiné cette région, et nous l'avons trouvée couverte d'une éruption très abondante de taches lenticulaires, analogues à celles que l'on trouve assez souvent sur le ventre et sur la poitrine pendant la première période de la maladie. Ce même malade a offert cette éruption sur la poitrine au début. Cette éruption est une crise secondaire; elle caractérise cette transition de la convalescence pendant laquelle il se manifeste encore quelques symptômes morbides, ce qui arrive lorsque la maladie n'a duré qu'un septenaire, ce qui est rare, ou deux, ce qui est beaucoup plus commun. Il se manifeste alors quelquefois des accidents très graves. C'est pendant le cours de cette période que surviennent dans quelques cas les perforations intestinales auxquelles les malades succombent brusquement, alors qu'on les croyait en pleine voie de guérison. Cette crise par une éruption est un phénomène très rare, soit que ces éruptions, ne déterminant aucune sensation pénible, échappent à l'attention du malade et par conséquent aussi à celle du médecin, soit qu'en réalité elles ne se montrent que dans des cas tout à fait exceptionnels. Pour notre compte, c'est la première fois que nous observons une crise de ce genre.

Scarlatine. — Considérations sur le type critique des fièvres éruptives.

Un malade entré à l'hôpital le quatrième jour d'une éruption scarlatineuse très confluente (1), nous a offert ce contraste remarquable d'une apyrexie complète avec une éruption des plus abondantes qu'on puisse rencontrer. Le malade avait eu une fièvre très intense avant l'apparition de l'éruption, et cette fièvre était tombée complétement le jour même où celle-ci s'est montrée.

La première conséquence à déduire de ce fait, dit M. Tessier, c'est que la scarlatine n'est point une inflammation, une phlegmasie de la peau, comme on a cherché à l'insinuer dans le temps. On objectera peut-être à cela que la plupart des phlegmasies sont, comme la scarlatine, précédées d'un accès fébrile; que dans la pleurésie, par exemple, il y a un frisson suivi d'une réaction fébrile, puis le lendemain seulement ou deux jours après, un point de côté, etc. Oui, sans doute; mais la fièvre tombe-t-elle? Non. On pourra dire encore que la phlegmasie cutanée est en général si bénigne dans la scarlatine, qu'elle n'est point susceptible de déterminer de la fièvre. Mais chez ce malade, nous voyons une éruption des plus confluentes et le plus haut degré d'intensité possible de ce qu'on appelle une phlegmasie, et cependant pas la moindre réaction fébrile. D'ailleurs, quant à ce qu'il en est de cette comparaison des phlegmasies avec les fièvres éruptives, elle serait fautive sous plus d'un rapport.

Dans le premier cas, le début a lieu tantôt par la fièvre, d'autres fois par la phlegmasie, la fièvre ne survenant que consécutivement. Remarquez, au contraire, que la marche, l'invasion et la succession des périodes sont constamment les mêmes dans les éruptions, au point qu'elles ont été prises pour le type des fièvres ou des maladies à type critique. Elles présentent en effet, d'une manière constante et régulière, deux époques de mouvement fébrile coupées par une crise qui est l'éruption. Fièvre de début, éruption, puis fièvre secondaire, telle est la marche des maladies éruptives en général, surtout celle de la variole, de la scarlatine quelquefois. On ne saurait rapprocher ce type critique des fièvres éruptives du type rémittent ou intermittent. Ici cette crise a lieu avec un intervalle apyrétique dont la durée est de trois ou quatre jours, un demi-septenaire; tandis que l'intermittence et la rémittence n'ont jamais un intervalle aussi long.

L'importance de ces types est si grande, que c'est sur leur considération que reposent principalement les indications thérapeutiques. Si l'on a affaire à une pneumonie intermittente, traitera-t-on la phlegmasie? Non; on traitera l'intermittence. Le type est là le point capital.

Pour revenir aux éruptions cutanées, dira-t-on encore qu'il en est des phlegmasies cutanées comme de certains asthmes qui peuvent avoir lieu avec ou sans inflammation; mais ce serait encore là une analogie sans fondement, et qui ne tendrait qu'à brouiller sans aucun motif les cadres nosologiques naturels. On n'a d'ailleurs qu'à se rappeler les fâcheux résultats plus d'une fois constatés de l'application du traitement des phlegmasies aux fièvres éruptives, pour se convaincre qu'il n'existe entre ces deux ordres d'affection aucune espèce d'identité. Qu'on ne l'oublie donc pas, le caractère fondamental des éruptions est le type critique. Ce type doit être pris en considération au même titre que le type intermittent pour certaines fièvres, le type continu pour les phlegmasies, le type périodique pour certaines maladies nerveuses.

(1) Voir l'observation 1re, article *Maladies régnantes*, n° 18.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Proto-nitrate de mercure liquide rationnel pour cautérisation; par M. le docteur Mialhe.

On sait que le deuto-azotate acide de mercure produit assez souvent la salivation, à cause de sa facile transformation en bi-chlorure sous l'influence des chlorures alcalins contenus dans les liquides renfermés dans la trame des tissus organiques sur lesquels on l'applique, inconvénient grave auquel on pourrait très certainement parer en substituant le proto-nitrate de mercure au deuto nitrate presque exclusivement employé jusqu'ici. Cette proposition, que M. Mialhe avait faite en se basant sur la théorie, ayant été confirmée par la pratique, ce médecin s'empresse de publier la formule d'un nitrate de mercure liquide, dont l'emploi, même longuement continué, ne saurait amener de ptyalisme.

Pr. Proto-nitrate de mercure basique,	30	grammes.
Acide nitrique,	20	id.
Eau distillée,	100	id.

On broie d'abord le nitrate mercureux dans un mortier de verre ou de porcelaine, puis on ajoute l'eau distillée mélangée avec l'acide, en continuant toujours de broyer. On doit conserver cette liqueur mercurielle sur le dépôt salin qui refuse de se dissoudre.

(*Journ. des Conn. méd. prat.*; janvier 1843.)

Pommade pour faire pousser les cheveux, de Huant.
(Brevet d'invention expiré.)

Pr. Axonge récente saturée d'iris de Florence,	500	grammes.
Axonge récente saturée d'œillet,	500	
Axonge récente saturée de cannelle de Ceylan,	500	
Axonge récente saturée de feuilles de menthe camphrée,	500	
Oxyde blanc d'antimoine tartarisé,	16	
Essence de thym,	16	
Essence de sauge,	16	

On prend la racine d'iris et l'écorce de cannelle divisées, on contuse les pétales d'œillet et les feuilles de menthe, on introduit toutes ces substances dans un vase fermant hermétiquement, puis on fait liquéfier l'axonge à une douce chaleur, et, après l'avoir fait chauffer plus fortement, on la verse sur toutes les substances dont il vient d'être parlé. Alors, on ferme le vase, et, après un contact de quinze jours, on fait liquéfier de nouveau, on soumet à la presse et on passe au travers d'un linge serré.

C'est à cette époque de la préparation que l'oxyde d'antimoine préalablement réduit en poudre impalpable et les deux essences doivent être incorporés à l'axonge au moyen de la trituration.

Voici, par ordre alphabétique, le nom des candidats qui aspirent au fauteuil de Larrey à l'Académie des sciences : MM. Amussat, Begin, Bourgery, Civiale, Duvivier, Gerdy, J. Guérin, Jobert (de Lamballe), Lallemand, Leroy (d'Etioles), Lisfranc, Ribes, Ségalas, Velpeau.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

[JEU]DI 2 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 26, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 1er MARS 1843.

Indications des manœuvres obstétricales (1).

Nous avons dit que pour arriver à une appréciation rigoureuse des avantages et des inconvénients des manœuvres obstétricales, il était indispensable de comparer une série de faits dans lesquels des manœuvres avaient été exercées à une autre série de faits *identiques aux premiers*, et où l'on aurait livré la nature à ses propres forces. Voici comment les auteurs du mémoire ont rempli cette condition : Commentant une statistique du docteur Burns, qui l'avait empruntée au docteur Breen, et d'après laquelle le premier de ces accoucheurs fait voir que la mortalité augmente avec la longueur du travail, nos auteurs font les rapprochements suivants : En prenant les cas où la longueur du travail a été la plus longue (soixante à soixante-dix heures), ils trouvent qu'il est mort le huitième des femmes, et environ la moitié des enfants; c'est là, pour eux, le résultat le plus défavorable que puisse produire la temporisation; et cependant ce résultat est encore infiniment plus avantageux que celui fourni par les cas où l'on a employé les manœuvres; cas qui donnent une mortalité de un sur trois pour les mères, au lieu de un sur huit. De là, les auteurs tirent la conclusion que la temporisation a un immense avantage sur l'intervention, sans s'informer si les cas dans lesquels on est intervenu étaient identiques à ceux dans lesquels on a temporisé, ou plutôt sans réfléchir qu'il était totalement impossible qu'il en fût ainsi; car ces faits étant tirés d'une même pratique, il faudrait supposer que le chirurgien, sous les yeux duquel ils se sont passés, était un homme dénué de tout principe, manœuvrant et temporisant sans motif, absolument comme tournait le vent, ou comme il aurait joué rouge ou noir. On comprend qu'une pareille interprétation est inadmissible. Il est au contraire infiniment probable, sinon certain, que si un partisan de l'intervention a pu attendre soixante-dix heures avant de tenter aucune manœuvre, c'est qu'il y avait dans ces cas quelque circonstance qui lui permettait d'espérer une terminaison spontanée heureuse; et si une pareille pratique prouve quelque chose, elle ne prouve certainement pas que celui qui l'a mise en pratique soit un esprit prévenu et obstiné, toujours disposé à intervenir quand même.

Les mêmes réflexions, et d'autres encore sur lesquelles nous insisterons dans un instant, s'appliquent à la manière dont les auteurs ont interprété la généralité des faits tirés de la Maternité; quant aux faits particuliers, quelques exemples suffiront pour montrer la justesse des inductions que les auteurs en ont tirées.

(1) Voyez le no du 21 février.

« Buisson, âgée de vingt-deux ans, primipare, médiocrement robuste et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement le 24 février 1841, dans la soirée. Le 25, le travail a fait peu de progrès; on reconnaît une présentation de la face. Le 26, la poche des eaux est rompue; la dilatation est de 4 centimètres environ, la tête commence à s'engager à travers l'orifice utérin. A dix heures du matin, la face s'avançant vers l'excavation, on constate une première position du diamètre bregmato-incisif; la tête est à peu près transversale, et encore assez haute; les douleurs sont modérées; les bruits du cœur du fœtus s'entendent assez bien. La sage-femme en chef *affirme que l'accouchement ne pourra se terminer spontanément, et propose l'application du forceps, qui est pratiquée par M. Danyau*, chirurgien-adjoint de la Maternité. L'introduction des branches offre des difficultés bien plus grandes encore pour l'articulation. Après trois quarts d'heure de traction très fortes, accompagnées de mouvements de latéralité étendus, on retire un enfant mort pendant les manœuvres, et présentant, entre autres lésions, une double fracture des pariétaux. »

La mère succombe après deux jours.

Nous aurions désiré ne pas faire remarquer les mots que nous avons soulignés, et d'après lesquels on semble insinuer que M. Danyau ne serait en quelque sorte que l'instrument; mais, malgré notre peu de tendance à prendre le rôle de défenseurs, surtout vis-à-vis d'hommes bien capables de se défendre eux-mêmes, nous ne pouvons nous empêcher de signaler le peu de convenance d'une pareille insinuation dirigée contre un accoucheur aussi distingué. Mais revenons à la science.

Les auteurs font suivre cette observation des remarques suivantes :

« Dans le cas que nous venons de rapporter, la première période du travail a marché avec lenteur; mais une fois que la dilatation a été complète, la tête s'est avancée assez rapidement, et il n'y a pas eu de temps d'arrêt : ce n'est donc pas là ce qui a fait employer les instruments. Il en est de même de la position transversale de la tête. On a agi seulement à cause de la présentation déviée de la face, considérant cette circonstance comme pouvant, sinon empêcher, au moins rendre l'accouchement naturel dangereux pour la mère et pour l'enfant. Nous discuterons plus loin la sagesse de cette pratique, et nous établirons par *les faits* que la nature peut, dans ces circonstances, terminer sans danger un accouchement que les instruments rendent si funeste. »

Ainsi voilà une observation dans laquelle les détails les plus essentiels manquent (dimensions de la tête et du bassin, force des dernières contractions, intervalles qui les séparent, changements qu'ont pu éprouver les battements du cœur du fœtus, etc.) et d'après laquelle cependant la conduite de deux personnes expérimentées et bien plus à même, par leur position auprès des femmes en travail, d'apprécier toutes les circonstances favorables et défavorables d'un cas, est inexorablement condamnée. Et pour qu'il ne reste aucun doute sur la certitude de leur jugement, les auteurs rapportent ailleurs l'observation suivante :

« La femme Adenot, âgée de trente-un ans, éprouve les premières douleurs le 24 avril dans la soirée. Le 25, à neuf heures du matin, la dilatation du col est assez avancée, l'orifice utériu a environ 0 m. 050 de diamètre, la poche des eaux est tendue : on croit reconnaître une présentation de la face. Les douleurs sont assez fortes, mais médiocrement fréquentes. Un peu plus tard on rompt les membranes, la tête s'engage à travers l'orifice utérin, et alors on constate une présentation de la face (variété bregmato-incisive, position mento-iliaque gauche) : le grand diamètre est à peu près transversal. La tête s'avance avec lenteur toujours dans la même situation. Dans l'après-midi les contractions utérines se ralentissent un peu, mais se réveillent bientôt sous l'influence de quelques frictions pratiquées sur l'abdomen. A quatre heures, la face, toujours transversale, arrive au détroit inférieur. Voici alors ce qui se passe : La tête éprouve pendant une *forte* douleur un léger mouvement d'extension en vertu duquel le diamètre bregmato-incisif est remplacé par le fronto-mentonnier; presque aussitôt la face, par un mouvement de rotation, devient légèrement oblique, et à chaque contraction utérine l'obliquité augmente; bientôt le menton se dégage sous la branche ischio-pubienne gauche, et l'accouchement se termine comme dans les cas ordinaires de présentation de la face.... » L'enfant est bien conformé. Le plus grand diamètre de la tête (bregmato-incisif) a 11 centimètres (4 pouces).

C'est par cette *unique* observation que les auteurs prétendent prouver par *les faits* que les manœuvres ont été pratiquées à tort dans l'observation précédente. Or, malgré l'absence déjà signalée de beaucoup de détails essentiels, on peut déjà voir dans ces deux observations d'assez grandes différences. Dans la première après 40 heures *environ* (nous disons *environ* parce que les auteurs ne nous ont pas suffisamment renseignés à ce sujet) la tête était encore *assez haute*; dans la seconde, après 22 heures environ la tête était au détroit inférieur : dans la seconde, après 22 heures il y a encore de *fortes douleurs*; dans la première nous sommes privés de renseignements précis à cet égard, mais il paraît probable qu'il en était tout différemment; dans la seconde le diamètre de la tête était ordinaire; dans la première ce diamètre nous est inconnu. Certes, voilà des différences qui, sans compter celles que le manque de détails nous empêche de constater, suffisent bien pour rendre ces deux observations peu comparables, et par conséquent pour rendre inexact le jugement porté d'après elles. Que serait-ce donc si, imitant l'incrédulité des auteurs, pour la plupart des observations qui n'émanent pas d'eux, nous voulions douter de l'exactitude rigoureuse de leurs observations; si nous voulions, par exemple, contester l'identité des deux positions de la tête, dont l'une a été constatée à la Maternité par un observateur, l'autre à Saint-Antoine par un autre observateur. On comprendra que nous serions autant que les auteurs fondés dans nos doutes, en réfléchissant que ce n'est pas chose extrêmement facile de déterminer d'une *manière précise* la situation de la tête, surtout lorsqu'on ne possède pas une longue habitude.

Il est temps maintenant de revenir un instant sur le procédé que les auteurs ont mis en usage pour apprécier les résultats que les manœuvres obstétricales ont dû produire à la Maternité pendant les onze années qui ont précédé celle pendant laquelle ils ont observé leurs faits. Ne connaissant pour chacune de ces années que le nombre total des accouchements et le nombre total de décès, ils ont voulu, avec ces éléments, arriver à la connaissance, *approximative* il est vrai, du nombre d'accouchements artificiels, du nombre de décès dans les accouchements naturels et artificiels, et voici comment ils s'y sont pris. Dans les huit premiers mois de l'année 1841 il y a eu à la Maternité 2339 accouchements, dont 44 artificiels;

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier MÉDECINE LÉGALE.

I. *Empoisonnement.* Le 11 mars 1842, Etienne Amouroux, homme veuf sans enfants, et vivant chez son beau-père, le nommé Jean-Pierre Mérie, cultivateur à Montégut (Haute-Garonne), avec lequel il était en désaccord par suite d'une donation sur laquelle ce dernier desirait revenir, se sentit gravement indisposé après avoir pris un souper que Mérie avait lui-même préparé. Le mal empira le lendemain, et le beau-père, qui chercha à éloigner du malade toutes les personnes qui pouvaient desirer le voir, répondit à ceux qui le questionnèrent sur son état : « Il est bien malade; cette fois, il faut qu'il meure. »

A ses derniers moments, Amouroux jura au juge-de-paix qui recueillait ses paroles qu'il mourait empoisonné, et que son beau-père était l'auteur de sa mort. Les médecins qui, appelés trop tard, ne purent administrer que d'infructueux secours, reconnurent, de leur côté, tous les symptômes de l'empoisonnement, et déclarèrent que le malade paraissait saturé de poison.

Les docteurs Bernard-Desbarreaux, Martin et Noblet, procédèrent à l'autopsie. L'aspect extérieur du cadavre n'offrait rien de particulier, à l'intérieur, on constata des altérations qui devaient être attribuées plutôt à une substance vénéneuse qu'à toute autre cause.

L'estomac, les intestins, le foie, la rate, et quelques résidus des vomissements qui avaient été mis à part pour être soumis à un examen chimique, furent analysés par MM. Filhol, Bernadet et Couseran; et ces experts qui, par un excès de précaution, n'opérèrent que sur un tiers au plus des matières qui leur avaient été remises, ne purent obtenir de résultats concluants. Une cause différente vint en outre s'opposer d'abord à la réussite de l'analyse, la déflagration qui survint pendant la carbonisation des matières par l'acide azotique, ce qui donna lieu à une perte notable de substance. Cependant, ayant réitéré l'opération en suivant une autre méthode de carbonisation, ces messieurs purent enfin obtenir sur des capsules de porcelaine, des taches qui présentaient l'aspect de l'arsenic métallique; mais elles étaient si peu nombreuses et offraient des caractères si peu tranchés, qu'il était impossible de les soumettre à l'action des réactifs sans les faire disparaître.

Une seconde expertise parut donc nécessaire, et on réclama pour elle les lumières de trois chimistes de Paris, qui constatèrent facilement la présence de l'acide arsénieux dans les matières qui leur furent adressées. L'un d'eux, M. le docteur A. Devergie, fut appelé à Toulouse pour rendre compte au jury de cette opération. Il déclara, comme le rapport d'analyse en faisait foi, qu'Amouroux était mort empoisonné, et il ajouta que, s'il restait encore des doutes dans l'esprit des jurés, des magistrats ou du défenseur de l'inculpé, il était prêt à en donner la preuve en faisant une nouvelle expérience.

Après le réquisitoire de M. le procureur-général, l'avocat chargé de la défense a pris la parole. Il s'est demandé d'abord si la réalité du crime d'empoisonnement était suffisamment établie, puis si la responsabilité du crime devait retomber sur le prévenu. Sans contester le talent des experts chimistes de Paris, il a fait observer que la médecine légale est conjecturale, et que les expériences chimiques n'offrent pas toujours des résultats certains et irréfragables, puisque les savants eux-mêmes sont souvent en désaccord sur le mérite des divers procédés auxquels on peut recourir, et qu'on les voit adopter aujourd'hui ce qu'ils repoussaient hier, pour y renoncer peut-être demain. Il s'est demandé encore si la présence de l'arsenic dans un cadavre accusait nécessairement la perpétration d'un crime, et il a rappelé, à cette occasion, qu'il avait été question, dans le monde scientifique, d'un arsenic normal, et que l'un des hommes les plus habiles dans les recherches de cette nature, M. Raspail s'était fait fort d'extraire un sel arsenical d'un vieux fauteuil.

Malgré tout le talent de l'avocat, la déclaration du jury a été affirmative sur la question d'empoisonnement, mais avec admission de circonstances atténuantes, et Mérie a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

II. *Empoisonnement de cinq personnes.* — Le 27 août 1842, les deux frères, Pierre et Jean Delacroix, cultivateurs aux environs de Béthune (Pas-de-Calais), leur beau-père Delaye, et deux servantes qui étaient dans la maison, déjeunèrent avec une galette qui avait été préparée dans la maison, et, immédiatement après ce repas, ils furent tous presque simultanément saisis de violentes douleurs d'estomac et d'entrailles, suivies de vomissements répétés, d'un malaise général et de vertiges. Leur état devint bientôt tellement alarmant, qu'il fallut appeler un médecin. Celui-ci, en présence de cinq personnes dont la maladie se caractérisait par des symptômes uniformes et si graves, n'hésita pas à penser qu'il avait affaire à un empoisonnement, et, ce qui le confirma mieux encore dans cette manière de voir, c'est qu'un porc et un chat, qui avaient mangé une partie des déjections des malades, éprouvèrent aussi des accidents absolument identiques. Pendant toute la journée et une partie de la nuit, les vomissements persistèrent : les malades furent en proie à une fièvre intense et à des douleurs vives et incessantes à la gorge et à l'épigastre; toutefois, ils échappèrent à la mort, et le sieur Delaye fut le seul qui continua à se ressentir de cet accident.

L'origine de l'empoisonnement devait exister dans les aliments du déjeûner ou dans la farine avec laquelle la galette mangée avait été pétrie. Aussi, les magistrats qui vinrent sur les lieux opérèrent-ils la saisie du restant de galette, du pain et du levain qui avaient été faits avec la même pâte, et du sac de farine dont on avait employé une partie pour la confection de ces divers objets. Le porc fut tué, et son foie et ses entrailles furent réservés pour être ultérieurement soumis à l'analyse chimique en même temps que les autres matières saisies.

Les soupçons se portèrent sur la sœur des frères Delacroix, qui, à différentes reprises, avait témoigné de l'irritation contre eux, à cause des observations qu'ils lui faisaient, soit sur ses folles dépenses, soit sur des écarts de régime qui altéraient fréquemment sa santé. On sut d'ailleurs que cette femme avait acheté, dans le mois de juin précé-

donc pendant les onze années précédentes il y a eu un nombre proportionnel d'accouchements artificiels relativement au nombre total ; il ne s'agit plus alors, pour obtenir le nombre des accouchements artificiels pendant onze ans, que de poser la proportion suivante, 2339[1] : 44[2] :: 34064[3] : $x = 587$. La même règle est mise en usage pour calculer la mortalité. Les auteurs appellent cette manière de procéder, *faire de la statistique*. Nous croyons inutile de faire remarquer le vice radical d'une pareille méthode, et nous concevons d'autant moins que les auteurs l'aient employée, qu'en d'autres circonstances l'un d'eux au moins s'est montré l'ennemi déclaré de la véritable statistique, et qu'ils savent parfaitement bien que la mortalité de la Maison d'accouchements est très différente d'une année à une autre. Nous devons même, à propos de cette mortalité, faire deux remarques importantes : la première, qui frappe de nullité les résultats statistiques des huit premiers mois de 1841, c'est que les auteurs, pour calculer la mortalité des accouchements naturels disent avoir fait abstraction du mois d'avril, pendant lequel sévissait dans toute sa fureur une cruelle épidémie, tandis qu'ils ont conservé ce mois pour calculer la mortalité des accouchements artificiels ; la seconde, c'est qu'on ne pourra jamais aborder utilement la question des manœuvres artificielles avec des matériaux pris à la Maternité, précisément à cause de l'impossibilité de se mettre à l'abri des erreurs que produiront toujours les circonstances fâcheuses qui se rencontrent tantôt fortes, tantôt faibles, mais qui se rencontrent constamment dans cette localité. Il faudra, pour aborder la question avec fruit, des matériaux pris dans des conditions telles qu'on puisse toujours distinguer ce qui appartient réellement aux manœuvres.

Nous terminerons ici une discussion que nous pourrions prolonger beaucoup plus, et nous rapporterons en terminant un passage qui peut servir de résumé au long mémoire que nous venons d'examiner : « Quelque avantage que l'on puisse retirer de la temporisation dans les cas de position vicieuse de la tête, quelquefois cependant *on ne peut différer* de venir au secours de la nature. Il est difficile de préciser les circonstances dans lesquelles il convient d'agir, *l'habitude pratique permet seule de juger sûrement de ces sortes de cas*, et c'est là un motif de plus en faveur de la temporisation. »

Nous admettons tout dans ce passage à l'exception toutefois de la dernière phrase, attendu qu'il ne résulte pas clairement pour nous que quand *l'habitude pratique* indique qu'il faut agir, ce soit au contraire là une raison pour temporiser ; mais nous reconnaissons au contraire que dans *l'état actuel de la science*, et sans désespérer nullement des lumières que pourra apporter l'avenir, il n'y a guère que l'habitude pratique qui puisse guider dans l'application des manœuvres osbtétricales, et cela étant nous demandons aux auteurs du mémoire si leur habitude pratique peut avec avantage être mise en parallèle avec celle des personnes dont ils ont si fortement blâmé la pratique.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Cançer du sein. Amputation. Invasion de symptômes typhoïdes. Mort. Considérations sur l'analogie de la fièvre typhoïde avec l'infection purulente.

Au n° 6 de la salle des femmes était couchée une malade affectée d'une tumeur cancéreuse du sein que nous avons amputée. L'opération fut simple et sans aucun accident immédiat. La malade semblait d'abord aller bien, mais tout à coup la plaie prit un mauvais aspect, le pus devint grisâtre, fétide, la malade s'affaissa ; une fièvre lente s'alluma, et la malade finit par succomber. Pendant les derniers jours de la vie de cette malheureuse femme, nous avons cru, de prime-abord, à l'existence d'une résorption purulente. Il y avait eu en effet quelques symptômes qui pouvaient légitimer cette opinion ; mais en même temps on devait reconnaître qu'aux phénomènes ordinaires du travail inflammatoire suppuratif s'était joint une fièvre adynamique putride, une sorte de fièvre typhoïde, au point que maintenant encore on pourrait croire que la mort a été le résultat de cette complication. Il y a, du reste, une certaine analogie entre la fièvre typhoïde et la résorption purulente pour ce qui est de l'appareil symptômatique ; car dans les deux cas il existe une infection, une altération du sang qui se traduisent au dehors par des phénomènes morbides assez semblables. C'est sous l'influence de ces idées que nous nous sommes approché du cadavre pour en faire l'ouverture.

Cette autopsie a montré que la plaie résultant de l'opération avait un fond grisâtre d'un aspect sanieux. En examinant les veines environnantes et celles plus éloignées qui s'étendent jusqu'à l'aisselle, y compris l'axillaire même, nous les avons trouvées remplies d'un sang diffluent ; leur surface interne était un peu rouge, mais leurs parois s'étaient point épaissies, et ne paraissaient pas enflammées. Nous avons trouvé les veines mammaires dans le même état. Il n'y avait pas non plus d'engorgement ganglionnaire, et par conséquent point d'apparence de cette phlegmasie des vaisseaux lymphatiques qu'on désigne sous le nom de lymphite.

Les poumons présentaient quelques légères adhérences anciennes avec les plèvres ; le lobe inférieur, dans lequel se développent le plus souvent les abcès métastatiques, ne présentait rien d'extraordinaire que l'on pût rapporter à l'infection purulente.

Le cœur était flasque, le ventricule droit contenait du sang demi-liquide, d'une couleur violacée, semblable à de la gelée de groseille ; point de coagulum consistant dans ses cavités. Le péricarde était à l'état sain. Le tube digestif ne présentait non plus aucune lésion notable ; les plaques de Peyer, si souvent altérées dans la fièvre typhoïde, ne sont point malades ; il n'y a ni inflammation, ni ulcération dans aucun point du tube intestinal.

Quant au foie et à la rate, ils offraient des altérations très prononcées.

La rate était molle ; son tissu était presque réduit à un état de bouillie d'une couleur lie-de-vin foncée.

Le foie avait le volume ordinaire et la couleur normale ; mais on voyait à son bord antérieur quelques plaques jaunâtres qui contrastaient, par leur couleur et leur aspect, avec le reste du tissu hépatique. En ouvrant ces plaques on n'en faisait sortir aucun fluide ; seulement le tissu paraissait plus friable qu'à l'ordinaire. Dans deux autres points le tissu hépatique était réduit en un putrilage contenu dans une espèce de kyste qui le séparait du reste du tissu sain. Cette matière enkystée était molle, rougeâtre, il n'y avait point d'aréole inflammatoire brunâtre autour d'elle, ainsi qu'on l'observe ordinairement dans les abcès métastatiques. La vésicule biliaire contenait une grande quantité de petits calculs biliaires d'une couleur brune.

Le membre inférieur gauche, qui pendant la vie avait présenté des plaques gangréneuses, fut examiné sous l'empire de l'idée d'une résorption purulente. La veine fémorale ne présentait rien de remarquable, si ce n'est qu'elle contenait du sang grumeleux, noirâtre, comme de la mélasse. Ayant fendu cette veine dans toute sa longueur jusqu'à la veine cave, on y trouvait une certaine coloration rouge-brun dans la membrane interne ainsi qu'on l'observait du reste dans les veines des parties supérieures du tronc. Cette rougeur était-elle le produit d'une imbibition ou bien d'une inflammation ? Nous pensons plutôt qu'elle résultait de l'imbibition du sang. En effet, les veines du membre droit, qui était sain, présentaient aussi le même aspect.

Nous nous bornons en conséquence à constater le fait de la dissolution du sang et de la rougeur passive de la membrane interne des veines, sans admettre qu'il y eût une véritable phlébite, quoique sous ce rapport il y ait une certaine analogie entre la phlébite et l'état des veines chez cette femme.

L'articulation fémoro-tibiale était tuméfiée et la synoviale contenait une assez grande quantité de matière purulente. Les veines tibiales postérieures contenaient du sang et présentaient le même aspect que les autres veines dont nous avons parlé. Dans le tissu cellulaire sous-jacent aux plaques gangréneuses de la peau on trouvait un peu de sérosité trouble.

Les muscles étaient mous et faciles à déchirer ; il y a eu un travail inflammatoire manifeste mais d'une nature maligne et putride en quelque sorte.

Le cerveau et la moelle n'offraient rien d'anormal.

Tel est le tableau nécroscopique que nous a présenté ce sujet. D'après ces faits, je suis assez embarrassé pour émettre une opinion sur la nature de la maladie à laquelle cette femme a succombé. D'une part nous avons trouvé des symptômes propres à l'affection typhoïde : fièvre vive, abattement général, etc. ; mais il manquait aussi quelques signes bien caractéristiques suivant les pathologistes, tels que les altérations du tube intestinal.

D'un autre côté, il y a eu pendant la vie et peu de temps après l'opération des foyers purulents, surtout celui qui s'est manifesté dans la plaie du sein. La malade, assez bien portante avant l'opération, ne fut prise des accidents que nous venons de décrire qu'après l'opération et à l'époque précisément où s'est établi le travail de suppuration.

Il a pu y avoir coïncidence de ce travail suppuratif avec la fièvre typhoïde ; mais dans tout cela il n'y a pas eu de symptômes bien tranchés et bien caractéristiques de l'infection purulente. Il est vrai que souvent l'infection purulente existe, quoique les symptômes en soient très obscurs, et qu'on n'en trouve des traces incontestables qu'à l'autopsie. Ici nous avons été aussi minutieux que possible dans nos recherches cadavériques, et nous n'avons rien trouvé de bien manifestement caractéristique dans les parties où existent ordinairement ces lésions ; ainsi nous n'avons point trouvé de pus dans les veines ni dans les poumons. L'absence de ce signe est pour nous d'un grand poids, et doit nous rendre circonspect avant d'admettre qu'il y ait eu là une résorption purulente. Mais n'est-il pas possible que le pus ait été absorbé par les vaisseaux lymphatiques, et porté par l'intermédiaire de ce système dans le torrent circulatoire ? Cette supposition serait conforme à l'opinion de quelques physiologistes, qui admettent que les lymphatiques sont plus spécialement que les veines les agents de l'absorption. Il serait donc encore possible que les choses se fussent passées ainsi, que la maladie de cette femme n'ait été que le résultat de la résorption du pus par les vaisseaux lymphatiques. Il est probable pour nous que la mort a été déterminée par une altération du pus de la plaie et par le transport consécutif de ce pus altéré et d'autres produits morbides dans l'économie, d'où les phénomènes typhoïdes et les symptômes de putridité observés pendant la vie. Mais il y a loin de là à la véritable infection purulente. Dans cette dernière affection on trouve un mélange de pus en nature avec le sang. Voilà le point capital, sans lequel, pour nous, il n'y a point d'infection purulente. Il pourrait bien, à la rigueur, se faire qu'il n'y eût qu'un mélange de quelques-uns seulement des éléments du pus, la partie albumineuse, par exemple, ou bien d'autres produits morbides. On concevrait encore, dans ce cas, la production de phénomènes putrides fort graves ; mais ce ne serait point là non plus en réalité l'infection purulente telle que nous l'entendons.

Je persiste donc dans l'idée qu'il y a eu très probablement dans ce cas coïncidence de l'altération du pus avec le développement d'une affection de nature putride dont nous avons observé les symptômes dans les derniers temps de la vie. Qu'est-ce, en effet, que la fièvre typhoïde ? et comment se développe-t-elle ? Elle débute souvent par une simple entérite avec les symptômes propres à la phlegmasie intestinale, puis certains produits morbides altérés sont résorbés et introduits dans l'économie, où ils déterminent une sorte d'infection, et la fièvre typhoïde se déclare ; de là la dénomination d'entérite folliculeuse ou typhoïde, qu'on a donnée avec raison, suivant nous, à cette maladie. C'est une maladie par infection, si l'on veut, mais non point une véritable infection purulente.

Ces réflexions nous feront comprendre, mieux que certaines théories, le mode de développement de l'affection typhoïde, ses points de contact avec l'infection purulente, et en même temps la ligne de démarcation qui sépare ces deux affections. En passant en revue les symptômes de l'une et de l'autre maladie, il nous est facile de conclure que la malade

[1] Nombre total des accouchements pendant les huit premiers mois de l'année 1841.

[2] Nombre d'accouchements artificiels pendant le même temps.

[3] Nombre d'accouchements pendant onze ans.

dent, de l'arsenic pour détruire, avait-elle dit, les rats qui infectaient sa maison. Par ces divers motifs, Eugénie Delacroix fut arrêtée.

Comme elle passait dans le pays pour n'être pas comme les autres femmes et pour avoir une tête timbrée, deux médecins, les docteurs Capelle et Leroy, furent chargés de constater l'état de ses facultés intellectuelles. Ils la visitèrent fréquemment depuis le moment de son arrestation, en s'entourant de renseignements pris soit auprès des guichetiers, soit auprès des autres prisonniers, et ils finirent par déclarer qu'après avoir d'abord éprouvé quelque embarras pour formuler leur opinion, ils étaient d'avis que cette femme n'était ni idiote, ni imbécile ; que rien ne prouvait qu'elle fût atteinte de manie, et qu'elle avait, du reste, le crâne bien conformé, et dans des conditions tout à fait normales de développement.

Un officier de santé du pays, M. Martin, a déposé au contraire que depuis vingt ans il a vu la prévenue sujette à des anomalies mentales ; que, de tout temps, on l'appelait auprès d'elle parce qu'elle était tourmentée par des insomnies ; qu'elle ne parlait pas, et qu'elle ne voulait se soumettre à aucune prescription ; il a ajouté que le sang lui portait à la tête, et qu'il ne se passait guère d'année qu'il ne dût la saigner au moins une fois. Il a ajouté qu'il y a dix-huit ou vingt ans il a traité la mère de cette femme pour folie complète.

Cette déposition a modifié l'opinion des deux autres médecins, et ils ont déclaré que ces divers antécédents peuvent laisser penser que l'inculpée est maniaque, et qu'elle était sous l'influence d'un dérangement mental lorsque le crime a été commis.

En présence de ces circonstances, et malgré les déclarations des experts chimistes, qui ont retiré des substances analysées une quantité considérable de taches arsenicales à l'aide de l'appareil de Marsh, et qui ont déclaré que si l'empoisonnement n'a pas été suivi de la mort, la cause en est due à la grande dose de poison ingéré qui a immédiatement provoqué d'abondantes évacuations, le jury a prononcé un verdict de non culpabilité, avec déclaration cependant que l'accusée était en démence à l'époque du crime. En conséquence, Eugénie Delacroix a été acquittée.

§ II. HYGIÈNE PUBLIQUE.

Vins falsifiés. — Au mois de juin 1842, MM. Devergie et Chevallier, membres du Conseil de salubrité publique, furent chargés d'examiner des vins provenant d'une maison de commerce de Paris ; ils les soumirent à l'analyse, et ils constatèrent que ces liquides, sans contenir une substance nuisible à la santé, étaient néanmoins falsifiés.

En conséquence de cette déclaration, le tribunal de police correctionnelle rendit le 23 novembre dernier, un jugement par lequel attendu que les chefs de la maison de commerce dont il s'agit ont trompé des acheteurs sur la nature des vins par eux vendus, auxquels ils ont fait perdre leur état de pureté en les allongeant par un mélange de substances étrangères qui, sans être nuisibles à la santé, n'en ont pas moins eu pour résultat de dénaturer la marchandise et de tromper les acheteurs, par lequel, disons-nous, ces chefs de maison ont été condamnés à un emprisonnement et à une amende de cinquante francs.

Sur l'appel, interjetté par les prévenus, la Cour royale de Paris a confirmé dernièrement le jugement de première instance.

§. III. POLICE MÉDICALE.

Exercice illégal de la médecine à Paris. Responsabilité médicale. — Le chien d'un sieur Marest mordit, il y a quelque temps, une dame Leveau. La blessure paraissait d'abord être légère ; mais après quelques jours de traitement elle revêtit un caractère grave, et la malade, alors enceinte, dut garder le lit pendant plus d'un mois avant de pouvoir reprendre ses occupations habituelles. Elle se présentait dernièrement devant la sixième chambre du tribunal de première instance de la Seine, et réclamait du maître du chien une somme de 500 francs à titre d'indemnité.

Le sieur Marest, sans décliner la responsabilité qui pesait sur lui, répondait qu'elle ne devait pas être aussi étendue, et soutenait que l'aggravation qu'avait éprouvée la blessure légère reçue par la plaignante reconnaissait pour cause le traitement prescrit par un officier de santé, M. Couraud, dont les soins avaient été réclamés. A l'appui de cette prétention, il mettait en avant le témoignage d'un docteur en médecine, par lequel il avait fait constater l'état de la malade, et qui affirmait que tous les symptômes graves observés devaient être attribués à l'action de prétendus médicaments antiphlogistiques de l'invention du sieur Couraud, et à l'emploi de remèdes très dangereux par lesquels avait été augmenté un mal que deux ou trois jours de repos auraient suffi pour guérir entièrement.

Dans cette circonstance, le tribunal a ordonné que la plaignante et la nature du traitement prescrit seraient examinés avec soin par M. le docteur Ollivier (d'Angers), qui en ferait son rapport.

A l'audience du 24 février courant, M. l'avocat du roi a donné lecture de ce rapport, duquel il résulte que M. Ollivier (d'Angers) rapporte le développement des caractères graves qu'a pris la maladie aux antiphlogistiques mis en usage, parce que ces remèdes, malgré la dénomination qui leur est imposée, sont en partie composés d'alcool, qui doit nécessairement enflammer les plaies vives avec lesquelles on le met en contact. M. Courand a, en outre, prescrit le sublimé corrosif à l'intérieur, et cet agent pouvait faire courir plus de dangers à la malade.

En présence d'une pareille déclaration, le tribunal a cru devoir réduire la somme des dommages-intérêts demandés ; il a condamné le sieur Marest à cinquante francs d'amende et cent cinquante francs de dommages-intérêts ; réservé à la dame Leveau, partie civile, ses droits à répéter du sieur Courand les sommes à lui payées pour le traitement qu'il a prescrit ; enfin a donné acte au ministère public de ses réserves pour poursuivre, comme pratiquant illégalement l'art de guérir, le sieur Courand, qui, reçu officier de santé pour le département de Saône-et-Loire, ne peut exercer la médecine à Paris sans un nouvel examen.

M. Courand a demandé au tribunal acte des réserves qu'il faisait contre le rapport de M. Ollivier (d'Angers) ; il a montré une liasse de brochures qui contiennent sa réponse, et il a exposé que M. Ollivier est un de ses ennemis et l'agent de ceux qui le persécutent.

M. le président l'a engagé à se retirer et à remettre ses explications au moment où il serait cité, pour son compte, à la barre du tribunal.

en question n'a pas succombé à une résorption purulente, mais à une fièvre maligne ou typhoïde consécutive.

Quant à l'altération que nous avons trouvée dans le foie, de quelle nature était-elle et quels étaient sa liaison et ses rapports avec la maladie principale? Ce n'était pas, ainsi que l'on a pu aisément s'en convaincre par la description que nous en avons faite, des abcès métastatiques, mais bien des masses cancéreuses ramollies.

Reste maintenant à agiter la question de savoir si ce cancer a été primitif et préexistant à la maladie du sein ou consécutif.

C'est une question très grave que celle qui consiste à déterminer si un cancer est primitif ou consécutif, car de là dépend l'opportunité ou l'inopportunité d'une opération. Nous avons déjà agité cette question dernièrement, à l'occasion d'un malade auquel nous avons enlevé un testicule cancéreux. Nous avons dit alors et nous répèterons aujourd'hui, qu'il est de la plus haute importance de bien déterminer si un cancer est primitif ou consécutif à une diathèse cancéreuse. En effet, voici en général, d'après nos idées, comment cette affection se développe: D'abord il y a cancer local; tant que la maladie reste ainsi localisée, le reste de l'économie peut être et reste parfaitement sain: c'est là le cancer primitif. Ensuite se développent l'infection et la diathèse cancéreuse; enfin d'autres masses cancéreuses apparaissent dans différents organes; ce sont alors des cancers secondaires et consécutifs.

Les conséquences pratiques de cette manière d'envisager la question du cancer primitif local et de la diathèse cancéreuse, sont les suivantes: Tant que le cancer est local et primitif l'opération est rationnelle et peut être suivie d'une guérison radicale; il faut même se hâter dans ce cas d'opérer pour prévenir le développement de la diathèse. Mais aussitôt que celle-ci existe, l'opération généralement n'arrête pas la marche de la maladie et expose même à de promptes récidives. Nous avons eu affaire malheureusement chez cette femme à un cancer de la mamelle consécutif et qui s'est développé sous l'influence de la diathèse cancéreuse dont nous avons trouvé des traces dans l'altération du foie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Rétraction des tendons des orteils.

Dans notre dernier compte-rendu de la clinique de M. Velpeau, nous avons fait connaître les opinions de ce chirurgien sur la ténotomie au membre supérieur; nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de rapprocher les considérations publiées sur la rétraction des doigts, de celles auxquelles s'est livré M. Velpeau à propos d'un cas remarquable de rétraction des tendons des orteils, et de comparer la valeur des moyens thérapeutiques en général, et de la ténotomie en particulier, appliquée à la cure des difformités de ces deux régions.

Le nommé Kléber (Joseph), musicien ambulant, âgé de soixante-un ans, a été admis à la Charité vers le commencement de février 1843. Cet homme porte les traces d'une vieille fracture de la jambe, et présente sur le même membre des ulcères déjà anciens; de plus, tous les orteils, et plus particulièrement les trois derniers, sont rétractés au point que la plante du pied forme, dans sa partie la plus antérieure, une concavité extrêmement prononcée, une sorte de caverne. Ici, comme à la main, avant de rien préjuger, il est indispensable de remonter à la cause, d'examiner toutes celles qui peuvent produire une semblable difformité, puis de les éliminer successivement pour arriver enfin à l'étiologie véritable d'où découleront les moyens thérapeutiques à employer. De même encore qu'à la paume de la main, on est forcé de reconnaître que ces rétractions peuvent être les conséquences de brides par cicatrice vicieuse de la peau, de brides de tissu sous-cutané aponévrotique, d'ankylose, et enfin de rétractions tendineuses. Les différents caractères qui font reconnaître les rétractions produites par chacune de ces causes ont été énumérées à propos de la main, nous n'y reviendrons pas. Dans le cas que nous avons sous les yeux, il est évident que la rétraction du tendon est la cause de la flexion forcée des orteils; il s'en suit aussi que la ténotomie est le moyen de guérir cette flexion, mais il reste un point encore à éclairer: quels tendons, quels muscles sont raccourcis? A la main, les deux fléchisseurs, le superficiel et le profond, étant placés à la partie antérieure, il est assez facile de distinguer quel est celui qui se trouve rétracté; mais au pied, ce peut être le long fléchisseur propre, le long fléchisseur commun, le court fléchisseur, et plusieurs des muscles internes et externes, plus longs, sans contredit, que ceux des éminences thénar et hypothénar. Pour les fléchisseurs eux-mêmes, ou n'a pas, au pied, cette longueur des phalanges qui aident beaucoup à la main; aux orteils, les trois phalanges sont pressées l'une sur l'autre, pour ainsi dire, et il est bien difficile de distinguer nettement les mouvements de chacune d'elles.

Pour distinguer lequel, du court ou du long fléchisseur, est le siége de la rétraction, la meilleure méthode consiste à relever les orteils fléchis; dès que l'on est arrêté, que le mouvement de flexion ne peut pas aller plus loin, on examine si le court fléchisseur est tendu; l'élévation des orteils ainsi pratiquée n'amène-t-elle, dans ce dernier muscle, aucune tension, il est certain alors que le long fléchisseur commun est le muscle rétracté; c'est ce qu'on peut observer sur Kléber. Il est vrai que chez lui le court fléchisseur se durcit un peu quand on relève les orteils, mais il s'en faut que cette dureté, cette tension, soit proportionnée à la résistance qu'on éprouve. D'ailleurs, de l'origine même de la rétraction, il est possible de tirer quelques lumières sur son siége précis; c'est bien positivement à la suite d'une fracture de la partie moyenne de la jambe qu'est survenue cette rétraction; il paraît même que des portions d'os sont sorties; l'état du tibia paraît d'accord avec ces renseignements. Or, le foyer de la fracture correspond précisément à la masse charnue des fléchisseurs, on peut en tirer la conséquence naturelle que ces muscles ont dû souffrir pendant la période de la suppuration, et il n'est pas alors très difficile de comprendre leur raccourcissement. On est donc en droit d'établir que dans ce cas la rétraction est le résultat d'une maladie, d'une inflammation probablement des muscles jambiers postérieurs à la suite d'une fracture vers la partie moyenne de la jambe.

Il est encore une autre question qu'il n'est pas inutile de se poser avant de pratiquer la ténotomie. Ne doit-on pas, en effet, se demander si une telle rétraction nécessite réellement une opération, s'il ne serait pas plus convenable de conseiller au malade de garder cette infirmité. Pour s'en assurer, M. Velpeau a d'abord dit au malade qu'il faudrait lui faire l'amputation de la jambe, et cet homme y a presque consenti, ce qui peut donner une idée de la gêne qu'il éprouve en marchant. On le comprend, du reste, quand on réfléchit que le poids du corps porte en partie sur la face dorsale des orteils, qu'il en résulte des écorchures, des petites ulcérations fort douloureuses, et que le pied ne peut entrer dans une chaussure ordinaire; ces motifs sont plus que suffisants pour déterminer à employer la ténotomie.

Dans les cas de cette espèce, cette opération est certainement le remède le plus utile qu'on ait à offrir au malade. S'il est une région où elle puisse donner de bons résultats et être considérée comme véritablement rationnelle, c'est sans contredit à la plante des pieds. Le mal auquel on l'applique, la rétraction des orteils, est presque aussi fâcheux que la rétraction des doigts, et il s'en faut de beaucoup que l'opération expose aux mêmes inconvénients. Ce qu'on redoute tant à la main, c'est de voir, après la section, la mobilité des doigts perdue, par suite, soit de la non réunion des bouts divisés, soit d'adhérences anormales qui entravent plus ou moins le mouvement; au pied, ces craintes disparaissent, la mobilité des orteils est peu importante, leurs usages se rapportant seulement à la station, ce qu'il importe c'est de remédier à leur flexion forcée. Ainsi donc, quand il arriverait que la flexion volontaire fût perdue, il n'en résulterait pas pour cela un grand désavantage pour le malade, le but du chirurgien n'en serait pas moins atteint; car il aurait remédié à la rétraction, il aurait guéri, tandis qu'aux doigts, faire cesser la flexion permanente, si le mouvement ne se rétablit point, ce n'est que substituer à une difformité fâcheuse une infirmité plus fâcheuse encore peut être. En admettant pour les orteils tout ce qui peut arriver de moins heureux pour les doigts, on voit que l'opération présentera néanmoins des avantages.

Pour le malade dont il s'agit, M. Velpeau se propose de couper le long fléchisseur sous le quatrième et le petit doigt, le gros orteil n'étant que peu fléchi, et pouvant être ramené facilement à sa direction, il n'y a pas lieu de pratiquer la section de son tendon. M. Velpeau se sert du procédé généralement adopté; il fait remarquer seulement que la corde tendineuse est assez difficile à trouver dans cette région; de plus, il prévient qu'il serait possible qu'il fût dans la nécessité de couper le court fléchisseur dans le cas où, après avoir divisé l'autre, le premier apporterait obstacle au redressement, ce qui est rendu probable par sa dureté dans l'extension des orteils, caractère semblant indiquer qu'il est pour quelque chose dans la résistance. La prévision de M. Velpeau se trouve réalisée; la section du court fléchisseur est pratiquée immédiatement après celle du long fléchisseur.

Double ectropion. Des causes diverses qui produisent cette maladie. De son traitement. Opération.

Gravelin (Alexandre), âgé de cinquante-deux ans, marchand de vin, couché au n° 6 de la salle Sainte-Vierge, est affecté d'un ectropion double survenu sous l'influence de blépharites muqueuses répétées et prolongées. Ce sujet nous amène naturellement à parler des différents genres d'ectropions et des causes diverses qui peuvent les produire.

L'ectropion peut survenir à la suite d'affections assez variées; on peut distinguer, parmi ses causes, la destruction de la peau du voisinage des paupières, un érysipèle gangréneux, le charbon, une brûlure, une opération chirurgicale, tout ce qui peut, en un mot, raccourcir la peau des paupières, tend à déterminer cette maladie, et le mécanisme en est simple et facilement saisissable: les tissus de cette partie sont mous, lâches, quand il y a eu perte de substance et que le rapprochement des bords de la plaie a lieu; la peau est raccourcie, tiraillée de proche en proche; la paupière est entraînée, renversée, et la conjonctive, d'interne qu'elle était, devient extérieure. Ces ectropions peuvent avoir des formes variées et occuper des lieux différents. Ainsi, la maladie pourra siéger vers le côté interne ou externe de l'œil; elle occupera une portion de la paupière, ou la paupière toute entière selon que la cause aura agi de telle ou telle manière et dans tel ou tel point déterminé.

Une autre cause de l'ectropion se rencontre dans les maladies dont peut être affecté la conjonctive. Les fongosités qu'on voit se développer encore assez souvent sur cette membrane, pourront repousser la paupière et la faire proéminer à l'extérieur. Cette cause produit plusieurs genres de boursouflements. Tantôt c'est un état aigu qui cause un ectropion considérable; mais dans ce cas, on sent que l'ectropion n'est que l'ombre de la maladie pour ainsi dire, il n'y a lieu de s'en occuper en aucune façon: dès que l'inflammation est tombée, tout reprend sa place, et l'ectropion disparaît. D'autres fois, le boursouflement est chronique; ce sont encore des fongosités, une tumeur, un kyste dans l'épaisseur de la paupière qui sont la cause de l'ectropion, et nécessairement chacune d'elles modifie la maladie à laquelle elle donne lieu, et apporte également des modifications nombreuses dans le traitement du renversement de la paupière. Il est évident qu'on ne traitera pas des fongosités, par exemple, comme des boursouflements phlegmasiques chroniques de la conjonctive. Chacune de ces causes veut une thérapeutique spéciale.

Les maladies du globe de l'œil lui-même, comme l'hydrophthalmie, peuvent donner naissance à une variété d'ectropion; toutes les tumeurs peuvent causer aussi cette maladie.

Gravelin est atteint, lui, d'un ectropion par suite d'épaississement lent et phlegmasique de la conjonctive palpébrale; depuis une quinzaine d'années ses paupières sont rouges, et il y a dix ans au moins, nous a-t-il dit, qu'elles se sont renversées. En général, ces sortes d'ectropions s'établissent de la manière suivante. Il est certaines maladies des yeux dont les malades se préoccupent à peine, les blépharites ciliaires sont de ce nombre; leurs symptômes sont peu inquiétants, les douleurs qu'elles causent à peine sensibles; une démangeaison quelquefois vive, il est vrai, est, avec la rougeur, les seuls signes qui fassent reconnaître aux malades que leurs yeux ne sont pas dans leur état normal; Ils s'en inquiètent peut-être bien un peu d'abord, puis finissent par ue plus s'en occuper, et la maladie persiste ainsi pendant des années entières. Cependant au bout d'un certain temps, assez long déjà, les cils tombent, la démangeaison augmente, les yeux sont chassieux, collés le matin au réveil des malades; mais, en définitive, ils éprouvent plus de gêne que de douleurs. Si, dans ces circonstances, il s'ajoute, comme cela arrive souvent, une inflammation de la conjonctive et de toutes les parties environnantes, il se forme bientôt des bourrelets, et le malade a alors ce qu'on appelle vulgairement dans le monde, *des yeux d'anchois*.

Y a-t-il nécessité absolue de traiter ces malades, et doit-on espérer de les guérir?

Il suffit de poser cette question pour faire comprendre de quelle importance il est de la résoudre. Sans doute, l'ectropion n'est pas une maladie qui compromet l'existence; on ne peut pas dire absolument qu'elle met en danger l'œil lui-même. Cependant quelquefois les sujets qui en sont atteints ne peuvent recouvrir l'œil entièrement pendant le sommeil, ni même pendant la veille; il en résulte que le globe se trouve sans cesse en contact avec les corpuscules atmosphériques, et que de là naissent des ophthalmies fréquentes, rebelles, et surtout des kératites ulcéreuses. Il est commun de voir des individus pris de blépharites avoir de ces dernières inflammations qui, comme on le sait, sont toujours des phlegmasies dangereuses.

Il est donc nécessaire de remédier à l'ectropion; il reste à savoir par quels moyens.

On possède un grand nombre de remèdes contre cette affection; ainsi les astringents, les cathérétiques, les caustiques, l'excision de la partie rouge, le relâchement des parties rétractées, l'anoplastie, la blépharoplastie ont été mis en usage tour à tour.

Selon M. Velpeau, il convient de ranger ces moyens en deux classes, sous le rapport de la nature de l'ectropion. Tout ectropion qui tient à la rétraction de la peau réclame absolument l'emploi de l'anoplastie ou de la blépharoplastie. Celui qui reconnaît pour cause une maladie de l'œil ne veut aucun traitement, c'est la maladie elle-même qu'il faut guérir si l'on veut voir disparaître le renversement de la paupière; c'est ce qui arrive dans les inflammations aiguës. Quant à l'ectropion qui est la suite de boursouflements survenus par des inflammations chroniques des paupières, les collyres, les styptiques, l'enlèvement du bord de la paupière, ou une incision en V qui en comprend l'épaisseur; tels sont les moyens thérapeutiques à mettre en usage dans ce cas.

Chez notre malade, il n'y a pas assez d'épaisseur pour exiger l'enlèvement des téguments du cartilage tarse; M. Velpeau saisit avec deux pinces à griffes les deux extrémités de la paupière, coupe du milieu vers un des côtés, puis revient sur l'autre: par la cicatrisation, l'ectropion disparaîtra. Il préfère un petit bistouri aux ciseaux, par la raison qu'il est difficile d'enlever tout avec ces derniers.

Dr PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février. — Présidence de M. P. DUBOIS.

Suite de la discussion sur l'emphysème pulmonaire.

M. Malgaigne adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture:

L'innocuité à peu près constante des plaies sous-cutanées est un fait désormais acquis à la science, et qui n'a pas été sans influence sur les progrès récents de la médecine opératoire. A M. J. Guérin revient surtout l'honneur de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe, d'en avoir généralisé les applications, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. D'après cette théorie, comme on sait, le contact de l'air est la canse essentielle de l'inflammation dans les plaies; prévenez ce contact, il n'y aura plus d'inflammation; et de là la nécessité des précautions les plus minutieuses pour empêcher l'entrée de l'air. C'est une idée déjà ancienne, avancée un peu témérairement par Alexandre Monro, vivement combattu par John Bull; difficile dès lors à concilier avec les notious chirurgicales les mieux assises. A-t-elle été mieux démontrée de nos jours? Je crains qu'à cet égard son ingénieux rénovateur ne se soit fait illusion, et qu'il n'ait pas suffisamment prévu les objections qui pouvaient lui être adressées.

M. Guérin a fait sur les animaux un certain nombre d'incisions sous-cutanées à l'abri du contact de l'air; toutes ont guéri sans suppuration, et il en a couclu qu'avec le contact de l'air elles se seraient enflammées, et auraient suppuré. Peut être la conclusion n'était-elle pas tout à fait logique; il eût fallu sans doute essayer de soumettre au moins quelques incisions à ce contact si redoutable, pour s'assurer s'il aurait produit réellement les accidents qu'on lui attribuait.

J'ai fait ces expériences, je les ai répétées dans des conditions bien autrement graves que celles de M. Guérin; j'y ai insufflé des torrents d'air, et toutes ont guéri sans la moindre trace de suppuration.

Je commençai par insuffler une énorme quantité d'air dans le tissu cellulaire de deux lapins; après quoi j'opérai sur l'un une large incision sous-cutanée du tissu cellulaire; sur l'autre une longue incision des muscles des gouttières vertébrales. Deux jours après, la réunion était parfaite.

Ces expériences différant dans la forme des opérations pratiquées sur l'homme, je les répétai de la manière suivante: Je divisai sur un lapin le tissu cellulaire, sur l'autre les muscles, et immédiatement après j'insufflai par l'ouverture cutanée une énorme quantité d'air. Le résultat fut absolument le même.

Je coupai en travers les muscles postérieurs de la cuisse, et j'eus

ainsi une rétraction considérable, avec un vide entre les bouts des muscles qui se remplit immédiatement de sang, et il y eut même une petite hémorrhagie à l'extérieur. Insufflation d'air; réunion immédiate parfaite.

Je divisai la moitié des ligaments et de la capsule du genou ; j'insufflai de l'air. Même résultat.

Je cassai le fémur dans sa partie moyenne ; j'écartai les fragments, et les enfonçai dans les chairs ; après quoi je portai le bistouri sur ces fragments, que je labourai dans l'étendue de 4 à 5 centimètres ; puis j'insufflai de l'air. Même résultat.

J'enfonçai mon bistouri dans la poitrine, je labourai la plèvre costale et la surface du poumon, puis je procédai à l'insufflation. Même résultat.

Afin que l'on sache bien comment s'opérait l'insufflation, je dirai que je me servais d'un tube de trois à quatre millimètres de diamètre, et que j'y soufflais tout l'air que contenait ma poitrine. L'emphysème était si considérable, qu'il persistait encore plusieurs jours après la réunion des plaies.

On voit, après cela, ce qu'il faut penser d'une théorie qui explique par l'introduction de quelques bulles d'air la suppuration arrivée dans quelques opérations pratiquées par de fort habiles chirurgiens et par M. Guérin lui-même. J'ai attaché quelque prix à la détruire, attendu qu'entre autres conséquences fâcheuses, elle tend à fixer uniquement l'attention du chirurgien sur un danger imaginaire, en lui cachant les véritables causes de l'inflammation et de la suppuration.

— Il est donné lecture d'une lettre de M. *Piedagnel*, dans laquelle il rappelle ses opinions sur la question. Sous le nom d'emphysème, on peut rencontrer trois états pathologiques différents : 1° la dilatation des vésicules pulmonaires, c'est ce qu'a décrit Laënnec ; 2° la rupture d'une ou plusieurs cellules sans épanchement d'air autour, c'est l'altération décrite par M. Lombard de Genève ; 3° la rupture des cellules avec épanchement d'air dans le tissu cellulaire sous-pleural. Les deux premiers états ne donnent jamais lieu à la mort subite ; le troisième a des degrés de gravité variable selon que l'air s'épanche avec lenteur ou brusquement dans le tissu cellulaire, dernier cas dans lequel il peut produire une mort subite par pneumo-thorax.

M. Adelon reproduit les observations par lesquelles il termina la séance précédente, sur la nécessité de limiter la discussion aux deux seuls points que M. Prus a voulu traiter avec détails, c'est-à-dire le siége anatomique de l'emphysème et la mort subite qu'il peut déterminer. Il persiste d'ailleurs dans ses conclusions, car les faits rapportés par M. Prus sont d'autant plus concluants qu'il a pu les observer pendant plusieurs années.

M. Ferrus, après des considérations étendues sur l'asthme, sur les maladies du cœur concomitantes à l'emphysème, sur les phénomènes mécaniques nerveux de la respiration, combat l'opinion de M. Prus sur la possibilité de la mort subite par cause d'emphysème. Les faits ne lui paraissent pas concluants, et il en présente la critique.

M. Rochoux, après avoir exposé les altérations anatomiques diverses auxquelles on donne le nom d'emphysème, pense qu'il est difficile d'assigner le rôle que joue la simple dilatation vésiculaire. Dans la plupart des cas de mort subite cités, on a trouvé constamment des altérations concomitantes avec l'emphysème. De sorte que quoique le travail de M. Prus soit digne d'éloges, la question lui paraît devoir être de nouveau examinée.

M. Poiseuille lit une note avec tant de rapidité, qu'il ne nous a pas été possible d'en bien saisir le but. Nous avons cru comprendre que pour lui la dilatation vésiculaire ne pouvait être portée au-delà de certaines limites sans qu'il en résultât des accidents graves. Il admet la possibilité de la mort subite, qui serait produite, selon lui, par la compression des vaisseaux capillaires du poumon qui détermine l'asphyxie.

M. Bouvier pense qu'on ne peut traiter les questions de l'emphysème sans s'entendre sur les divers états du poumon auxquels on a donné ce nom. La dilatation vésiculaire n'est que la reproduction sur le cadavre de l'état physiologique du poumon. Cet état ne peut être considéré comme un état morbide ; le poumon contient de l'air, ressemble à un poumon insufflé, et voilà tout. C'est l'état le plus commun ; on le rencontre presque toujours sur le cadavre des vieillards. On a invoqué plusieurs causes pour expliquer la présence de l'air dans les vésicules : le défaut de contractilité, la perte d'élasticité des vésicules ; mais ces causes sont hypothétiques. M. Piorry en a démontré le mécanisme de manière à ne pas laisser prise aux objections. En effet, ce n'est pas de l'air pur qui est renfermé dans les vésicules, c'est de l'air intimement mêlé à un liquide, et l'on conçoit alors que le poumon soit moins apte à s'en débarrasser. Dans le second état du poumon auquel on a aussi donné le nom d'emphysème, on trouve, dit-on, un épanchement d'air dans le tissu inter-cellulaire. Ce siége n'est pas très clair ; mais c'est là cependant un état morbide. Dans le troisième état, l'épanchement d'air est dans le tissu cellulaire extra-lobulaire ; c'est là l'état le plus grave.

M. Royer-Collard. Le point de vue essentiel à examiner avant toute autre chose, c'est le mécanisme physiologique de l'emphysème. Quelques personnes l'attribuent à de grands efforts respiratoires ; cela n'arrive pas dans tous les cas ; on conçoit la possibilité de sa production dans la coqueluche, dans les efforts d'un accouchement laborieux ; on en a cité des exemples. D'autres le font produire par les maladies du cœur ; cette cause est rare ; le catarrhe pulmonaire, au contraire, en est une cause fréquente. Il importe d'établir une distinction entre l'emphysème sénile et l'accidentel. Que celui-ci puisse résulter d'un effort violent, M. Royer-Collard l'admet ; mais l'autre ne reconnaît pas cette cause comme principe de sa production : c'est une rétention prolongée de l'air dans un sac qui perd son élasticité. Cette différence entre l'emphysème sénile et l'accidentel, lui paraît importante. L'étiologie, la marche, la durée, le mécanisme de leur formation ne se ressemblent pas. Du reste, l'emphysème accidentel peut avoir divers modes de formation. Il cite le cas d'un jeune homme qui ayant contracté en Orient l'habitude de fumer le *narguillé*, c'est-à-dire, une pipe au moyen de laquelle la fumée du tabac peut rester pendant cinq, dix, vingt, et même trente minutes dans les poumons, est devenu emphysémateux à la suite de cette habitude. M. Royer Collard termine par des considérations sur le traitement, qui doit être divers comme sont diverses les causes qui produisent l'emphysème.

M. Piorry insiste de nouveau sur la présence d'un liquide mêlé constamment à l'air dans l'emphysème. Cette considération lui paraît capitale, car elle seule conduit au traitement rationnel. Ce n'est ni par l'opium, ni par les antispasmodiques qu'on guérira cette maladie, mais bien par l'émétique qui débarrasse les bronches du liquide spumeux qu'elles renferment, par l'émétique au moyen duquel il a toujours produit le soulagement des malades.

M. Blandin trouve que l'on a admis sans preuves l'introduction de l'air des poumons dans les vaisseaux. Les faits rapportés ne sont rien moins que concluants ; les expériences de M. Piorry ont été faites sur le cadavre, on n'en peut rien conclure pour le vivant, elles ne s'appliquent pas d'ailleurs à l'emphysème.

Après quelques considérations présentées par MM. *Ferrus* et *Desportes*, la clôture mise aux voix est adoptée.

Les conclusions du rapport, qui consistent à adresser des remerciements à M. Prus et à renvoyer son mémoire au comité de publication, sont adoptées.

— *M. Ségalas* communique le fait suivant. Un vieillard de près de quatre-vingt-trois ans qui n'avait jamais souffert de la pierre, fait une chute qui détermine une blessure grave du bras. Comme tonique on administre le vin de quinquina, aussitôt après des douleurs intolérables se font sentir dans la vessie ; M. Ségalas sonde le malade, et reconnaît la présence de deux pierres. Il l'opère par le haut appareil, et retire en effet deux calculs : l'un volumineux, mamelonné ; l'autre plus petit. Comment ces deux pierres ont-elles pu séjourner si long-temps dans la vessie sans trahir leur présence ? Est-ce le vin de quinquina qui a réveillé la sensibilité de la vessie ? M. Ségalas pose ces questions sans pouvoir les résoudre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1843. — Présidence de M. Dumas.

État primitif de la matière qui renferme la couenne qu'on rencontre dans diverses saignées. — *M. Paul Tavernier* (de la Nièvre), adresse une note sur ce sujet. Quant à présent, dit l'auteur, je n'ai voulu qu'énoncer un fait qui m'a paru curieux, savoir que la matière qui forme ultérieurement la couenne, existe primitivement à l'état liquide dans le sérum, et peut en être séparée par décantation avant la coagulation du sang.

Electro-puncture. — *M. Schuster* écrit, en réponse à la réclamation de M. Le Roy (d'Etiolles), une lettre dans laquelle il expose :

1° Qu'il n'a jamais prétendu à la priorité de l'application du moyen en question au traitement des névralgies, de l'asphyxie, des hernies engouées, etc. ; qu'il a seulement donné peut-être un peu plus d'extension à l'ingénieux procédé de M. Magendie ;

2° Qu'il a commencé en 1837 et 1838 à étendre l'électro-puncture au traitement des affections organiques, notamment à l'hydrocèle, à l'hydrothorax, à l'ascite, aux hydarthroses, aux engorgements et indurations ganglionnaires, aux abcès profonds, etc. ; qu'il a produit en 1839 et 1840 les premiers cas de guérison obtenus par ce moyen, faits qui seront attestés, sans doute, par M. Amussat, ainsi que par un très grand nombre de praticiens distingués, entre autres par MM. les docteurs L. Boyer, Filhos, Levaillant, Guérineau, Puyoo, Poyer, Tessereau, etc., qui fréquentent les conférences de ce chirurgien éminent ; qu'il a soumis depuis à l'action de cette même méthode l'hydropisie ovarique, le goître, les kystes, certaines indurations du foie et de la rate, le cancer encéphaloïde, les tumeurs vasculaires, surtout les varices et une tumeur érectile ; qu'à l'époque où il a commencé le traitement de ces diverses altérations pathologiques, *aucun fait analogue n'avait été publié*, qu'il a publié le premier résultat de ses travaux au mois de février 1842 (voy. *Gazette des Hôpitaux*) ; que tout ce que la science possède à l'égard du traitement des altérations organiques par l'électro-puncture, au moment de cette publication, se réduisait à deux faits isolés, l'un d'engorgement ganglionnaire, dû à M. Rognetta, l'autre d'hydrocèle, guérie à l'aide de l'électro-puncture par M. Pecchioli.

3° Que M. Le Roy lui pardonnera s'il éprouve quelque difficulté à considérer comme bien sérieuses ses prétentions à la priorité quant au traitement des épanchements internes ; tant qu'il n'aura opposé à sa théorie édifiée sur de nombreux faits d'application pratique et de guérison positive, qu'une hypothèse vague, émise accidentellement et sans y donner aucune suite pendant quinze ans, dans une thèse latine ignorée de tout le monde, et oubliée même de son auteur.

Recherches expérimentales sur la formation des anévrismes traumatiques. — *M. Amussat* envoie sous ce titre un mémoire, dont voici les conclusions : 1° la formation de ces anévrismes n'avait pas été suffisamment observée, non-seulement on ne les avait pas autant étudiés que les anévrismes vrais, mais encore on n'avait pas profité de la possibilité de les produire à volonté sur les animaux vivants, pour les étudier avec plus de facilité.

2° On doit rayer de la nomenclature des anévrismes ceux qu'on appelle faux primitifs ou diffus, parce que ce ne sont pas des anévrismes, mais bien de simples épanchements survenus immédiatement après la blessure d'une artère. Il n'y a anévrisme que lorsque la poche est formée.

3° On n'obtient presque jamais d'anévrismes sur les chiens ; sur les chevaux, on n'obtient que des anévrismes complexes, c'est-à-dire *artériels veineux* ou par *transfusion*. Je n'ai pas obtenu un seul anévrisme *artériel simple*, c'est-à-dire une poche surajoutée à la blessure d'une artère, peut être, parce que je n'ai pas conservé les animaux assez long-temps.

4° J'ai constaté plusieurs variétés de l'anévrisme *artériel veineux* ou par *transfusion* :

A. Le *latéral simple*, qui est établi par un trou de communication entre une artère et une veine accollées.

B. Le *latéral avec poche anévrismale*, la communication étant établie par le sac entre l'artère et la veine.

C. *L'anévrisme double* ; c'est-à-dire qu'une artère ayant été transpercée, il s'établit une poche anévrismatique d'un côté, et de l'autre une communication entre l'artère et la veine.

D. Le *direct* ; une artère et une veine ayant été divisées entièrement, la communication est rétablie par une poche intermédiaire.

E. Enfin *l'anévrisme direct en cul de-sac* ; une poche anévrismale s'étant formée à l'extrémité du bout cardiaque d'une artère et d'une veine entièrement divisées.

5° Les anévrismes traumatiques sur l'homme doivent être étudiés avec beaucoup de soin, afin de comparer les résultats que fournit l'espèce humaine avec ceux que j'ai obtenus sur les animaux vivants.

6° Enfin, les conséquences pratiques relatives à l'opération de l'anévrisme sont les mêmes que celles qui ont été parfaitement déduites par M. Breschet dans son mémoire sur les anévrismes par transfusion observés dans l'espèce humaine.

Intoxication arsenicale sur les moutons. — *MM. Danger et Flandin* complètent leurs communications sur ce sujet par la note suivante :

1° Le mouton qui a survécu à la prise de 16 grammes d'acide arsénieux en poudre, et sur lequel nous avons suivi jour par jour, par l'analyse des fèces et des urines, les effets de l'élimination du poison, a été tué le trente-huitième jour de l'expérience. Ses organes étaient sains, et l'analyse chimique n'y a fait découvrir, non plus que dans la chair musculaire, aucune trace d'arsenic. Un jeune chien a mangé tous les viscères intérieurs et la basse viande ; il n'en a éprouvé aucun effet fâcheux, et l'on n'a retrouvé d'arsenic ni dans ses urines, ni dans ses fèces analysées en masse et simultanément.

Six personnes ont mangé la chair plus spécialement livrée à la boucherie, et aucune d'elles n'a été incommodée. Deux de ces personnes, parmi lesquelles se trouve l'un de nous, ont fait leur nourriture habituelle de cette viande durant dix jours, et elles n'en ont ressenti aucun accident. La question de médecine légale que nous nous sommes posée accessoirement dans notre mémoire, se trouve donc pleinement résolue.

2° Le chien qui a mangé les viscères des trois moutons empoisonnés n'a pas succombé. Au bout de six jours, il a cessé de rendre de l'arsenic dans ses urines. Sacrifié le neuvième jour, on n'a constaté à l'autopsie que son extrême maigreur. Ses organes internes étaient sains ; et par l'analyse chimique on n'y a découvert aucune trace d'arsenic. Cet animal s'est donc débarrassé du poison absorbé beaucoup plus vite que le mouton, on peut expliquer cette différence par les simples données de l'anatomie comparée. D'une part, en effet, la longueur du tube intestinal sur le mouton excède 20 mètres, et cette longueur n'est pas de 4 mètres pour le chien ; de l'autre, la membrane musculaire est très développée dans l'appareil digestif des carnivores, et elle n'est pour ainsi dire qu'à l'état rudimentaire dans celui de l'herbivore (1). La digestion et, par suite, l'absorption et les sécrétions même doivent donc être beaucoup plus actives sur le chien que sur le mouton. Quant au temps nécessaire à l'élimination d'une substance toxique telle que l'arsenic, il eût été dangereux de conclure d'une espèce animale à une autre, et il n'est pas douteux même qu'on ne rencontre à cet égard quelques différences entre les individus d'une même espèce.

Priorité de l'invention de la lithotritie et de la torsion des artères. — *M. Amussat* envoie une lettre sur ce double sujet, en réponse à un article de M. Civiale et de la dernière lettre de M. Thierry.

Symptômes et marche de l'ostéite. — *M. Gerdy* lit un mémoire sur ce sujet, qu'il termine par le résumé suivant :

Malgré les grandes différences que l'organisation des os présente au premier abord, lorsqu'on la compare avec celle des parties molles, comme la vascularisation y est analogue, cette vascularisation commune efface et affaiblit considérablement ces différences. Par suite de l'abondance de leurs vaisseaux, les os s'enflamment très facilement et beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit ; les vaisseaux alors y prennent, comme dans les parties molles, un développement extraordinaire. D'innombrables ruisseaux de sang qui pénètrent leurs substances comme celle d'une éponge, y portent avec la vie, ainsi que dans les parties molles, le principal élément de l'inflammation ; le gonflement des os est la suite de leur inflammation, comme la tuméfaction des parties molles est l'effet de leur phlegmasie. Ils souffrent encore, de même que les parties molles, mais bien qu'ils souffrent des douleurs morbides ou spontanées, ils manquent de sensibilité physique.

Comme les parties molles enflammées, ils sécrètent des fluides organisables sous le périoste, dans leurs cavités médullaires ou diploïques et dans leur trame intérieure ; ils peuvent s'ulcérer, suppurer et être partiellement frappés de mort par une inflammation circonférentielle ulcérative. Comme les parties molles enflammées ils causent des symptômes d'hypérémie et d'inflammation dans les parties voisines ; ils provoquent des sympathies pénibles, douloureuses ou graves dans les autres organes et dans l'ensemble des fonctions. Mais si leur inflammation suit, comme dans les parties molles, une marche aiguë ou chronique, elle en diffère par sa persistance indéfinie et latente, par ses assoupissements prolongés, qui en imposent pour des guérisons réelles, et par ses réveils tardifs et inattendus. Il en résulte que lors même que les os sont réellement guéris on peut conserver des doutes légitimes sur la solidité et sur la constance de leur guérison.

Ainsi comparées sous tous les points de vue, sous les rapports divers de la vascularisation, des altérations matérielles, des symptômes locaux, des symptômes de voisinage, des symptômes généraux, de la marche, des terminaisons et même des causes, l'inflammation des os et l'inflammation des parties molles offrent à l'attention de l'observateur de frappantes analogies, mais elles présentent aussi de notables différences.

Un bruit généralement répandu, mais dont nous ne garantissons pas la vérité, c'est que M. Pelletan, professeur de physique à la faculté de médecine de Paris, aurait sollicité et obtenu sa retraite.

(1) N'y a-t-il pas ici erreur de rédaction, et la proposition contraire n'est-elle pas la vraie ?

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 27, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 3 MARS 1843.

Académie de médecine. De l'emphysème pulmonaire.

(Suite et fin.)

La séance de l'Académie, malgré les communications intéressantes de quelques membres, n'a cependant pas offert toute l'importance à laquelle on devait s'attendre, d'après la manière dont la discussion avait été inaugurée dans la séance précédente. Beaucoup de questions, qui avaient déjà été agitées, ont été reprises sans grand profit, et quelques autres qu'on n'avait pas pour ainsi dire abordées, ont été négligées complètement. M. Prus a écrit à l'Académie que son mémoire n'était point intitulé : De l'emphysème comme cause de *mort subite*, mais seulement De l'emphysème comme *cause de mort*. La question ainsi posée devenait d'une difficulté extrême; et, soit à cause de cette difficulté même, soit par tout autre motif, l'Académie l'a tout à fait laissée de côté, malgré les efforts du rapporteur pour concentrer la discussion sur cette question exclusivement. Nous n'essaierons pas de suppléer au silence de l'Académie; nous nous bornerons à dire que s'il nous a été impossible jusqu'à présent d'admettre la mort subite causée par un emphysème, il paraît, au contraire, beaucoup plus rationnel de croire que le trouble de l'hématose produit par un emphysème graduellement croissant puisse être porté au point de suspendre l'action vitale après un temps plus ou moins long. M. Poiseuille cependant, dans une note dont la lecture rapide n'a pas permis de bien apprécier la valeur, paraît avoir voulu démontrer par des considérations physiologiques, que le défaut d'action de la plus grande partie des cellules pulmonaires produisait la mort, et que ce défaut d'action pouvait résulter de l'emphysème pulmonaire. Personne ne doute que l'abolition des fonctions du poumon ne puisse produire la mort, et c'est ainsi que meurent presque tous les phthisiques; mais l'emphysème peut-il produire ce résultat? C'est là ce qu'il aurait fallu prouver, et c'est ce que M. Poiseuille, ainsi que l'Académie, a laissé dans le doute. Toutefois, la rareté des cas de mort à la suite desquels on n'a trouvé qu'un emphysème pulmonaire comme unique lésion, doit engager à suspendre tout jugement à cet égard, et à chercher dans de nouvelles observations, plus précises que celles de nos prédécesseurs, les bases d'une conviction scientifique. Quant à la mort subite, M. Ferrus a de nouveau appelé l'attention de l'Académie sur ce sujet; il a fait voir avec justesse que M. Prus n'avait cité dans son mémoire que deux cas à l'appui de cette manière de voir, et que dans ces deux cas, dont celui de M. Ollivier faisait partie, les malades n'avaient offert, avant de mourir, aucun des symptômes propres à l'emphysème. A cette raison toute puissante nous ajouterons que dans les cas qui nous sont connus les lésions anatomiques caractéristiques de l'emphysème n'ont pas même été mises hors de doute.

Nous devons maintenant, avant d'aborder la discussion des causes, examiner quelques assertions émises sur les caractères anatomiques et le mécanisme de formation de l'emphysème, et dont quelques-unes sont contraires à ce que nous avons dit dans notre second article.

Suivant M. Bouvier, les poumons dits habituellement emphysémateux ne sont que des poumons qui persistent après l'ouverture de la poitrine à un état de distension tel qu'il existe physiologiquement pendant la vie, dans une inspiration modérée; il n'y a là aucune lésion du tissu pulmonaire, mais en quelque sorte une insufflation de ce tissu. Si, dans ce cas, le tissu pulmonaire ne se rétracte pas, c'est qu'une écume formée par le mélange de liquide et de gaz obstrue les ramuscules bronchiques; cela résulte d'expériences qu'il a faites sur des chiens, lesquelles confirment celles de M. Piorry. Le défaut d'élasticité n'est pour rien dans cette absence de rétraction, et ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on pratique des piqûres sur les vésicules dilatées, elles reviennent sur elles-mêmes et s'affaissent. Les poumons alors crépitent sous la pression comme quand on a injecté un mélange de liquide et de gaz dans les bronches, autre preuve que c'est bien à l'obstruction des conduits aériens, et non à l'hypertrophie, qu'est due la dilatation. Ces raisons, qui ont paru décisives à l'auteur, ne le sont nullement pour nous. Nous admettons d'abord, contrairement à M. Bouvier, et conformément aux observations de Laënnec et de M. Blandin, que les poumons crépitent, au moins chez l'adulte, en l'absence de toute trace d'emphysème; nous admettons de plus, toujours avec Laënnec, que les poumons emphysémateux crépitent moins que les autres. C'est là une question de fait à l'appui de laquelle nous ne donnerons aucun raisonnement : que ceux qui voudront juger se donnent la peine de toucher. Nous croyons que la présence des liquides spumeux est le plus souvent une pure hypothèse, qui même ne nous paraît pas avoir de grandes probabilités en sa faveur, car :

1° On a souvent cherché ces liquides dans les tuyaux bronchiques sans pouvoir les rencontrer.

2° Ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs après M. Bouillaud, les accès de dyspnée cessent souvent sans qu'aucun liquide soit expectoré.

3° Enfin l'emphysème, comme il résulte des recherches de M. Louis, siége le plus souvent aux bords antérieurs des deux poumons, c'est-à-dire précisément dans un point où les conditions propres à produire les liquides en question se rencontrent le moins fréquemment. C'est une erreur de croire, parce qu'une vésicule dilatée revient sur elle-même après qu'on a fait une piqûre à ses parois, que les parois de cette vésicule n'ont point perdu de leur élasticité, attendu qu'un poumon très sain, parfaitement rétracté après l'ouverture du thorax, se rétracte encore quand on pratique des ponctions sur sa périphérie. L'air paraît comme emprisonné dans les voies respiratoires; pour l'en expulser une certaine force est nécessaire; l'élasticité naturelle du tissu pulmonaire suffit pour en expulser une certaine quantité qui est à peu près toujours la même dans l'état sain de ce tissu. L'expulsion une fois opérée, il n'en résulte pas qu'il n'y a plus d'élasticité dans le poumon, mais seulement que cette élasticité est insuffisante pour chasser une plus grande quantité d'air; mais celui-ci peut très bien être chassé si on lui ouvre une voie plus facile que la voie naturelle. Ces considérations expliquent l'erreur de M. Bouvier en même temps qu'elles corroborent l'opinion que nous avons émise sur la perte d'élasticité du tissu pulmonaire emphysémateux. Nous accorderons à M. Piorry que la question que nous venons d'examiner est très importante; mais nous ne lui accorderons pas néanmoins que d'elle seule dépende la conduite que le praticien doit tenir. S'il est démontré aux praticiens que l'émétique ait, comme l'assure M. Piorry, une influence des plus heureuses sur la terminaison et la marche des accès de dyspnée, ces praticiens n'en emploieront pas moins ce moyen, soit qu'ils adoptent l'une, soit qu'ils adoptent l'autre des deux opinions dont il a été question; d'autant mieux qu'ils ne saisiront pas toujours les liens qui peuvent exister entre l'expulsion des mucosités bronchiques et le vomissement. Quant à nous, sans nier l'influence heureuse de l'émétique, que nous n'avons point expérimenté, nous avons une assez grande confiance dans l'opium donné à la dose de 2 à 4 grains dans l'espace de quelques heures, surtout lorsque la dyspnée revient par accès bien caractérisés.

L'examen des causes de l'emphysème a été tout à fait négligé dans la discussion; nous n'y insisterons pas beaucoup, puisque l'Académie a cru devoir en agir autrement. Nous ne pouvons cependant passer sous silence l'intéressante note communiquée par M. Royer-Collard, et dans laquelle ce professeur a exposé une théorie sur le développement de l'emphysème, ingénieuse comme tout ce qui sort de sa plume, mais qui ne nous paraît pas en accord parfait avec l'observation. Suivant M. Royer-Collard la dilatation des vésicules pulmonaires est produite par un mécanisme semblable à celui par lequel s'opèrent les dilatations des autres organes, c'est-à-dire par l'effet lent et jamais brusque (ce qui explique pourquoi

---

FEUILLETON.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Nouvelle thérapeutique des tumeurs blanches.

Cette thérapeutique est bien simple; elle consiste spécialement et exclusivement dans le repos de l'organe, mais repos complet, absolu. M. Malgaigne, qui préconise ce moyen, n'a voulu probablement qu'éveiller l'attention sur ce sujet dans la note qu'il a publiée, note, à notre avis, insuffisante pour entraîner la conviction des praticiens. Voici, du reste, comment M. Malgaigne expose ses idées sur le traitement des tumeurs blanches :

« Après avoir longuement médité sur les tristes résultats des médications dites rationnelles, obligé de reconnaître avec M. Velpeau, *que tout ou presque tout au moins est à revoir sur cette matière*, je me suis demandé si véritablement les indications dites rationnelles avaient été bien saisies, et de quel droit nous appliquions sur ces engorgements articulaires des sangsues et des révulsifs. Ce n'était pas le droit de l'expérience acquise; car, je le répète, tout ce que j'ai vu de l'emploi de ces moyens m'a laissé intimement convaincu de leur inefficacité. C'était donc en vertu de la théorie; mais cette théorie était-elle bien assise elle-même? Parce qu'il y a au début de la plupart des tumeurs blanches une inflammation assez manifeste, avait-on recherché seulement si cette inflammation était de celles qui réclament les émissions sanguines? Pas le moins du monde, tout au contraire, il y a là fort rarement un grand afflux sanguin, et c'est l'afflux sanguin qui, en théorie, réclame directement les saignées et les sangsues. En réalité, cette inflammation dans son principe n'est pas très vive; très rarement elle aboutit à la suppuration. Pourquoi donc ne se résout-elle pas spontanément comme beaucoup d'inflammations simples abandonnées à elles-mêmes? Ne serait-ce pas que la nature n'est pas libre d'agir, qu'elle est tourmentée par les imprudences des malades, et peut-être aussi par le traitement tumultueux des chirurgiens? La condition la plus essentielle pour la résolution de toute phlegmasie, c'est le repos de l'organe affecté; et, pour les tumeurs blanches mêmes, les chirurgiens recommandent, avant toutes choses, le repos absolu; mais comment ce repos est-il garanti? Et avant de prétendre aider ou corriger la nature, ne fallait-il pas s'assurer exactement qu'elle ne se suffirait pas à elle-même? »

Voilà l'idée. Quant à l'exécution, nous voyons, dans la note de M. Malgaigne, que pour parvenir à un repos absolu de l'organe, il fixe par des liens, tantôt le membre seul, tantôt le malade tout entier; qu'il fait usage de plans inclinés, qu'il ramène peu à peu le membre dans sa rectitude naturelle, et, qu'à part quelques rares cataplasmes, il s'abstient de toute médication soit topique, soit interne.

(*Journal de Chirurgie.*)

Usage thérapeutique de l'huile de foie de morue.

M. Stapleton, auteur de ce travail, divise en trois catégories les maladies où l'huile de morue convient principalement; ce sont les scrofules, le rachitisme, et l'ostéo-malaxie.

Scrofules. Trois observations : La première a trait à une jeune fille de dix-sept ans, d'un tempérament cachectique, portant différents ulcères à la face et au-dessous du menton, et des glandes engorgées au col; les règles coulent fort peu; elle accuse des rapports acides après ses repas. Guérison au bout de soixante-seize jours. Elle a pris 4580 grammes d'huile de foie de morue.

La deuxième observation a trait à un enfant de six ans, tempérament lymphatique, portant un ulcère scrofuleux sur le bras droit. Cet enfant prit, quoique avec répugnance, 30 grammes par jour d'huile, et fut débarrassé de son ulcère et guéri au bout de quatre semaines.

La troisième traite d'une jeune fille de onze ans, portant un grand nombre de glandes engorgées du côté gauche du cou. Elle prit 1,800 grammes d'huile en cinquante-neuf jours de temps. Les glandes étaient fortement diminuées. On dut suspendre la médication pour cause d'indocilité. Le traitement fut repris un mois et demi après; elle prit encore 600 grammes, et fut radicalement guérie.

Rachitisme. Les trois observations rapportées par M. Stapleton ont trait à de jeunes enfants de deux à quatre ans. Le rachitisme a cédé avec plein succès à l'emploi de l'huile de morue prise en tout à la dose de 390 à 600 grammes.

Ostéo-malaxie du bassin par suite de rhumatisme. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, lymphatique, mère de cinq enfants, qui, à la suite d'un rhumatisme qui avait voyagé dans différentes parties du corps pendant huit années, envahit les os du bassin, qui s'altérèrent au point de rendre le quatrième accouchement très laborieux. Depuis cette époque, le mal fit de nombreux progrès, les mouvements des extrémités inférieures devinrent impossibles, et la malheureuse, enceinte pour la cinquième fois vers le commencement de février 1841, fut contrainte de garder le lit pendant presque toute sa grossesse. M. Stapleton, appelé pour l'assister dans son travail, put alors constater que le bassin avait été vicié par le rachitisme, puisqu'il ne trouva qu'un diamètre antéro-postérieur de trois pouces et quelques lignes. Vers la fin de novembre 1841, après que les lochies eurent fini de couler, l'auteur commença le traitement avec l'huile de foie de morue, à la dose de 90 grammes par jour, associée à une bonne nourriture. Le 5 avril 1842, la malade était complétement en état de vaquer à toutes ses occupations. Elle avait pris 10,250 grammes d'huile.

(*Annales de la Société de médecine de Gand.*)

Sur le mal de mer, sa nature et son traitement.

Ni les historiens, ni les poètes, ni les médecins de l'antiquité n'ont parlé du mal de mer. Il est fort difficile d'expliquer leur silence à cet endroit; car comment concevoir que ce mal atroce ait été inconnu des anciens. En revanche, les modernes ne se sont pas fait faute d'explications, qui malheureusement n'ont pas encore conduit à une thérapeutique efficace. En voici une nouvelle proposée par un écrivain voyageur qui n'est pas médecin, qui a long-temps éprouvé le mal de mer, dont il a analysé toutes les angoisses. Cet auteur est M. Granier de Cassagnac qui, après avoir indiqué comme une des causes de ce mal le bouleversement des lois de la perspective, et le vertige qui en est la suite, ajoute : « La seconde cause de ce mal, c'est le soulèvement des intestins, que le roulis et le tangage refoulent vers la poitrine dans la position verticale. Les intestins refoulés pressent le diaphragme, le diaphragme presse les viscères de l'épigastre et l'estomac, et de là viennent les vomissements. C'est dans ce cas qu'il est littéralement vrai de dire qu'on se sent bouleverser le cœur. Je suis si certain de cette cause physique du mal de mer, qu'après l'avoir découverte, je m'en étais rendu presque maître, en combinant ma respiration avec le mouvement du navire; de telle sorte que le moment où les poumons s'emplissaient, correspondait au moment où les intestins montaient vers la poitrine. Alors les poumons dilatés faisaient baisser le diaphragme, et celui-ci arrêtait le mouvement ascensionnel des intestins; mais c'était quelque chose de si odieusement ridicule de m'étudier à devenir une montre de Genève, ou un mouvement de tourne-broche, que je donnai le remède au diable, comme cent fois pire que le mal.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Quelques considérations sur le bubon et sur son traitement.

Voici, dans leur expression la plus analytique, les opinions de M. Ricord sur tout ce qui se rattache à ce point de pathologie syphilitique.

Comme siége, le bubon appartient principalement aux ganglions lymphatiques qui tantôt sont seuls affectés, et tantôt transmettent leur inflammation au tissu cellulaire ambiant. Les bubons sont ou superficiels ou profonds, sus ou sous-aponévrotiques. Un ou plusieurs ganglions peuvent être pris isolément ou ensemble; de là le bubon isolé, ou les bubons multiples, et cela, dans des régions différentes ou dans une même région.

on ne peut pas les produire dans les expériences) d'un rétrécissement siégeant en avant de la dilatation. Ce rétrécissement presque permanent est dû à des mucosités épaisses, visqueuses, qui se rencontrent presque continuellement dans les bronches, principalement chez le vieillard, chez lequel la sécrétion pulmonaire remplace la plupart des autres sécrétions, qui sont ou abolies, ou considérablement diminuées. Cela explique pourquoi l'emphysème est plus rare dans le jeune âge que dans la vieillesse, et aussi pourquoi il est plus fréquent chez les individus de la classe pauvre, plus souvent affectés de catarrhe que ceux de la classe aisée. M. Royer-Collard trouve la preuve de cette dernière assertion dans cette observation, que l'emphysème est infiniment plus commun dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, qu'à l'Hôtel des Invalides, parce que dans cette dernière résidence les vieillards sont mieux soignés que dans les deux autres.

Voici les objections que l'on peut adresser à cette manière de voir, qui n'est autre du reste que celle de Laënnec, heureusement développée. En effet, dans cette opinion comme dans celle de Laënnec, c'est toujours le catarrhe qui est la cause primitive. Or, dans ce cas il est difficile de comprendre qu'un rétrécissement produise exclusivement la dilatation des cellules en laissant intactes les ramifications bronchiques; la manière dont M. Royer-Collard a d'avance répondu à cette objection, ne nous a pas semblé satisfaisante. De plus, le catarrhe, comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire pressentir, occupe habituellement la partie postérieure et inférieure des poumons; tandis que l'emphysème occupe le plus souvent la partie antérieure et supérieure; et lorsqu'il a été possible de remonter jusqu'à l'origine de la maladie, on a trouvé assez souvent que la dyspnée était antérieure au catarrhe. Une autre raison qui ne manque pas d'un certain poids, c'est que des personnes, et en grand nombre, peuvent garder des catarrhes pendant plusieurs années, pendant la plus grande partie de leur vie, sans être affectées d'emphysème.

Nous dirons des maladies du cœur à peu près ce que nous avons dit du catarrhe. Nous sommes loin de vouloir nier que les maladies du cœur ne puissent quelquefois produire l'emphysème, mais nous croyons qu'on a beaucoup exagéré leur influence. On ne tardera pas à se convaincre de cette vérité si l'on se donne la peine d'examiner dans ce but les observations de maladies du cœur consignées dans la science. On trouvera que chez les sujets qui succombent aux plus graves de ces maladies (rétrécissements et insuffisance des orifices, péricardites chroniques, anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux), l'emphysème ou n'existe pas, ou est à peine prononcé. Nous n'avons pas, à dessein, mentionné les hypertrophies simples, parce qu'en effet l'hypertrophie simple se rencontre presque toujours avec l'emphysème; mais dans ce cas l'emphysème est la maladie antérieure, et cela prouve uniquement que l'emphysème engendre l'hypertrophie du cœur.

Enfin il resterait à examiner la question peut-être la plus intéressante de toutes, celle de savoir le rôle que joue le système nerveux dans la production de l'emphysème; il s'agirait de savoir si l'asthme peut exister indépendamment de l'emphysème, ou si au contraire il en est la conséquence exclusive. Mais on comprend combien l'étude d'une semblable question exige de recherches précises et surtout difficiles; car, pour qu'elles soient concluantes, il faut avoir vu les malades toujours au début de l'affection, afin de savoir si les symptômes nerveux précèdent les signes de l'emphysème, et les malades ne peuvent, comme pour la question du catarrhe, donner de renseignements à ce sujet. Ces observations n'existent pas dans la science en nombre suffisant pour se faire, à ce sujet, une opinion bien fondée. Sans doute nous croyons, avec M. Ferrus, que dans l'emphysème les troubles de l'appareil nerveux de la respiration jouent un rôle important; les faits qu'il a rapportés, ceux que nous avons vus, justifient cette opinion; mais ces faits ne peuvent servir à montrer d'une manière positive ce qui est cause et effet, ce qui est essentiel et ce qui est accessoire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

MALADIES RÉGNANTES. — Varioles.

Première observation. — *Variole. Première invasion chez un sujet non vacciné. Mort.*

Jacques Letourneur, âgé de vingt-deux ans, journalier, habitant Paris depuis deux ans, jouissait habituellement d'une bonne santé, n'ayant point été vacciné et n'ayant point eu la petite-vérole, a contracté cette affection sans s'être trouvé exposé à aucun contact direct ou indirect.

Dans la nuit du 28 au 29 janvier dernier, il fut réveillé par une douleur vive dans les lombes, une douleur épigastrique et un malaise général, mais sans frisson. Il se leva le lendemain, éprouvant les mêmes douleurs, plus, une céphalalgie très intense, des lassitudes dans les jambes, de l'inappétence et de la fièvre.

Le lendemain les mêmes symptômes continuent; il s'y joint des vomissements bilieux, du mal de gorge. En même temps le malade s'aperçoit de la présence de petits boutons sur les avant-bras et à la face. Point d'épistaxis.

1ᵉʳ février. Diminution de la céphalalgie et des douleurs de reins. Le malade, qui jusque-là avait passé toutes les nuits sans sommeil, a dormi paisiblement. La face est rouge, les paupières gonflées, les conjonctives injectées; yeux un peu larmoyants; toute la figure est parsemée de pustules nombreuses, plus abondantes au front et sur les parties médianes que latéralement. Elles sont assez serrées pour que la face en soit uniformément colorée, sans qu'on distingue l'auréole qui appartient à chacune d'elles; dans quelques points elles se touchent tout à fait. Elles sont moins abondantes au tronc, où elles sont entourées d'une auréole large qui tranche vivement sur la couleur de la peau. Quelques-unes de ces pustules sont déjà blanches, opaques et ombiliquées. Il y en a beaucoup moins sur le ventre, et en en observe à peine quelques-unes sur les cuisses.

La peau est médiocrement chaude; pouls petit, battant 100 pulsations. Les battements du cœur sont éclatants; on entend un peu de râle sibilant en avant; point de toux ni d'expectoration; langue humide, chargée, rouge à sa pointe; le voile du palais et la voûte palatine sont rouges et parsemés de saillies très nombreuses, résistantes sous le doigt; quelques pseudo-membranes blanches; mal de gorge; déglutition douloureuse. Le malade a eu une selle, la première qu'il avait rendue depuis le début de la maladie.

Le 3 février, les pustules s'aplatissent; la face se gonfle; sentiment de tension de la peau; redoublement de la céphalalgie; picotement des yeux; mal de gorge; pouls à 88, petit; langue humide; point de selles.

Le 4, le gonflement de la face augmente; elle est d'un rouge violacé sur lequel se détachent les pustules d'un gris blanchâtre. Céphalalgie, mal de gorge; chaleur vive à la peau.

Les jours suivants, tous les symptômes vont en s'accroissant graduellement; le malade s'affaiblissant de plus en plus tombe dans une adynamie complète, et il succombe le 8.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion notable dans les organes de la respiration et de la digestion. Les organes encéphaliques n'ont pas été examinés.

Deuxième observation. — *Variole. Première invasion chez un sujet vacciné sans succès. Complication de pneumonie et de méningite. Mort.*

Au nº 3 de la même salle est couché un jeune garçon de treize ans, qui dit avoir été vacciné trois fois sans résultat. On ne retrouve, en effet, aucune trace de cicatrice vaccinale sur ses bras. Ce jeune homme est à Paris depuis sept mois; il est d'une santé délicate, sujet aux maux de ventre et à la toux. Depuis son séjour à Paris, il a été plusieurs fois malade; il a eu tout récemment une affection fébrile pour laquelle il a été traité à l'hôpital de la Charité, où il était couché à côté d'un malade affecté de petite-vérole, et dans une salle où il y avait plusieurs varioleux; il en est sorti depuis une douzaine de jours seulement.

Le 28 décembre dernier, dans la soirée, il éprouva des douleurs de reins légères; il a toussé plus qu'à l'ordinaire; pas de vomissements; pas de douleurs d'estomac; mal de gorge assez violent; l'appétit est conservé intact. Pas de diarrhée.

Le 29, le malaise augmente; il s'alite.

Le 30, l'éruption paraît.

Le 4 janvier, le malade est conduit à l'hôpital : c'était le cinquième jour de l'éruption. Il offrait l'état suivant : gonflement de la face; pustules nombreuses; la plupart un peu aplaties, blanches, entourées d'une auréole d'un rouge vif, quelques-unes déjà ombiliquées; elles sont très rapprochées sur le nez, la lèvre supérieure et le menton, confluentes même en quelques points. Les paupières sont considérablement tuméfiées, et présentent une rangée de pustules sur leur bord ciliaire. Tuméfaction des lèvres.

Sur le cou, le tronc et les membres, les pustules sont plus rares et plus volumineuses; quelques-unes surtout sont tout à fait isolées et aplaties, d'un blanc mat et entourées d'une auréole diffuse. Yeux brillants et larmoyants. Gonflement des amygdales et de la luette; pustules blanches disséminées au voile du palais, tranchant sur un fond d'un rouge vif.

Surdité; toux grasse et fréquente; langue blanche, rouge sur ses bords. Pouls à 104; peau médiocrement chaude; 22 respirations.

A l'examen de la poitrine, on reconnaît une matité légère en avant et à gauche; du même côté, râle sous-crépitant à grosses bulles et râle sibilant. En arrière, son un peu moins clair à gauche qu'à droite.

Le soir, les pustules ont blanchi; la tuméfaction de la face a encore augmenté. Les paupières sont à fleur de tête. Tous les orifices de la face sont envahis par les pustules. L'asthme du gosier, la luette et le voile du palais sont d'un rouge vif; cependant la déglutition n'est pas douloureuse. Battements du cœur très éclatants. Pouls à 112.

Le 6 au matin, pouls à 106; langue rouge, humide; face moins gonflée; commencement de dessiccation des pustules de la face; celles du tronc ont encore une auréole très animée.

Le 7, la face est presque complètement dégonflée. La plupart des pustules se dessèchent; quelques-unes même restent dures, et semblent diminuer de volume sans se couvrir de croûtes. Les pustules du tronc sont encore purulentes, mais elles commencent à se flétrir. Retour de l'appétit. Deux bouillons.

Le 9, quelques croûtes se détachent; peau moite et d'une chaleur naturelle; pouls à 72; langue humide; appétit. Une portion.

Le 11 au matin, sans qu'aucune cause particulière ait pu expliquer ce changement, le malade est trouvé dans l'état suivant: décubitus sur le côté gauche; stupeur; accélération du pouls sans chaleur. Dans la journée, la peau est devenue plus

---

Comme causes, ils sont ou la conséquence des causes communes des inflammations, ou bien ils sont dus à l'infection spéciale du virus syphilitique; de là les bubons inflammatoires simples et les bubons virulents. Ceux-ci sont toujours la conséquence de l'absorption du pus provenant d'un chancre ou ulcère syphilitique primitif placé sur le trajet d'un lymphatique en rapport direct avec le ganglion affecté. Le bubon répété d'emblée n'est considéré comme tel qu'en vertu d'une erreur, d'un manque d'attention du malade, ou d'un défaut d'appréciation des circonstances dans lesquelles il s'est développé, de la part du médecin. La plupart des bubons dits d'emblée, avec lesquels il n'a existé aucune ulcération, ne consistent tout simplement qu'en une inflammation ordinaire et sans virulence.

Le bubon virulent n'affecte ordinairement qu'un seul ganglion. Dans quelques cas pourtant, plusieurs ulcérations, dans des parties voisines, peuvent chacune isolément infecter un ganglion.

La cause la plus commune des bubons, c'est le chancre qui peut déterminer tantôt une adénite simple, tantôt une adénite virulente. Très rare à la suite de la blennorrhagie, le bubon est assez fréquent à la suite du chancre urétral.

L'influence du chancre sur la production du bubon est relative à son siége; le chancre du frein le produit presque fatalement; le chancre d'inoculation jamais, jusqu'à présent.

Le bubon, qu'il soit ou non virulent, peut affecter une marche aiguë, ou prendre d'emblée la marche chronique. Le bubon qui reconnaît la blennorrhagie pour point de départ, est presque toujours dans le premier cas. Celui qui est une conséquence du chancre, présente ce fait remarquable et constituant une règle générale; c'est que s'il succède à un chancre non induré, sa marche est ordinairement franchement aiguë; s'il succède à un chancre induré, sa marche est lente, indolente, chronique. A moins de complication strumeuse, les adénites virulentes ne tendent jamais à se compliquer par elles-mêmes de l'engorgement des ganglions profonds, et surtout de ceux de la fosse iliaque.

Le bubon peut avoir lieu sous l'influence de la vérole constitutionnelle. Il a alors pour siége ordinaire la région cervicale postérieure.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles le bubon soit survenu, s'il n'existe chez le malade aucune trace d'ucération primitive dans les régions en rapport d'absorption avec les ganglions affectés, qu'il n'y ait aucune sécrétion morbide, qu'à aucune époque antérieure le malade n'en ait noté, alors il n'est pas probable qu'on ait affaire à un bubon virulent.

La coïncidence d'un bubon avec une blennorrhagie doit faire présumer l'existence d'un chancre urétral.

Quand le bubon a été précédé d'un chancre qui affecte les ganglions superficiels, qu'un seul ganglion est affecté, il devient beaucoup plus probable qu'on a affaire à un bubon virulent. Celui-ci se développe ordinairement après la seconde, la troisième, la quatrième semaine de l'existence d'un chancre, et quelquefois même alors que celui-ci est sur le point de se cicatriser. Le bubon inflammatoire, au contraire, se développe ordinairement à la période aiguë des accidents auxquels il succède.

Du reste, l'inoculation seule peut éclairer sur la nature véritable du bubon.

Une seule médication ne saurait convenir dans tous les cas de bubons réputés vénériens; il y a cependant des indications communes à remplir. Si le bubon est de nature inflammatoire, quelle que soit sa variété, les antiphlogistiques généraux et locaux doivent être mis en usage. M. Ricord a expérimenté récemment avec succès le débridement sous-cutané du ganglion malade. Les conditions pour qu'il réussisse sont que le ganglion reste isolé, que le tissu cellulaire ambiant ne soit pas encore affecté et que la peau soit encore libre d'adhérences. Pour le pratiquer on glisse entre la peau et le ganglion un bistouri à lame très étroite, dirigé d'une de ses extrémités à l'autre, et on divise sa coque fibreuse dans toute son étendue, de manière à transformer une inflammation avec étranglement en inflammation simple. Le débridement sous cutané ne pouvant plus être exécuté par l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire ambiant, M. Ricord se contente de pratiquer plusieurs ponctions dans toute l'épaisseur de la tumeur et à trois ou quatre lignes les unes des autres. C'est encore aux ponctions multiples qu'il recourt dans la période de suppuration.

Quant aux vésicatoires et aux solutions caustiques de sublimé corrosif ou de sulfate de cuivre, M. Ricord en a abandonné l'usage comme trop douloureux et comme produisant des cicatrices indélébiles. Il n'a recours au vésicatoire que dans les bubons indolents qui ne tendent ni à la suppuration ni à la résolution, et dans ce cas il fait les pansements avec de l'onguent mercuriel double. Il emploie encore le vésicatoire dans le bubon suppuré avant de faire et pour tâcher d'éviter le sacrifice de la peau décollée. Dans les cas de bubons indolents indurés qui ne sont pas liés au chancre induré, si les frictions résolutives, la compression simple, si l'emploi du vésicatoire combiné à l'onguent mercuriel restent sans résultat, on peut encore employer avec beaucoup d'avantage la divison sous-cutanée des parties engorgées. En général, M. Ricord n'a recours aux applications caustiques que dans les cas où les divers moyens énumérés sont restés sans effet. Dans le bubon qui est la suite du chancre induré aucun de ces moyens n'est utile et le traitement doit consister dans l'emploi des antiphlogistiques proprement dits. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Perfectionnement apporté au traitement de l'hydrocèle par injections.

Chacun sait qu'après avoir fait la ponction dans l'opération de l'hydrocèle, et avoir évacué, au moyen de la canule du trocart, la sérosité épanchée dans la tunique vaginale, on injecte un liquide irritant dans cette séreuse, pour déterminer une inflammation adhésive de ses parois. Peu d'heures après l'injection les parties se tuméfient, deviennent douloureuses, etc. C'est ce travail inflammatoire, qui quelquefois même dépasse les limites prévues, qui constitue le temps le plus important dans la série des phénomènes curatifs. Du troisième au cinquième jour, l'inflammation s'apaise; mais le volume de la tumeur reste encore long-temps le même, ce n'est que du vingt-cinquième au trentième jour, et quelquefois plus tard, que la nouvelle quantité de liquide qui s'est accumulée dans la tunique vaginale après l'injection, finit par être résorbée tout à fait, et que le malade est guéri. Cette marche est celle qui s'observe ordinairement. Nous annonçons un perfectionnement des plus importants apportés par M. Lisfranc dans le traitement de l'hydrocèle, puisqu'il réduit à douze ou quatorze jours le temps nécessaire pour la guérison radicale. Voici en quoi il consiste : le sixième jour, après qu'il a fait l'injection avec la décoction vineuse de roses de Provins, époque où l'inflammation a beaucoup diminué, et où la tuméfaction est considérable, il pratique une seconde ponction dans la vue d'évacuer tout le liquide qui s'est accumulé dans la tunique vaginale à la suite de l'injection. Il épargne ainsi à la nature le soin d'absorber ce nouvel épanchement, et il rapproche de beaucoup, de cette manière, l'époque de sa guérison. (*Ibid.*)

Moyen simple de prévenir ou d'arrêter la toux dans certaines maladies.

La première idée de ces recherches est venue à M. Diday, en observant ce qui se passe dans l'éternument. On sait que, pour le prévenir, il suffit de faire, au moment où l'on sent le besoin de s'y livrer, une friction vive sur le bord libre des paupières, l'extrémité du nez ou les bords des lèvres avec le bout du doigt. Or, dit-il, l'éternument, considéré dans son but final et dans les actes qui le constituent, n'est autre chose que la toux des fosses nasales et de l'arrière-bouche. Il paraissait donc probable qu'un même procédé devait réussir à empêcher deux actes si semblables. C'est, en effet, ce que l'expérience m'a démontré soit sur moi-même, soit chez quelques personnes à qui je l'ai fait pratiquer sous mes yeux. Ainsi le moyen que je conseille pour prévenir la toux consiste à frictionner, du bout du doigt, vivement et même avec une certaine rudesse, soit le bord libre des paupières, soit le bout du nez, soit le bord des lèvres préalablement contrac-

chaude ; respiration très fréquente, parfois plaintive ; inappétence. Le soir, le pouls était monté à 120.

Le 12, stupeur profonde ; prostration ; expression d'accablement et de souffrance ; soif vive ; sueur humide couvrant tout le corps. Ventre ballonné et douloureux à la pression ; diarrhée ; cinq à six selles depuis la veille. Toux fréquente, grasse et par quintes ; râle muqueux et sibilant dans toute la poitrine ; respiration haute et fréquente, 40 inspirations par minute. On applique les vésicatoires aux jambes.

Le 13, même état de stupeur et de prostration. Le malade ne répond plus que difficilement aux questions qu'on lui adresse, et pousse de temps en temps des cris plaintifs. L'intelligence paraît d'ailleurs intacte. Soif vive et continuelle. Ballonnement et sensibilité du ventre ; diarrhée. Bouche amère ; langue très humide, d'un rouge cuivré aux bords, jaunâtre au centre.

Point de céphalalgie. Mêmes râles dans la poitrine. La percussion donne un son moins clair à gauche qu'à droite ; elle est un peu douloureuse. On entend à gauche de grosses bulles sèches qui ressemblent à du frottement, et ne se font percevoir que pendant l'inspiration. Pouls à 108.

La plupart des croûtes tombent. Quinze sangsues à la base du sternum ; lavement amidonné et laudanisé.

Le soir, céphalalgie ; bourdonnement d'oreilles ; même toux grasse ; expectoration de quelques crachats un peu colorés d'une teinte rouillée claire, épais, aérés, non visqueux ; retentissement douloureux de la toux dans les côtés ; un peu de surdité ; pouls à 96 ; respiration à 32 ; décubitus à gauche.

Le 14, la céphalalgie est dissipée ; plus de douleurs dans la poitrine, même pendant la toux qui continue à avoir lieu par quintes fréquentes ; crachats opaques, puriformes ; sommeil bon ; peau fraîche ; pouls à 90. Intelligence nette. Point de selles depuis deux jours.

Le 16, le petit malade dit se trouver beaucoup mieux, mais il continue à tousser fréquemment ; il a peu dormi. Pas de selles depuis trente-six heures. La langue est humide, jaunâtre, sans enduit ; l'appétit nul. La respiration paraît plus facile. Le pouls était à 112 la veille, il est tombé à 100. Presque toutes les croûtes sont tombées.

Le 17, pouls à 100 ; respiration précipitée ; toux fréquente ; abattement, agitation pendant la nuit ; délire le matin.

Le 18, agitation ; le malade a poussé des cris perçants presque toute la nuit ; retour de la diarrhée ; pouls à 104 ; respiration fréquente.

Le soir, le pouls tombe un peu et devient irrégulier ; la respiration s'embarrasse de plus en plus ; cris continuels ; diarrhée.

Le 19, prostration profonde ; pupilles dilatées, mais contractiles ; mouvements continuels des paupières et du globe de l'œil. Pouls irrégulier d'une fréquence extrême, ne pouvant plus être compté ; céphalalgie ; soubresauts des tendons. Le soir, immobilité des pupilles, rougeur de la face ; râle trachéal. Mort à quatre heures et demie du soir.

Autopsie le 21 *au matin.* — *Tête.* La surface interne de l'arachnoïde est lisse ; elle est transparente, et laisse voir les circonvolutions cérébrales nivelées et comblées par un liquide jaune verdâtre. En avant du lobe gauche on voit une plaque d'un rouge vif qui recouvre les deux ou trois circonvolutions les plus antérieure de ce lobe. Quand on essaye de détacher l'arachnoïde viscérale et la pie-mère, il semble que ces deux membranes soient épaissies, on les enlève par plaques friables d'un tissu mollasse de couleur jaune citrin qui pénètre dans les anfractuosités. Cette sorte de substance homogène concrète, composée par le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère macérés dans un liquide citrin, a dans quelques points 1 millim. 1/2 d'épaisseur. Dans quelques points elle se détache de la substance cérébrale avec quelque difficulté, mais sans toutefois entamer celle-ci ; les membranes se déchirent plutôt. La plus grande épaisseur paraît être sur la moitié antérieure de l'hémisphère, au niveau de la plaque rouge. Les membranes sont infiltrées de sang, se détachent facilement de la substance sous-jacente et celle-ci paraît ramollie.

La substance cérébrale a partout du reste une consistance normale : les ventricules contiennent environ trois cuillerées de sérosité. La voute à trois piliers seule est très ramollie. L'infiltration purulente pénètre sous la base ; on en trouve aussi sur la face supérieure du cervelet et dans le *chiasma* des nerfs optiques. Point de traces de tubercules ni de granulation.

Poumons. Le lobe supérieur du poumon gauche est hépatisé, il présente quelques petits tubercules crétacés et trois ou quatre petites cavernes de la capacité d'un pois remplies de matière tuberculeuse ramollie.

Le poumon droit présente de l'infiltration tuberculeuse au sommet ; hépatisation à la partie la plus extrême de ce sommet, dans un pouce d'étendue.

Abdomen. La rate est volumineuse et présente une surface marbrée, rouge et grise.

La substance hépatique est desséchée. On voit à la surface des plaques d'un jaune verdâtre de 3 à 4 pouces de largeur et qui pénètrent jusqu'à 1 centimètre de profondeur dans la substance du foie.

Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, au niveau de la valvule, on rencontre quelques plaques de Peyer un peu développées et offrant cette apparence particulière que l'on compare à une barbe fraîche.

— Voilà deux nouveaux exemples, choisis entre d'autres, de varioles graves terminées par la mort. On peut voir dans l'exposé succinct de ces deux cas et de ceux que nous avons précédemment rapportés, la confirmation de ce que nous avons avancé sur la gravité des varioles actuellement régnantes, et l'irrégularité générale de leur marche. Ce dernier caractère se retrouve en effet dans la plupart des maladies éruptives de cette époque, qu'elles soient graves ou légères, et ce que nous avions observé à cet égard à l'Hôtel-Dieu a également eu lieu dans la plupart des autres hôpitaux et en ville. Dans le service de M. Andral, par exemple, on a observé dans le courant de ces deux derniers mois un grand nombre de cas de varioles et d'autres maladies éruptives ayant offert ces mêmes particularités que nous avons signalées dans les cas observés dans d'autres services, c'est-à-dire une irrégularité remarquable dans leur marche, des complications graves, nombreuses, et un défaut de rapport apparent très fréquent entre l'intensité des symptômes généraux et celle de l'éruption. Ainsi on a vu assez souvent des symptômes très graves du côté de l'encéphale ou des poumons suivis même d'une terminaison funeste, accompagnant une éruption très légère, discrète et d'une apparence bénigne ; tandis que d'autres fois au contraire, mais plus rarement, des éruptions très confluentes déterminent à peine une réaction fébrile de quelque intensité.

Nous ferons remarquer en outre quelques particularités propres à ces deux derniers cas. Le malade de la première observation, chez lequel on n'a trouvé après la mort aucune lésion appréciable dans les viscères, ce qui ne devait nullement surprendre vu l'absence de toute complication pendant la vie, paraît avoir succombé uniquement à l'adynamie. Cette circonstance est d'autant plus digne d'attention que la maladie était encore récente et que l'éruption ne présentait pas une confluence remarquable.

Le second malade a évidemment succombé à la coexistence de deux complications graves, et s'il y a ici à s'étonner d'une chose, c'est plutôt de la durée de la maladie qui, à raison de son extrême gravité surtout, contraste sous ce double rapport, avec la marche rapide de la précédente. Ce malade affirmait avoir été vacciné trois fois, sans aucun résultat. Si l'on peut s'en rapporter à cette déclaration, cette circosntance ne serait pas sans quelque valeur, et elle tendrait à faire penser que l'immunité dont certains sujets jouissent à l'égard de la vaccine n'entraîne pas nécessairement, comme paraissent le croire quelques médecins, la même immunité à l'égard de la variole.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. VIDAL.

Nouveau procédé pour l'opération du phimosis.

M. Vidal a déjà fait connaître une méthode d'opération du phimosis, qui consiste à réunir la muqueuse à la peau, après l'incision ou l'excision d'une partie plus ou moins étendue du prépuce. On sait qu'après le coup de bistouri, ou l'action des ciseaux, la peau s'éloigne de la muqueuse ; cet écartement est souvent très considérable. S'il s'agit alors d'un phimosis naturel, sans écoulement, sans ulcération syphilitique, il n'y a qu'un inconvénient, savoir, le long temps pour que la cicatrisation soit complète. S'il existe des chancres et une blennorrhagie syphilitique, il y a de plus à craindre l'inoculation de la plaie qui résulte de l'opération.

M. Vidal propose la réunion par la suture dans les cas de simple incision du prépuce, dans les cas d'excision d'un ou deux lambeaux, dans les cas de circoncision. C'est la circoncision que ce chirurgien pratique le plus souvent. Voici son procédé :

Premier temps. — Une pince à disséquer, dont les mors sont un peu allongés, saisit le prépuce, en allant du dos de la verge vers le frein. Les mors sont un peu dirigés obliquement, et pincent un peu plus le prépuce du côté du dos, et suivent ainsi la coupe oblique du gland.

Deuxième temps. — Des aiguilles à coudre fines et portant un fil fin, sont passées sous la pince dans le sens transversal. Elles croisent tout à fait les mors de la peau. Les aiguilles vont aussi d'un côté du prépuce à l'autre ; elles passent sous la pince et sous le sommet du gland. En général, trois fils suffisent dans ce sens. Un quatrième fil, toujours passé sous la pince, est cette fois-ci dirigé du dos de la verge vers le frein, c'est-à-dire dans la direction des mors de la pince.

Troisième temps. — Avec une forte paire de ciseaux, on retranche d'un coup le prépuce excédant, en rasant le dessous des mors de la pince. Pour exécuter convenablement ce temps, il faut tirer en haut le prépuce afin de le tendre convenablement, et pour éviter de couper immédiatement sur les points où les fils ont été introduits.

Quatrième temps. — On lève la pince, et on trouve une partie du gland découverte. La membrane muqueuse et la peau sont éloignées, parce que celle-ci s'est rétractée.

On voit les fils qui passent sur le gland, les trois transversaux et l'antéro-postérieur. Avec des pinces on saisit ces fils par le milieu ; on les tire un peu à soi : chaque fil forme une anse, qu'on coupe au milieu ; on a alors, pour chaque côté du prépuce, trois fils passés ; puis un vers le frein, l'autre vers le dos de la verge. Avant de nouer chaque fil, il convient de débrider la muqueuse.

Jusqu'à présent M. Vidal a débridé vers le dos et vers le frein. Mais comme c'est sur les points de débridement que la réunion peut plus facilement manquer, il se propose de ne débrider que sur le dos ou de débrider sur les deux côtés, s'il est obligé de pratiquer des débridements. Cette modifica-

---

tées, dès l'instant où l'on éprouve la première sensation du besoin de tousser. Lorsque la sensation qui porte à tousser se reproduira un certain nombre de fois, on se trouvera bien d'exercer les frictions révulsives, alternativement tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre des points indiqués.

Pour prévenir, dans la limite où cela est possible toute fausse interprétation, toute critique mal fondée, tout mécompte dans l'application, M. Diday fait les trois réserves suivantes :

1° Ce moyen n'est pas donné comme devant suppléer l'exercice de la volonté, auquel il attribue une grande puissance, mais seulement comme servant à en aider puissamment l'emploi. Tout en le mettant en usage, il ne faudra donc point se dispenser de lutter, par un effort volontaire contre l'impulsion intérieure qui excite à tousser.

2° Ce n'est qu'au début des affections inflammatoires, qu'il pourra être utilisé avec avantage. Une toux opiniâtre et ancienne, une affection spasmodique invétérée n'en retireraient guère de soulagement.

3° Même dans la première période des bronchites, il faudra soigneusement distinguer la toux résultant d'une simple irritation nerveuse d'avec celle qu'entretient la présence d'un produit de sécrétion. La plus simple réflexion montre que notre moyen serait impuissant contre la toux provoquée par le contact des matières à expectorer.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Considérations sur les abcès rétro-œsophagiens.

C'est en 1819 qu'Abercrombie a publié la première observation d'abcès rétro-pharyngiens, maladie dont l'histoire s'est depuis enrichie de nouvelles et intéressantes recherches ; mais celle des abcès rétro-œsophagiens est encore assez obscure, aussi bien sous le rapport anatomique que sous celui du diagnostique et du traitement. Le travail que M. Duparcque vient de publier sur ce sujet, mérite l'attention des pathologistes ; ils en jugeront par l'observation suivante :

Un enfant, âgé de quatre ans et demi, fut pris, le 19 octobre dernier, de fièvre et de vomissements, de délire et d'assoupissement, interrompu par de l'agitation. Pouls à 150 pulsations ; battements forts des carotides et des temporales ; peau sèche et brûlante ; pieds froids ; sensibilité vive des conjonctives ; râle bronchique muqueux. (10 sangsues aux malléoles, oxycrat sur la tête.) Le lendemain, plus aucun des symptômes cérébraux ;

Le 23, l'enfant refuse de boire, bien que son état continue à être de plus en plus meilleur ;

Le 24, il porte la main vers le larynx, la déglutition est douloureuse. Gonflement sur les parties latérales et supérieures du cou, plus marqué à gauche ; il existe surtout au-dessous de l'apophyse mastoïdienne, plus en arrière de l'extrémité correspondante du muscle sterno-mastoïdien que du côté de l'angle de la mâchoire. La pression sur ces parties ne paraît pas douloureuse ; le doigt porté profondément sous l'isthme du gosier, ne constate aucun changement notable.

Le 25, tuméfaction plus considérable du cou, toux douloureuse ; pendant le sommeil, l'inspiration est un peu soufflante ; le timbre de la voix est devenu plus fort ; déglutition de plus en plus difficile ; on remarque que les boissons arrivées dans le pharynx y séjournent quelques secondes, la bouche reste béante, puis elles sont en partie rejetées, en partie avalées par un effort de déglutition pénible, pendant lequel il arrive que du liquide s'introduit dans les voies aériennes, et détermine un accès de toux suffocante. Pouls petit, vif, fréquent ; quelques cuillerées d'œufs cuit mollet, passent plus facilement ; l'inspection de la gorge ne fit rien découvrir. Seulement, pendant l'exploration, des efforts de vomissement firent rejeter un paquet de mucosités épaisses qui emplissaient le pharynx. (Calomel à l'intérieur, sinapismes aux pieds.)

Le 26, les accidents indiqués devenant plus intenses, la nuit ayant été agitée, délirante, le médecin, en portant son doigt derrière le larynx, sentit la paroi postérieure de l'œsophage saillante, arrondie, dure, et comme refoulée par le gonflement du corps d'une vertèbre cervicale tuméfiée. (Six sangsues sous les clavicules.)

Les 27 et 28, augmentation des symptômes, abattement, coucher sur le côté gauche, tête renversée en arrière. La pression du cou est surtout douloureuse, profondément à la partie moyenne du côté gauche sous le sterno-mastoïdien. La même chose a lieu par la compression du larynx et de la trachée artère (Friction mercurielle sur le cou.)

Le 29, l'enfant refuse obstinément de rien prendre ; voix sonore, saccadée et assez semblable, pour le timbre, à celle du canard ; respiration sifflante dans l'état de veille, bruyante durant le sommeil. Pendant celui-ci, elle s'embarrasse, et alors le petit malade s'éveille en sursaut en s'agitant et en ouvrant une large bouche. Son cou est raide et immobile, de manière que quand on l'asseoit il se laisse lever et coucher tout d'une pièce. L'inspection de la tumeur par le pharynx la montre plus saillante et paraissant obstruer complétement l'œsophage ; elle est moins rénitente. Mucosités pharyngiennes abondantes. (Large vésicatoire à la partie supérieure de la poitrine.)

Le 30 et le 31, menaces de suffocation plus fortes, plus fréquentes ; refoulement du pharynx en avant ; il suffit de le presser légèrement pour déterminer la suffocation. Voix sifflante presque éteinte, comme dans la dernière période du croup. Gonflement du cou plus considérable toujours à gauche. Un bouchon engagé entre les dents du malade allait me permettre, dit M. Duparcque, d'explorer la tumeur, quand, par un mouvement violent, l'enfant le déplaça et me mordit le doigt. Cependant je crus que l'abcès avait gagné en hauteur, sans toutefois dépasser de beaucoup le niveau de la glotte.

Le 31, ayant requis l'assistance de M. le docteur Thierry, M. Duparque se mettait en mesure d'ouvrir l'abcès, lorsque le malade, qui refusait obstinément de desserrer les dents, ouvrit tout à coup la bouche largement par un effort de vomissement, et il s'en échappa une masse de sang et de pus mêlé de mucosités qui sortait du pharynx. Il s'opéra aussitôt un changement favorable ; la physionomie reprit de la vie, les yeux leur éclat et leur vivacité ; le malade avala presque d'un trait une demi-timbale de tisane, et s'endormit d'un sommeil calme et paisible qui dura deux heures. Le 1er novembre, la tuméfaction extérieure du cou était complétement disparue. L'enfant demandait à manger, seulement il éprouvait encore un peu de douleur pendant la déglutition.

(*Annales d'obstétrique.*)

NOUVELLES.

Population de la Belgique. — Les 86 villes de la Belgique comptent une population de 1,006,117 âmes ; celle des 2,429 communes rurales est de 3,111,485 âmes ; total pour le pays, au 31 décembre 1841 : 4,117,602.

Pendant l'année 1841, il y a eu dans les villes 37,222 naissances, et 106,438 dans les villages. Le nombre des décès a été de 30,391 dans les villes, et de 72,227 dans les communes rurales. Il y a eu en tout 28,963 mariages et 22 divorces.

En Belgique, le nombre des femmes surpasse un peu celui des hommes. Le nombre des veuves est double environ de celui des veufs. Il y a autant d'hommes qui ont moins de 23 ans, que d'autres qui ont dépassé cet âge. La population des femmes se trouve partagée en deux parties égales par l'âge de 25 ans. La Belgique renferme 778,381 hommes en âge de porter les armes (20 à 50 ans).

(*Echo du monde savant.*)

— M. COSTE commencera, au Collége de France, ses leçons sur l'ovologie humaine, lundi 6 mars prochain à une heure précise, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

tion est nécessitée surtout dans les cas de chancres et de blennorrhagie syphilitique. Car on sait que c'est le côté du frein qui, à cause de sa position déclive, reçoit avec le plus de facilité le pus virulent. Le débridement permet d'abattre avec facilité la muqueuse pour aller la réunir le plus haut possible à la peau, c'est-à-dire, le plus près possible de la racine de la verge, ce qui met une chance de moins en faveur de l'inoculation. Ainsi l'écartement de la peau, c'est-à-dire sa rétraction vers le pubis, qui est considéré comme un inconvénient dans les autres procédés, est ici favorable, parce que plus on éloigne la plaie de la source du pus contagieux, moins on craint la contagion.

Les fils sont ordinairement retirés le quatrième jour de l'opération. Nous ferons remarquer ici qu'il est important que l'aide chargé de tenir le prépuce avec la pince, serre fortement, soit pendant qu'on passe les sutures, soit pendant qu'avec les grands ciseaux on excise le prépuce. Pour assurer ces deux temps de l'opération, M. Vidal a fait faire par M. Charrière une forte pince à disséquer, à pression continue, et dont la face interne d'un mors est garnie de deux dents, lesquelles sont reçues dans des trous de la face interne correspondante de l'autre mors.

La suture, qui selon M. Malgaigne (*Man. de Méd. opér.*, p. 623), a été appliquée par M. Hawkins à l'incision ordinaire, n'est pas conseillée par le premier de ces chirurgiens, qui l'a essayée une fois et l'a trouvée excessivement douloureuse. Il est probable que les aiguilles ont été dans ce cas passées après l'incision, car, à la faveur de la modification de M. Vidal, elles ne sont ni longues ni difficiles à appliquer, et le peu de douleur qu'elles produisent n'est pas comparable à l'avantage qui résulte d'une réunion immédiate quand cette réunion peut être obtenue. Nous l'avons vu obtenir dans tous les cas; mais dans tous les cas elle n'a pas été permanente, et nous allons dire quelques mots de deux circonstances principales qui peuvent la détruire après qu'elle est effectuée.

Le premier, et le plus efficace, consiste dans des érections plus ou moins opiniâtres qui surviennent dans les trois, quatre ou cinq jours qui suivent l'opération. Les lotions froides continuelles qui ont toujours été prescrites aux opérés, les lavements camphrés qu'on a fait administrer n'ont pas empêché ces érections nuisibles. M. Vidal s'est décidé à employer désormais des applications de sangsues au périnée et des saignées préventives. Ces moyens ont réussi chez le malade couché au n° 6 de la salle 10, et il y a lieu d'espérer qu'on en retirera de bons effets.

Le second inconvénient, qui n'est souvent qu'une conséquence du premier, consiste dans l'inoculation de la plaie. Nous disons qu'il n'est souvent qu'une conséquence du premier, parce qu'en effet ce n'est que lorsque les érections ont détruit la cicatrice et élargi la plaie que l'inoculation s'opère; cette circonstance montre la supériorité du procédé puisqu'il fait voir que l'inoculation est d'autant plus facile que la plaie est plus étendue, et elle indique en même temps qu'en triomphant des érections on s'opposera, par cela même, à l'inoculation.

Un autre inconvénient d'une autre nature, mais plus grave peut-être que les précédents, puisqu'il a constitué chez deux malades un quasi insuccès qui aurait pu être un insuccès complet, peut avoir lieu lorsqu'on pratique la suture au-devant de la couronne du gland. Dans ce cas la cicatrice, en se consolidant, rétrécit l'ouverture qu'on a pratiquée, et rend difficile le *découvrement* du gland; on conçoit même que le rétrécissement puisse être porté au point que le phimosis soit reproduit d'une manière complète. Il faut donc avoir soin, comme le fait actuellement M. Vidal, instruit par l'expérience, de faire la réunion en arrrière de la couronne du gland, et il ne faut pas craindre, lorsque l'ouverture ne paraît pas assez grande, de pratiquer les incisions sur la muqueuse qui présente la partie la plus étroite. Si l'on avait oublié de prendre ces précautions que nous indiquons on pourrait, pendant que la cicatrice est encore tendre, chercher à dilater l'ouverture en introduisant des bourdonnets de charpie dans l'intérieur du prépuce. Ce moyen, qui a été mis en usage et qui est continué encore chez les malades de M. Vidal, a procuré des avantages marqués.

Nous ferons remarquer aussi que l'ouverture est rétrécie presque toujours par une tuméfaction œdémateuse qui se manifeste sur le trajet de la réunion. Cette tuméfaction assez dure, non douloureuse, inspire d'abord des craintes sur le résultat de l'opération, mais elle disparaît constamment d'une manière complète, et avec elle la difformité légère et le rétrécissement qu'elle produisait.

Dans un prochain article nous publierons plusieurs observations qui sont de nature à faire apprécier convenablement le nouveau procédé de M. Vidal. Y...

TAILLE SUSPUBIENNE

Pratiquée chez un homme de quatre-vingt-deux ans et demi, pour mettre fin à des douleurs qui, nées dans l'état de repos le plus complet, étaient devenues promptement intolérables, et reconnaissaient pour cause deux pierres, l'une fort grosse, l'autre très petite; par M. Ségalas. (Observation communiquée à l'Académie de médecine, séance du 28 février.)

Plusieurs fois, j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie de personnes qui avaient porté long-temps de grosses pierres dans la vessie sans en souffrir le moins du monde, et qui, sous ce rapport, faisaient contraste avec d'autres personnes éprouvant les plus fortes douleurs par l'effet de pierres vésicales très petites. Je crois même avoir parlé de deux malades de M. Cazenave, que j'ai opérés à un jour d'intervalle, et dont l'un, porteur d'une pierre *de sept onces trois gros*, n'éprouvait d'autre symptôme de la présence d'un tel hôte qu'une incontinence d'urine, tandis que l'autre, dont la pierre était assez petite pour avoir pu être détruite en une seule séance de lithotritie, en ressentait les souffrances les plus vives.

Je viens aujourd'hui placer sous les yeux de l'Académie deux pierres, l'une grosse et l'autre petite, qui sont restées simultanément dans la vessie d'un vieillard; la première pendant bien des années, sans doute; la seconde pendant un certain laps de temps, sans laisser soupçonner leur existence, et qui ensuite ont provoqué, sans cause bien appréciable, des douleurs tellement intenses, tellement persistantes qu'il a fallu pratiquer l'opération de la taille aussitôt après la constatation de l'affection calculeuse.

Un homme de quatre-vingt-deux ans et demi fait une chute; il en résulte des blessures assez graves pour nécessiter l'amputation d'un doigt, amener la formation de plusieurs abcès, de plusieurs fusées purulentes au bras gauche, et obliger à un séjour prolongé au lit. Il y avait six semaines que cet homme était couché, quand tout à coup il a été pris de douleurs en urinant, lui qui n'avait jamais éprouvé rien d'anormal du côté des voies urinaires, à l'exception toutefois de quelques ardeurs d'urine, il y a sept à huit ans. Ces douleurs, d'abord faibles, sont devenues bientôt très vives, et, au bout de trois jours, elles étaient telles, qu'ayant constaté la présence d'une grosse pierre dans la vessie, nous nous sommes déterminés, M. le docteur Frémineau, médecin ordinaire du malade, et moi, à faire immédiatement l'opération de la taille par le haut appareil.

Cette opération a été très simple, et a permis l'extraction facile de deux pierres, l'une pesant 77 grammes, et l'autre près de 3 grammes. J'ai établi, selon mon habitude, une sonde siphon; toute l'urine est sortie par l'urètre, et la plaie est aujourd'hui, vingtième jour de l'opération, presque complétement cicatrisée. Toutefois, je ne suis pas sûr du parfait rétablissement du malade, tant il est âgé et affaibli par la suppuration du bras, qui a continué jusqu'à présent et continue encore.

Quoi qu'il en soit, voici deux pierres qui ont séjourné long-temps dans la vessie sans faire souffrir, et qui tout à coup, pendant le repos le plus absolu, y produisent des douleurs devenues tout aussitôt intolérables. Pourquoi l'absence des douleurs d'abord? Pourquoi leur subite intensité ensuite?

Le premier fait peut s'expliquer jusqu'à un certain point par l'atonie de la vessie, le défaut d'évacuation complète des urines, et l'impossibilité qui en résultait pour l'application immédiate des parois de la vessie sur les corps étrangers. Mais pourquoi cette apparition subite des douleurs? Je ne le sais vraiment pas. Je soupçonne pourtant que le vin de quinquina que l'on a été obligé de donner pour soutenir les forces du malade, et le mettre en mesure de fournir à une suppuration des plus abondantes, n'a pas été étranger à ce résultat. On conçoit que ce vin ait, d'un côté, réveillé un peu l'action de la vessie, de l'autre, excité la membrane muqueuse de cet organe; et que des parois plus sensibles, venant à s'appliquer plus énergiquement sur les pierres, aient pu faire éprouver des douleurs de plus en plus vives.

Traitement des névralgies abdominales; par le docteur Schlesier, de Peitz.

La source la plus fréquente des névralgies abdominales est la dyscrasie veineuse ou pléthore abdominale; les crampes d'estomac (gastralgie), les névralgies colique et mésaraïque; la colique hémorrhoïdale, les névralgies des plexus nerveux hépatique et cardiaque, résultent la plupart du temps de cette cause; et quand elles reconnaissent même une autre origine, la dyscrasie veineuse existe.

Les eaux minérales altérantes, et spécialement celles de Carlsbad, sont les moyens à l'aide desquels on combat radicalement ces affections; mais comme il est beaucoup d'individus malades qui n'ont ni assez de fortune ni assez de temps pour aller prendre ces eaux sur les lieux, et néanmoins ces eaux ont, ainsi que le plus grand nombre des eaux minérales, le grave inconvénient de s'altérer pendant leur transport, M. Schlesier est parvenu, depuis plusieurs années, à les remplacer par la préparation suivantes:

Pr. Eau de fontaine filtrée, 500 grammes.
Acide sulfurique affaibli, 1060 centigrammes.
Acide chlorhydrique, 22 gouttes.

Mêler et diviser en quatre doses égales, qui doivent être introduites dans des flacons de la capacité de 120 à 130 grammes; ajouter alors à chaque flacon:

Bi-carbonate de soude, 80 centigrammes.

Boucher promptement et hermétiquement, ficeler, puis déposer pendant vingt-quatre heures dans un lieu frais.

1060 centigrammes d'acide sulfurique affaibli saturent 260 centigrammes de bicarbonate de soude et produisent 280 centigrammes de sulfate de soude; 22 gouttes d'acide chlorhydrique saturent 50 centigrammes de bicarbonate de soude et fournissent 425 milligrammes de chlorure de sodium; 70 centigrammes de bicarbonate de soude échappent à la décomposition. On obtient donc une eau salino-alcaline extrêmement riche en acide carbonique, qui, dans 500 grammes, contient 280 centigrammes de sulfate sodique, 50 centigrammes de chlorure sodique et 70 centigrammes de bicarbonate de soude. Du reste, pour être plus certain des résultats obtenus, il convient de s'assurer, par des essais préalables, de la quantité de base que peuvent exactement saturer les acides employés.

On fait prendre tous les matins, à chaque malade, de quatre à huit flacons de cette eau minérale artificielle, de manière à lui en faire ingérer quotidiennement de 500 à 1,000 grammes. Les effets auxquels elle donne lieu chez la plupart des sujets, sont les suivants: L'eau qui, en raison de l'acide carbonique qu'elle tient en dissolution, a une saveur très agréable et analogue à celle de l'eau naturelle d'Eger, fait naître un sentiment de chaleur tout à fait reconfortant dans l'estomac, augmente la diurèse, provoque deux ou trois évacuations alvines pultacées, détermine l'expulsion de gaz abondants et d'une odeur d'hydrogène sulfuré, excite un vif appétit, et occasionne bientôt un amaigrissement manifeste; preuve évidente de l'action énergique qu'elle exerce sur la nutrition et les fonctions d'absorption.

Ordinairement on voit à la fin de chaque semaine ou dans le courant de la quatrième de son emploi, survenir une crise intestinale qui persiste pendant deux ou trois jours, et amène pendant cet intervalle des évacuations copieuses, très fétides, fortement colorées, de nature muqueuse ou pultacée au nombre de six, huit, et même plus, dans les vingt-quatre heures, et quelquefois accompagnées d'un trouble très prononcé, de grandes défaillances, d'abattement, de vertiges passagers, etc.

On peut ajouter encore aux effets habituels de ce médicament, si on le fait chauffer pour l'administrer. Lorsqu'on veut le donner de cette manière, on entoure les flacons avec de la paille ou du foin, et on les fait chauffer au bain-marie, en ayant la précaution de les disposer de manière que le goulot soit dirigé vers le bas.

Suivant les indications que l'on a à remplir, on peut faire ajouter à cette préparation de l'iodure de potassium ou de l'iodure de fer; mais il convient de n'ajouter ces substances qu'au moment de l'ingestion; sans cette précaution, les iodures seraient décomposés par l'acide libre. M. Schlesier, quand le cas le requiert, fait verser dans le verre du malade quelques gouttes d'une solution concentrée d'iodure potassique, ou une à deux gouttes de sirop d'iodure de fer; puis il verse par dessus l'eau minérale, et fait boire le tout promptement.

Cette eau minérale artificielle, la belladone et le nitrate d'argent fondu, sont les agents pharmaceutiques avec lesquels M. Schlesier a obtenu le plus de succès dans le traitement des affections névralgiques abdominales: la belladone, déjà recommandée sous ce rapport par M. de Stosch (*Casper's Wochenschrift*; 1833, n° 29), convient parfaitement dans la dyscrasie dont il s'agit, et est spécialement indiquée dans les cas de névralgie hépatique et d'angine de poitrine spasmodique. Quant au nitrate d'argent déjà préconisé par M. Kopp (*Denkwuerdigkeiten in der aertztichen Praxis*, t. III et IV), il agit surtout favorablement sur la sensibilité de l'estomac.

Lorsque la membrane muqueuse de l'estomac est en même temps affectée et profondément atteinte d'une irritation chronique, ce qui ne se rencontre jamais dans la névralgie cœliaque, mais fréquemment dans la gastralgie, on ne peut pas se passer facilement de recourir à l'emploi de l'acétate de morphine, qu'on donne à la dose de 4 à 5 milligrammes. (*Rust's Magazin*, t. LX, p. 256.)

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 28, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

De la diphthérite gingivale et de ses rapports avec le croup.

Nous avons maintenant, salle Ste-Anne, n° 42, une femme qui déjà, il y a six semaines, entrait à l'hôpital pour y être traitée de la maladie qui l'amène encore aujourd'hui. Elle est atteinte de *diphthérite gingivale.* Cette maladie occupe une place si importante dans l'histoire pathologique des enfants, que je dois fixer votre esprit sur un fait clinique qui passerait inaperçu, et qui pourtant mérite une attention toute spéciale.

La malade a une quarantaine d'années; elle habite à Vaugirard, dans une maison misérable. Le logement qu'elle occupe au second étage est humide, assez mal éclairé. Sa santé est habituellement bonne. La bouche est en grande partie dégarnie de dents; quelques-unes de celles qui existent encore sont presque détruites par la carie; cependant les gencives ne sont pas habituellement malades. La constitution d'ailleurs est bonne; rien n'indique une disposition scorbutique.

Quinze jours avant d'entrer pour la première fois à l'hôpital, cette femme commença à éprouver de la douleur aux gencives, et bientôt la maladie prit les caractères que nous observons aujourd'hui.

Les gencives sont gonflées, rouges et douloureuses. Au point où la gencive entoure immédiatement le collet de la dent, on remarque un liseré grisâtre, rouge-brun en quelques points, formé par une sécrétion infecte qui ressemble à une espèce de boue. Dès qu'on fait ouvrir la bouche à la malade, qu'on abaisse la lèvre inférieure ou qu'on relève la supérieure, on voit sourdre un sang vermeil de dessous cette boue, et l'écoulement sanguin cesse bientôt si l'on cesse toute exploration.

L'haleine est infecte, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont un peu tuméfiés; un peu de malaise fébrile.

Il était aisé de reconnaître ici ce que M. Bretonneau a appelé *diphthérite gingivale,* ce que Van-Swiéten, dans les Commentaires de Boerrhaave, a désigné sous les noms de *gangrène scorbutique des gencives,* de *chancre aquatique.*

Pour beaucoup de médecins, encore aujourd'hui, malgré les travaux si importants de M. Bretonneau, la diphthérite gingivale est considérée comme l'expression d'un état scorbutique. Cependant il suffit d'une attention minime pour comprendre que rien, si ce n'est le siége de la maladie, ne justifie une pareille opinion.

Cette maladie sévit dans tous les âges, notamment dans l'âge adulte; elle frappe les individus les plus vigoureux, les habitants des campagnes comme ceux des villes; elle ne se montre presque jamais chez les gens de mer; elle ne s'accompagne jamais d'ecchymoses, d'hématémèse, d'hémoptysie, d'hématurie, de mélœna; s'il y a des hémorrhagies ce n'est qu'aux gencives. Jamais l'abattement, l'infiltration, le brisement des membres, l'inappétence, le dégoût de la vie, que Lind, dans son immortel Traité du scorbut, a regardés comme l'apanage de la triste maladie qu'il avait si souvent observée chez les marins.

Mais, à défaut de caractères négatifs, il en est qui appartiennent à la diphthérite gengivale. Si, à l'aide d'un pinceau un peu rude, on enlève la boue grisâtre qui s'observe à la sertissure des dents, on voit au-dessous la membrane muqueuse érodée, mais à peine ulcérée; les gencives sont rouges, enflammées, mais n'ont pas ce gonflement bleuâtre et ces fongosités qui sont si propres au scorbut. Si l'on applique sur les gencives un peu d'acide chlorhydrique ou d'alun, la sécrétion se détache et se régénère au bout de quelques heures; mais alors elle se présente avec une forme toute différente. En écartant avec une grande précaution la lèvre inférieure, de manière à ne pas tirailler la membrane muqueuse, on voit sur le bord onduleux des gencives un liseré blanc, qui bientôt deviendra plus épais, se colorera de diverses manières, suivant qu'il se mêlera au sang qui suinte ou au tartre qui se sécrète en plus grande abondance.

L'affection peut rester ainsi à l'état de simplicité pendant plusieurs semaines, plusieurs mois; mais souvent elle s'étend à la partie interne des joues, qui deviennent le siége de sécrétions pultacées ou couenneuses, et qui ajoutent encore à la fétidité de l'haleine.

Cependant la phlegmasie diphthéritique peut gagner la luette et les amygdales, alors se manifestent les symptômes de l'angine maligne, et si l'on n'administre pas des secours immédiats et efficaces, le mal se propage aux voies aériennes, et le malade meurt du croup.

L'erreur du diagnostic est donc ici fort grave; mais elle est moins grave pour le malade lui-même que pour les autres. Cette proposition est si singulière que je dois vous l'expliquer.

Chez l'adulte, la propagation de la phlegmasie diphthéritique des gencives à la joue, et de là au pharynx et aux voies aériennes, est heureusement assez rare; chez l'enfant, elle l'est un peu moins; mais la propagation est surtout à craindre pour les personnes qui se trouvent en rapport avec ces malades.

Ce point demande à être traité avec quelques détails, et je m'y arrêterai un instant.

Déjà M. Bretonneau avait appelé l'attention sur ce fait capital: que dans les épidémies d'angine maligne, beaucoup d'individus présentaient des inflammations couenneuses de la peau. Ce que cet illustre praticien avait indiqué avec tant de soin, j'ai pu le vérifier dans une grande épidémie de diphthérite que j'ai suivie et étudiée en 1828, dans plusieurs départements du centre de la France. J'ai, sur ce sujet, publié un travail qui a été inséré dans les *Archives générales de médecine.* J'ai fait voir que la plupart des habitants d'un hâmeau où règne la maladie, voient leurs plaies se recouvrir de fausses membranes et persister sous la forme couenneuse quelquefois pendant des mois entiers. En même temps, et dans les mêmes familles, beaucoup d'adultes ont la diphthérite gingivale; et le croup, c'est-à-dire la diphthérite pharyngo-trachéale, fait mourir un grand nombre d'enfants. Il y a une telle parenté, entre ces affections diverses seulement par leur siége, que l'on peut, à coup sûr, affirmer que le croup va régner épidémiquement quand la diphthérite gingivale est elle-même épidémique.

Ceux qui ont lu le traité de M. Bretonneau, peuvent se rappeler que l'épidémie de croup qui fit tant de victimes à Tours, et plus tard dans le département d'Indre-et-Loire, fut apportée par des soldats d'infanterie dont la plupart étaient atteints de diphthérite gingivale, maladie qui, même parmi les soldats, envahit plusieurs fois les amygdales et le larynx.

Ce n'est donc pas sans de graves motifs que, à propos de la maladie de la femme qui nous occupe ici, et dans une clinique où nous devons insister plus spécialement sur les maladies des enfants, vous me voyez appeler votre attention sur une maladie fort simple en apparence et pourtant très mal traitée en général, et très grave, en définitive, par les conséquences fatales que peut entraîner son caractère contagieux.

Nous avons, médecins de Paris, une façon singulière de compter les faits médicaux. Nous croyons en nous et aux nôtres; c'est tout au plus si nous daignons examiner ce qui nous vient de nos confrères des hôpitaux qui ne sont pas tout à fait dans les mêmes idées que nous; mais nous excluons avec une outrecuidance plus que ridicule les excellents travaux que la province nous envoie, comme si les médecins qui exercent dans les départements n'étaient pas mille fois mieux que nous placés pour étudier les maladies, et surtout les maladies épidémiques; comme si chaque contrée de notre France ne comptait pas deux ou trois praticiens éminents.

L'incrédulité parisienne s'exerce surtout à l'endroit des épidémiographes; attendu qu'à Paris on ne peut ni suivre, ni étudier, et quelquefois pas même constater une épidémie, à moins qu'elle ne sévisse en même temps sur toute une popu-

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE;

Par le docteur SICHEL.

DEUXIÈME PARTIE. — *De la cataracte lenticulaire corticale, des caractères qui la distinguent des cataractes lenticulaire déhiscente et capsulaire, et de l'opération qui lui convient.*

(Suite du n° 13.)

X. *Différences pathogéniques entre les cataractes lenticulaire, corticale et capsulaire, et inductions qui en découlent pour la thérapeutique et le pronostic.*

La cataracte corticale diffère aussi essentiellement de la cataracte capsulaire sous le rapport de la pathogénie, du pronostic, du traitement et de l'opération, que sous celui de la symptomatologie et du diagnostic. La capsule, en effet, n'est ni opaque, ni épaissie, ni autrement malade ou désorganisée; son inflammation n'a pas précédé le développement de la cataracte; il n'y a plus du reste d'inflammation ni de congestion dans les parties internes de l'œil, ou du moins, ces états morbides, si souvent concomitants de la cataracte capsulaire qu'ils semblent essentiellement liés avec elle, n'existent ici qu'accidentellement et très exceptionnellement. De là dérivent des différences notables dans les indications thérapeutiques et le pronostic. 1° Il devient inutile de prescrire, avant d'opérer, un traitement antiphlogistique et anticongestif et 2° d'extraire la capsule pendant l'opération, circonstances fort importantes pour le succès de celle-ci. 3° L'inflammation traumatique est beaucoup moins à craindre que dans la cataracte capsulaire. Dans celle-ci, à part la plus grande difficulté de la manœuvre opératoire, il existe généralement une disposition plus marquée à la phlogose, parce qu'une phlegmasie lente précède le développement de l'opacité et que, loin d'être toujours exactement limitée à la capsule, cette phlegmasie s'étend souvent jusqu'aux membranes oculaires internes.

XI. *De l'opération de la cataracte corticale, et sur un procédé particulier de l'abaissement en général.*

C'est l'extraction, et l'extraction sur un lambeau large, afin de laisser le moins possible de la surface molle du cristallin, qui convient plus spécialement aux cataractes corticales. La consistance gélatineuse des parties transparentes du cristallin, la demi-mollesse de ces cataractes lorsqu'elles sont devenues complètes, leur volume considérable, la facilité avec laquelle le noyau volumineux et plus ou moins sphérique roule sous l'aiguille et tombe dans la chambre antérieure, le gonflement des parties molles et l'inflammation plus ou moins violente qui succède facilement à leur broiement, l'âge le plus souvent avancé des malades et la lenteur avec laquelle a lieu la résorption des fragments du cristallin broyé: telles sont au moins les circonstances qui rendent souvent très difficile et dangereuse leur opération à l'aiguille. Lorsqu'on donne la préférence à cette dernière méthode, il convient d'attaquer le cristallin par sa partie inférieure qu'on déchatonne ou qu'on incise d'abord. Ce n'est qu'après cela qu'il faut porter l'aiguille sur la partie supérieure, l'abaisser un peu, puis la récliner. De cette manière elle ne roule autour de son axe, ni ne remonte, et l'on évite tout accident. Il n'y a pas très long-temps que je me sers de ce procédé qui, même appliqué à l'abaissement en général, m'a donné jusqu'ici des résultats plus favorables qu'aucun autre. J'y ai été conduit par des essais répétés et comparatifs sur les différentes manières de pratiquer cette opération; il n'est pas à ma connaissance que le précepte d'attaquer d'abord le cristallin et sa capsule par leur bord inférieur ait déjà été établi par un des nombreux auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Voici en peu de mots la description de ce procédé: L'aiguille à lance très large et à collet très mince et cylindrique dans l'étendue de huit lignes, est introduite à un millimètre au-dessous du diamètre transversal de la sclérotique, et à quatre ou cinq millimètres environ du bord externe de la cornée. Lorsque la lance a pénétré, sa face convexe tournée en haut et le manche baissé, le chirurgien lui fait faire un quart de tour autour de son axe longitudinal, de manière à tourner la face convexe de la lance en dedans. Puis élevant le manche et poussant la lance en dedans et en bas, vers le bord inférieur du cristallin, il la fait pénétrer de bas en haut entre la partie inférieure de l'iris et la circonférence correspondante du cristallin et de sa capsule. Ce mouvement doit être exécuté lentement, l'aiguille étant tenue parallèlement à l'iris, l'un de ses bords dirigés en haut et l'autre en bas. Lorsque l'aiguille est entièrement dégagée et placée près du bord inférieur de la pupille dilatée, il faut bien examiner si elle présente tout son éclat métallique. Dans le cas contraire, où cet éclat serait plus ou moins terni, l'aiguille aurait passé entre la capsule et le cristallin, ou même dans le corps de ce dernier. Il faudrait alors la dégager avec prudence, sans toutefois la retirer de l'œil, la réintroduire plus avant entre les procès ciliaires et le bord de la capsule, puis la placer au-devant de cette membrane, sur la surface antérieure convexe de laquelle doit reposer la face concave postérieure de l'instrument. Après avoir exercé plusieurs pressions douces sur la circonférence inférieure de la cataracte, l'aiguille est successivement portée sur les bords inférieurs externe et interne de la lentille qu'on repousse en arrière, en les relevant en même temps un peu, mais avec précaution, afin de ne point faire chavirer en avant le bord supérieur, circonstance qui pourrait faire faire la culbute au cristallin et le jeter dans la chambre antérieure. Lorsque le cristallin et la capsule cèdent ensemble, on doit porter l'aiguille le long et au devant de la surface antérieure de cette membrane, la poser sur le bord supérieur de la cataracte, et par des mouvements successifs de pression et de traction douce, la déchatonner. Si au contraire la capsule, prise de son bord inférieur, ne se détache pas nettement avec la lentille, et qu'elle se déchire, on aura soin de la lacérer plus amplement sur les bords de la déchirure, puis on poussera en arrière le bord inférieur du cristallin, et on portera l'aiguille en haut, comme il a été dit. Le cristallin se détachera facilement, et, le plus souvent, tombera en arrière spontanément. En y appliquant d'abord la face concave, puis la face convexe de l'aiguille, on le plongera sans peine au fond de l'œil. S'il reste des lambeaux de capsule, on fait tout ce qu'on peut pour les détacher et les abaisser; mais c'est une chose très difficile et le plus souvent impossible. On ne réussit en général qu'à écarter davantage les lambeaux, encore se rapprochent-ils de nouveau dans la plupart des cas. Si la capsule reste en place en totalité ou pour la plus grande partie, il est plus aisé de la déchatonner, de l'abaisser par une simple pression de haut en bas, et de la refouler derrière la partie inférieure de l'iris, en la plissant sur elle-même.

XII. *Diagnostic des cataractes lenticulaires déhiscente et corticale.*

La *cataracte corticale antérieure* se distingue facilement de la cataracte déhiscente complète. Elle n'offre ni la croix centrale à plusieurs branches d'une teinte gris foncé, ni les triangles blanchâtres et nacrés que nous avons décrits, mais elle se caractérise par la teinte gris-pâle et terne et par la disposition irrégulière des stries ou plaques qui lui sont propres.

La *cataracte corticale postérieure* ne saurait être confondue avec la cataracte déhiscente, à cause de sa position profonde et de son aspect concave.

La *cataracte déhiscente incomplète ou partielle ordinaire* se distingue suffisamment de la cataracte corticale par la forme triangulaire, la teinte blanche et l'éclat nacré des opacités. Une erreur dans le diagnostic différentiel des diverses espèces de cataracte lenticulaire que nous venons de nommer n'aurait d'ailleurs aucune importance sur le traitement pharmaceutique ou chirurgical. Il est plus important pour la pratique de les bien distinguer de la cataracte capsulaire, de la cristalloïde et de ses suites.

lation, comme la grippe en 1837, ou le choléra en 1832.

Cependant, comme l'a dit avec tant de raison M. Bretonneau, nulle part les épidémies, les contagions ne sont aussi communes qu'à Paris.

La transmission de la diphthérite d'un individu dont les gencives sont malades, à un autre individu dont le larynx sera envahi, vous semble à tous un de ces faits apocryphes contre lesquels proteste votre scepticisme parisien, et vous n'avez pas entendu ce que vous a dit cette femme, vous ne vous rappelez pas ce que moi-même je vous avais ici annoncé publiquement lorsque cette malade entrait dans nos salles pour la première fois.

Notre malade avait un jeune enfant de six ans, qui n'avait encore rien éprouvé lorsque sa mère entra à la salle Sainte-Anne. A ce propos, j'engageai cette femme à ne sortir de l'hôpital que lorsqu'elle serait parfaitement guérie ; et je vous dis alors que, suivant toute apparence, l'enfant périrait du croup.

Ma prédiction s'est tristement réalisée. La malade est revenue chez elle sans être parfaitement rétablie, la diphthérite gingivale a reparu, et vous venez d'apprendre de M. le docteur Desquibes, de Vaugirard, que son enfant a succombé ces jours derniers à la diphthérite pharyngo-trachéale.

Le traitement que nous avons opposé à la maladie de la mère est celui que Van Swiéten a préconisé. Pendant quelques jours on a touché tous les matins les gencives avec un pinceau à miniature imbibé d'acide chlorhydrique fumant. Plus tard, on ne l'a plus fait que tous les deux jours. En même temps la malade se servait cinq ou six fois par jour d'un collutoire fait avec parties égales de borax et de miel.

Dès le troisième jour il ya eu un changement considérable; après dix jours de traitement la guérison était complète.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Traitement de l'entorse. Immersion continue pendant plusieurs jours de l'articulation souffrante dans l'eau froide. Bandage particulier, etc. ; par M. Martenot, chirurgien sous-aide.

M. Baudens, dans différentes circonstances, a déjà signalé les avantages de sa méthode pour le traitement des entorses ; on ne saurait trop rappeler aux praticiens les succès que l'on obtient à l'aide de ce moyen : succès constants, et d'autant plus faciles à obtenir, qu'ils sont dus à des agents thérapeutiques simples, et applicables même dans les campagnes les plus reculées où manquent presque toutes les ressources de l'art de guérir.

Les observations suivantes prises à la clinique du Val-de-Grâce, prouveront l'efficacité du traitement mis en usage par le chirurgien en chef. Je mettrai également en regard, en quelques mots, l'histoire de deux malades, dont les entorses ont été traitées par des moyens différents, et qui probablement seront un jour privés de leur membre.

Lisot, soldat au 23e de ligne, âgé de trente-deux ans, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce le 22 janvier, pour une violente entorse du pied droit. Cette affection, qui datait seulement de la veille, avait déjà tuméfié le membre, au point que les saillies malléolaires n'étaient plus visibles ; la peau était brûlante, et le moindre mouvement imprimé à l'articulation lui faisait ressentir de vives douleurs. M. Baudens fit pratiquer une large saignée, appliqua son bandage d'une manière légèrement contentive, et fit placer à demeure le membre dans l'eau froide. Il est une chose digne de remarque à propos de ce traitement, c'est que les malades ne demandent jamais à retirer leur pied que lorsque l'inflammation a complétement disparu. On croirait, au premier abord, que la position des malades, avec la jambe hors du lit, doit devenir fatigante au bout d'un certain temps ; eux-mêmes se le figurent, et trompent la vigilance du chirurgien en retirant la jambe du baquet d'eau froide ; mais bientôt une vive chaleur se fait sentir, des élancements parcourent le membre malade, et instinctivement ils replacent le pied dans l'eau froide ; les douleurs se calment aussitôt, et vers le quatrième, quelquefois vers le dixième jour, l'inflammation a disparu. La peau est ridée ; dès lors l'eau froide a terminé son rôle ; il ne reste plus qu'à maintenir l'articulation, afin d'éviter les mouvements qui pourraient l'irriter, et amener de nouveaux symptômes inflammatoires. M. Baudens arrive à ce but en faisant un bandage particulier qui soutient parfaitement l'articulation, en la comprimant d'une manière égale ; puis il gomme le bandage, et laisse ainsi le pied pendant environ trois semaines. Chez le malade dont il s'agit ici, l'eau froide fut employée pendant sept jours, et aujourd'hui, 26 février, il n'y a plus de trace d'entorse.

—Bastard, voltigeur au 2e léger, âgé de trente-quatre ans, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce le 6 février. Ce militaire, en descendant un escalier, avait glissé, le pied étant tendu et un peu incliné en dedans. La douleur qu'il ressentit immédiatement l'ayant mis dans l'impossibilité de marcher, il fut apporté à l'hôpital dans la soirée. Le lendemain, à la visite du matin, l'inflammation était des plus violentes. Il était évident qu'il y avait eu une forte distension des ligaments articulaires. Saignée de 500 gr. Immersion continue du pied dans l'eau froide ; tel fut encore le traitement employé. Dès le troisième jour, on voyait distinctement toute la jambe prendre une teinte jaunâtre, indice certain de la résolution du sang extravasé. Comme le cas était des plus graves de ce genre, la résolution fut plus de temps à être complète, et le membre ne fut retiré de l'eau froide que le douzième jour ; puis on appliqua comme d'habitude un bandage contentif et gommé ; dès lors la douleur a complétement disparu, et le malade entièrement rétabli ne tarda pas à sortir pour reprendre son service.

—Peltier, caporal au 18e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, entra à l'hôpital le 6 février, atteint d'une entorse au genou droit. Cet homme avait fait une chute, dans laquelle le genou ayant été fortement porté en dedans, il en était résulté le tiraillement du ligament interne de l'articulation fémoro-tibiale. La peau était brûlante au toucher, et le volume de l'articulation beaucoup plus considérable que celui du côté opposé. La difficulté de placer un genou dans l'eau froide d'une manière permanente, obligea M. Baudens à faire appliquer de petits glaçons, pour remplacer autant que possible le procédé auquel il donne la préférence. Ce moyen est moins fidèle que l'autre (parce que pendant le sommeil le malade ne peut pas renouveler la glace assez souvent), et demande, en général, un temps plus long pour arriver au même but. Peltier fut soumis à ce traitement pendant dix jours, époque à laquelle on remplaça l'eau froide et la glace par une décoction froide de têtes de pavot pendant quatre jours. Puis on eut recours aux liniments camphrés, et aujourd'hui, 26 février, l'articulation a repris son volume, sa souplesse et ses fonctions l'eau froide est encore un agent thérapeutique d'une grande efficacité pour les contusions et même pour les plaies contuses. L'exemple suivant en fournira la preuve :

—Berthou, caporal au 10e d'infanterie légère, entra à l'hôpital le 28 janvier. Une pièce de bois d'un volume assez considérable lui avait écrasé l'indicateur de la main gauche, de telle sorte qu'il en était résulté une plaie longitudinale qui parcourait l'étendue des deux dernières phalanges à la partie externe. Une saignée générale, un pansement simple et la position de la main dans l'eau froide pendant huit jours, suffirent pour amener la cicatrisation complète, et le malade put sortir le 19 février.

Chez un garde municipal placé au n° 6 de la salle 30, l'eau froide fut encore appliquée d'une manière continue pendant huit jours et amena également la résolution. Une de ces voitures auxquelles on donne le nom de tombereau lui avait passé sur la face dorsale du pied droit, et avait déterminé une douleur et un gonflement considérables. Après s'être assuré qu'il n'existait pas de fracture, M. Baudens eut recours à son traitement privilégié, qui vint encore augmenter le nombre de ses succès.

En regard du traitement que nous venons de tracer, et dont M. Baudens fait un usage exclusif depuis bientôt douze années, nous allons exposer quelques cas d'entorses traitées par la méthode surannée des saignées locales, des cataplasmes. Cette méthode débilitante favorise, dès le début de l'entorse, l'afflux du sang et le développement des phénomènes inflammatoires ; continuée pour combattre ces derniers pendant un temps infini, elle laisse souvent dans le membre une faiblesse et une impuissance incurables, trop heureux quand elle n'entraîne pas la formation d'abcès entretenus par une carie qui nécessite l'amputation comme on va le voir.

— Bastas, caporal au 65e de ligne fut atteint d'une légère entorse dans un service commandé, le 1er mars 1842. Il n'en continua pas moins à vaquer à ses occupations. Au bout de six semaines, la difficulté de la marche devenant de plus en sensible, il fut traité par la méthode des sangsues et des cataplasmes. Malgré ce traitement la gêne dans les mouvements devint de plus en plus manifeste, et le malade languit jusqu'au 4 novembre où il fut admis à l'hôpital du Val-de-Grâce. Dès ce jour il fut évident que les os du tarse étaient cariés et que l'articulation tibio-tarsienne était profondément altérée. Un foyer purulent vint se faire jour à la partie interne de la face dorsale du pied, le malade est arrivé à une époque où l'amputation est devenue le seul moyen curatif.

Le n° 27 de la salle 31 est exactement dans le même cas, par suite d'une entorse négligée pendant le premier mois ; les foyers purulents sont déjà sensibles au toucher, et il est évident que l'articulation est profondément altérée. Sans doute aussi l'amputation sera le dernier remède qui pourra mettre un terme aux ravages de l'inflammation.

Le n° 50 de la même salle a subi cette opération par suite de la même affection également négligée dans son origine, et traitée par les débilitants.

Ces faits prouvent que l'on ne saurait trop recommander aux praticiens de traiter les entorses d'une manière rationnelle, car il se coupe tous les ans plus de jambes par suite d'entorses négligées et mal traitées que par toutes les autres affections réunies.

MAISON DE SANTÉ DU Dr BRIERRE DE BOISMONT.

Observation de démonomanie. Deux ans de durée. Guérison instantanée.

Les guérisons subites dans la folie ont généralement été regardées comme fâcheuses ; le fait suivant, qui s'est passé il y a deux ans, prouve que ce pronostic est beaucoup trop absolu ; mais s'il est intéressant relativement à la thérapeutique, il n'est pas moins curieux par rapport aux questions qu'il soulève.

L'idée de la possession était fort commune au moyen-âge.

XIII. *Sur deux espèces particulières et rares de cataracte déhiscente partielle, et sur les symptômes qui les différencient de la cataracte corticale.*

Il n'existe que deux espèces de cataracte déhiscente partielle, qui ressemblent beaucoup à la cataracte corticale et qui sont fort rares.

La *première* tient à la déhiscence du noyau du cristallin ou, au moins, des couches externes de ce noyau ; on la confond aussi avec la cataracte capsulaire postérieure. M. Jaeger, professeur à l'Académie Joséphine de Vienne, l'a observée et signalée dans ses leçons cliniques comme une cataracte lenticulaire postérieure, mais sans pouvoir indiquer précisément à quelles circonstances anatomo-pathologiques tenait le phénomène qu'elle présente. Cette cataracte, curieuse à plus d'un titre, se reconnait aux caractères suivants :

On voit quelquefois une opacité partielle n'occupant qu'un des côtés du cristallin. Celui-ci, dans la partie affectée, présente un triangle semi-opaque, d'un blanc terne ou d'un blanc jaunâtre et luisant, dont la base sphérique est formée par la circonférence et dont le sommet est dirigé vers le centre. Toutes les autres parties du cristallin paraissent entièrement transparentes, mais dès que l'on change de position, la portion ou le triangle opaque devient entièrement transparent, tandis que dans un autre endroit du cristallin, il se présente un autre triangle semi-opaque et ainsi de suite chaque fois que l'on change de place. Ces triangles ont un reflet particulier comme un prisme, et semblent occuper toute l'épaisseur (selon le diamètre antéro-postérieur), ou au moins une très grande partie de l'épaisseur du cristallin. La vision d'ordinaire est trouble plus qu'on ne devrait le croire au premier examen qui le plus souvent ne suffit pas pour permettre de découvrir aucune espèce d'opacité. Il est évident que c'est la une des variétés les plus curieuses de la cataracte lenticulaire corticale. Elle est produite, nous l'avons déjà dit, par la déhiscence du noyau de la lentille ou, au moins, des couches externes de ce noyau, ainsi qu'on le verra par la première des observations que nous rapporterons à la fin de ce travail ; on pourrait l'appeler *cataracte déhiscente du noyau cristallinien*. La disparition des opacités dans certaines positions et leur réapparition dans d'autres places, ainsi que leur forme régulièrement triangulaire, suffisent parfaitement pour ne point la confondre avec les cataractes corticale et capsulaire postérieures.

Une autre espèce de cataracte déhiscente partielle que l'on confondra moins facilement avec la cataracte corticale qu'avec la cataracte capsulaire partielle ou végétante en forme d'étoile, est également très rare, et pourrait être appelée *cataracte déhiscente superficielle étoilée*. Elle n'occupe que la portion ventrale de la surface antérieure du cristallin. La déhiscence, bornée au centre de la substance corticale antérieure, figure une étoile plus ou moins régulière à branches multiples, dont les extrémités n'atteignent point la circonférence. Devant publier à la fin de ce mémoire (§ XVIII, obs. 3) une observation détaillée, curieuse à plus d'un titre, d'une cataracte de cette espèce, nous croyons superflu d'ajouter ici des explications ultérieures.

XIV. *De la cataracte disséminée.*

La cataracte disséminée est constituée par des taches ou plaques opaques très petites, ne formant souvent que des points irrégulièrement arrondis, et n'occupant pas exclusivement la surface antérieure du cristallin ou un seul plan très-rapproché de la pupille, mais se trouvant placées sur plusieurs plans postérieurs les uns aux autres, dont les plus profonds sont quelquefois très près de la face postérieure du cristallin. Ces petites opacités, assez distantes les unes des autres et disséminées en tous sens, sont tantôt d'un blanc grisâtre terne et plus ou moins foncé, se perdant insensiblement à leur circonférence, et composées d'une agrégation de petits points comme dans la cataracte corticale ; ce sont alors des obscurcissements très circonscrits dans les différentes couches ou lames du cristallin, des espèces de cataractes lenticulaires partielles ; d'autres fois elles sont d'une teinte gris-bleuâtre, d'une surface unie, plus lisse, et quelquefois même un peu luisante, se rapprochant davantage par leur aspect des cataractes capsulaires ou des fausses membranes ; leur circonférence est plus régulièrement arrondie et très brusquement coupée ; des taches semblables occupent en même temps la cristalloïde antérieure. Lorsqu'elles se présentent de cette manière, ces opacités disséminées paraissent dues à des infiltrations ou à des exsudations fibro-albumineuses circonscrites dans les différentes couches de la lentille, qui semblent concourir, avec d'autres faits pathologiques, à prouver que ce corps, bien qu'infiniment plus rarement que son enveloppe séreuse, et dans des circonstances beaucoup plus obscures, peut devenir le siége d'une phlegmasie chronique. Disons de suite que nous ne connaissons la cataracte disséminée que pour l'avoir observée sur le vivant, et qu'il ne s'est présenté à nous aucune occasion d'en faire la dissection. On voit bien que, malgré quelques traits de ressemblance avec la cataracte corticale, cette variété de l'opacité du cristallin est facile à distinguer de la cataracte corticale par la multiplicité des plans sur lesquels les taches se trouvent réparties. Nous l'avons toujours trouvée chez des individus âgés au plus d'une trentaine d'années, jamais chez ceux qui avaient dépassé la quarantaine. C'étaient, en général, des personnes pléthoriques, affectées de congestions cérébrales chroniques ou cérébro-oculaires, ou bien travaillant habituellement au feu ou à une très vive lumière.

XV. *Importance du diagnostic de la cataracte corticale pour la pratique.*

Sous plus d'un rapport, le diagnostic différentiel de la cataracte corticale est important pour la pratique.

1° Une seule petite strie opaque dans la surface de la substance cristallinienne, décide souvent s'il y a cataracte ou amblyopie, et met hors de question l'emploi des moyens chirurgicaux, si antipathiques en général aux malades, tels que les sétons, les caustiques, l'ustion sincipitale, et d'autres moyens de cette classe dont on abuse trop souvent, et qui sont loin d'être indifférents lorsqu'il n'y a pas une indication précise.

2° Dans des cas d'amaurose très avancée, j'ai souvent vu des praticiens distingués s'attacher à un certain aspect fauve du cristallin, qui le plus souvent n'était que le reflet dont nous avons parlé pour admettre une cataracte commençante, laquelle d'ailleurs n'aurait pu en rien modifier le pronostic ni le traitement, quand, dans de pareils cas, et surtout au début d'amblyopies où la complication peut notablement modifier le pronostic et le traitement, il coexiste réellement une opacité cristallinienne même diffuse et au premier degré, il est très rare, surtout après l'âge de quarante ans, qu'il n'y ait pas en même temps une ou plusieurs stries opaques dans la substance corticale ; et, quelque petite qu'elle soit, elle confirme le diagnostic.

3° Nous avons déjà dit plus haut quelles sont les différences dans le traitement et dans l'opération de la cataracte capsulaire et de la cataracte lenticulaire corticale.

4° La cataracte corticale postérieure commençante, qui d'ordinaire produit de bonne heure un trouble de la vision, est souvent peu apparente, surtout si les stries n'occupent que la circonférence du cristallin, et si les pupilles sont fortement resserrées. Fréquemment dans ce cas, la maladie est méconnue et prise pour une amaurose commençante, erreur qui devient surtout excusable, lorsque la moindre opacité de la cornée complique l'affection. En dilatant la pupille, on reconnait bientôt la maladie, et quelquefois alors la substance corticale postérieure forme déjà une plaque centrale, difficile à reconnaître à cause de sa position profonde, tant que l'ouverture pupillaire est contractée. J'ai appris à me défier des amblyopies commençantes après l'âge de quarante ans, et à m'assurer par le moyen que je viens d'indiquer, de l'absence de toute opacité cristallinienne corticale à un degré quelconque, avant de commencer le traitement de la maladie de l'organe immédiat de la vue.

5° Mais même à la surface antérieure du cristallin et sans que la pupille soit très étroite, la cataracte corticale semble fort difficile à reconnaître pour ceux qui ne l'ont pas fréquemment observée ; des chirurgiens et ophthalmologistes fort habiles et expérimentés commettent,

A une époque plus rapprochée, elle avait encore beaucoup d'empire sur les esprits. La dissertation de M. Ch. Sauze sur les possédés de Loudun, renferme des détails fort curieux sur ce sujet. La croyance aux sorciers est très répandue dans les campagnes, et il ne se passe pas d'année que des imbéciles ou des fous ne viennent attester devant les tribunaux la vérité de ce fait.

Madame Jenny, âgée de trente-deux ans, petite, maigre, blonde, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-bilieux, avait été élevée par des mercenaires qui la maltraitaient sans motif. Pendant les courtes apparitions qu'elle faisait chez ses parents, on suivait à son égard une conduite tout à fait opposée : elle était accablée de caresses, fêtée, choyée, en un mot complètement gâtée. Plus tard, les principes religieux qui lui furent inculqués n'étant pas basés sur le raisonnement, firent naître en elle des scrupules ; elle ne vit dans le christianisme que le côté des fautes et des châtiments ; c'était la pente naturelle que devait suivre un esprit craintif, irrésolu, dont l'éducation, bien loin de redresser la fausse direction, n'avait fait, au contraire, que la fortifier.

Parvenue à l'âge où l'on établit les jeunes demoiselles, le choix d'un mari fut déterminé par des raisons de convenance. L'époux qu'on lui avait donné était riche, mais emporté, violent, querelleur. Dans la profession des armes, ou plutôt par suite de ses premiers penchants, il avait contracté l'habitude de boire. Cette passion ne fit que croître avec le temps. Alors commencèrent les scènes, les querelles, les emportements, les violences. Un accès d'aliénation mentale vint terminer cette première partie d'un de ces nombreux drames domestiques dont nous sommes si souvent les témoins ou les confidents. Par une fatalité bien étrange, le mari fut conduit dans notre établissement.

L'éloignement de la cause amena la guérison ; mais la passion pour les liqueurs éclatait plus furieuse avec la liberté. Plusieurs années se passèrent ainsi pour la malheureuse femme dans les larmes et le désespoir ; la religion fut sa seule consolation ; elle s'y livra avec ferveur ; les défauts de son caractère devaient la suivre dans cette route, et, selon toutes les probabilités, prendre une nouvelle extension : c'est aussi ce qui arriva.

Le terrible spectacle qu'elle avait eu si long-temps sous les yeux, réagit vivement sur son esprit ; elle s'exagéra toutes ses fautes ; elle n'avait pas assez pratiqué les préceptes de l'Évangile, elle avait fait des communions indignes, Dieu s'était retiré d'elle et l'avait abandonnée à Satan. L'idée de la damnation ne la quitta plus ; à chaque instant elle répétait : Je suis damnée. Ce fut dans cet état qu'elle fut confiée aux soins d'un médecin célèbre. Une amélioration eut lieu, mais les idées fausses ne tardèrent pas à se reproduire ; la possession était son tourment habituel.

Pendant dix-huit mois ses souffrances morales n'eurent presque point de relâche, et elles avaient tellement augmenté depuis trois mois, que la malade prenait à peine de quoi se soutenir. Sa nourriture consistait en un peu de lait qu'on ne parvenait pas toujours à lui faire avaler. Enfin, dans les derniers jours qui précédèrent son entrée, elle refusa tout ce qu'on lui présentait : on fut obligé de recourir à l'introduction de la sonde œsophagienne.

Lorsque cette dame fut conduite chez moi, la famille ne me demanda qu'une chose, de l'empêcher de mourir de faim. Son extérieur annonçait assez la gravité de son état ; sa voix était à peine sensible, sa parole traînante ; son œil morne, fixe, enfoncé ; sa peau, d'un jaune terreux, sale, était littéralement collée sur les os. A chaque instant elle était obligée de s'asseoir. Les fonctions digestives s'exécutaient mal ; elle avait des douleurs continuelles à l'estomac ; point de goût, point d'appétit. L'haleine était fétide, la langue blanchâtre ; la constipation extrême ; les menstrues supprimées depuis plus d'un an.

Cette dame me raconta ce qui lui était arrivé et ce qu'elle éprouvait avec beaucoup de lucidité, s'arrêtant à chaque instant, soit par préoccupation, soit par fatigue. J'écoutai avec attention son histoire ; je lui témoignai tout l'intérêt qu'elle m'inspirait. N'est il pas, en effet, déplorable de voir les rejetons de ces intelligences d'élite, qui sont l'orgueil des nations, atteints par la folie ! Vous ne me battrez pas, me dit-elle ? Comment pouvez-vous avoir une pareille pensée ? Nulle part on ne frappe les malades. Je ne la forçai point à manger, je cherchai seulement à gagner sa confiance. La vue de notre intérieur parut lui être agréable. Ah ! si j'avais été ainsi, je ne serais pas aussi malheureuse !

Le lendemain, je la fis placer à table à côté de moi, et je lui parlai d'une voix ferme : Si vous voulez rester avec nous, vivre en famille, il faut vous conformer aux usages de la maison, et obéir aux ordres qui vous seront donnés ; sinon, nous serions obligés d'avoir recours aux moyens coercitifs, et de vous mettre la camisolle.

Ce raisonnement eut un plein succès ; elle consentit à prendre un potage et une pêche. Pendant plusieurs jours, cette nourriture fut la seule qu'elle pût supporter ; peu à peu l'alimentation fut augmentée, sans que la malade en fût incommodée, malgré la longueur de son abstinence. — Madame J... se plaignait d'une foule de maux ; elle était brisée dans tous les membres ; l'estomac et la clavicule lui causaient d'affreux tiraillements : son corps allait tomber en pourriture ; elle était plus méprisable que la dernière des rues. Jamais elle ne guérirait ; mais, lui faisais-je observer, vos souffrances sont celles de telle et telle dame qui ont cependant parfaitement guéri. Et moi, répondait-elle, c'est bien différent, je suis malade et ces dames ne l'étaient point ; leurs idées étaient folles, et Dieu merci j'ai toute ma raison.

Cette pauvre dame, qui ne se croyait pas aliénée, répétait à chaque instant du jour et de la nuit qu'elle était damnée ; son père, sa mère, ses enfants, ses frères, ses amis, moi, les miens, étions tous damnés. Concevez-vous un sort plus affreux que le mien, savoir de son vivant qu'on est damné ; il n'y a que moi à qui cela soit arrivé. Qu'ai-je donc fait à Dieu, pour qu'il me traite ainsi ? Elle passait en revue toutes les personnes de sa connaissance, et demandait pourquoi elle était plus malheureuse qu'elles. Mes souffrances sont terribles, sans remède ; rien ne me fait plaisir.

Cette dame m'avait supplié de ne pas la médicamenter. Son état de maigreur, les nombreux traitements qu'elle avait subis, m'engagèrent à laisser agir la nature ; je prescrivis seulement six grains de calomel à diverses reprises dans son café. La maladie l'avait rendue apathique ; elle ne prenait plus soin d'elle, mettait des robes déchirées, et aurait croupi dans la malpropreté si on ne l'avait traitée comme un enfant. Lorsqu'on lui faisait des représentations sur cette conduite, elle disait : Que voulez-vous ? je suis malade, le mouvement me contrarie ; autrefois j'étais si soigneuse, maintenant je n'ai de goût pour rien. Lui adressait-on quelque reproche, elle se désolait, disait qu'on la maltraitait, et s'en allait.

D'après l'usage que j'ai adopté pour toutes les aliénations de ce genre, je gardais madame J... la plus grande partie du jour avec ma famille. Pendant long-temps rien n'annonça un changement dans ses idées. Lorsque je combattais ses faux raisonnements ou que je cherchais à la consoler, elle se contentait de me répondre doucement : Comment voulez-vous que je guérisse ? Ma maladie a plus de dix-huit mois ; j'ai d'ailleurs été toujours faible, délicate, sans énergie ; battue dans mon enfance par une méchante domestique, je suis, par cela même, devenue dissimulée. On m'accablait de caresses, il est vrai, chez mes parents ; mais on ne surveillait point mon éducation. Actuellement je sens que je suis perdue. Que vous êtes heureux de ne pas vous occuper de tout cela ! Vous buvez et mangez, votre estomac est excellent ; vous êtes tranquille ; rien ne vous tourmente.

Souvent elle me disait : Personne n'a eu de maladie comme la mienne. Vous croyez ? lui répondais-je ; la maladie de mademoiselle Claire était tout à fait semblable à la vôtre ; les mêmes expressions, les mêmes plaintes, le même désespoir. Lisez-moi son observation, je vous prie. Elle écoutait avec la plus grande attention, et lorsque j'avais fini : elle a guéri ; mais moi je ne guérirai pas. Cependant elle me parlait fréquemment de cette demoiselle, et il est probable que ce souvenir n'a point été sans influence sur son esprit.

L'aspect mélancolique était toujours le même ; la malade se plaignait de douleurs épigastralgiques très vives ; j'avais pensé que la bonne nourriture triompherait de ce symptôme ; je prescrivis des tablettes de magnésie de 3 grains chaque (15 centigr.), dont elle prit deux par jour pendant une semaine.

De temps en temps madame J... souriait ; elle restait le soir avec nous au lieu de s'aller coucher ; prenait plus soin de sa toilette, mais elle persistait à se dire damnée et à faire des lamentations continuelles.

Enfin, quatre mois après son admission, madame Jenny entre un matin dans mon appartement en souriant ; le changement de sa physionomie était si marqué, que j'en fus frappé à l'instant ; elle ne se plaignait plus ; son sommeil avait été très bon ; elle riait elle même de ses idées de damnations auxqelles, disait-elle, elle ne songeait plus. Sa conversation était entièrement raisonnable ; sa maladie mentale, qu'elle se rappelait très bien, était devenue pour elle, du soir au matin, un simple souvenir. Les symptômes physiques avaient disparu. En peu de jours sa figure prit une autre expression ; ses traits, jusqu'alors si tristes, véritable emblème du désespoir, s'épanouirent rapidement ; la teinte jaune fut remplacée par le coloris de la santé ; les yeux perdirent leur fixité, leur immobilité : en un mot, l'amélioration fut complète.

Cet état, qui présentait de si grands rapports avec ces passions concentrées, profondes, contre lesquelles viennent échouer les raisonnements les plus forts, les émotions les plus vives, avait donc cédé, comme les grandes douleurs, à l'action du temps et au système continu de bienveillance, mais plus encore à une modification instantanée survenue dans l'organisme, dans le mécanisme des idées. Suivant cette jeune dame, la guérison devait aussi être attribuée à l'influence qu'avait exercée sur elle une autre jeune malade d'un caractère excessivement doux et très complaisant. Cette action est possible, mais nous croyons qu'elle a été secondée par les consolations qu'on prodiguait à la malade, par l'intérêt qu'on lui marquait, les preuves d'amitié que ne cessait de lui donner ma femme, les caresses de mes enfants, qui tous l'aimaient, et enfin les ressources du médecin qui puise dans la connaissance du caractère les moyens moraux qu'il doit employer.

Trois semaines après, madame J... rentra dans sa famille ; sa santé était excellente, jamais elle n'avait été aussi tranquille. On prit du reste toutes les précautions pour éloigner d'elle les causes qui pouvaient la tourmenter. Depuis deux ans la guérison s'est soutenue.

L'histoire psychologique de cette aliénation est trop curieuse à suivre dans ses développements, pour que nous ne lui consacrions pas quelques lignes. Madame Jenny vient au monde avec une constitution délicate, un corps frêle ; le système nerveux participe à cet état. L'intelligence, attachée par un lien mystérieux à cette misérable enveloppe, en subit les fâcheuses conséquences ; l'éducation, qui aurait pu lui donner une direction salutaire, vient ajouter aux défauts de l'organisation. Voyez un peu comme tout s'élabore pour déterminer plus tard la folie. La volonté est brisée par les mauvais traitements ; la crainte, la dissimulation, le mensonge sont les résultats forcés de cette éducation mercenaire. Fait-elle quelques courtes apparitions dans sa famille, la transition si brusque de ces caresses aux menaces, aux coups de sa gouvernante doit jeter une grande perturbation dans ses idées sur la bonté, l'équité, les devoirs, en même temps qu'elle détruit toute unité dans son âme en la faisant passer par des états si opposés.

La religion aurait pu remédier aux fautes de l'adolescence ; mais basée sur des formules qui ne sont point fécondées par des instructions convenables, elle est un élément de plus pour le mal à venir ; car il est évident que cet esprit, dominé par la crainte et la terreur, exalté dans ses sentiments, ne verra dans la religion que les peines et les châtiments.

Enfin arrive l'époque du mariage ; un homme se présente, il est riche, il a des titres, cela suffit ; le nœud est formé pour toujours, sans qu'il soit un instant question de son caractère, de ses mœurs, de sa conduite. Qu'arrive-t-il ! L'intérieur devient un enfer ; les scènes se succèdent palpitantes d'émotion, mais il faut les renfermer dans son cœur, car le monde ne doit voir que des figures riantes, satisfaites. Des années se passent dans ces affreuses souffrances ; enfin la mesure est comblée, le mari tombe, l'ivrognerie l'a renversé.

Le père, désolé du malheur de sa famille, en butte lui-même à des actes de violence, meurt d'une attaque d'apoplexie.

Ainsi préparée par ces scènes douloureuses, cette jeune dame, qui ne pouvait puiser aucune résistance dans son organisation, dans son intelligence, dans une bonne éducation, dans une religion éclairée, devient la victime de la folie, et comme ses idées ont toujours été dominées par la crainte, la terreur, la forme sous laquelle se produit le dérangement de l'esprit est la démence. Le traitement moral à opposer à cette maladie, contre laquelle tous les moyens physiques ont été essayés, est celui que conseille le bon sens. Plus cette dame a été malheureuse, plus il faut redoubler d'attention, de bienveillance et de bonté pour elle. Ce plan de conduite est suivi

---

sous le rapport de cette maladie, des erreurs fréquentes. J'en ai vu, il y a quelque temps, un exemple fort triste et digne d'être rapporté, comme une preuve de l'importance qu'il faut attacher en médecine jusqu'aux moindres choses, et à celles-là mêmes qu'un esprit superficiel pourrait regarder comme des minuties. Il y a quelques années, un homme à la force de l'âge, me fut adressé par un confrère distingué de Paris. Au premier aspect, je reconnus deux cataractes corticales antérieures, dont la plus avancée occupait l'œil droit ; j'ajoutai que ce dernier seul devait éprouver de la difficulté à lire. Cette circonstance étant entièrement conforme à ce que le malade avait observé, et le médecin ordinaire, lors d'une consultation qui eut lieu entre lui et moi, ayant reconnu l'existence de la cataracte corticale dont nous dessinâmes même ensemble la figure, le malade continua assez bien et sans ennui ses occupations ordinaires pendant deux ans, tout en suivant un traitement que nous dirigeâmes contre une affection goutteuse et hémorrhoïdale peu intense qui existait depuis long-temps. Il n'y avait pas le moindre symptôme d'amblyopie amaurotique. Aussi nous gardâmes-nous bien d'ordonner au malade, un peu disposé à l'hypocondrie, le repos absolu des yeux qui n'aurait pu que nuire à son état moral. Le trouble de la vision n'augmenta que faiblement, et en raison directe de l'accroissement fort lent des stries opaques du centre de la surface cristallinienne antérieure.

Au bout du temps indiqué le malade, pendant un voyage en Allemagne, consulta deux des chirurgiens et ophthalmologistes les plus justement célèbres de ce pays qui, chose inexplicable, nièrent l'existence de la cataracte et dirigèrent un traitement contre une amaurose qu'ils supposèrent probablement à cause des symptômes d'un léger trouble dans le système des nerfs ganglionnaires et de la veine porte, trouble que nous avions combattu long-temps par des moyens appropriés sans en retirer ni même espérer le moindre fruit pour l'affection oculaire. Effrayé par les progrès du mal et par la crainte d'une goutte sereine incurable, malgré la position brillante qu'il occupait dans le monde, l'infortuné, dans un accès de désespoir, mit fin à ses jours. Cette erreur de diagnostic, qui eut des suites aussi déplorables, ne peut s'expliquer qu'en considérant que la cataracte corticale et sa marche ont été presque entièrement inconnues jusqu'à présent, que souvent on n'attache pas beaucoup d'importance à quelques stries ou taches opaques de la surface de l'appareil cristallinien, lorsque le noyau et la plus grande partie de la lentille ont encore toute leur transparence ; et enfin que l'un des deux célèbres confrères est très presbyte, et que l'autre l'est probablement aussi. Or, on voit journellement les médecins du plus haut mérite, lorsqu'ils ont la vue longue, se tromper dans l'appréciation, sur le vivant, d'altérations anatomiques qui n'occupent qu'un espace très limité. Ce cas peut fournir une nouvelle et fatale preuve de ce qu'en médecine rien ne peut être regardé comme trop minutieux, surtout en fait de diagnostic.

Un second fait semblable, mais qui heureusement n'a pas eu d'effet fâcheux, est le suivant. Une dame d'une quarantaine d'années, d'une constitution sanguine et excessivement nerveuse, affectée de palpitations du cœur et de congestions chroniques du sang à la tête, est atteinte en outre d'une cataracte corticale postérieure commençante, dont l'existence a été reconnue et signalée par moi il y a deux ans environ. La malade, qui depuis son enfance ne voit presque pas de l'autre œil, avait pris son parti sur l'affection qui la menaçait et comptait sur l'opération. Il y a quatre mois, pendant un voyage en Allemagne, elle consulta l'un des deux chirurgiens déjà mentionnés, qui la déclara atteinte d'amblyopie non compliquée de cataracte, ce qui ne l'effrayait pas médiocrement. J'ai revu la malade le 20 décembre 1842, où la cataracte corticale postérieure était devenue presque complète ; le trouble visuel avait augmenté en raison directe de l'opacité, sans le moindre symptôme de l'amblyopie amaurotique. Je serais curieux de savoir quelle serait actuellement l'opinion du célèbre confrère en question.

De l'ensemble des considérations qui précèdent, il résulte clairement que le diagnostic de la cataracte corticale n'est pas une minutie théorique, mais un point de pratique d'une très haute importance.

XVI. *De quelques moyens auxiliaires de diagnostic.*

Bien qu'un œil exercé reconnaisse en général facilement la cataracte corticale, même commençante, sans le secours d'aucun auxiliaire, il est néanmoins bon, surtout dans les cas où la maladie ne fait que débuter ou que le diagnostic est autrement douteux, de se servir d'une bonne loupe et d'agrandir la pupille par l'instillation d'une solution d'extrait de belladone ou de jusquiame. L'emploi de la loupe n'a de l'avantage que pour les opacités corticales antérieures et pour celles de l'extrême circonférence de la substance corticale postérieure. Il est rare que cet instrument fasse percevoir plus nettement les opacités du centre de cette dernière, à cause de la distance qui l'empêche de tomber dans le foyer du verre grossissant. Quant à la dilatation artificielle de la pupille, elle est toujours utile, car souvent des stries circonscrites et bien distinctes se montrent sur les bas-côtés du cristallin, lorsque dans son centre il n'y a encore qu'un très léger trouble à peine perceptible, qui cependant, concurremment avec les stries latérales circonscrites, explique suffisamment l'affaiblissement commençant de la vision et écarte le soupçon d'une amblyopie.

(La suite à un prochain numéro.)

plusieurs mois, avec succès sans doute, mais il n'explique pas la modification subite qui a ramené le cerveau à son état normal. Doit-on attribuer ce changement à la conduite adoptée, à quelque idée qui a surgi brusquement, nous l'ignorons complètement. S'il y avait lésion organique du cerveau, comment a-t-elle disparu en un instant? Ces guérisons presque instantanées ne sont pas très rares dans les fastes de l'aliénation mentale; on lit dans l'ouvrage de M. Esquirol, qu'une jeune fille, malade depuis plusieurs années, à l'apparition de ses règles s'écria : Ma mère, je suis guérie; mais dans presque tous les cas de l'espèce, il y a eu une cause physique, un effort critique. A. Brierre de Boismont.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle application de la naphtaline à la thérapeutique; par M. le docteur A. Dupasquier, de Lyon.

Lorsqu'on met un ou deux centigrammes de naphtaline en contact avec la langue, on ne tarde pas à percevoir la sensation d'une saveur forte, âcre et un peu désagréable, qui est un des caractères physiques de ce carbure d'hydrogène. Bientôt on éprouve sympathiquement, ou plutôt par voie de continuité, depuis le voile du palais et la partie supérieure du pharynx jusqu'à la membrane muqueuse qui revêt les bronches, un sentiment de chaleur qui augmente peu à peu et finit par se transformer en un picotement incommode par suite duquel il survient assez promptement de la toux, et, à la suite de cette dernière, l'expulsion d'un ou de plusieurs crachats, s'il existe du mucus bronchique ou une accumulation de mucosités visqueuses dans les canaux aériens. Ces résultats, qui caractérisent le mode d'action des médicaments incisifs et expectorants, est beaucoup plus marqué après l'ingestion de la naphtaline qu'après l'administration de la gomme-résine ammoniaque, du baume de Tolu, de l'acide benzoïque, etc., qui ont néanmoins été considérés jusqu'ici comme les agents les plus puissants de la médication expectante. Un autre avantage que la naphtaline possède sur tous les autres médicaments du même ordre, c'est que la stimulation qu'elle produit est plus prononcée, plus propre à déterminer la toux que celle des incisifs ordinaires, et qu'enfin elle se prolonge très longuement et paraît long-temps offrir un accroissement d'intensité au lieu d'aller en s'affaiblissant.

Cette particularité si remarquable, bien que non encore signalée jusqu'à présent, de la manière d'agir de la naphtaline sur l'organisme vivant, a fait naître dans l'esprit de M. Dupasquier l'idée que cette substance, si récemment proposée par M. Rossignon à tire de succédané du camphre, pourrait être placée en première ligne parmi les *expectorants*, et l'expérimentation clinique n'a pas tardé à confirmer cette prévision.

La naphtaline, donnée dans les cas où il est urgent de déterminer une stimulation énergique de la membrane muqueuse bronchique, a procuré d'excellents résultats. C'est, par exemple, ce qui a eu lieu chez un grand nombre de vieillards débiles affectés de catarrhe pulmonaire chronique, et parvenus à un état de presque suffocation par suite de l'impossibilité d'expectorer les matières visqueuses qui remplissaient les bronches; c'est ce qui a, en outre, été observé chez plusieurs sujets atteints d'asthme humide avec menace de suffocation.

Dans les cas de cette nature, la naphtaline mérite donc la préférence sur tous les autres expectorants connus; elle présente l'avantage bien précieux de ne faire courir aucune espèce de danger dans son emploi à l'intérieur, et le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est la saveur un peu désagréable qui lui est propre. D'ailleurs, il est prudent d'en suspendre l'emploi aussitôt que les effets désirés ont été obtenus, afin de ne pas habituer la membrane muqueuse à cette sorte de stimulation, et de pouvoir y revenir plus tard avec avantage si l'embarras bronchique vient à se reproduire; mais il ne faut jamais perdre de vue qu'une substance aussi stimulante que l'est celle dont il s'agit ici, est toujours contre-indiquée dans les cas de phlegmasie aiguë, ou même de simple irritation des voies aériennes.

M. Dupasquier emploie la naphtaline à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, et le mode d'administration qu'il a adopté et qui lui a paru dans l'application être le plus facile et le plus avantageux, consiste à faire prendre sous forme de looch ou de sirop, d'après les formules suivantes :

1° *Looch de naphtaline.*

Pr. Looch blanc du *Codex*, n° j;
Naphtaline, 50 centigr. à 2 gramm.

M. et F. S. A. une potion parfaitement homogène.

La naphtaline, en raison de son insolubilité dans l'eau, a besoin d'être soumise à une longue trituration avec la gomme, pour pouvoir être amenée à un grand état de division, et surtout pour pouvoir rester long-temps en suspension dans le liquide.

On fait prendre ce looch par cuillerée à bouche, de quart d'heure en quart d'heure.

2° *Sirop de naphtaline.*

Pr. Naphtaline, 1 gramme.

Faire dissoudre dans la plus petite quantité possible d'alcool élevé à peu près au degré de l'ébullition, puis triturer avec

Sirop de sucre, 125 grammes.

A l'aide de la chaleur, la naphtaline est complétement soluble dans l'alcool, mais elle s'en sépare aussitôt qu'on mélange le soluté au sirop; d'où il résulte que ce dernier se trouble et revêt l'aspect du sirop d'orgeat. On pourrait, dans la préparation de ce mélange, se borner à triturer la naphtaline avec le sirop; mais, en recourant à l'intermède de l'alcool, on a l'avantage d'obtenir la substance active dans un plus grand état de division.

Ce sirop, abandonné au repos, finit par éprouver un commencement de séparation de la naphtaline; mais il suffit de l'agiter fortement pour rendre le mélange aussi parfait qu'il l'était primitivement. Toutefois, il est bon de ne préparer ce sirop qu'au moment même où il vient d'être prescrit; car, malgré tous les soins de préparation, malgré toutes les précautions de conservation, on voit, avec le temps, une petite quantité de la naphtaline venir adhérer à l'état cristallin contre les parois des bouteilles qui renferment le médicament.

Le mode d'administration de ce sirop consiste à le donner par cuillerée à café, de quatre à six fois dans l'espace d'une heure, jusqu'à ce qu'une expectoration abondante ait été produite.

(*Jour. de pharm. et de chim.*, décembre 1842.)

Baume contre les engelures.

Pr. Camphre, 3 grammes.
Alcoolé de benjoin au 5e, 16 id.

Faites dissoudre, puis ajoutez, en ayant soin de triturer exactement,

Iodure de potassium, 16 grammes.
Acétate de plomb liquide, 32 id.
Alcool rectifié, ramené à 20° par l'addition d'une suffisante quantité d'hydrolat de roses, 64 id.

D'autre part,

Pr. Savon animal, 32 id.
Alcool rectifié, ramené au même degré que le précédent et avec le même hydrolat, 64 id.

Faites dissoudre à une douce chaleur le savon dans l'alcool, puis mêlez la solution avec la précédente, et cela avant que le refroidissement ne se soit opéré. Aromatisez alors avec quelques gouttes d'une huile essentielle quelconque, puis coulez dans des flacons à large ouverture, qui devront être bouchés soigneusement et bien goudronnés ou cachetés.

Ce baume, dont la formule est due à M. Lejeune, offre une grande analogie de composition avec le savon résolutif que MM. Cottereau et Verdé-Delisle, ont proposé, il y a une quinzaine d'années, dans le même but, et dont la préparation a été consignée depuis lors dans presque tous les formulaires qui ont été publiés. Il s'emploie comme ce savon, et son mode d'administration consiste en de légères frictions que l'on pratique soir et matin sur les parties malades.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

Traitement des brûlures dans la première enfance.

M. le docteur Payen a constaté l'efficacité de l'association du liniment oléo-calcaire au coton cardé dans le traitement des brûlures chez les très jeunes enfants. Ce chirurgien emploie, pour la préparation de ce liniment, la formule consignée dans le formulaire des hôpitaux, et qui indique huit parties en poids d'eau de chaux pour une partie d'huile d'amandes douces.

M. le docteur Miquel a fait observer avec raison qu'en se conformant à ce mode de préparation, on n'obtient qu'une très faible proportion du vrai liniment épais et nageant dans beaucoup d'eau de chaux. Pour que les substances se combinent parfaitement et produisent le magma de consistance de cérat, qui constitue le liniment oléo-calcaire proprement dit, ce praticien conseille d'employer les doses suivantes :

Pr. Huile d'amandes douces, 100 grammes;
Eau de chaux, 200 id.

M par agitation.

Cependant, si l'on désirait qu'il y eût un peu d'eau de chaux libre en excès, on pourrait porter la dose de cette dernière à 300 grammes.

Du reste, M. le docteur Miquel déclare s'être admirablement trouvé de l'emploi de ce liniment, associé au coton ouaté, et il ajoute qu'on ne peut trop engager les praticiens à recourir à l'emploi simultané de ces deux moyens dans les brûlures au premier et au deuxième degré pendant la durée de la première enfance.

(*Bull. de thérap.*, décembre 1842.)

Pâte pectorale ou *Loch solide de* Gallot. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Amandes douces, 1 kilogramme.
Amandes amères, 125 grammes.
Gomme arabique, 2 kilogrammes.
Sucre blanc, 2 Id.
Hydrolat de fleurs d'oranger, 250 grammes.

M. et F. S. A. une pâte de consistance convenable.

Pâte pectorale de Cure. (Brevet d'invention expiré.)

Pr. Agaric délicieux, 5 kilogramme.
Eau commune, 25 Id.
Sucre, 50 Id.
Gomme, 5 Id.

M. et F. S. A. un sirop de consistance convenable.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Dans l'article de samedi sur un procédé d'opération du phymosis, il s'est glissé quelques erreurs typographiques. Je tiens surtout à rectifier celles qui touchent le second temps de l'opération, et pour cela je vous prie de répéter la description de ce temps, avec les corrections voulues.

Deuxième temps. Des aiguilles à coudre fines et portant un fil, sont passées sous la pince dans le sens transversal. Elles croisent tout à fait les mors de la pince. Les aiguilles vont ainsi d'un côté du prépuce à l'autre; elles passent sous la pince et au-dessus du gland, etc.

Recevez, M. le Rédacteur, etc. Vidal.

Paris, 6 mars.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 2 février, M. Cauvy, pharmacien, licencié ès sciences physiques, préparateur à la faculté des sciences de Montpellier, a été nommé professeur adjoint à l'école de pharmacie de Montpellier, où il occupera la chaire de physique.

— Il vient d'être créé, à Pondichéry, une chaire de chimie appliquée aux arts, pour laquelle M. le ministre de la marine a désigné M. Pasquet, pharmacien de première classe de la marine. M. Pasquet est sur le point de partir pour aller occuper cette chaire, dont la nécessité se faisait sentir depuis long-temps.

— La Société de médecine de Bordeaux vient d'adresser aux Chambres une pétition à l'occasion de la loi sur les patentes. Nous donnerons cette pièce dans le prochain numéro.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, doit avoir lieu le 21 avril prochain. Les concurrents doivent être docteurs, âgés de trente ans au moins, et se faire inscrire avant le 25 mars au secrétariat de la commission des hospices, rue de Cheverus, 13.

JEUDI 9 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 29, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Dégénérescence squirrheuse du foie. Mort. Cas remarquable par les circonstances relatives au diagnostic et par l'état pathologique du foie.

Au n° 9, salle Sainte-Agnès, est un malade qui est entré à l'hôpital avec un épanchement très considérable dans le ventre et une tumeur à la région hépatique, d'un volume tel qu'elle remplit les deux hypochondres. Cette tumeur dépasse les fausses côtes droites de quatre travers de doigt, et se dirige obliquement de gauche à droite dans la direction du bord tranchant du foie ; elle était évidemment formée par le foie lui-même, qui paraissait profondément altéré. On aurait pu penser jusqu'à un certain point que cette tumeur était formée par une masse épiploïque; mais une tumeur constituée par l'épiploon aurait occupé principalement le milieu du ventre, tandis qu'elle est beaucoup plus développée à droite qu'à gauche. Nous avons donc affaire ici, suivant toute probabilité, à un épanchement ascitique considérable et à une tumeur abdominale reconnaissable par le palper exercé avec les précautions qu'exige l'interposition d'un liquide entre les viscères et les parois abdominales. J'ajoute que cette tumeur est manifestement formée par le foie. Cependant le malade ne présente aucun symptôme d'affection ictérique ; sa peau est pâle et un peu rosée, sans aucune apparence de cette teinte jaune qui est un des caractères des affections organiques du ventre. C'est un contraste assez remarquable avec la nature présumée de cette maladie.

Le malade, à son entrée, conservait un certain appétit; la langue était blanche; pas de soif; s'il mangeait un peu, il éprouvait aussitôt une gêne considérable, puis des douleurs d'estomac, ce qui l'obligeait à observer une abstinence sévère. Les selles étaient liquides, jaunâtres ; il n'avait pas de fièvre.

Aujourd'hui (troisième jour), le même état continue; il semblerait même que le foie est un peu moins volumineux qu'à l'époque où le malade est entré à l'hôpital; cela tient probablement à ce que l'organe a changé un peu de place, et présente par conséquent une surface moindre au toucher. Quant à l'état général, il semble, au contraire, aller en s'aggravant; l'ascite fait des progrès tous les jours, et la gêne de la respiration augmente en proportion.

Avant de discuter la question relative à la nature de la maladie dont il s'agit, il ne sera pas inutile de rappeler les antécédents du malade, tels qu'ils ont été recueillis de sa bouche. Il nous a assuré qu'il était habituellement d'une bonne santé; que sauf quelques rhumes dont il guérissait assez vite, il n'avait jamais eu aucune maladie avant l'invasion de cette dernière. Il a commencé à être malade vers la fin du mois de décembre dernier ; il s'aperçut à cette époque que son ventre grossissait un peu, puis il vit peu de temps après ses jambes commencer à enfler. Ainsi, à s'en rapporter à la déclaration du malade, sa maladie serait récente, et sa marche aurait eu une rapidité très remarquable. Il ajoute n'avoir reçu aucun coup et n'avoir point fait de chute sur la région du foie; il n'a eu aucun chagrin, aucune contrariété. Nous ne trouvons donc ici aucune cause physique ou morale qui ait pu déterminer le développement de la maladie.

Il reste une autre question à nous poser après la question d'étiologie qui, ainsi qu'on le voit, est environnée de quelque obscurité; c'est de savoir quelle est l'affection du foie qui donne lieu aux phénomènes morbides que nous observons, car quant au siége de la maladie, il ne nous reste aucun doute; l'ascite n'est évidemment qu'un état consécutif, un symptôme de la maladie du foie.

Cette maladie du foie, de quelle nature est-elle? Qu'est-ce qui produit le développement anormal que présente cet organe? Cette augmentation de volume peut dépendre de plusieurs états dont il importe de rechercher ici les caractères ; elle peut être produite par une inflammation du foie, par un kyste, un abcès, une dégénérescence squirrheuse, ou bien encore par une simple hypertrophie consécutive à une cyrrhose, ce qui est très rare. La rapidité de la marche de la maladie aurait pu nous porter à croire à l'existence d'une phlegmasie du tissu hépatique; mais une inflammation aiguë du foie donnerait lieu à un mouvement fébrile plus ou moins intense. Or, chez notre malade, le pouls n'a pas été ébranlé ; l'hépatite est ordinairement accompagnée d'une altération de la sécrétion biliaire, d'un ictère ; nous avons vu que ce symptôme manque. Enfin, il est très rare, sous le climat de Paris, de voir survenir des hépatites spontanées; elles sont presque toujours accidentelles ou traumatiques. Nous avons encore vu que le malade n'a eu ni coup, ni chute sur le côté. De sorte que l'absence des symptômes caractéristiques d'une part, d'autre part l'absence des circonstances et des causes sous l'influence desquelles elle se éveloppe ordinairement, portent tout d'abord à éloigner l'iée de cette affection, tandis que rien au contraire n'autorise à l'admettre. Les mêmes motifs nous font rejeter aussi l'idée d'un abcès, car, quoique à la rigueur il puisse se former une collection purulente dans le foie, sans qu'elle ait été précédée d'une inflammation bien caractérisée, le plus ordinairement cependant les choses se passent ainsi, et la formation d'un abcès n'est que la dernière période d'une phlegmasie du foie. D'ailleurs, quelle que soit l'origine de cette suppuration, elle s'accompagne toujours d'un mouvement de fièvre ; or, la fièvre manque complétement ici.

Serait-ce une cyrrhose? Ce ne serait point impossible; car bien qu'en général l'hypertrophie ne se lie pas avec cette sorte d'altération du foie, il n'est cependant pas sans exemple qu'on trouve la cyrrhose et l'hypertrophie du foie réunies chez un même sujet. Nous avons eu occasion d'observer deux cas de ce genre dans le service; et comme la coïncidence de ces deux altérations est un fait rare, les pièces ont été déposées au Musée Dupuytren. L'existence d'une hypertrophie n'exclurait donc pas absolument la possibilité d'une cyrrhose; mais la cyrrhose est accompagnée ordinairement, sinon d'un véritable ictère, au moins d'une teinte jaune terne de la peau assez caractéristique, qui manque tout à fait chez notre malade.

Serait-ce enfin une tumeur squirrheuse multi-loculaire? Cette dernière supposition nous paraît plus probable que les autres. Sans doute il n'est pas ordinaire de voir des dégénérescences squirrheuses du foie se développer d'une manière aussi rapide; elles ont communément une marche beaucoup plus lente et plus sourde, mais on les a vu pourtant quelquefois se développer avec une très grande rapidité, et arriver en peu de temps à leur dernière période sans aucun précédent appréciable, et chez des individus qui offraient toutes les apparences de la plus belle santé. Ce qui nous fait incliner surtout vers cette opinion, c'est qu'il est assez ordinaire de ne rencontrer dans ce cas ni ictère, ni changement notable dans les urines et dans les matières alvines, de ne trouver aucun trouble marqué dans les fonctions digestives, si ce n'est tout à fait à la dernière période. Cette circonstance tient à ce que, dans l'intervalle de ces tumeurs énucléables du foie, le tissu hépatique reste sain, la sécrétion biliaire se fait parfaitement bien, et tout, par conséquent, se passe comme à l'état normal. Quand on examine avec soin les rapports de ces tumeurs avec les conduits hépatiques, on trouve ceux-ci comprimés par les tumeurs d'une manière toute mécanique, et si alors la sécrétion biliaire vient à se troubler, et consécutivement les fonctions digestives, il faut l'attribuer uniquement à la compression mécanique des conduits excréteurs de la bile, et non à une altération véritable de cette sécrétion, comme le démontrent, du reste, d'une manière évidente les autopsies. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'ictère accidentel qui survient pendant le cours d'une maladie squirrheuse du foie.

Ainsi l'absence de l'ictère, qui est à l'égard des autres altérations du foie un signe négatif, devient presque un signe positif par rapport à l'altération organique que nous supposons, l'ictère n'étant qu'exceptionnel, et en quelque sorte tout acci-

FEUILLETON.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

De l'avortement provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin.

Le travail de M. Paul Dubois sur ce sujet, et dont un premier fragment seulement vient de paraître, nous semble devoir être analysé avec étendue. C'est une question presque neuve en France, et son examen sérieux ne convenait à nul autre mieux qu'à M. Dubois, si honorablement connu par sa prudence, par sa réserve et par le soin extrême qu'il a toujours montré pour concilier l'indépendance et les prérogatives de l'art, soit avec le respect dû aux lois, soit avec les intérêts de l'humanité. Cette question soulève en effet des considérations très élevées, et M. Dubois témoigne d'abord de tout ce qu'elle présente de grave et de délicat. Si, avec grand-peine l'accouchement prématuré artificiel, qui ne s'applique, en général, qu'à des retrécissements modérés de la cavité pelvienne, et dont le but est la conservation de la mère et de l'enfant, a pu entrer dans le domaine de l'art, les préventions doivent être plus énergiques contre l'avortement provoqué, dont le résultat à peu près inévitable est le sacrifice du produit fécondé, à l'état d'embryon ou de fœtus, mais avec l'espoir de sauver la mère. Cependant, le conseil de provoquer l'avortement pour prévenir les dangers de l'accouchement à terme, est fort ancien. Aëlius rapporte sur ce sujet les prescriptions d'Aspasie, la sage-femme qui a traité ce sujet avec des développements et un luxe de conseils tout à fait ignoré des modernes, et qui, vu la rareté des cas où l'avortement légal et médical devait être mis en usage, témoigne d'une dissolution de mœurs dont les sages-femmes de ce temps devaient être trop souvent les confidentes et les conseillères.

Après Aëlius, ce n'est plus que dans le siècle dernier que l'avortement provoqué se retrouve mis en question par W. Cooper, qui, en terminant la relation d'une opération césarienne mortelle pour la mère, la soumit en ces termes au docteur Hunter :

« Dans les cas où il est positivement reconnu qu'un enfant à terme ne pourra pas naître vivant par les voies naturelles, la raison et la conscience n'autoriseraient-elles pas, afin de sauver la mère, des tentatives propres à provoquer l'avortement, aussitôt qu'elles pourraient être convenablement employées ? »

La question, examinée en Angleterre et en Allemagne, a laissé les esprits en suspens entre les défenseurs de l'avortement provoqué et ceux qui le rejettent, et dans les deux camps se rencontrent des hommes du plus haut mérite. En France, c'est seulement l'accouchement prématurés artificiel qui a excité l'attention et la polémique. Il est naturel de penser que les arguments avec lesquels on l'a combattu, seraient à plus forte raison employés contre l'avortement provoqué. Or, ces arguments sont à peu près tous tirés jusqu'ici d'un ordre d'idées morales et de sentiment, dont M. Dubois est tout disposé à tenir compte, mais qui paraissent peu propres à élucider une question scientifique. En effet, ils se réduisent à ceci : Parmi les femmes qui avortent, il en est peu qui se sauvent ou qui ne courent de grands dangers; la ressource de l'opération césarienne qui sauve une femme sur trois, est bien préférable à celle de l'avortement provoqué ; à aucun titre le médecin ne saurait avoir sur le fœtus un droit absolu de vie et de mort; faire périr un fœtus dans le sein de sa mère, ou l'en chasser par un moyen quelconque avant l'époque où la nature lui permet de vivre de sa propre vie, est un crime que les lois poursuivent.

M. Dubois espère démontrer par la suite de son travail, que les deux premiers arguments pèchent par une application mal fondée et par exagération. Le dernier, relatif à ce qu'il y aurait d'illicite et de criminel dans l'avortement provoqué, a été réfuté victorieusement, il nous semble, par les motifs suivants.

Il faut soigneusement distinguer l'avortement criminel, qui a lieu dans les vues coupables et dans l'ombre, de l'avortement provoqué qui se fait au grand jour et dans le but de sauver la mère ; le législateur qui a prévu et puni la provocation de l'avortement crimiuel, n'a probablement pas pressenti qu'elle pût jamais être employée pour un but salutaire et devenir une des ressources de la médecinc. Mais lors même qu'il en aurait eu la pensée, il n'aurait pas fait une exception que la raison proclame, et qui devait résulter d'une interprétation logique de la loi. Les blessures, les mutilations que la chirurgie pratique tous les jours, la castration que la loi punit des travaux forcés à perpétuité et même de la mort, ont-elles jamais été et peuvent-elles jamais être incriminés ? Les interdictions de la loi ne sauraient pas davantage s'appliquer à la provocation de l'avortement dans l'exercice régulier de notre art; cet interprétation est depuis long-temps adoptée en Angleterre, où les lois punissent plus sévèrement que chez nous l'avortement criminel.

Dégagé de ces questions préliminaires, M. Dubois se propose de rechercher maintenant par des raisons exclusivement scientifiques, si l'avortement dans les cas de rétrécissement extrême du bassin peut être admis au nombre des ressources de l'art obstétrical, et s'il est convenable de le substituer, dans certaines circonstances, à l'opération césarienne.

Nous le suivrons dans cet intéressant travail, que nous analyserons à mesure de sa publication. (*Gazette médicale.*)

Cas remarquable de grossesse placentaire.

M. le docteur Pierrard, de Charleroi, fut appelé, le 14 novembre dernier, à neuf heures du soir, pour donner ses conseils à une accoucheuse occupée auprès de l'épouse D..., et qui lui fit le récit suivant : Appelée à cinq heures du soir auprès de cette femme primipare, chez qui les eaux s'étaient rompues, elle avait pratiqué le toucher, et trouvant le col de la matrice peu dilaté, elle s'était retirée pour revenir le lendemain matin, parce qu'il y avait absence de douleurs. Deux heures après, on était venu la redemander, en disant que cette femme venait d'expulser un corps volumineux. Revenue aussitôt, elle avait examiné ce corps et reconnu un placenta de première dimension, avec son cordon ombilical bien développé et une poche amniotique bien ample. Cette expulsion avait été précédée et suivie de pertes sanguines.

Après avoir touché la femme, M. Pierrard, à la grande surprise de l'accoucheuse, annonça qu'il n'y avait pas d'enfant dans l'utérus.

Le placenta était de la plus grande dimension, consistant, lisse, poli, légèrement concave à sa surface interne ou fœtale; poche amniotique ample, présentant une déchirure ; cordon ombilical de volume et de longueur ordinaires, et présentant à son extrémité fœtale une cicatrice rougeâtre qui l'oblitérait complétement. La face externe ou utérine, au lieu de présenter cette structure inégale, anfractueuse et profondément sillonnée qu'elle présente ordinairement, paraissait lisse, unie et comme recouverte d'une membrane fort mince.

Au bout de quelques jours, la femme était parfaitement rétablie.

Voici les circonstances anamnestiques de cette grossesse placentaire. La fécondation date du commencement du mois de juin ; durée de la grossesse, 186 jours. Enceinte de deux mois, madame D..., en traversant seule, mais à quelque distance de son mari, un bois, eut un accès de frayeur à la vue de plusieurs hommes. Cette émotion violente fut suivie de syncope et, bientôt après, de douleurs hypogastriques parfois très violentes. La gestation marcha accompagnée de symptômes pénibles : douleurs sacro-lombaires, dyspnée, troubles des fonctions du tube digestif, abattement moral, manque total du mouvement fœtal ; à six mois, le volume de l'abdomen était plus développé qu'il ne l'est d'ordinaire à cette époque de la grossesse. Trois semaines avant la délivrance, survinrent de petites métrorrhagies qui, tantôt faibles, tantôt fortes, persistèrent jusqu'à l'accouchement. Après une heure de douleurs expulsives peu intenses, il s'écoula une grande quantité d'eau amniotique très fétide, blanchâtre, granuleuse ; cette évacuation fut suivie d'une nouvelle hémorrhagie utérine abondante et de l'expulsion du placenta.

Il est à regretter que cette observation, dont nous avons reproduit textuellement les traits principaux, n'ait pas été rédigée avec plus de soin et qu'elle présente quelque obscurité. Telle qu'elle est cependant elle offre de l'intérêt, et quoique la science en présente quelques-unes semblables, elle a donné lieu à des réflexions qu'il est utile de faire connaître. D'abord l'absence des débris du fœtus prouve que celui-ci peut se putréfier et se dissoudre dans le fluide amniotique de manière à ne laisser aucun vestige de sa présence lors de l'expulsion

dentel dans ce dernier cas. Enfin en explorant avec soin la partie la plus superficielle du foie, à la région épigastrique, on y reconnaît des inégalités, des saillies alternant avec des dépressions; c'est là un signe diagnostique presque certain de l'existence du squirrhe, lorsque toutefois ce caractère peut être apprécié nettement, ce qui est en particulier rendu un peu difficile dans ce cas par la présence du liquide intra-péritonéal. Une autre circonstance s'oppose à ce que ce caractère soit bien distinctement reconnu, c'est la sensibilité excessive du foie et la difficulté de l'explorer long-temps sans faire sentir de vives douleurs au malade. Cette sensibilité paraît tenir à l'altération spéciale dont le foie est le siége; peut-être tient-elle à un certain degré de péritonite.

Comme caractères à joindre à tous ceux que nous avons déjà énumérés, on remarque sur les côtés du ventre une dilatation des veines superficielles devenues un peu variqueuses, ainsi qu'il arrive d'ailleurs toutes les fois que l'abdomen est distendu d'une manière anormale. Le foie est aussi refoulé en haut vers la poitrine, ce qui explique la diminution du bruit respiratoire à droite, tandis qu'à gauche on l'entend très bien. Cette circonstance, jointe à la matité de toute la moitié inférieure droite de la poitrine, est un nouveau signe indiquant l'étendue qu'a pris le volume du foie.

Il était à peine utile de dire que le pronostic de cette affection était extrêmement grave. L'oppression allait croissant et tendait à aggraver de plus en plus la position du malade. Que faire dans cette circonstance? Quel traitement employer? Quoi qu'on fît, il était plus que douteux qu'on obtînt aucun résultat satisfaisant. Aussi se borna-t-on à administrer les opiacés dans l'unique but d'apporter quelque soulagement aux souffrances du malade; mais ce moyen palliatif resta même sans effet. Sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital l'oppression allant toujours croissant, il succomba.

L'autopsie a offert un état du foie qui constitue une pièce pathologique très remarquable. Cet organe avait triplé de volume, son tissu était dur et parsemé à sa surface de petites tumeurs énucléables, grosses comme de petites noisettes, réunies et confluentes dans certaines parties, au point d'envahir tout le tissu hépatique; discrètes dans d'autres, de manière à présenter dans leurs intervalles des portions de tissu sain d'un rouge brun violacé. En incisant l'organe dans toute son étendue, le tissu se présentait sous l'aspect d'une couche d'un gris jaunâtre marbré, au milieu duquel on ne distinguait presque plus le tissu normal. Ainsi toute la substance du foie était envahie et remplacée par ces masses de tissu dégénéré.

Il est remarquable et difficile à expliquer qu'avec une pareille altération il ne se soit point manifesté d'ictère, et que la sécrétion biliaire ait continué à se faire d'une manière presque régulière.

La cavité abdominale contenait une certaine quantité de sérosité; point de traces d'inflammation manifeste dans aucun des viscères abdominaux; rien non plus du côté des autres appareils.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

(M. Denonvilliers, suppl.)

Sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Il existe actuellement dans le service de M. Denonvilliers plusieurs cas de fracture de radius sur lesquels il a spécialement fixé l'attention de son auditoire dans une de ses dernières leçons.

Je commencerai, dit-il, par vous entretenir du malade couché au n° 55 de la salle des hommes, qui est le plus gravement affecté à cause de plusieurs autres accidents qui compliquent sa fracture. C'est un jeune homme de dix-huit ans, maçon. Il y a deux jours, pendant qu'il était sur une échelle dont un des autres ouvriers occupait un des échelons supérieurs, il lâcha un instant la main par laquelle il se retenait pour éviter que son camarade ne mît le pied dessus, perdit l'équilibre et tomba lourdement sur un tas de décombres, portant sur tout le côté droit de son corps, et principalement sur la jambe, la cuisse et le côté droit de la poitrine. Il reçut plusieurs blessures graves, notamment à la partie supérieure et externe de la jambe et au côté externe de la cuisse. On remarque dans ces diverses parties des traces de contusions considérables avec de fortes ecchymoses à la peau. A la cuisse, il y a une infiltration sanguine avec induration des tissus; à la jambe, un véritable épanchement sanguin qui se reconnaît facilement par la sensation d'élasticité que l'on éprouve en comprimant la peau, ainsi que par la crépitation qui résulte de l'écrasement des caillots sanguins qui y sont ramassés. Ce sont là des caractères qui ne trompent pas, pour peu qu'on ait l'habitude d'observer ces choses-là.

L'interne qui a reçu le malade a cru reconnaître une fracture du péroné à sa partie supérieure. Nous avons constaté aujourd'hui l'existence de cette fracture de manière à ne laisser aucun doute. La crépitation se fait entendre avec une très grande netteté lorsqu'on fait mouvoir les deux fragments en sens opposé. Il y a en outre chez ce malade une fracture des huitième et neuvième côtes. A son entrée dans nos salles il se plaignait beaucoup de douleurs à la poitrine, la respiration était un peu gênée, et il y avait un peu de matité avec du râle muqueux dans le poumon droit, mais pas assez pour faire admettre une véritable phlegmasie des organes respiratoires; il peut y avoir un peu d'engouement et même un épanchement dans la plèvre. Enfin, au membre supérieur droit existe une lésion dont nous allons nous occuper d'une manière plus particulière : c'est une fracture du radius.

L'avant-bras est dans la pronation; la direction est normale jusque près de l'articulation radio-carpienne. A quelques centimètres de cette articulation la ligne que décrit l'avant-bras dans son état physiologique se dévie, se courbe en dedans en formant un angle obtus avec l'axe du membre. La main est inclinée sur le radius et portée un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; tout le membre enfin représente en quelque sorte un X. On dit généralement que dans cette espèce de fracture la main est toujours portée en dehors; c'est là une assertion inexacte. Le talon de la main, suivant le mouvement que subit le fragment supérieur, peut être porté en dehors, mais point la main elle-même. Nous avions déjà signalé cette inexactitude dans un concours, au grand étonnement de certains juges, lorsque M. Voillemier a insisté sur ce point dans un travail spécial sur la matière, ce dont nous nous félicitons. Tels sont les changements survenus dans la forme de l'avant-bras chez notre malade. Il en est d'autres qu'il me reste à signaler, et qui constituent des signes précieux pour le diagnostic de cette affection.

Dans l'état normal du bras, le cubitus fait en arrière une saillie plus ou moins considérable, selon le degré d'embonpoint du sujet; il existe en outre une légère dépression au-dessous et en dedans de l'extrémité du cubitus. Chez notre malade, la saillie postérieure du cubitus manque entièrement, et la dépression latérale, au contraire, est bien plus prononcée. Les apophyses styloïdes des deux os à l'état sain sont dans des rapports tels que celle du radius descend beaucoup plus bas que la cubitale de 4 à 5 millim. Ces deux apophyses se trouvent à peu près placées au même niveau chez ce malade, si même celle du radius n'est pas placée un peu plus haut que l'autre. Le bras, à la partie inférieure, près de l'articulation, est plus large que celui du côté sain : la différence est très sensible à l'œil même. Si l'on examine l'avant-bras d'avant en arrière, on trouve que le bras sain est ordinairement aplati, surtout chez les sujets maigres. Ici le bras malade a une épaisseur double de celle du bras sain. En outre, il offre ici un changement de direction; il décrit une courbe à convexité antérieure et une concavité postérieure, au lieu d'une ligne à peu près droite qu'il décrit habituellement. Les mouvements des doigts peuvent être exécutés sans douleur. Le malade renverse aussi assez facilement la main en arrière; mais les mouvements de rotation, outre qu'ils sont gênés et irréguliers, sont accompagnés d'une douleur vive. La courbe que nous avons mentionnée peut être beaucoup exagérée en renversant la main en arrière, ce qui a pour effet de faire basculer de plus en plus le fragment inférieur du radius en avant.

Quant à la crépitation des fragments, on ne l'obtient pas par la manœuvre ordinaire, c'est-à-dire, en portant avec les mains les fragments en sens inverse, l'un en avant et l'autre en arrière, mais on la sent si l'on fait mouvoir ces fragments dans un autre sens, l'un vers le cubitus et l'autre vers le radius, c'est-à-dire, si on les meut dans le sens latéral.

Ces signes sont trop clairs pour qu'on puisse se méprendre long-temps sur la nature de ces lésions. Il manque cependant un signe observé par M. Velpeau, c'est le soulèvement des tendons des muscles radiaux. Au reste, ce signe manque souvent, lorsque les parties sont tuméfiées, par exemple, comme il arrive très fréquemment.

Il s'agit donc d'une fracture du radius à la partie inférieure, à 5 ou 6 centimètres de son extrémité carpienne. Plusieurs maladies pourraient être confondues avec celles-ci, et il importe beaucoup de les en distinguer pour le traitement.

On l'a souvent confondue avec les luxations complètes ou incomplètes du poignet. Cette confusion était assez commune de la part des anciens et même du temps de J.-L. Petit. Dupuytren niait absolument la possibilité de ces luxations complètes. L'opinion de ce grand praticien aussi absolument formulée, fit réfléchir beaucoup les chirurgiens. On reconnut en effet que cette luxation était excessivement rare; pourtant il y en a eu quelques cas incontestables qui sont enregistrés dans les annales de la science. Toujours est-il qu'aujourd'hui on ne s'arrête plus à examiner s'il y a une luxation du poignet, toutes les fois qu'à la suite d'une chute ou d'un coup violent sur cette partie, il sera survenu quelque changement dans les dispositions normales des parties, mais il faut croire plutôt à une fracture du radius qui est un accident fort commun, tandis que la luxation, au contraire, est excessivement rare. Au reste, voici comment on peut distinguer ces deux lésions l'une de l'autre.

Dans la luxation, les mouvements de la main sont très difficiles, la difformité existe au niveau même de l'articulation du poignet et non au-dessus. Les deux apophyses styloïdes des os de l'avant-bras conservent les mêmes rapports que dans l'état sain. Dans la fracture, au contraire, les choses se passent différemment. Il est inutile d'y revenir. Il est si vrai que les anciens confondaient les luxations du poignet avec les fractures de la partie inférieure du radius, qu'ils traitaient ces premières très longuement, et se plaignaient que la guérison se faisait très long-temps attendre. Il suffit de lire sur ce sujet les ouvrages de J.-L. Petit et de Duverney, tout excellents chirurgiens qu'ils étaient, pour se convaincre de la vérité de ce que nous avançons. On pourrait aussi confondre cette lésion avec cette affection particulière qui consiste dans une crépitation siégeant dans la gaîne des tendons des muscles de l'avant-bras chez les hommes robustes et bien musclés, affection qui a été

---

des enveloppes ovariques. Ici le placenta n'avait subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa densité normale; il est resté adhérent à la matrice après la mort du fœtus, et, recevant alors tous les fluides utérins, il s'est hypertrophié. Si le fœtus eût été plus développé à l'époque de sa mort, il est probable que l'arrière-faix n'eût pas tardé à être expulsé, parce qu'il se fût trouvé alors surchargé de toute la quantité de fluides qui s'y rendent pour servir au développement de l'enfant. L'aspect lisse et poli que l'on a remarqué à la face utérine de ce corps spongieux, les petites hémorrhagies que la femme avait éprouvées avant son expulsion, ensuite la sortie subite du placenta, toutes ces circonstances donnent à penser qu'il s'est décollé insensiblement; car, d'ordinaire, dans l'accouchement à terme ou dans d'autres circonstances, où la sortie de l'arrière-faix a lieu plus ou moins vite, on remarque toujours la surface utérine de cet organe anfractueuse, sillonnée. D'ordinaire, le cordon ombilical manque dans la grossesse placentaire ou n'existe qu'à l'état rudimentaire. Ici il avait la longueur commune chez un enfant à terme.

Ce fait obstétrical fournit une nouvelle preuve des effets funestes des commotions morales de la mère sur le développement du fœtus. Chose singulière, l'émotion maternelle n'a pas agi, dans ce cas, sur le placenta, qui est resté sain; elle a porté très probablement sur l'extrémité fœtale du cordon ombilical. C'est par la rupture du cordon ombilical que le fœtus paraît être mort. L'oblitération de l'extrémité fœtale de cet organe donne quelque vraisemblance à cette hypothèse.

La grossesse placentaire doit, dans sa symptomatologie et dans sa marche, présenter des différences notables avec la grossesse normale. Si cette femme eût été examinée pendant cette fausse gestation, nul doute que l'exploration et l'auscultation eussent pu faire reconnaître l'absence du ballottement et du mouvement circulatoire du fruit. La forme de l'abdomen doit aussi offrir une différence notable dans la grossesse où il n'y a pas de fœtus.

Cette observation offre encore de l'intérêt sous le rapport médico-légal. L'influence des troubles moraux sur la pathogénie du fœtus doit jouer un grand rôle chez les filles-mères qui cachent leur état de grossesse, et nous sommes porté à croire que la grossesse placentaire est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et qu'elle a été la cause peut-être de la condamnation de mainte fille innocente d'infanticide. Lorsque des enveloppes ou organes ovariques trouvés deviennent le sujet d'une discussion juridique ou d'un soupçon d'infanticide, il est donc du devoir du médecin légiste d'examiner avec le plus grand soin les parties soumises à son investigation, et d'examiner s'il n'existe pas d'oblitération dans les appendices fœtales qui auraient pu occasionner la mort, et par suite la dissolution ou la résorption du fruit.

(*Annales de Gynécologie.*)

Influence sur le corps humain des ascensions sur les hautes montagnes.

Ce travail de M. Rey est intéressant, moins par les données nouvelles qu'il fournit à la science, que par une exposition fidèle de presque tous les faits observés qui se rattachent à cette question. Ici, comme en toutes choses, se présentent des faits négatifs. Ainsi MM. Agassin et Desor, et leurs dix compagnons, n'ont absolument rien éprouvé pendant leur ascension de la Jungfrau, et sont portés à taxer d'exagération ce qui a été dit par les autres voyageurs, des phénomènes qu'ils auraient ressentis soit en gravissant l'hymalaya, soit sur le sommet du Mont-Blanc. Mais les témoignages sont si nombreux et proviennent d'observateurs si recommandables, que le fait de MM. Agassin et Desor ne peut être considéré que comme un fait exceptionnel. En effet, les autorités abondent. Moorcroft, un peu au-dessous du Nite-Ghôt dans l'Himalaya, sentit sa respiration s'accélérer à 15,600 pieds, et il était contraint de s'arrêter de cinq en cinq pas. Vertiges et sensation de plénitude dans la tête. Plus haut, oppression, besoin de dormir, forte angoisse qui le forçait à soupirer fréquemment et profondément. Dans les mêmes lieux, mêmes phénomènes observés par le capitaine Webb. Le lieutenant Gérard, sur trois endroits différents de l'Hymalaya, à 15,600 pieds, à 17,500, et à 18,500, éprouva fatigue extrême, grande faiblesse, violente céphalalgie. Le capitaine Fraser; Bouguier et Lacondamine, au Pitchincha; MM. de Humbolt et Bonpland au Chimborazo; M. Boussingault, aux mêmes lieux, ont tous ressenti les mêmes phénomènes, l'envie de vomir, des vertiges, saignement des gencives et des lèvres, injection des conjonctives, fatigue extrême, difficulté de respirer, inspirations fréquentes, envie de dormir.

De Saussure, au Mont-Blanc, ne pouvait faire plus de quinze pas sans s'arrêter, et même sans s'esseoir pour reprendre haleine, et son pouls acquérait une grande accélération. Au repos, il n'éprouvait plus qu'une légère oppression dans la région du cœur; mais au moindre mouvement de sa personne, vu à la plus simple contention de son esprit, il fallait s'arrêter de nouveau, et haleter pendant quelques minutes encore, la face tournée au vent. D'après de Saussure, on éprouve encore une sorte d'anéantissement tout à fait comparable à celui que produit le mal de mer, et qui rend le voyageur indifférent à toute espèce de péril. Un autre phénomène qui a aussi été souvent observé, c'est le sentiment de la soif, souvent intolérable, et qui ne peut être étanchée que par la neige ou par de l'eau acidulée.

Ce n'est pas seulement sur le corps de l'homme que l'élévation extrême agit ainsi. En 1837, Michel Balmat, guide de M. Alkins, emmena son chien avec lui au sommet du Mont-Blanc. C'est le premier chien qui y soit parvenu. Il a beaucoup souffert pendant l'ascension. Chaque fois qu'on s'arrêtait, il s'arrêtait aussi; mais il tombait et s'endormait aussitôt. Quelquefois il voulait courir et s'écarter en tournaillant à la manière des chiens, et il tombait encore accablé de lassitude. Habituellement il regardait autour de lui avec un sentiment d'inquiétude très marqué; il cherchait les yeux de son maître comme pour lui dire qu'il n'était pas là dans son élément. A la différence des hommes, il ne perdit pas entièrement l'appétit; mais il vomit constamment, surtout à la hauteur du *grand plateau*.

D'après les recherches de Saussure, confirmées par celles de MM. Breschet et Becquerel, la température du corps ne varie en aucune façon sur le sommet du Mont-Blanc.

Les explications les plus diverses n'ont pas manqué pour se rendre compte de tous ces phénomènes. Il faut en revenir à la plus ancienne et aussi la plus plausible, qui est la raréfaction de l'air. Pour juger à quel point elle est portée à ces grandes hauteurs, et de l'influence qu'une telle raréfaction peut exercer sur l'économie animale, nous extrairons du travail de M. Rey le passage suivant qui est fort curieux :

« M. Fellowes, le premier voyageur qui soit retourné au Mont-Blanc après M. Sherwell, ayant vaincu tous les périls de l'entreprise, et étant enfin parvenu au sommet, voulut célébrer sa victoire par un chant triomphal. Il réunit ses gardes en cercle autour de lui et leur proposa d'entonner le chant national des Anglais pour leur roi, le fameux *God save the King*; mais ces braves gens n'en connaissant ni l'air, ni les paroles, il fallut se rabattre sur un chant du pays, et le *Ranz des vaches* fut celui qui se présenta le plus naturellement à l'idée. Mais dès que l'on voulut commencer, il se manifesta une difficulté à laquelle on n'avait pas songé d'abord, c'est que chacun des concertants, qui s'entendait à peine lui-même, n'entendait absolument ni son voisin, ni, à plus forte raison, les chanteurs plus éloignés de lui. Tous avaient bien la bouche ouverte, tous croyaient articuler des paroles accentuées; mais les sons expiraient dans l'air dès qu'ils étaient émis, et comme aucune des oreilles ne percevait aucune des modulations émanées de la voix des autres concertants, il y avait impossibilité absolue qu'il s'établit ni mesure, ni ensemble dans l'exécution d'un morceau de chant noté pour le mouvement *staccato*. C'était une cacaphonie dans toute la vérité de l'expression. Aussi n'y avait-il rien de plus ridicule que le spectacle d'hommes disposés en rond, debout face à face, la bouche toute grande ouverte et ne disant rien, chantant et ne s'accordant point, criant sans qu'on les entendît, et ayant l'air d'être là uniquement pour se faire l'un à l'autre des grimaces. »

Notons en terminant ce fait, rapporté par M. Rey, que d'une expédition composée de dix Anglais qui parvinrent au sommet du Mont-Blanc, trois sont devenus fous. (*Revue médicale.*)

bien décrite pour la première fois par Boyer. Dans cette affection, il y a une tuméfaction avec rougeur à la partie postérieure et externe de l'avant bras, s'étendant depuis l'extrémité du radius jusqu'à la partie moyenne environ du membre, suivant la direction des muscles courts extenseurs des doigts et long extenseur du pouce. En faisant faire des mouvements au pouce, on donne lieu à un petit bruit de crépitation semblable à celui que produit l'amidon lorsqu'on l'écrase sous le doigt. Cette crépitation change aussi de place, elle se fait sentir tantôt plus bas, tantôt plus haut; or la crépitation qui a lieu dans les fractures se fait constamment sentir à la même place et dans un point invariable.

Il ne sera pas difficile non plus de distinguer cette fracture d'avec la luxation du radius sur le cubitus. Les caractères distinctifs de cette dernière affection sont trop différents de ceux de la fracture pour qu'on puisse un seul instant les confondre.

On la distinguera enfin d'une simple entorse du poignet, dont nous avons actuellement un exemple dans les salles. Dans ce dernier cas, il y a une tuméfaction considérable du poignet, une douleur vive à la pression, etc.; mais point de crépitation, pas de difformité, enfin aucun des signes qui caractérisent la fracture du radius.

J'ai insisté un peu longuement sur les signes caractéristiques de cette affection; parce qu'il importe beaucoup de la diagnostiquer de bonne heure, afin de pouvoir la traiter immédiatement d'une manière convenable, et d'éviter ainsi les inconvénients graves qui peuvent résulter d'une méprise, tels que difformité, perte de mouvements, etc.

Le cas de fracture dont nous venons de parler, est un vrai modèle en ce genre, car il réunit tous les signes qui caractérisent en général cette fracture; il est d'autant plus remarquable sous ce rapport, qu'il est rare de rencontrer tous ces signes réunis chez un même sujet. Ainsi, au n° 1 de la salle Saint-Roch, nous avons une femme affectée d'une fracture du radius, chez laquelle la déviation en X n'existe pas, ainsi que la courbure de l'avant-bras à convexité antérieure, tandis que, au contraire, la dépression sous-cubitale est très marquée; l'apophyse styloïde du radius est portée en dehors et la main fortement inclinée en dedans. A la partie externe de l'avant-bras, on voit une saillie manifeste formée par l'extrémité du fragment inférieur, tandis qu'il n'y en a point en arrière comme dans le cas que nous venons de rapporter en détail. D'où vient cette différence? C'est que la fracture de la femme est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, tandis que celle du jeune homme est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. De là, la déformation dans le sens antéro-postérieur.

Au n° 3 de la salle Sainte-Marthe, est aussi un malade qui présente une fracture de la même espèce, avec le même genre de déplacement des fragments que chez la femme dont il vient d'être question, aussi n'entrerai-je pas dans d'autres détails à l'égard de ce troisième malade. Dans ces deux derniers cas nous avons obtenu la crépitation, mais dans le sens ordinaire, c'est-à-dire en faisant mouvoir les fragments d'avant en arrière ou d'arrière en avant comme on fait ordinairement, tandis que chez le jeune homme du n° 55, nous n'avons pu l'obtenir qu'en faisant mouvoir les fragments dans un sens tout différent de haut en bas ou de bas en haut. Il y a des malades chez lesquels on ne perçoit point de crépitation sensible, quoi qu'on ne puisse pas méconnaître la fracture à d'autres signes caractéristiques.

Outre les formes différentes de fractures du radius dont nous avons parlé, il en est une autre que l'on désigne sous le nom de fractures par enclavement, dans laquelle l'un des fragments est enfoncé dans l'autre de manière à ne pouvoir pas bouger. C'est ordinairement le fragment supérieur qui s'enfonce dans l'inférieur, qui est plus spongieux et plus apte par conséquent à recevoir l'autre dans ses mailles. Il y a bien dans ces cas un peu de déplacement, mais les fragments restent immobiles et cela se conçoit. M. Voillemier a décrit d'une manière toute particulière cette forme de fracture, dans son mémoire sur les fractures du radius.

Il est bien évident que dans cette forme de fracture on n'aura pas de crépitation à cause de l'immobilité des fragments.

Quel est le traitement qui convient à cette fracture? Dans le cas où les fragments sont mobiles, si le fragment inférieur fait saillie en arrière, comme dans la fracture oblique du haut en bas et d'arrière en avant, il faut commencer par tirer sur le fragment inférieur pour le faire descendre et le mettre en rapport avec le fragment supérieur. Il faut aussi presser sur ces fragments dans le sens antéro-postérieur, afin de remédier à leur déplacement dans ce sens. Si le déplacement des fragments a lieu dans le sens transversal, c'est-à-dire que l'un des fragments fasse saillie en dehors et l'autre en dedans, il faut tirer la main fortement en dehors pour faire basculer le fragment qui est en dedans, et le faire marcher vers l'autre qui tend à se porter dans un sens opposé.

Après avoir ainsi placé les parties dans un rapport exact, il faut procéder à l'application d'un bandage apte à les maintenir dans leur position respective. On applique à cet effet un appareil semblable à celui des autres espèces de fractures de l'avant-bras, et qui se compose, comme tout le monde le sait, de compresses longuettes graduées, placées à la face antérieure du membre, afin de tenir écartés les deux os de l'avant-bras, d'attelles qu'on place sur ces compresses, puis d'une bande roulée qui maintient toutes les pièces de l'appareil. Les compresses graduées doivent agir surtout là où les fragments font saillie, pour les refouler et les mettre mieux en rapport entre eux.

La position que l'on doit donner à l'avant-bras doit être celle qu'il affecte le plus habituellement dans le repos et dans laquelle les muscles sont le plus possible relâchés. C'est la position demi-fléchie de l'avant-bras sur le bras, position dans laquelle le radius regarde en haut et le cubitus en bas, parce que dans cette position les deux os restent parfaitement parallèles entre eux; ensuite la main doit être portée dans la rotation en dedans, afin que le fragment inférieur, ainsi qu'il arrive souvent, se porte dans le même sens. Pour remplir cette indication Dupuytren avait imaginé une attelle coudée qu'il appliquait en bas sur le coude et sur la courbure de laquelle il fixait la main à l'aide d'un bandage roulé. Cette attelle cubitale courbe avait l'inconvénient de comprimer les muscles de la partie interne de l'avant-bras et de les refouler vers la partie moyenne, ce que l'on cherche à éviter toujours dans le traitement de cette fracture. Pour remédier à cet inconvénient tout en remplissant l'indication voulue, M. Blandin a substitué à l'attelle de Dupuytren une attelle ordinaire qu'on place soit antérieurement, soit extérieurement, mais courbée dans le sens de sa longueur, et même maintenant ce professeur employant ordinairement le bandage dextriné, il laisse l'attelle en question en place, pendant tout le temps nécessaire pour le dessèchement du bandage, après quoi il l'enlève, le bandage desséché suffisant pour maintenir la main dans l'inclinaison en dedans. C'est, comme on le voit, arriver au même but par un moyen différent.

Ainsi donc, on devra employer l'attelle de M. Blandin toutes les fois que l'on aura à appliquer un appareil de ce genre. Quant à la bande roulée, il est des chirurgiens qui ont l'habitude de la mouiller avec un liquide résolutif ou avec de l'eau fraîche avant de l'appliquer. D'autres l'appliquent toujours sèche; M. Roux est de ce nombre, et c'est aussi notre usage. Nous avons été conduit à cette préférence par une série d'expériences faites dans ce but. Il est établi, en principe, qu'il ne faut pas trop serrer le membre dans l'appareil; mais aussi il faut avoir soin, en même temps, que les fragments soient bien maintenus en rapport. Les chirurgiens qui mouillent la bande disent que le bandage est ainsi mieux appliqué, sans qu'il soit besoin pour cela de le serrer; ceux qui ne la mouillent pas allèguent, de leur côté, comme on le pense bien, des raisons plus ou moins fondées. Il s'agissait donc de savoir de quel côté est la raison la meilleure.

Nous savions déjà que les bandes, comme toutes les substances de nature organique, sont des corps hygrométriques qui, imbibés de liquides, se gonflent et se raccourcissent; de là nous pouvions déjà induire que les bandes mouillées devaient en séchant, s'allonger, récupérer leur longueur première, et par conséquent le bandage devait se relâcher. Cette conclusion déduite *à priori*, fut, en effet, confirmée par les expériences directes faites en commun par nous et par M. Auguste Bérard. Nous avons vu, par ces expériences, que la bande mouillée se raccourcissait notablement, puis qu'elle s'allongeait de nouveau en séchant. Nous avons, à cause de cela, adopté le principe d'employer la bande sèche; nous faisons aussi des tours de bande simple autant qu'il est possible, car les expériences nous ont appris que la constriction d'un membre est, à égales conditions, en raison des tours de bande dont on la circonscrit. Avant de placer les attelles, nous avons la précaution de matelasser un peu la main en avant, en arrière, soit pour remplir les vides, surtout dans la paume de la main, soit pour prévenir les contusions et conséquemment les eschares que l'extrémité des attelles pourrait produire en comprimant la peau. Enfin, après avoir fixé toutes ces pièces d'appareil, avec une bande nous plaçons le membre sur des coussins, dans une position à demi-fléchie et moyenne entre la pronation et la supination.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Jules Guérin. J'étais absent dans la dernière séance, quand on a donné lecture d'une lettre de M. Malgaigne sur l'influence de l'air dans les plaies. D'après cet expérimentateur, il aurait insufflé de l'air dans le tissu cellulaire de lapins qui n'en auraient éprouvé aucun accident; il en conclut que j'ai exagéré les inconvénients de la présence de l'air sur les plaies. Je crois qu'il faut faire une distinction entre les expériences de M. Malgaigne et les conclusions qu'il en a tirées. L'insufflation de M. Malgaigne ne ressemble en rien aux circonstances dans lesquelles j'ai expérimenté moi-même, et dans lesquelles la présence de l'air est fâcheuse. Pour que ce dernier résultat ait lieu, il faut que la plaie soit en contact avec l'air extérieur; or, cela n'a pas lieu dans les expériences de M. Malgaigne: il pratique une incision sous-cutanée, il insuffle de l'air qui se trouve ainsi dans une cavité close et à l'abri du contact de l'air extérieur. Ces faits là ne détruisent donc en rien ce que j'ai avancé; savoir: que l'air extérieur mis en contact avec des plaies, celles-ci s'enflamment et suppurent. Je me propose, du reste, de présenter prochainement à l'Académie, une série de mémoires sur ce sujet.

M. Ollivier (d'Angers). Les faits pratiques des hôpitaux sont en opposition avec les opinions de M. Guérin. Tous les jours, dans les amputations, de larges plaies sont soumises au contact de l'air pendant les ligatures des vaisseaux, sans qu'il en résulte des accidents notables; l'emphysème du tissu cellulaire, d'ailleurs, ne prouve-t-il pas l'innocuité de l'air? Il y a douze ou treize ans, M. Guyot a présenté à l'Académie — il était bon peut-être de le rappeler — des faits et des expériences qui prouvent que l'air exerce une influence fâcheuse ou nulle, selon la température. C'est l'air froid qui enflamme les plaies, et M. Malgaigne, qui est l'éditeur d'Ambroise Paré, aurait dû dire que ce grand chirurgien avait déjà émis cette idée; aussi dans les cas de plaies ou d'opération sur la tête, faisait-il approcher un réchaud des malades. M. Guyot a prouvé aussi qu'en injectant de l'air froid dans la poitrine d'un animal on le tue, tandis que l'air chaud ne produit aucun accident.

M. J. Guérin. J'ai voulu éloigner la discussion sur cet important sujet, tandis que M. Ollivier veut l'engager. Elle est trop grave pour être ainsi traitée d'une manière incidente. Je ferai remarquer seulement que je n'attribue d'influence fâcheuse à l'air que lorsqu'il agit d'une manière permanente.

M. Bouvier. Je ferai une motion d'ordre. La discussion de cette question ne me paraît pas actuellement possible; mais pourquoi ne nommerait-on pas des commissaires pour la lettre de M. Malgaigne?

M. Dubois (d'Amiens). M. Malgaigne n'en a pas demandé, et il n'est pas d'usage que l'Académie nomme des commissaires à qui n'en demande pas.

M. Bouvier. Dans ce cas, je répondrai quelques mots pour M. Malgaigne; et je dirai, ce que sans doute il aurait dit lui-même, que jusqu'ici nous n'avions pas compris la question telle que vient de la poser M. Guérin. Cette distinction entre les plaies closes et soumises à l'air, et les plaies communiquant avec l'air extérieur, est nouvelle pour nous. Je me borne à cette simple remarque, en priant l'Académie de se souvenir qu'il ne s'agit plus aujourd'hui que des plaies communiquant avec l'air d'une manière permanente.

— *M. Roche*, au nom de la commission nommée dans une des dernières séances pour déterminer la section dans laquelle aura lieu la prochaine élection, fait un rapport à ce sujet, duquel il résulte que la commission a été unanime pour décider que cette élection aurait lieu dans la section de pathologie médicale.

Cette proposition est adoptée.

— *M. Desportes* lit un rapport sur un mémoire de M. Peysson, intitulé: Epidémie de colite aiguë et de dysenterie.

La lecture de ce rapport était fort avancée, lorsque M. Bailly fait observer que ce travail a été déjà imprimé.

M. le rapporteur quitte immédiatement la tribune.

— *M. Hervez de Chegoin* fait un rapport sur un mémoire de M. Gigoin, médecin à Angoulême, relatif aux polypes du rectum chez les enfants.

M. Gigoin admet trois variétés dans ces polypes, 1° polypes muqueux, 2° végétaux, 3° charnus. L'étiologie en est obscure. Comme diagnostic, l'issue, pendant la défécation, n'est pas constante, le toucher seul par le rectum peut donner des renseignements précis. En général, ces polypes sont petits et sans danger; mais quelquefois ils déterminent des accidents graves par les hémorrhagies, auxquels ils donnent lieu. M. Gigoin préfère la ligature à l'incision.

M. le rapporteur confirme, par ses observations propres, toutes les opinions de l'auteur, et conclut à ce que des remerciements soient adressés à M. Gigoin, à ce que son mémoire soit renvoyé au comité de publication, et à ce que son nom soit inscrit parmi ceux des candidats au titre de correspondant.

Après quelques observations de M. Roux, qui viennent à l'appui des opinions du rapporteur et de l'auteur du mémoire, les conclusions sont adoptées.

— *M. Reybard*, de Lyon, lit un mémoire sur une tumeur considérable affectant l'S du colon; ablation de la tumeur et de l'intestin; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe; guérison. (Commissaires, MM. Blandin, Bérard et Jobert (de Lamballe).

— *M. H. Larrey* lit un travail intitulé: Kyste pileux de l'ovaire compliqué d'une fistule urinaire abdominale et d'un calcul de la vessie. Opération complexe de taille hypogastrique.

Nous avons publié l'année dernière les principales circonstances de ce fait curieux.

(Commissaires, MM. Bégin, Gerdy, Velpeau.)

Porte suture pour les fistules vésico-vaginales. — *M. Ségalas*: On sait combien les fistules vésico-vaginales varient pour la grandeur, combien elles diffèrent pour le degré de leur curabilité. On sait qu'il y en a qui guérissent seules, par le travail de la nature; que d'autres exigent l'emploi local d'un caustique, du nitrate d'argent, par exemple; que d'autres nécessitent l'application successive et même répétée de plusieurs moyens chirurgicaux, notamment celle de la suture.

Une dame, affectée d'une fistule vésico-vaginale de ce dernier ordre, m'ayant été adressée de la province, j'ai dû étudier avec soin les divers modes de suture, et faire un choix parmi les instruments proposés à cet effet. Après une revue générale de tous ceux qui existent dans l'arsenal de M. Charrière, j'ai donné la préférence au porte-suture que voici: c'est celui que M. Archigènes, de Constantinople, est venu présenter, il y a quelques mois, et qui est, ainsi qu'il l'a dit lui-même, une modification du porte-suture de M. Depierris, de Toulon. Je me suis exercé à la manœuvre de cet instrument, et j'ai essayé de m'en servir chez ma malade, mais vainement. Obligé d'agir par l'intérieur d'un spéculum, il m'a été impossible d'atteindre le but. J'ai dû suspendre mes tentatives, et chercher à faire un instrument plus approprié au cas que j'avais à traiter.

Comme d'habitude, je me suis adressé à M. Charrière, et, comme d'habitude aussi, j'ai trouvé dans son zèle et son habileté secours prompt et efficace. Voici le porte-suture qu'il a construit sur mes indications. Cet instrument, qui est fort simple, a de l'analogie avec le brise-pierre; il se compose de trois parties: une branche femelle, destinée à pénétrer dans la vessie par la fistule, et à y placer une anse de fil sur le point où l'on veut établir la suture; une branche mâle qui, glissant sur la précédente, doit s'appliquer sur le point opposé de la paroi vésico-vaginale, du côté du vagin; et une aiguille qui, s'avançant dans l'intérieur de cette seconde branche, va traverser la lèvre de la fistule et saisir le fil dans la vessie, pour le conduire d'abord dans le vagin, et puis au dehors.

Cet instrument est d'une manœuvre facile. J'ai fait avec lui, sous les yeux d'un de nos collègues, trois points de suture sur ma malade. J'en attends le résultat.

En même temps que je m'occupais de cette modification du porte-suture de M. Archigènes, M. Blandin opérait un autre changement dans ce même instrument. Le porte-suture modifié par M. Blandin satisfait probablement aux conditions désirées par M. Blandin; mais, pour moi, il ne m'aurait pas empêché d'en chercher un autre. En effet, j'y trouve, comme dans celui de M. Archigène, des inconvénients que j'avais grand intérêt à éviter:

1° Le fil qui, sur mon instrument peut être fixé sur la tige femelle, de manière à laisser à la main gauche toute liberté pour la manœuvre du spéculum, nécessite dans le porte-suture de M. Blandin; comme dans celui de M. Archigène, l'emploi de la main pour le tenir en place.

2° Dans mon instrument, la tête de la tige mâle peut être ramenée en arrière de manière à dégager complètement le bec de la tige femelle et faciliter son introduction dans la fistule; il n'en est pas de même dans les deux autres porte-sutures où l'intervalle des deux tiges suffisent, sans doute, quand il s'agit du voile du palais, se trouve beaucoup trop petit pour manœuvrer dans le vagin, à travers un spéculum.

3° Quand l'anse de fil a été saisie dans la vessie et ramenée dans le vagin, il est facile, si l'on sert de mon instrument, de la tirer au-dehors, de la dégager de l'aiguille et de donner par là toute liberté à la tige femelle pour sa retraite de la vessie. Avec les deux autres porte-suture, au contraire, on peut se trouver fort embarrassé pour prendre l'anse de fil avec les doigts, et même pour sortir de la vessie et du vagin sans rompre le fil ou déchirer la partie traversée par lui.

4° Mon instrument est délié, et par cela même approprié à la manœuvre par le spéculum; les deux autres porte-suture, qui se meuvent à la manière des ciseaux, sont privés de cet avantage.

4° Mon porte-suture, contrairement aux autres, est très facile à démonter et à nétoyer, ce qui, pour les praticiens, sera toujours un avantage d'une grande importance.

— *M. Aug. Bérard* présente un utérus cloisonné, présentant deux cavités secondaires. Cet utérus présentait en outre un polype.

— *M. Bricheteau* présente une pièce pathologique très curieuse: c'est un *utérue* double, ou plutôt deux utérus accollés ensemble, et séparés par une forte cloison intermédiaire. Ces *utérus*, qui forment une espèce de fourche dont les deux cornes sont fortement écartées, succèdent à un seul vagin, mais ont chacun un col et chacun une ouverture, qui coudent dans une cavité.

La structure de cet organe ainsi complètement doublé, ne présente rien d'anormal; seulement l'ouverture de droite est plus considérable que celle de gauche. Il est présumable que cette femme, qui avait eu six enfants, dont deux d'une seule couche, en avait porté quatre d'un même côté: il n'y avait que deux ovaires. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, morte d'un étranglement intestinal qui avait simulé un choléra-morbus, n'avait rien présenté de particulier dans ses grosses-

ses ; elle n'était point réglée pendant leur cours, comme l'ont avancé quelques auteurs qui croyaient que la menstruation était une espèce de congestion hémorrhagique pour ainsi dire indépendante de la génération, tandis qu'elle n'est probablement qu'une condition de la reproduction de l'espèce. Des recherches attentives ont établi qu'il n'y avait dans les fastes de l'art, jusqu'à présent, qu'un fait exactement semblable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1843. — Présidence de M. Dumas.

Du taxis prolongé et gradué, c'est-à-dire de la réduction des hernies étranglées, par l'association simultanée des forces d'un chirurgien et de celles d'un ou de plusieurs aides. — *M. Amussat* lit un Mémoire sur ce sujet. Ce travail se termine par les conclusions suivantes : 1° le taxis ordinaire est insuffisant dans beaucoup de cas ; il faut une force plus soutenue et plus grande que celle d'un seul opérateur, parce que les forces du chirurgien s'épuisent promptement, et que la résistance à vaincre est trop grande.

2° Pour agir efficacement lorsque l'opérateur ne peut suffire, il faut s'associer les forces d'un ou plusieurs aides, comme pour les luxations, les fractures, etc., afin de prolonger et de graduer le taxis convenablement, et avoir quelques chances de succès.

3° Le procédé auquel je donne la préférence consiste, le siége du malade étant placé sur un plan résistant, à embrasser la tumeur avec les mains, à la circonscrire en l'allongeant au lieu de l'aplatir, et à comprimer sa base perpendiculairement à l'anneau, avec deux, quatre ou six mains en même temps.

4° Les résultats que j'ai déjà obtenus par ce procédé sont nombreux et très satisfaisants. Ils me paraissent devoir faire changer les principes établis ; c'est-à-dire qu'au lieu d'opérer promptement comme on conseille de le faire, on devra prolonger le taxis tel que je l'ai indiqué. En agissant ainsi, les résultats heureux seront, j'ose le dire, beaucoup plus fréquents.

5° Pour réduire méthodiquement une hernie étranglée, et pour être en mesure de pratiquer la chirurgie des hernies, il faut étudier l'anatomie chirurgicale, l'anatomie pathologique, suivre les cliniques, les pratiques particulières et méditer sur ce sujet important.

Recherches sur les cavités closes de l'économie animale.—*M. Velpeau* présente sur ce sujet quatre Mémoires, dont il lit le résumé suivant :

Le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie se compose de quatre mémoires : le premier comprend l'anatomie ; le second, la physiologie ; le troisième, la pathologie des cavités closes ; et enfin, le quatrième, le traitement des hydropisies dont ces cavités peuvent devenir le siége. Il se divise naturellement en deux parties, l'une purement scientifique et théorique, l'autre toute pratique et d'application.

Les hydropisies anciennes rebelles aux moyens internes, ne cèdent aux moyens chirurgicaux que par la disparition de la cavité qui en était atteinte, et c'est à l'aide d'une irritation, d'une inflammation adhésive qu'on obtient un pareil résultat.

L'inflammation purulente serait, dans beaucoup de cas, une maladie plus grave que l'hydropisie elle-même et non un moyen curatif.

D'un autre côté, l'oblitération de certaines cavités closes pourrait bien être suivie de quelques troubles fonctionnels, de telle sorte qu'en détruisant une maladie on en ferait naître une nouvelle. Une partie de mes recherches, de mes expériences et de mes observations ont eu pour but d'éclaircir préalablement ces difficultés.

Anatomie et physiologie. Les cavités closes forment dans l'économie animale un grand système que l'on considère depuis les travaux de Bichat, comme constitué par des *membranes sans ouvertures.* Elles comprennent toutes les membranes séreuses, les capsules synoviales, articulaires et tendineuses, les bourses sous-cutanées et les kystes celluleux. J'ai d'abord constaté qu'il n'existe réellement aucune membrane pour former les sacs sans ouverture, comme on l'entend généralement. Tout ce qu'on désigne sous ce nom se réduit à de simples surfaces établies au sein des organes, faisant partie des tissus ambiants. Ainsi, pour moi, il n'existe point de membrane séreuse, ni de capsule synoviale, ni de bourse muqueuse dans toute l'acception du mot, mais seulement des surfaces lisses, ici de quelques viscères, là des cartilages articulaires, des tendons, des ligaments, de certains espaces sous-cutanés, etc.

D'accord avec l'opinion commune, dans un autre sens, mes recherches démontrent que ces cavités ont pour fonction principale de favoriser le mouvement de toutes les parties mobiles du corps. J'ai vu, de plus, qu'elles avaient pour usage d'isoler les uns des autres les tissus dont elles font partie, et d'empêcher ainsi la confusion, la gêne dans les fonctions.

Après avoir indiqué les diverses expériences qu'il a faites sur la production des cavités closes, M. Velpeau ajoute : La conclusion générale à tirer de ces faits, c'est qu'une cavité close oblitérée pourra se reproduire, si son existence est indispensable au libre exercice d'une fonction. Comme pour guérir certaines hydropisies, on est obligé d'effacer la cavité dans laquelle s'était établi l'épanchement, et comme, d'un autre côté, l'absence de celle-ci doit anéantir ou troubler profondément les fonctions de certains organes, on prévoit déjà l'importance d'un pareil résultat.

Pathologie et traitement. Après avoir rappelé ses travaux sur les injections d'iode dans l'hydrocèle, M. Velpeau expose le résultat des expériences qu'il a tentées de ces mêmes injections sur divers tissus.

J'en ai injecté sous la peau et entre les muscles de plusieurs animaux, de chiens, de lapins et il n'est survenu chez aucun d'eux ni inflammation séreuse ni gangrène. Au bout de quatre à cinq jours, il n'existait plus la plus légère trace de douleur dans la région infiltrée. Je ne crains donc pas d'avancer que la teinture d'iode étendue d'eau dans des proportions convenables, n'expose point aux inflammations gangréneuses quand elle est infiltrée dans les tissus.

J'ai pratiqué des injections iodées dans la cavité péritonéale de douze chiens ; j'ai choisi le péritoine, la plus grande cavité de l'abdomen, convaincu que si les effets de l'injection n'y sont pas mortels, cette injection pourra être appliquée impunément partout ailleurs.

Il est résulté de mes expériences, 1° que, dans de fortes proportions, l'injection iodée du péritoine est rapidement mortelle, tandis que dans de faibles proportions aujourd'hui bien déterminées, elle n'occasionne que des accidents passagers.

2° Chez les animaux qui ont succombé, comme chez ceux que nous avons sacrifiés, l'inflammation n'a jamais pris le caractère purulent. Ces derniers ont commencé à prendre des boissons et des aliments à partir du troisième jour, et vers le dixième leur rétablissement était complet.

3° Les adhérences se sont le plus souvent montrées entre les intestins et les autres viscères, sans qu'il s'en soit établi entre ces derniers et les parois de l'abdomen. Glutineuses, gélatiniformes dans le principe, ces adhérences se sont trouvées réduites à de simples lamelles, de plus en plus souples, de plus en plus extensibles, à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'injection.

Ayant obtenu ainsi la certitude qu'avec la teinture d'iode introduite dans les cavités closes, on provoque une phlegmasie simplement adhésive et non purulente ; qu'infiltrée dans les tissus, cette injection ne produit pas la gangrène ; que les adhérences qu'elle détermine se détruisent par le fait seul des mouvements, et que les cavités closes peuvent renaître après avoir été détruites, j'ai pu, sans hésiter, appliquer la teinture d'iode au traitement d'un très grand nombre d'hydropisies.

Ainsi, M. Velpeau a successivement essayé les injections iodées dans l'hydrocèle simple, l'hydrocèle enkystée, l'hydrocèle congénitale, l'hydrocèle de la femme, celle des sacs herniaires, dans les cavités du dos du pied, du contour des malléoles, du devant de la rotule, des bords du jarret, du creux poplité, du devant de la tête du tibia et du corps même de la cuisse, l'hydroma, les nodus, les tumeurs hydatiformes du poignet, les hydropisies ganglionnaires et glanduleuses, les kystes volumineux du creux de l'aisselle, de la région sus-claviculaire, de la région parotidienne, de la région sous maxillaire, les tumeurs semblables dans la mamelle, le goître. M. Velpeau a de plus appliqué à certaines maladies des jointures, la même méthode qu'à l'hydrocèle ; l'hydarthrose ancienne, rebelle, inutilement traitée par les moyens connus, pouvant se terminer par une maladie grave et conduire à la nécessité de l'amputation du membre, lui ont paru justifier les opérations dont il veut parler.

M. Velpeau termine ainsi : Peut-on espérer maintenant que certaines variétés de spina-bifida, d'hydropéricarde, d'hydrothorax et d'ascite, trouveront à leur tour un remède efficace dans ce genre de médication ? Il serait téméraire, sans doute, de répondre à cette question avant d'avoir invoqué l'expérience et l'observation directe ; mais les faits que je possède et l'analogie suffisent, je crois, pour justifier de nouveaux essais dans ce sens. (Commissaires, MM. Roux, Andral, Rayer.

La lune exerce-t-elle sur la menstruation une influence appréciable ? — *M. Parchappe* envoie sur ce sujet un mémoire qui se termine ainsi : Rien de vraiment concluant ne peut donc sortir des faits que j'ai recueillis relativement à la réalité de l'influence de la lune sur la menstruation. Et jusqu'à ce que des observations ou plus nombreuses ou plus rigoureuses aient infirmé les miennes, il me semble qu'il sera scientifiquement établi que l'opinion qui rattache d'une manière plus ou moins éloignée le retour périodique de la menstruation à la révolution de notre satellite, n'est pas confirmée par l'expérience.

Asphyxie par immersion. — *M. Le Roy d'Etiolles* adresse une lettre sur ce sujet : Au bout de combien de temps la mort est-elle complète chez les noyés ? Voilà une question à laquelle on ne peut répondre, car il y a des exemples de personnes rappelées à la vie après une heure de submersion, et un bien plus grand nombre qui, après cinq minutes seulement seront complètement mortes. Une telle différence ne peut provenir que de l'arrêt de la circulation au moment de la submersion ou peu d'instants après : être pris de syncope en ce moment est donc une condition favorable. D'après les expériences de M. Le Roy d'Etiolles, il lui paraît évident, contrairement à l'opinion de Bichat, que ce n'est pas seulement le cerveau qui ressent directement l'influence délétère du sang veineux, et que d'autres organes en sont stupéfiés, le cœur, par exemple, dont on voit rapidement les contractions s'affaiblir.

M. Le Roy d'Etiolles a essayé la transfusion du sang qui n'a pas paru ralentir la mort d'une manière sensible.

— *M. Guillon* écrit pour annoncer que son malade affecté d'hypospadias, et auquel il a pratiqué une ponction de l'urètre, est complétement guéri. Il demande à présenter un nouveau malade atteint d'une déviation de l'urètre s'ouvrant sur le côté droit du gland, et guéri par une opération nouvelle.

Liqueur mercurielle normale ; par M. le docteur Mialhe.

Les praticiens savent presque tous aujourd'hui qu'il résulte des recherches de M. le docteur Mialhe :

1° Que toutes les préparations mercurielles employées en médecine produisent, durant leur ingestion dans l'économie animale, une certaine quantité de sublimé corrosif en qui résident leurs propriétés thérapeutiques et toxiques ;

2° Que cette action chimique remarquable est due à la présence des chlorures alcalins que nos humeurs renferment ;

3° Que la proportion du bichlorure de mercure formé est en rapport avec la quantité de chlorures alcalins existant dans nos organes d'une part, et de plus en rapport encore avec la nature chimique du composé mercuriel ingéré ; car l'expérience a démontré que les deuto-sels sont transformés immédiatement en sublimé corrosif, tandis que les proto-sels commencent par passer à l'état de proto-chlorure, et que ce n'est que par une réaction secondaire qu'une certaine quantité de deuto-chlorure est produite ;

4° Enfin, que le sublimé corrosif contracte, avec les chlorures alcalins et les éléments albumineux du sang, une combinaison chimique remarquable, susceptible de parcourir tout le cercle circulatoire sans éprouver aucune altération appréciable.

Or, M. Mialhe, regardant comme incontestable que toutes les préparations mercurielles empruntent leurs propriétés à composé triple, il a eu, il y a quelque temps, l'idée d'en proposer l'emploi médical, et il annonce que l'observation clinique a déjà confirmé la valeur de ses théories. Voici la composition et le mode de préparation du nouveau médicament, auquel il a donné le nom de *liqueur mercurielle normale.*

Pr. Eau distillée,	500 grammes.
Chlorure de sodium,	1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque,	1 id.
Blanc d'œuf,	N° j.
Bi-chlorure de mercure,	30 centigrammes.

On bat le blanc d'œuf dans l'eau distillée, on filtre, puis on fait dissoudre les trois composés salins dans l'eau albumineuse et l'on filtre de nouveau.

La liqueur mercurielle normale contient deux centigrammes de sublimé par chaque trente grammes, ou, en d'autres termes, un centigramme par cuillerée à bouche de grandeur ordinaire.

Cette liqueur mercurielle normale, étant tout aussi efficace que la liqueur de Wan Swieten, et étant bien plus aisément supportée par les malades, paraît appelée à remplacer bientôt cette préparation hydrargyrique justement célèbre. (*Journ. des conn. méd. prat.*)

NOUVELLES.

Le bruit qui avait couru sur la mise à la retraite de M. le professeur Pelletan n'était pas fondé. Aucune demande de cette nature n'a été présentée au Conseil royal de l'instruction publique.

— M. le docteur Combette, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, médecin du Bureau central des hôpitaux, vient de mourir.

— M. Lamé a été nommé lundi membre de l'Académie des sciences, section de géométrie, en remplacement de M. Puissant.

— M. le professeur Duméril ne fera pas, cette année, son cours de pathologie interne ; il sera suppléé par un agrégé non encore désigné.

— C'est lundi prochain que la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences fera son rapport sur les candidats au fauteuil de Larrey. La nomination aura lieu probablement le lundi suivant.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 30, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 10 MARS 1843.

Lundi aura lieu la présentation pour la place de Larrey à l'Institut. A l'heure qu'il est, les visites, les sollicitations, les obsessions ont une activité impossible, non pas à décrire, mais à imaginer. Procédés directs ou indirects, manœuvres avouables et non avouables, tout est mis en avant, et souvent moins pour élever un candidat que pour en déprimer, en écraser un autre. Quelques-uns de ces procédés, quelques-unes de ces manœuvres n'ont été basées que sur un système affreux de dénigrement. Le candidat qui n'a pas eu la force de s'élever a eu souvent le triste courage d'abaisser les autres. Cette conduite, qui est blâmable chez des compétiteurs, des rivaux, même au moment où l'ambition peut aveugler, mériterait une sanglante qualification si elle pouvait être tenue par un académicien auquel sa position de juge commanderait une plus digne réserve. Il est des hommes qui semblent gémir sans cesse sur l'audace avec laquelle la jeunesse se heurte quelquefois contre les réputations les mieux établies; ils se plaignent de son irrévérence pour les plus grands noms; la presse est souvent accusée de vivacité, pour ne pas dire toute l'accusation. Cependant ce sont ceux qui accusent ainsi, c'est *le plus sévère* parmi eux, qui donne aujourd'hui l'exemple le plus fatal de ce manque de modération, et cela au moment où il va tenir la balance! Au moment où il ne devrait interroger que sa conscience, il prend conseil de sa haine! Hé bien, après sa justice viendra la nôtre.....

Comment s'étonnera-t-on alors que des hommes éminents aient fui les dangers, les déboires d'une candidature! Qui a éloigné MM. Bouillaud, Louis et Chomel? Qui a fait peur à MM. Cloquet et Blandin, et d'où vient qu'ils ont été remplacés par de si tristes médiocrités, sur une liste où se trouvent de si grands talents? Voyez ce qui se passe actuellement, rappelez-vous la mésaventure de M. Cruveilhier et vous aurez le mot de l'énigme.

On devrait un peu moins déconsidérer les hommes et juger leurs œuvres, leurs vrais antécédents scientifiques.

Il est venu un instant dans la pensée de l'Institut de récompenser, dans la personne d'un chirurgien, le mérite d'avoir fait le premier l'application d'une méthode opératoire. Cette idée est louable, mais celle qui aurait pour but l'élévation d'un chirurgien qui n'a pas seulement su appliquer une opération, mais qui a si bien su les appliquer toutes, les enseigner avec tant de précision et faire école, cette idée nous paraîtrait et plus louable et plus juste, et une pareille nomination serait approuvée par tous les bons chirurgiens.

L'Institut aurait voulu prouver qu'il y a ailleurs qu'à Paris de hauts mérites et des chirurgiens dignes de recueillir la succession de Larrey, ce qui est trop vrai pour qu'on en fasse la preuve. Mais il faut rendre cette justice à l'Institut; le chirurgien qu'elle aurait voulu attirer dans son sein n'y serait pas déplacé, tant s'en faut; cependant on ne dépossède une faculté que quand il y a nécessité absolue. L'Institut gagnerait certainement à l'acquisition d'un talent de province aussi distingué, mais la Faculté délaissée y perdrait davantage. Reste à savoir lequel doit être mieux traité, de l'Institut ou de la Faculté; nous pencherions pour l'Institut.

La lecture dont nous avons donné une analyse détaillée dans notre dernier numéro, a intéressé l'Institut et le public qui assiste à ses séances. On comprend qu'au point de vue académique, un travail dominé par une idée qui commence par être académique, qui s'élève à la physiologie et qui touche à toute la pathologie, même dans ses applications les plus pratiques, et cela sans cesser d'être grande; on comprend qu'un pareil travail est une épreuve brillante, et, quoi qu'il en résulte, ce travail restera, ce qui, par le temps qui court, est assez rare pour que dans tous les cas on remercie l'Institut de l'avoir provoquée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Hypertrophie et dilatation du cœur, avec bronchite et œdème consécutifs.

Au n° 27, salle Sainte-Anne, était couchée une femme âgée de cinquante-huit ans, femme de ménage. Cette femme est déjà entrée une première fois à la Charité au mois de novembre dernier, et en est ressortie au mois d'octobre. Elle est rentrée le 26 janvier pour la même affection. Elle avait de la toux, de l'oppression; il y avait de l'orthopnée, de la suffocation pendant le décubitus dorsal; le pouls était irrégulier, les veines jugulaires gonflées et comme variqueuses, mais on n'y observait point de pulsations. A l'examen du thorax, on trouvait la poitrine sonore dans toute son étendue, sauf la partie antérieure gauche; la matité dans cette région avait une étendue beaucoup plus grande qu'à l'état normal; les bruits du cœur étaient sourds, un peu irréguliers, ils faisaient entendre un léger bruit de souffle, sans autre bruit anormal. La malade éprouvait un peu de douleur à la région précordiale. Enfin l'auscultation de la poitrine faisait entendre du râle sous-crépitant. Appétit médiocre, langue un peu blanche, point de selles; léger œdème des membres inférieurs. M. Fouquier diagnostique une hypertrophie avec dilatation du cœur par insuffisance des valvules, et une bronchite. Cette dernière affection récente s'est jointe à la maladie principale qui date de plusieurs mois.

On prescrit une saignée de trois palettes.

Le 28, le sang de la saignée présentait un caillot assez dense, mais sans couenne. La malade a éprouvé un soulagement marqué. (Deuxième saignée, mauve et sirop de gomme, huile d'amande douce.)

Le 30, les battements du cœur sont moins forts, l'œdème des membres inférieurs persiste toujours au même degré. (Pariétaire nitrée, pilules de digitale.)

Le 31, troisième saignée, fournissant un caillot assez épais, recouvert d'une couenne mince et molle. (Pilule de digitale, boissons nitrées.)

Le 4 février, le soulagement est plus prononcé, les battements du cœur sont moins étendus, le souffle est diminué; le pouls moins irrégulier. La malade peut se coucher sur le dos sans se sentir suffoquée; la respiration est beaucoup plus libre; l'enflure est notablement diminuée. (Mêmes moyens.)

Le 6, l'amélioration va toujours croissant; l'enflure est presque complètement dissipée.

Voilà une affection organique du cœur bien caractérisée, avec les symptômes consécutifs; obstacle à la circulation, oppression, bronchite consécutive, œdème ascendant, etc. L'un des symptômes les plus prononcés, l'orthopnée, persiste encore. L'orthopnée donne à elle seule toujours l'idée d'une affection de poitrine, soit des poumons, soit du cœur. La percussion, ainsi que l'auscultation, indiquaient la perméabilité des poumons; mais elles révélaient en même temps une matité étendue dans la région précordiale; le pouls était irrégulier. Il était donc notoire qu'on avait affaire à une altération du cœur. Le bruit de souffle au premier temps, que l'on entendait dans le point correspondant à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, en bas et en dehors, devait faire présumer l'existence probable d'un rétrécissement ou plutôt d'une insuffisance, peut-être même d'une ossification de la valvule mitrale. Il est assez difficile d'apporter une précision rigoureuse dans le diagnostic de chacune de ces différentes lésions; mais quelle que soit celle de ces lésions à laquelle on a affaire, il suffit d'avoir constaté les phénomènes que nous avons annoncés tout à l'heure, la dyspnée et l'orthopnée, l'irrégularité des battements, la bronchite consécutive, la tuméfaction du foie, l'œdème, etc., pour reconnaître qu'il existe une dilatation et une hypertrophie du cœur résultant d'un obstacle à la circulation. Mais il est encore un autre phénomène qui est très fréquemment lié à cet état, et dont on ne tient pas en général assez de compte, c'est une inflammation chronique sourde de la muqueuse de l'estomac et des intestins. Lorsque des malades succombent à une hypertrophie du cœur, on trouve très souvent, indépendamment de l'engouement du foie, une tuméfaction des replis muqueux de l'estomac, et quelquefois aussi une injection de la muqueuse intestinale; effets consécutifs de l'engorgement du foie. Cela est si vrai, qu'on a vu dans quelques cas des sujets anévrismatiques mourir d'une hémorrhagie intestinale, et on a trouvé dans ce cas les intestins tuméfiés et gorgés de sang.

Il existait chez cette femme une enflure considérable des membres inférieurs. Etait-ce une indication ou une contre-indication de la saignée?

Quelques médecins considèrent cet état comme contr'indiquant la saignée. Pour moi, je ne partage point cette opinion, et je dis que l'œdème ne constitue point une contre-indication à l'usage de la saignée. Sans doute, si l'enflure est générale et extrême on ne saignera pas, mais, à moins de ce cas, malgré ou à cause même de l'hydropisie on devra saigner. La saignée a dans cette circonstance le double effet de diminuer l'orthopnée et par suite les effets consécutifs de l'orthopnée, et de combattre même d'une manière directe l'hydropisie, en favorisant la résorption du liquide épanché.

Il est certain que la saignée est le principal palliatif de cette maladie; elle produit toujours du soulagement: cet effet est constant, à moins que la maladie ne soit tellement avancée que la suffocation soit imminente et que le malade soit dans l'état de râle et de délire; mais on doit avoir la précaution de la proportionner aux forces des malades. Elles ne doivent pas être aussi abondantes, par exemple, que pour l'arthrite;

FEUILLETON.

CINQUIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE. (1)

« Nous louons ce qui est loué bien plus que
» ce qui est louable. »
(LABRUYÈRE: *Caractères.*)

Lorsque je vous disais dans ma lettre du 14 janvier que bientôt justice serait faite du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, je n'espérais pourtant pas, cher confrère, que la prophétie dût sitôt se réaliser: le 17 janvier, l'Académie de médecine enterrait le sulfate de quinine: *sit illi terra levis.* A ce propos, n'est-ce pas pitié de voir les éternelles logomachies auxquelles donne lieu ce malheureux nom de fièvre typhoïde? Imbroglio qui s'est renouvelé récemment à l'Académie, à propos d'une dysenterie typhoïde avec entérite folliculeuse. On ne veut pas voir que l'état typhoïde n'est qu'un accident, un appareil symptomatique, aussi bien que la fièvre, le délire, la paralysie, etc., accident qui peut se lier, on en convient, à une foule de lésions diverses, y compris l'entérite folliculeuse. Mais, ainsi que l'a fort bien dit M. Castel, à cette occasion: Ce que l'on a adopté par ignorance, on le défend par vanité. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

J'en suis resté, dans ma dernière, à l'étude inachevée des affections de l'appareil urinaire, j'avais encore à vous parler du diabète sucré. Si vous ouvrez les recueils périodiques, il n'en est pas un où vous ne trouviez, dans un temps donné, plusieurs exemples de guérison de cette désolante maladie. Lorsqu'il en fut question au Congrès de Strasbourg, plusieurs praticiens vinrent produire des exemples de guérison obtenue par l'un au moyen du fer, par l'autre avec le quinquina, par celui-ci à l'aide de l'opium, par celui-là grâce aux bains de vapeur. Les journaux ont retenti récemment d'un beau résultat par l'iodure de fer: bref, les remèdes et les succès fourmillent. Et, pourtant, chose singulière, si vous lisez les ouvrages sérieux, les monographies substantielles sur ce sujet, vous n'y trouverez peut-être pas un fait de guérison bien avérée; toujours ce sont des améliorations, des suspensions plus ou moins complètes et durables, suivies de récidive et de mort, lorsque les sujets n'ont pas été perdus de vue. Le dernier et le plus éclatant témoignage de ces déceptions est fourni par M. Bouchardat qui, dans un précieux travail écrit en 1841, produit plusieurs sujets guéris, dont il annonce la rechute ou la mort en 1842. Et pourtant les préceptes édifiés par ce judicieux observateur sur la *glucosurie*, sont incontestablement ce que nous avons de plus satisfaisant aujourd'hui. Moi aussi j'ai obtenu de beaux résultats de l'opium, du régime animal, etc.; mais l'économie s'est blasée ou les malades se sont fatigués des remèdes, et il a fallu recommencer cette œuvre de Pénélope. J'ai dans ce moment, à la clinique, un diabétique qui, pendant trois mois, a pris journellement deux grammes d'iodure de fer, et un autre qui a pris l'opium jusqu'à un gramme et des bains de vapeurs journaliers, pendant un mois et plus, sans autre résultat qu'une légère réduction dans la quantité des urines. C'est qu'il y a bien peu d'hommes, même parmi les philosophes, a dit Voltaire, qui soient capables d'attendre dans une tranquille incertitude les preuves de ce qu'ils croient connaître. Cependant ce qui est imprimé reste en circulation, et le pauvre praticien se repaît volontiers de cette fumée; c'est que, suivant la naïve expression de Montaigne, « le monde va se pippant aisément de ce qu'il désire. »

Les affections des membranes séreuses, et notamment leurs phlegmasies, sont encore un champ fécond en illusions thérapeutiques. A l'égard de la péritonite puerpérale, par exemple, vous pouvez opter, de par les faits, entre la saignée, les purgatifs, le calomel, l'ipéca, l'opium, les frictions mercurielles, les bains, les vésicatoires, etc. Or, si l'on étudie avec réflexion les faits publiés sur cette matière, on pourra remarquer: 1° que l'on nous donne souvent comme péritonites puerpérales des cas de coliques utérines par rétention des lochies ou de coliques intestinales par constipation et tympanite; les premiers se dissipent naturellement par les évacuations utérines, les autres cèdent à merveille à l'administration d'un laxatif ou d'un simple lavement. C'est alors que triomphent merveilleusement toutes les méthodes; 2° dans la métro-péritonite réelle et dans ces funestes épidémies de péritonites puerpérales, avec ou sans phlébite utérine, qui trop souvent se manifestent dans les salles des femmes en couches, le mal est parfois si grave, que tous les moyens de traitement restent sans succès. Que si quelques malades guérissent *pendant* l'administration de tels ou tels moyens, c'est à ceux-ci qu'on en attribue la gloire, et comme les moyens empyriques sont ordinairement employés après les remèdes rationnels, c'est sur ces derniers que tombe l'anathème. Ceci me rappelle un petit conte voltairien: « Un malade qui devait guérir se trouva mieux le lendemain qu'il eut mangé des écrevisses; on en conclut que les écrevisses purifient le sang, parce qu'elles sont rouges étant cuites. » (Remarques sur Pascal.) Car notez bien que les empyriques eux-mêmes ne manquent jamais d'explications; ici la constitution médicale leur est d'une ressource extrême. Or, nous répéterons sérieusement avec Celse: « Les mêmes remèdes ne conviennent pas à tous les malades; d'où résulte que de graves auteurs vantent exclusivement tels ou tels remèdes, suivant les résultats qu'ils en ont obtenus. » (*De re med.*, lib. 3, præfat.) Ce qui n'empêche pas qu'il existe une ligne de conduite à suivre, dictée par le rationalisme et l'expérience des siècles, et un certain ordre dans la succession des médicaments, que ne renversera pas le mysticisme des constitutions épidémiques.

Il y a de ces médications burlesques dont s'emparent les journaux avec une facilité déplorable. On y lisait dernièrement que des ascites avaient été guéries par la méthode antipsorique de Pihorel (frictions de sulfure de chaux dans la paume des mains). Fût-on témoin de pareils faits, qu'on serait en droit de dire avec Fontenelle: « Je l'ai vu, mais je ne le crois pas. » Mais, diront les candides sectateurs du possible, pourquoi cela ne serait-il pas? Ceci rappelle le raisonnement du charlatan Arnoult: « Il n'est pas prouvé, disait-il, que mes sachets ne guérissent point l'apoplexie; *donc*, il est toujours prudent de s'en munir. » Après tout, les remèdes pareils sont fort innocents, et l'on ne risque rien d'en essayer; rien, si ce n'est que la crédulité dégénère en habitude, et que, selon le précepte de Voltaire: « Il faut s'accoutumer à chercher le vrai dans les plus petites choses; sans cela, on est bien trompé dans les grandes. » Nous terminerons ce paragraphe, en disant

(1) *Voir* les nos des 27 décembre, 5 et 14 janvier, 14 février.

deux ou trois onces suffisent en général ; on peut d'ailleurs les réitérer, lors même qu'après la première il n'y aurait pas eu un soulagement sensible.

On peut seconder son action par les diurétiques et les purgatifs.

Si la saignée géuérale était rendue impossible par l'œdème lui-même, ce qui arrive lorqu'il occupe les membres supérieures, ou qu'elle fût contre-indiquée par quelque autre circonstance, on y suppléerait par des sangsues ou des ventouses scarifiées appliquées sur la région du cœur.

L'expérience a justifié cette métbode chez la malade dont il s'agit. Après la première et la deuxième saignée l'enflure a paru diminuer, à la troisième elle a disparu.

Quant aux diurétiques, ils constituent une médication que l'on pourrait presque appeler spécifique contre les maladies du cœur. Ils semblent diminuer directement l'oppression et les palpitations, en détruisant l'enflure. Ils amènent le même résultat lors même qu'il n'y a pas d'enflure ; ils paraissent agir alors à la manière de moyens prophylactiques de l'enflure et de l'épanchement, lesquels déterminent la mort bien plus souvent que la maladie elle-même.

L'usage des piqûres ou des mouchetures n'a pas été assez ou a été assez mal apprécié. Lorsque le sujet est extrêmement affaibli et que son état présente une grande gravité, il ne faut point faire de piqûres, car elles débilitent alors les malades à un point extrême et hâtent le moment fatal ; mais s'il reste encore quelques forces et que les saignées et les diurétiques aient été sans résultat, on devra avoir recours à ce moyen. Les piqûres dans ce cas déterminent une déperdition d'une quantité ordinairement assez considérable de sérosité. Il est nécessaire de ne les faire qu'en petit nombre, à moins qu'on ne soit sûr des forces du sujet. Si les forces sont suffisantes, et qu'on veuille à la fois obtenir une évacuation séreuse abondante et remonter le moral du malade, on fera des piqûres nombreuses à l'aide desquelles on verra souvent l'œdème diminuer de plus de moitié. C'est principalement aux jambes qu'on pratique ces piqûres, quelquefois au scrotum et au pénis.

Il ne faut pas confondre les piqûres avec les mouchetures. Ces dernières entament l'épiderme et la partie la plus superficielle du derme seulement. Elles ont le très grave inconvénient de produire des érysipèles et souvent la gangrène. C'est pour obvier à ces inconvénients qu'on a eu l'idée, au lieu de s'arrêter à la surface du derme, d'aller plus profondément et jusqu'au-delà du derme. On obtient ainsi une déplétion plus facile, sans produire de dénudation, et par suite pas d'accidents, point d'inflammation, pas d'érysipèle ni de gangrène. On peut faire ces piqûres avec une lancette étroite ou une aiguille, en piquant plusieurs mailles à côté les unes des autres. Ces piqûres, pratiquées en nombre modéré ont en définitive de grands avantages, sans avoir aucun inconvénient. Le seul inconvénient possible serait une déplétion trop grande, dans le cas où les incisions seraient trop larges ; mais on l'évitera toujours en ne faisant que des incisions très étroites ou plutôt de simples ponctions avec une lame de lancette très mince. Après que ces piqûres ont été pratiquées, il faut avoir la précaution d'entourer le membre ou la partie ainsi dégorgée de linges chauds et de taffetas gommé, de manière à empêcher que la sérosité qui continue à s'échapper ne se refroidisse sur le corps, ce qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses. Ce moyen est ordinairement employé concurremment avec les diurétiques qui sont un auxiliaire puissant.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Huguier.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme ; recueillies par M. le docteur A. Bessières.

L'administration des hôpitaux ayant autorisé M. Huguier à ouvrir, à l'hôpital de Lourcine, un cours sur les maladies des organes génitaux de la femme, ce cours a commencé lundi, 20 février, à neuf heures du matin. L'empressement que les personnes admises à ce cours, et qui sont presque toutes des docteurs, ont montré pour se procurer les vingt-cinq cartes que l'administration a accordées, prouve suffisamment quelle importance et quel prix elles attachent à un enseignement qui a manqué à leurs études médicales, et qui en est en quelque sorte le complément.

L'administration, en voyant ainsi accourir aux leçons professées à l'hôpital de Lourcine des hommes studieux et graves, sera tout à fait rassurée sur les inconvénients qu'elle avait jusqu'ici redoutés ; et nous ne faisons aucun doute qu'appréciant les heureux résultats qui seront obtenus, elle ne veuille d'elle-même élargir cette voie nouvelle d'indispensable instruction. En attendant que ce bien si désirable se réalise, il nous est venu dans la pensée de reproduire les leçons de M. Huguier, et de faire, autant qu'il serait en nous, assister en quelque manièrs un plus grand nombre d'auditeurs à des leçons d'un intérêt très grand, d'une incontestable utilité

M. Huguier, à qui nous avons dû soumettre notre projet, a bien voulu nous assurer que son exécution lui serait agréable ; il nous a encouragé à lui donner suite, et nous a promis le concours de ses conseils et de ses lumières toutes les fois que nous éprouverions le besoin de les réclamer.

On sent bien, quelques efforts que nous fassions, que nous ne pourrons offrir à nos lecteurs la complète reproduction de la parole du maître ; mais ils peuvent être assurés que nous la réflèterons avec fidélité, et que si l'expression de sa pensée subit forcément quelque mutilation, la pensée elle-même restera tout entière.

Je vais d'abord, dit M. Huguier, jeter un coup d'œil général sur les signes communs aux affections des organes génitaux de la femme, ainsi que sur la méthode exploratrice générale applicable au diagnostic de ces affections.

C'est par là que je commencerai ces leçons. Permettez-moi pourtant, avant d'entrer en matière, de payer le tribut de nos remerciements au conseil général de l'administration des hôpitaux civils de Paris, qui, voulant bien compter autant sur notre prudence que sur nos lumières, a enfin, pour la première fois, consenti à autoriser un enseignement qui nous commande à tous une délicate réserve, une discrétion absolue. Permettez-moi aussi d'exprimer ces mêmes remerciements à l'administrateur éclairé qui, entrant autant qu'il était en lui dans les vues et les intentions du conseil général, a mis à nous aplanir toutes les difficultés, et met à nous seconder, pour les progrès des études médicales, un zèle qu'on ne saurait trop reconnaître, trop louer.

Ce juste témoignage de notre gratitude rendu, je reprends mon sujet.

Comme la plupart des signes des diverses maladies des autres organes, ceux des affections des organes génitaux de la femme peuvent être divisés en rationnels et en sensibles.

Les signes rationnels ou physiologico-pathologiques se divisent eux-mêmes en deux espèces : ceux des fonctions générales, ceux des fonctions particulières, propres ou génératives ; ils s'obtiennent en interrogeant les malades sur les changements qui sont survenus dans les fonctions des organes génitaux et dans les fonctions de ceux des autres organes qui sympathisent avec eux. Ainsi, il faudra donc ne pas manquer d'interroger les fonctions du rectum, de la vessie, des reins, des seins, du pharynx, du système nerveux de relation, etc.

Première espèce.

La première espèce de ces signes physiologico-pathologiques comprend les troubles fonctionnels des organes génitaux dans l'état de maladies aiguës et chroniques. Ces troubles se manifestent dans la *sensibilité*, la *contractilité*, la *circulation*, la *calorification*, la *sécrétion* et la *nutrition*.

Sensibilité. Elle s'exagère dans les maladies aiguës ; tous les mouvements deviennent douloureux ; souvent le repos même, le repos le plus absolu, n'apporte aucun adoucissement aux douleurs éprouvées ; mais quelquefois aussi, dans les affections utérines, la sensibilité est tellement obtuse, tellement abolie, que la majeure partie ou la totalité de la lésion peut être enlevée sans que la douleur s'éveille.

Contractilité. La moindre cause, en apparence, la met en jeu, et souvent le vagin se resserre si fortement, que les plus grandes précautions deviennent nécessaires lorsqu'on se propose d'introduire non pas seulement le spéculum, mais le doigt même. Dans une certaine classe d'affections, et plus particulièrement dans les maladies chroniques, dans celles par atonie, la contractilité de l'orifice du vagin ou de toute l'étendue de ce conduit est diminuée ou même entièrement abolie.

Circulation et *calorification.* Ces fonctions subissent, dans les maladies aiguës, de très notables changements : l'activité du système vasculaire est accrue ; les veines sont dans un état de turgescence remarquable ; des pulsations artérielles deviennent évidentes dans les parties malades qui se tuméfient et revêtent une coloration particulière, une coloration anormale. La chaleur de ces organes est augmentée en proportion de l'activité plus grande de la circulation ; le doigt introduit dans le conduit vulvo-utérin ou dans le rectum reconnaît, par la perception des pulsations et de la chaleur, l'exagération de ces deux fonctions. Dans les affections chroniques, on reconnaît fréquemment l'état passif de la circulation, une sorte d'infiltration des tissus et une dimiuution sensible dans la chaleur des parties.

Sécrétions. Si la maladie est aiguë dès le principe, les sécrétions diminuent ; elles sont même parfois entièrement supprimées. Dans cette première période, que l'on peut appeler d'incubation, la malade ressent dans les parties souffrantes une sécheresse insolite ; dans la période qui succède à celle-ci, dans la période d'état, il y a au contraire augmentation de sécrétions. Elles sont d'abord transparentes ; on dirait une eau légèrement épaisse, une apparence de blanc d'œuf. Un peu plus tard, elles deviennent louches, s'épaississent et semblent mélangées de pus. Souvent les sécrétions sont simplement accrues, sans avoir subi la moindre altération de couleur ou de consistance ; telles sont les sécrétions folliculaires de la vulve, de l'utérus, etc.

Nutrition. Vous verrez qu'il n'est pas jusqu'à cette fonction qui ne subisse aussi quelquefois d'appréciables modifications, et que la muqueuse elle-même peut être le siége d'hypertrophies ou d'atrophies remarquables ; qu'il en est de même du tissu cellulaire sous cutané ou sous-muqueux, ainsi que du tégument externe, d'où résultent des excroissances, des végétations, des condylômes, etc.

Deuxième espèce.

La deuxième espèce des signes rationnels comprend les troubles des organes de la génération.

Ici nous aurons à nous enquérir de la *menstruation*, à interroger le *désir* ou *besoin* de l'acte de la copulation, la *sensation* produite par la copulation ; nous aurons à nous occuper de la *fécondation*, de la *conception*, de la *gestation*, de l'*accouchement*, de l'*hérédité* de la syphilis.

La *menstruation* est rarement régulière dans les maladies aiguës des organes génitaux. L'excitation organique accélère le retour des règles, et, pendant leur durée, la maladie est accrue d'autant. Cette fonction terminée, le calme se rétablit, les symptômes et la durée de la maladie diminuent sensiblement. Les époques menstruelles sont également rapprochées dans certaines maladies, dans le cancer ou dans le polype utérins ; car, dans ce cas, les règles ou des écoulements sanguins peuvent apparaître tous les quinze ou tous les vingt jours. D'autres fois, dans les maladies chroniques peu graves, les règles sont retardées ; elles n'apparaissent plus que tous les mois et demi, que tous les deux mois, que tous les trois mois.

Quant au *désir* ou *besoin* de l'acte de la copulation, cette fonction peut être, pendant l'état de maladie, conservée telle qu'elle était avant ; elle peut être augmentée, elle peut être diminuée. Il est des malades chez lesquelles les désirs vénériens acquièrent une telle intensité, une telle puissance, qu'il n'est rien qui coûtât à ces malheureuses pour les satisfaire. Il est d'autres malades, au contraire, chez lesquelles ces désirs sont si complétement nuls, le besoin et la sensation tellement anéantis qu'elles éprouvent pour l'union sexuelle un éloignement irrésistible, une répugnance, un dégoût invincibles.

Et, pourtant, le croiriez-vous, c'est à son tour, pour ces

---

de l'hydropisie ce que nous avons dit de l'ictère : Que la plupart des prôneurs des remèdes empyriques sont de pauvres gens qui ne soupçonnent guère à combien de causes diverses cette maladie peut se rattacher.

A l'égard des maladies de *l'appareil cérébro-spinal*, nous dirons, comme au sujet des maladies du cœur, que l'attention des prsticiens a été trop absorbée par leur pathogénie, pour que la thérapeutique ait eu beaucoup le loisir de les exploiter. Néanmoins vous avez vu dans ma troisième lettre les singulières idées qu'a suggérées la méningite. A l'égard des maladies de l'encéphale, en général, il est une routine consacrée qui n'a pas encore permis aux praticiens de se demander sérieusement quelle était la valeur réelle de certains moyens passés en ussge : telle est par exemple la vertu céphalique de l'arnica, que nous avons vu prescrire gravement dsns des cas d'hémorrhagie cérébrale, voire même de fracture du crâne, sur l'étiquette de *panacea lapsorum*, que lui donnent les vieux auteurs ; telle est surtout la spécificité du calomel dans l'hydrocéphale aiguë et autres lésions encéphaliques. Dans mon travail sur la *Méningite*, j'adjurais les praticiens de nous dire dans quels cas de phlegmasie cérébrale bien avérée ils avaient vu le calomel procurer des résultats favorables par sa vertu spécifique, indépendamment de ses effets purgatifs et des remèdes accessoires. Je dis phlegmasie bien avérée, car il en est de l'encéphalite comme de la fièvre typhoïde, du croup, de la péritonite puerpérale, que les praticiens admettent avec d'autant plus de facilité que la guérison leur rapporte plus d'honneur et de profit. Aux rares succès qu'on pourrait attribuer au calomel, j'opposais ces salivations interminables, ces ulcérations douloureuses et opiniâtres, ces terribles gangrènes de la bouche, ces graves accidents intestinaux qui, si souvent compliquent, aggravent le mal et peuvent même entraîner la mort, comme j'en produisais des exemples. Le calomel est une de ces grandes mystifications thérapeutiques imposées par cette indéfinissable puissance qu'on appelle l'usage ; car les autorités réellement respectables en sa faveur, nous les cherchons sans les rencontrer. Notez aussi que le calomel, en tant que remède empyrique, est un bon instrument d'opposition aux doctrines rationnelles. Je ne sais si les observations chimiques de M. Mialhe, en démontrant que le calomel se transforme toujours en sublimé dans l'estomac, exerceront plus d'empire sur la raison médicale que le silence des faits cliniques ; espérons.

Les névroses cérébro-spinales et autres sont, en quelque sorte, le champ de prédilection des divagations thérapeutiques : ici nous n'avons que l'embarras du choix. Et d'abord, malgré les louables efforts de plusieurs écrivains pour enseigner à distinguer les troubles nerveux essentiels de ceux qui ne sont que sympathiques, bien rares sont les écrivains qui savent établir cette distinction, et cela par une raison fort simple, c'est que la chose est le plus souvent impossible. Les subtilités développées à ce sujet dans quelques ouvrages modernes sont des spéculations toutes pures. Combien je préfère à ces élucubrations quintessentielles, la naïve déclaration de Sydenham, laquelle, bien que relative à l'hystérie, est pourtant applicable à la plupart des névroses : « Cette maladie, dit-il, demande que l'on tente pour la guérir diverses sortes de remèdes, jusqu'à ce que l'on trouve celui qui est véritablement propre à la détruire. » (*Méd. prat.*) Néanmoins, vous voyez tous les jours des inventeurs à front d'airain et à foi robuste, proclamer de nouveaux *anti* que la plèbe accepte avec une résignation des plus édifiantes. Ce sont en général les névroses les plus rebelles qu'ainsi l'on gratifie des remèdes les plus assurés : l'un vous certifie que l'extrait de belladone, pourvu qu'il soit fait par décoction, guérit merveilleusement l'épilepsie ; l'autre jure ses grands dieux, que c'est l'indigo qui est le remède infaillible, surtout si l'on y joint l'assa fœtida. Puis vient l'hystérie, où la valériane, le musc, l'assa fœtida, le castoréum, l'oxide de zinc, etc., ensemble ou séparément, engendrent des prodiges. Tous, inclinés devant le fatal axiome : *Sanguis nervorum moderator*, oublient que Celse, Galien, Sydenham, Fréd. Hofmann et bien d'autres observateurs indépendants ont formellement proclamé l'excellence des antiphlogistiques dans des cas où la saignée même est la seule voie de salut.

Finalement, si l'on examine de près ces innovations merveilleuses, on y découvre deux choses : 1° que ce sont toujours les mêmes remèdes, au nombre d'une dixaine au plus, qui guérissent successivement toutes les névroses ; 2° que de ces remèdes il n'en est pas deux qui n'aient été rebattus, ressassés, évoqués, condamnés, oubliés de tous temps et par tous les classiques. On dirait que pour ces gens-là les névroses prétendues soient des essentialités toujours parfaitement déterminées, isolées, répondant toujours et chez tous de la même manière aux modificateurs médicaux.

Il y en a qui font retentir les académies d'inventions telles que la contrainte morsle appliquée au traitement de l'aliénation mentale, par exclusion du traitement pharmaceutique, comme si, depuis deux mille ans, Celse, en particulier, n'avait pas cimenté l'étroite alliance de ces deux ordres de moyens, et spécifié les cas qui réclament l'un ou l'autre. Nous ne craignons pas de le dire, il n'est pas une classe de maladies qui réclame de la part du praticien plus de sagacité, d'esprit d'analyse, de prudence, de souplesse dans l'emploi des moyens, que les névropathies, dont le traitement découle essentiellement de la profondeur et de la précision du diagnostic. Aussi n'est-il pas d'affections plus mal comprises, plus faussement appréciées et partant plus mal traitées dans la généralité des cas, notamment aujourd'hui, grâce à l'opposition systématique contre l'organisme et à la glorification éhontée de l'empirisme pur. Certes, on peut le dire sans injustice et sans misanthropie, nous sommes à cet égard bien en arrière des époques de Sydenham, de Cullen, de Stoll, de Tissot et de tant d'autres excellents observateurs, théoriciens pourtant, mais que l'esprit de système égarait moins que l'horreur affectée de nos jours pour les systèmes. C'est un système aussi, et le plus pitoyable de tous, que la proscription du raisonnement et de l'analyse scientifique.

La thérapeutique des maladies des organes des sens spéciaux, a fait dans ces derniers temps, il faut en convenir, des progrès effectifs, en rapport avec les progrès de leur pathogénie ; ce qui, précisément, vient à l'appui de notre thèse. L'ophthalmologie, par exemple, s'est enrichie de certaines méthodes salutaires ; et n'eût-elle appris qu'à utiliser certains médicaments, tels que l'opium, la belladone, le calomel, et surtout le nitrate d'argent, usités en topiques, sans entrer dans le domaine de la chirurgie, qu'elle aurait droit à nos éloges. Mais encore, combien d'idées et de pratiques abstruses n'ont-elles pas surgi de la manie ambitieuse des hommes prétendus spéciaux qui ont exploité cette mine charlatanesque ? Les maladies de l'oreille n'ont pas progressé en proportion égale, malgré les bruyantes annonces de quelques artistes. La pathologie cutanée, au contraire, a conquis plusieurs médications uti-

malades, un objet de souci, un tourment que cette absence de besoin vénérien, que cette insensibilité organique ! Aussi, voyons-nous de temps à autre de ces pauvres femmes désolées d'un état qui les éloigne des plaisirs vénériens, qui attiédit et repousse leurs maris, venir auprès de nous et, au nom des douceurs et de la paix conjugales, prier notre art de leur rendre leurs anciens désirs copulatifs.

Nous en avons eu dernièrement ici un exemple sous les yeux : la malade, par suite de cette insensibilité, était réduite à un état voisin de la monomanie.

Rappelez-vous aussi cette femme entrée dans le service de M. Velpeau pour une fistule vésico-vaginale. Cette femme, dont les organes génitaux étaient devenus entièrement insensibles aux sensations exquises que développe la copulation, fit la malheureuse découverte que le méat urinaire et le canal de l'urètre avaient conservé une partie de cette sensibilité. S'imaginant alors qu'elle pourrait recouvrer par là ses sensations perdues, donner satisfaction à son mari et rétablir les rapports conjugaux, elle introduisit dans ce conduit une des lames d'une paire de ciseaux, l'autre lame dans le vagin et eut le courage insensé de fendre l'urètre et le bas-fond de la vessie dans l'étendue d'un pouce et demi.

La *sensation* produite par la copulation, ou est la même pendant la maladie que pendant la santé, ou elle est augmentée, et alors elle devient le plus souvent pénible, parfois douloureuse, insupportable même ; ou elle est diminuée, et dans ce cas elle peut aller jusqu'à la nullité, jusqu'à l'abolition la plus complète, ainsi que nous venons de le voir plus haut.

Ai-je besoin de vous dire que les adhérences, les polypes, les épanchements de pus, etc., s'opposent à la *fécondation*, à la *conception*, et que par conséquent ils frappent de stérilité tous les rapports conjugaux ? La stérilité peut donc mettre sur la voie de certaines altérations du système utérin.

Ai-je aussi besoin de vous dire combien la *gestation* souffre des souffrances des organes génitaux, et jusqu'à quel point elle en reçoit le contre-coup ?

Il n'est pas de traité d'obstétrique où vous n'ayez appris combien est rendue difficile, impossible même parfois, la fonction de l'accouchement ; que la présence d'un cancer, d'un polype utérin peuvent s'opposer invinciblement à l'expulsion de l'enfant ; de là des déchirures de la matrice ou du vagin, des épanchements dans le péritoine rapidement mortels ; de là des hémorrhagies souvent irrémédiables.

Hérédité dans la syphilis. L'enfant d'une femme syphilitique peut être infecté dès l'origine, *ab ovo*, pour ainsi dire ; il peut être infecté pendant la gestation si des rapports impurs contaminent alors la mère ; il peut, et c'est le cas le plus heureux pour lui, n'être atteint, ne recevoir l'influence du virus vénérien qu'au moment de son passage par la filière des organes de la génération.

Vous aurez occasion de voir des femmes syphilitiques sans que rien en elles ait pu vous faire soupçonner la maladie : elles sont atteintes d'une syphilis cachée, larvée. Aucun signe extérieur ne révèle en elles la présence du virus vénérien ; c'est l'enfant qui, un ou deux mois après sa naissance, vous dénonce la santé de sa mère ; il se déclare chez lui des symptômes non équivoques de syphilis. Un traitement administré à cette femme détruit chez elle les germes latents de cette infection ; si bien que les enfants dont plus tard elle devient mère naissent préservés de cette cruelle maladie. L'hérédité devient alors, comme vous le voyez, un signe rationnel des maladies syphilitiques.

Nous venons de passer rapidement en revue le cortége des signes rationnels des maladies des organes qui nous occupent ; ce cortége est complété par la connaissance du développement, de la marche et de la durée de la maladie, ainsi que par l'étude des troubles qu'éprouvent certains organes unis sympathiquement avec les organes génitaux.

Et, à l'occasion de cette sympathie, je vous dirai comme Van-Helmont : « Propter solum uterum mulier est id quod est. »

Dans les premières années de la vie, à peine le caractère des filles et des garçons offre-t-il quelques différences, mais à mesure qu'approche, que se prépare la nubilité, la jeune fille change, la femme se révèle en proportion du développement du système utérin. Et dans cette période de la vie que la nature a destinée à la reproduction, considérez l'état du système nerveux chez la femme ; combien ne devrez-vous pas être frappés du tableau mobile, agité qu'il vous offrira. Lors, au contraire, que cette période est passée, que l'utérus et les ovaires s'atrophient, la femme redevient ce qu'elle était dans le jeune âge, elle se rapproche du caractère de l'homme. A l'époque de la nubilité, lorsque la vie de l'utérus commence, les seins deviennent plus volumineux, plus sensibles, plus chauds, et au moment de la menstruation et des rapports sexuels, le mamelon acquiert une sensibilité plus grande, plus exquise, entre en érection. Parfois des douleurs vagues parcourent cet organe, et la gorge reçoit le contre-coup sympathique de cette excitation des organes génitaux ; une sécheresse insolite afflige en particulier le pharynx, l'isthme du gosier, les amygdales.

J'insiste sur cette relation sympathique entre la gorge, les seins et les organes génitaux. Nous aurons fréquemment l'occasion de vous montrer jusqu'à quel point les souffrances de ces derniers déterminent le malaise des autres.

Le temps nous manquant pour compléter ces notions générales, nous y consacrerons encore la séance prochaine, dans laquelle nous passerons en revue les signes sensibles des maladies qui nous occupent, et que l'heure avancée et l'importance du sujet ne nous permettent pas d'aborder aujourd'hui.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Observation de charbon, compliqué d'érysipèle phlegmoneux ; recueillie par M. MARTENOT, chirurgien sous-aide-major.

Baillard, soldat au 13e de ligne, fut envoyé à l'hôpital dans la nuit du 13 au 14 décembre 1842. Il présentait tous les phénomènes suivants :

Une escharre noire située près de l'apophyse styloïde du cubitus, ronde, et de la largeur d'une pièce de 2 francs, avait déterminé dans tout le membre une rougeur et un gonflement considérables. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés, l'avant-bras tuméfié, tendu, recouvert de phlyctènes, offre tous les caractères d'un érysipèle phlegmoneux des plus intense.

Interrogé par M. le chirurgien en chef, le malade répond qu'il n'a été piqué par aucun insecte, qu'il n'a eu de contact avec aucun animal vivant ou en putréfaction, et qu'enfin il ne peut rapporter son mal à aucune cause appréciable.

Il fut donc constaté que l'on n'avait pas affaire à une pustule maligne, puisque celle-ci ne se développe que sous l'influence d'une de ces causes. Constatons toutefois ce fait, que la pustule maligne se montre fréquemment dans la localité où ce militaire est né, et qu'il a quittée depuis dix ans qu'il est soldat. Le malade ajouta que le premier jour de l'invasion, il s'est aperçu qu'il existait seulement un petit point noir environné d'une auréole rouge. Pendant deux jours, le point noir et la rougeur allèrent en augmentant, mais sans occasionner de vives douleurs. Ce n'est que le troisième que le gonflement de l'avant-bras ayant acquis un volume assez considérable, les douleurs se firent sentir avec intensité ; alors il se décida à se présenter au chirurgien du corps, qui le fit immédiatement transporter à l'hôpital.

Le sujet était jeune et vigoureux ; le pouls plein, fréquent, la respiration laborieuse. M. Baudens jugea convenable de faire pratiquer une saignée, quoique en général, nous a-t-il dit, le charbon et la pustule maligne reconnaissent pour cause un agent toxique de nature hyposthénisante, il faille bien plus souvent recourir à une médication toxique qu'aux débilitants.

Voici le traitement local mis immédiatement en pratique par le chirurgien en chef du Val-de-Grâce : il fit une incision cruciale et profonde pour diviser l'escharre dans toute son épaisseur ; il plongea hardiment un fer rouge dans la plaie, l'y laissa séjourner quelque temps, et le promena ensuite avec rapidité sur tout le membre thoracique, siége de l'érysipèle phlegmoneux. Le pansement fut fait avec de la charpie enduite de styrax, et des compresses imbibées d'eau froide constamment recouvertes de morceaux de glace.

Le lendemain, grâce à cette médication énergique, la tension et la chaleur étaient sensiblement tombées. Néanmoins, dans le but de déterminer plus promptement la résolution du membre, et de déterminer les accidents inflammatoires, M. Baudens fit, avec un rasoir, de rapides et légères scarifications sur le dos de la main et sur tout l'avant-bras. Ce moyen eut pour résultat de provoquer une grande détente. Le malade fut pansé comme la veille, et la glace continuée ; il fut en outre recommandé au chirurgien de garde de faire dans la soirée une application de sangsues au pli du bras s'il y avait lieu. L'application fut faite, et le lendemain les accidents inflammatoires avaient encore beaucoup diminué d'intensité. Baillard déclare qu'il a parfaitement reposé toute la nuit, et qu'il n'éprouve plus de douleurs. Incision de quelques vésicules sur le dos de la main et des doigts. Continuation de la glace, mais à des intervalles plus éloignés. Tous ces moyens furent secondés par des boissons rafraîchissantes, parfois un peu laxatives, et par des lavements émollients.

Le 19, la peau a sa couleur et sa chaleur habituelles ; le malade commence à prendre quelques aliments légers, des limonades vineuses, et le pansement ne diffère de celui de la veille qu'en l'application d'une décoction froide de tête de pavôts au lieu de glace, afin de ramener graduellement le membre à sa température normale.

Le 20, il n'y a plus de traces d'érysipèle, plus de rougeur, plus de chaleur ; la peau est fraîche au toucher ; les plaies provenant des phlyctènes se cicatrisent ; les glandes de l'aisselle sont en voie de résolution. Même pansement ; seulement on élève un peu la température de la décoction de têtes de pavots.

Le 23, l'escharre commence à se détacher ; la suppuration est de bonne qualité ; tout annonce une prompte guérison.

Le 26 l'escharre est tombée complètement ; le fonds de la plaie présente des bourgeons charnus qui s'élèvent bientôt jusqu'à la surface de la peau ; dès-lors il ne reste plus qu'à le déprimer de temps en temps avec le nitrate d'argent, et à panser la plaie d'une manière simple.

— Cette observation nous a paru digne d'intérêt au point de vue de la marche rapide du mal. Vingt-quatre heures plus tard, et le membre thoracique était frappé de gangrène. Le traitement n'a pas été moins énergique que l'intensité des accidents. Le fer, le feu et la glace, heureusement combinés, ont mené à bien une affection qui menaçait d'être mortelle.

URÉTRO-GÉNIE.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Ricord a présenté un malade chez lequel il a pratiqué une opération d'urétrogénie.

Dans le cas dont il s'agit, le canal urinaire était complètement détruit à la suite d'un chancre phagédénique, dans toute l'étendue de sa région spongieuse. La majeure partie de la peau de la verge avait de même disparu sous l'influence de l'ulcération, et les deux tiers de la circonférence des corps caverneux, ainsi que le sillon longitudinal indiquant le trajet de l'urètre, se montraient recouverts d'un mince tissu de cicatrice. Enfin, l'urine s'échappait du fond d'une ouverture située dans un repli profond de la peau des bourses.

Pour remédier aux inconvénients d'un pareil état, M. Ricord a cru devoir établir un nouveau canal entre les corps caverneux et le tissu de cicatrice qui les enveloppe.

Dans ce but, il s'est servi d'une longue tige de trois quart, plate et terminée en fer de lance. L'instrument a été d'abord introduit par le méat urinaire, et, vers le milieu de la région balanique, sa pointe a pénétré dans le tissu cellulaire qui double les corps caverneux. En le faisant alors progresser suivant la direction de l'urètre, M. Ricord a décollé l enveloppe externe jusqu'à la rencontre d'un gorgeret, préalablement introduit à la profondeur d'un centimètre et demi dans l'ouverture par laquelle sortaient les urines. Ainsi le canal artificiel, partant du milieu de la région balanique, est venu rejoindre la portion de l'urètre correspondant aux bourses, à un centimètre et demi de profondeur en arrière de son ouverture externe.

Après cette opération, qui s'est terminée sans occasionner de très vives douleurs, une canule en argent a remplacé l'instrument perforateur, et deux heures plus tard les urines s'écoulaient librement par cette nouvelle voie.

On s'est contenté pour tout pansement d'appliquer des compresses imbibées d'eau froide ; il n'y a eu que très peu de gonflement et de réaction inflammatoire.

La canule a été remplacée le cinquième jour par une sonde en gomme élastique.

Depuis le 27 janvier, jour de l'opération, le volume des sondes a été graduellement augmenté de manière à donner au nouveau canal des dimensions convenables.

Ce cas est unique dans la science sous le rapport de l'étendue de la portion de l'urètre que l'on a dû reconstruire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement de la teigne ; par M. le docteur BOUCHARDAT.

Les recherches de M. Gruby, sur la nature de la teigne, semblaient ouvrir une nouvelle voie au traitement de cette maladie rebelle. En effet, si l'on admet avec M. Gruby que la vraie teigne est constituée par une végétation spéciale, il devra être facile de trouver un moyen qui s'oppose efficacement aux développements de cette végétation, car on connait plusieurs agents qui tuent énergiquement tous les végétaux sans intéresser d'une manière sensible les tissus animaux. Voici cependant bientôt deux ans que les recherches de M. Gruby sont connues, et aucune application utile n'est encore venue leur donner une valeur pratique. Plusieurs médecins habiles se sont occupés, dans ces derniers temps, du traitement de la teigne ; les efforts les plus heureux ont été faits à cet égard, d'un côté par M. le docteur Petel de Louviers, de l'autre par M. le docteur Ordinaire. La méthode de ce dernier praticien, dont l'efficacité a été reconnue, rappelle malheureusement un peu l'ancien procédé barbare de la calotte ; mais, il faut le dire, elle est infiniment préférable et beaucoup plus de notre siècle. La méthode de M. Petel est calquée sur le traitement des frères Mahon ; car on sait aujourd'hui, à n'en pas douter, que le procédé de ces derniers a pour base les alcalins, aidés d'une extrême propreté.

M. Oscar Figuier, pharmacien chimiste à Montpellier, a analysé la *poudre des frères Mahon*, qui lui avait été remise par M. Moulinié, et il a reconnu qu'elle consistait uniquement en *cendres végétales*, sans addition d'aucune substance métallique étrangère : or, on sait que

---

les, dont quelques-unes, cependant, peuvent passer pour des superfétations, et dont quelques autres ne sont pas sans inconvéniens ni même sans dangers ; nous voulons parler de certains poisons, tels que l'arsenic et les cantharides. Un des beaux résultats de la dermatologie moderne, c'est d'avoir détrôné un des spécifiques les plus accrédités, le soufre, ce remède bannal de toutes les dermatoses. C'est là un service réel et un hommage rendu à la philosophie médicale, hommage formulé dans ces paroles d'un écrivain moderne, paroles qui signalent un retour vers les idées de simplification et de rationalisme pour lesquelles nous plaidons : « Les dartres, à leur invasion surtout, présentent en général la forme inflammatoire... Elles sont souvent liées avec une lésion d'un organe interne, et notamment du canal digestif ; il faut avoir égard à ces circonstances dans le traitement..... Le soufre est, avec la teinture de cantharides, les préparations antimoniales et arsenicales, un agent thérapeutique que l'on n'administre pas dans la généralité des cas... Les principes de la thérapeutique des dartres sont les mêmes que ceux de la thérapeutique des autres maladies, etc. » Que si toutes les spécialités avaient le même bon sens et la même candeur que M. Devergie, la corvée d'Hercule chez Augias en serait singulièrement abrégée ; mais, comme l'a dit La Bruyère, « après l'esprit de discernement, ce qu'il y a au monde de plus rare, ce sont les diamants et les perles. »

Quel que soit le mysticisme qui tend à se réintégrer dans la théorie des exanthêmes fébriles, la raison publique paraît peu s'en émouvoir ; la thérapeutique expectante et lénitive de ces affections est généralement comprise et suivie par les praticiens. Si quelque drogue excentrique tend à se produire, elle nous vient de quelque source exotique, et rentre bientôt dans l'oubli. Je dois dire, à cette occasion, n'avoir jamais bien compris pourquoi l'Académie de médecine a manifesté tant d'obstination à l'encontre de la revaccination. Dirait-elle, se croyant liée par ses précédents : *Credidi propter quod locutus sum ?*

Dans l'ordre que nous suivons, ce serait ici le lieu de placer un mot sur les affections des *appareils locomoteurs ;* mais nous n'aurions guère à nous occuper que du rhumatisme qui, précisément, fut l'occasion de cette correspondance, dans le courant de laquelle nous avons déjà maintefois exprimé ce que nous en pensons. Lorsque l'ivresse du moment sera passée, l'on en reviendra, nous l'espérons, à la pratique ancienne, non moins explicitement formulée par Sydenham que par M. Bouillaud, sauf les restrictions du premier, imitées par celles de Stall. etc. : *In medio stat virtus*. Nous ne ferons que rappeler certaines drogues récemment préconisées contre les rhumatismes chroniques ; telles sont l'huile de foie de morue ou l'iodure de potassium. Quelques tentatives peu favorables ne me permettent pourtant pas de les juger, mais les déceptions sont si fréquentes, qu'on serait tenté de dire des remèdes nouveaux, ce que Fontenelle disait des vers : « Dites toujours qu'ils sont mauvais, sur cent fois vous ne vous tromperez pas une. »

Le défaut d'espace et l'abondance de la matière m'obligent encore à m'arrêter avant d'avoir terminé cette rapide esquisse de notre histoire contemporaine ; mais je vous donne la promesse positive d'en finir dans ma prochaine. Après quoi, renonçant au rôle facile de censeur, j'essaierai, si vous le permettez, celui plus chanceux de dogmatiste, ou plutôt de restaurateur des principes acquis à la science ; car il n'est rien dans tout cela qui me soit personnel. Souffrez que je termine ma lettre par une de ces protestations dont je ne puis trop me prémunir contre les rancunes que pourrait me susciter ma véracité, malgré l'anonyme discret et toutes les précautions dont je m'efforce de l'environner. J'emprunterai encore ici le langage d'un de mes vieux amis : « Il » faict besoing d'oreilles bien fortes pour s'ouÿr franchement juger ; et » parce qu'il en est peu qui le puissent souffrir sans morsure, ceux » qui se basardent de l'entreprendre envers nous, nous monstrent un » singulier effect d'amitié. » (Montaigne.) C'est donc, croyez-le bien, par amour pour la science et par amitié pour tous nos confrères que je me résous à encourir la disgrâce de ces derniers ; puisse l'intention me valoir leur indulgence et la vôtre.

Agréez, etc. Prof. FORGET.

Errata de la quatrième lettre. — Sixième colonne, ligne 1re, *au lieu de* utopies, *lisez* autopsies ; ligne 38e, *au lieu de* iode, *lisez* iodure. — Septième colonne : *au lieu de* observations bien avérées d'hypertrophie, *lisez* de guérison d'hypertrophie.

ces cendres contiennent une petite proportion de carbonate de potasse, qui leur communique toutes leurs propriétés.

D'un autre côté, M. Moulinié a fait connaître que les pommades de MM. Mahon étaient préparées en mélangeant leur poudre avec l'axonge.

On doit le reconnaître, de toutes les méthodes employées contre la teigne, celle de MM. Mahon est sans contredit à la fois la plus douce et la plus avantageuse ; elle a pour résultat de nettoyer la surface du cuir chevelu et de l'entretenir dans la plus grande propreté, de modifier heureusement la peau malade, d'opérer sans douleur la chute des cheveux, dont les follicules sont enflammées, et d'être suivie d'une guérison constante. Voici, d'après une exposition de M. Rayer, la manière d'opérer de MM. Mahon.

Ils commencent par couper les cheveux à environ cinq centimètres et demi du cuir chevelu, afin de pouvoir les faire tomber plus facilement avec le peigne ; ils détachent ensuite les croûles avec du saindoux ou à l'aide de cataplasmes de farine de lin ; puis ils lavent la tete avec de l'eau de savon. Ces onctions et ces lotions sont répétées avec beaucoup de soin pendant cinq jours, ou jusqu'à ce que la surface du cuir chevelu soit nettoyée ; c'est alors que commence le second temps du traitement, qui a pour but d'obtenir lentement et sans douleur l'avulsion des cheveux sur tous les points où la teigne faveuse s'est développée.

On fait, tous les deux jours, des onctions avec une pommade épilatoire, et on doit les continuer plus ou moins long-temps, selon que la maladie est plus ou moins intense. Les jours où l'on ne met pas de pommade, on passe à plusieurs reprises un peigne fin dans les cheveux qui se détachent sans douleur. Après quinze jours de ces pansements, on sème dans les cheveux, une fois par semaine, quelques pincées d'une poudre épilatoire ; le lendemain, on passe le peigne dans les cheveux, sur les points malades, et on y pratique une nouvelle onction avec la pommade épilatoire : on continue ainsi pendant un mois à six semaines. Alors, on remplace la première pommade épilatoire par une seconde faite avec de l'axonge et une poudre plus active (avec laquelle on pratique également, tous les jours, des onctions sur les points malades, à la dose de 10 à 15 grammes), pendant quinze jours ou un mois, suivant la gravité des cas. Après ce terme, on ne fait plus ces onctions que deux fois par semaine, jusqu'à ce que les rongeurs de la peau soient entièrement disparues. Les jours où l'on ne fait pas usage de la pommade, on peigne le malade une ou deux fois, en ayant soin de ne point trop appuyer le peigne, qu'on imbibe de graisse.

Il faut ajouter que le procédé de MM. Mahon est appliqué par eux avec beaucoup d'habileté, et qu'ils peuvent panser dans quelques heures deux ou trois cents teigneux.

Si tous ces renseignements sont exacts, les poudres de MM. Mahon consistent donc uniquement en cendres végétales, et leur pommade en un mélange de cendres et d'axonge. Il est, d'ailleurs, très probable que ces remèdes ne sont pas d'invention récente, et que leur composition a été conservée par tradition dans la famille Mahon. Ce qui a amené M. Bouchardat à cette manière de voir, c'est qu'en parcourant les formules dont Sydenham se servait, il en a trouvé une que cet illustre médecin préconisait contre la teigne, et qui a beaucoup de ressemblance avec la pommade de MM. Mahon, du moins telle que cette dernière est supposée. Voici cette formule :

Pr. Huile d'amandes douces,	30 grammes ;	
Huile de laurier,	30	id. ;
Cendres de feuilles d'aurone,	30	id.

M. avec soin, par trituration, et F. S. A. un liniment.

Le mode d'application de ce liniment consiste à en oindre la tête tous les matins, en frictionnant avec soin et en superposant ensuite une vessie de porc.

Le traitement doit être commencé par l'administration d'un purgatif.

Pourquoi cette formule est-elle tombée en désuétude ? Sans aucun doute, parce que les médecins n'ont pas voulu s'assujétir aux soins longs et minutieux qu'exige l'emploi de cette méthode. MM. Mahon, au contraire, réussissent presque toujours, parce qu'ils sont doués d'une patience à toute épreuve, et en outre, parce que la longue expérience qu'ils ont acquise dans ce mode de traitement les a conduits à trouver plusieurs heureuses modifications de détails.

(*Journ. des conn. méd. prat.*, janvier 1843.)

Traitement de la maladie de Bright ; par M. le docteur BARRE.

Dans cette affection, dont la pathogénie est très obscure, M. Barre, pour poser plus convenablement les indications thérapeutiques, distingue une période d'irritation, une d'arrêt et une de cachexie.

Dans la première, il convient d'attaquer les causes occasionnelles ; par exemple, d'exciter les sueurs si l'hydropisie rénale se trouve liée à une opération de la transpiration. La maladie s'aggravant, il devient utile de combattre l'hypérémie active des reins par des émissions sanguines locales ; les saignées générales sont rarement indiquées.

Dans la seconde période, tous les signes d'acuité ayant complètement disparu, l'altération des reins et la diminution des forces deviennent alors les indications principales. A cette époque du traitement, des exutoires doivent être appliqués aux régions lombaires et sur les membres ; des cathartiques doivent être administrés, tant comme évacuants que comme révulsifs ; enfin, il convient de mettre en œuvre les agens de la médication diurétique. A ces divers moyens doivent être associés l'usage des analeptiques et des toniques, le séjour dans une atmosphère chaude et sèche, l'emploi des bains aromatiques, sulfureux, etc.

Dans la troisième période, où il ne reste plus aucun espoir de guérison, le praticien n'a d'autre indication à remplir que de soutenir les forces du malade et de combattre les divers accidents qui peuvent se manifester. (*La Clinique de Montpellier.*)

Règles à suivre dans les cas de chute prématurée du cordon ombilical; par M. le docteur E. DELMAS, professeur-agrégé à l'Ecole de médecine de Montpellier.

De quatre observations rapportées par M. Delmas, il résulte que,

1° L'issue du cordon ne constitue pas par elle-même un accident fâcheux, car la gravité dépend seulement des circonstances dans lesquelles cet accident se manifeste ;

2° L'influence de la température extérieure sur le cordon n'entraîne pas nécessairement la suppression de la circulation dans cet organe, comme quelques auteurs l'ont prétendu ; il faudrait, en effet, pour qu'un pareil résultat fût produit, que l'action de cette cause se prolongeât jusqu'au point d'entraîner la dessiccation des parties ;

3° Il en est de même de la compression exercée sur le cordon ; car cette compression peut être légère et le cordon peut même y échapper, ainsi qu'il est facile de le concevoir d'après la configuration du détroit ;

4° Enfin, le danger provenant de la compression permanente, dès qu'on s'aperçoit que cet accident existe à ce point de déterminer la suppression de la circulation utéro-fœtale, il est indispensable de pratiquer sans retard la version ou de recourir aussitôt à l'application du forceps. (*Ibid.*)

Indications thérapeutiques fournies par la sensibilité vertébrale qui existe dans les fièvres intermittentes chroniques; par M. le docteur GOUZÉE.

Plusieurs observateurs, et entre autres MM. Griffith, Cremers et Van-Mons, ont déjà signalé l'existence d'une douleur toute locale dans l'un des points de la colonne vertébrale chez les sujets qui sont affectés de fièvre intermittente. M. Gouzée, médecin principal de l'hôpital militaire d'Anvers, a constaté, de son côté, la constance de la sensation douloureuse qu'éveille la pression du doigt dans un point limité de la colonne vertébrale, chez les individus atteints de pyrexies périodiques à forme chronique, et il a reconnu que cette sensibilité douloureuse existe communément de la troisième à la cinquième vertèbre dorsale.

Ce praticien a trouvé, dans cette circonstance, une indication thérapeutique à Bremplir; et, suivant lui, dans certains cas de fièvres intermittentes rebelles, les ventouses scarifiées, les sangsues appliquées sur le point douloureux, et plus tard les révulsifs énergiques, tels que les emplâtres saupoudrés de tartre stibié, jouissent d'une grande efficacité et peuvent procurer la guérison alors que toutes les autres médications ont complètement échoué. C'est à l'expérience à prononcer maintenant sur la valeur réelle de la nouvelle indication signalée à l'attention des praticiens par le travail du médecin belge.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Mixture tonique resserrante.

Pr. Poudre de gomme arabique,	2	grammes.
Eau commune,	60	
Sucre blanc,	4	

Faire dissoudre S. A. par triturations, puis ajouter au soluté gommeux obtenu :

Extrait de cascarille,	30	centigr.

F. dissoudre.

Cette mixture, dont la formule est empruntée à la clinique de l'hôpital des Enfants Malades de Vienne, est prescrite avec avantage, par M. le docteur Mauthner, contre les diarrhées muqueuses prolongées.

On en donne une petite cuillerée toutes les heures.

Mixture nervine.

Pr. Huile d'amandes douces récente,	2	grammes.
Eau commune,	60	
Sucre blanc,	4	
Poudre de gomme arabique,	Q. S.	

M. et F. S. A. une portion émulsive aussi peu consistante que possible, et dans laquelle cependant l'huile soit parfaitement divisée et suspendue. Alors, ajoutez

Hydrolat de valériane,	8	grammes.
Liqueur de corne de cerf succinée,	10	gouttes.

M. exactement.

Cette mixture, en usage dans la même clinique que la précédente, est donnée avec succès dans les cas de spasmes et de convulsions, à la dose d'une petite cuillerée à des distances plus ou moins rapprochées, suivant la gravité des accidents.

Poudre fortifiante.

Pr. Chlorhydrate d'ammoniaque et de fer,	15	centigr.
Poudre de rhubarbe,	50	id.
Chlorure de magnésium,	4	grammes.
Sucre blanc,	15	id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Cette poudre, en usage dans le même hôpital que les deux formules ci-dessus, est employée par M. Mauthner pour rendre des forces aux jeunes sujets épuisés par des maladies longues.

Ce médecin en fait prendre de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, suivant l'âge des enfants. (*Hufeland's Journal.*)

NOUVELLES.

Un médecin de Gand a failli être assommé, il y a quelques jours, parce qu'il voulait tenter de guérir par les moyens scientifiques un paysan de la commune d'Olsène, que les habitants du village assurent être possédé du démon. Ce paysan, sujet dès sa plus tendre jeunesse, à des attaques épileptiformes, a été récemment atteint d'une névrose des plus prononcées. Ses amis et parents lui ont mis sur le corps trois reliques, et ils ne souffrent pas qu'on lui administre d'autres remèdes.

— Ce n'est pas seulement pour le prochain semestre que M. Duméril a renoncé à faire son cours, il a demandé et obtenu, dit-on, de ne plus le faire à l'avenir. M. Piorry continuera le sien, cette année, pendant le semestre d'été, et le fera tous les ans à cette époque, au lieu du semestre d'hiver. M. Legroux, agrégé, a été chargé de suppléer M. Duméril à la rentrée prochaine.

— Le congrès scientifique de France tiendra sa onzième session à Angers (Maine-et-Loire), le 1er septembre 1843, d'après la délibération prise en octobre dernier à Strasbourg ; les secrétaires-généraux s'empressent d'en donner avis aux sociétés qui s'occupent de sciences, d'agriculture et d'arts, afin que toutes les spécialités y soient représentées et puissent concourir à éclairer et résoudre les problèmes et questions qui seront traitées au congrès.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 31, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, LE 13 MARS.

Liste de présentation de l'Institut pour la place de Larrey.

Après mille combinaisons qui n'ont pas toujours été proposées dans l'intérêt de l'Institut, la commission chargée de présenter la liste des candidats à la place de Larrey, et qui était composée de MM. Andral, Breschet, Magendie, Roux et Serres, a dressé, en comité secret, la liste suivante que nous ne tiendrons pas secrète :

1°, MM. Lallemand;
2°, Lisfranc;
3°, Ribes;
4°, Velpeau et Gerdy (*ex æquo*);
5°, Amussat, Bégin et Jobert.

On nous transmet ces noms au moment de mettre sous presse. Nous n'avons donc pas le temps de faire de longues réflexions, et surtout nous ne pouvons savoir encore tout ce qu'on dit de cette présentation. Mais nous devons dès à présent fixer l'attention des lecteurs sur trois points qui rendent cette liste très significative. 1° L'exclusion des spécialités; des esprits se mouvant dans une sphère trop étroite ne pouvaient représenter la chirurgie. Nous sommes flattés du triomphe de notre opinion sur ce point. Mais nous répéterons encore ce que nous avons dit bien des fois : Si l'Institut ne peut, sans aller contre son principe constituant, accepter les spécialités, il n'en est pas de même des corps enseignants, qui *peuvent* et qui *doivent* multiplier les chaires, pour que toutes les branches de la médecine trouvent une culture spéciale. Les inconvénients qu'on pourrait reprocher à ce qu'on appellerait le morcellement des chaires, se trouverait compensé par les chaires de pathologie générale, de physiologie et d'histoire. Deux de ces chaires existent; la dernière devrait être créée.

Mais ce n'est pas le lieu et nous n'avons pas le loisir de développer ce système.

2° Cette liste est surtout satisfaisante pour nous à cause du rang occupé par M. Lisfranc, qui aurait pu, à la rigueur, être mieux placé. Nous voyons avec bonheur qu'ici la calomnie n'a pas triomphé, et qu'on s'est souvenu des services rendus par M. Lisfranc à la pratique chirurgicale, à son enseignement complet des opérations qui, sous son esprit exact, est devenu si précis.

3° Ce que nous avons à ajouter maintenant est parfaitement désintéressé : on s'en convaincra facilement, car on sait nos sympathies pour les deux premiers noms de la liste. Notons d'abord que la commission qui a dressé cette liste était composée de trois professeurs de la Faculté sur cinq membres. La Faculté avait donc la majorité dans cette commission. Or, voyez le rang qu'occupent les deux professeurs qui ont voulu ambitionner le fauteuil de Larrey? Cet abaissement de la Faculté par la Faculté, suggère de bien tristes réflexions pour ce corps. Nous ne nous y arrêterons pas aujourd'hui. Plus tard, au lieu d'y trouver un sujet de tristesse, nous y puiserons des enseignements et une force pour faire prévaloir nos opinions sur l'organisation des corps enseignants. Ce fait et la mésaventure de M. Cruveilhier nous seront très utiles.

Mais notre système d'opposition à un corps ne peut aller jusqu'à l'injustice, surtout quand il est question d'un de ses membres que nous avons suivi, aidé et quelquefois combattu dans son élévation. Aujourd'hui nous ferons une chose à laquelle nous nous attendions peu, nous défendrons un professeur de la Faculté contre un professeur de la Faculté. Nous avons dit que la majorité de la commission appartenait à la Faculté; ce serait, d'après cela, des professeurs qui auraient jeté dans un rang inférieur un professeur : soyons plus exacts, et n'accusons qu'un professeur; car MM. Roux et Andral ont le cœur trop bien placé et l'esprit assez grand pour ne pas savoir ce que c'est que la haine et la jalousie en matière de jugement. Ainsi, l'injustice (et elle est flagrante), l'injustice ne vient que d'un homme. Il n'y a qu'un homme qui a pu croire ou feindre de croire que M. Velpeau avait fait continuellement le métier de forban chirurgical : selon lui, l'anatomie chirurgicale ne devrait rien à M. Velpeau; l'embryologie lui aurait été complètement inconnue; le livre de Médecine opératoire n'aurait été qu'un livre d'emprunt, et encore d'un emprunt de mauvais aloi, avec indication fautive des vrais possesseurs.

Or, on sait que l'anatomie chirurgicale, qui est surtout une science toute française, vient des inspirations de Desault, de Dupuytren, de M. Roux, de Béclard, et qu'elle a été complètement organisée par MM. Blandin et Velpeau. Qui pourra jamais nier cette dernière circonstance? Qui voudrait aujourd'hui déposséder M. Velpeau en faveur de M. Blandin? Celui qui l'oserait serait désavoué par M. Blandin lui-même; sa loyauté, ses richesses, le mettent au-dessus de pareilles injustices.

De bonne foi, est-ce que l'embryologie était enseignée d'une manière complète avant les travaux de M. Velpeau, qui continuent d'une manière si remarquable ceux de Béclard? Il y a des erreurs, il y a des lacunes dans ce que M. Velpeau a écrit sur ce sujet; mais pour lui ravir les vérités qu'il a trouvées dans cette partie de la science de l'homme, pour le déposséder entièrement du titre que de pareilles recherches lui ont créé, il ne faut pas être juge, il ne faut pas être académicien consciencieux, il faut être rival malheureux et haineux.

Nous avouons franchement que nos tendances seraient pour la médecine opératoire, telle que l'enseigne M. Lisfranc, et nous n'avons jamais eu un goût très prononcé pour les faiseurs de livres qui ne sont qu'érudits. Cependant nous croyons, avec les chirurgiens impartiaux, que le livre de médecine opératoire de M. Velpeau a été utile directement et indirectement aux chirurgiens : directement, en les initiant à l'histoire de l'art, qu'il ne faut jamais négliger; indirectement, en créant aux autres auteurs des ressources qui ont été l'occasion de plus d'une bonne production chirurgicale. La partie originale de ce livre a été contestée. Nous voudrions qu'avant d'accepter ou de se faire une opinion sur ce point, les juges de M. Velpeau prissent la peine de vérifier les prétentions de ce candidat. Nous nous sommes livrés à une investigation qui, si elle pouvait être connue de l'Institut, ne laisserait pas un instant douteux le mérite de M. Velpeau. S'il le faut, nous reviendrons sur ce point.

En attendant, nous dirons pour consoler ce professeur et ceux qui comme lui ont droit de se plaindre de leur rang sur la liste, nous dirons que la commission a déjà prouvé qu'il y avait eu *passion* dans sa manière de procéder quand il a fallu présenter les candidats à la place de Double; or l'Institut dans sa sagesse, et avec les lumières qui ne lui manquent jamais, a su se mettre au-dessus d'une intrigue : l'Institut se rappellera cet antécédent.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Congélation des extrémités inférieures. Amputation des deux jambes. Emploi du sulfate de quinine. Guérison.

Au n° 10 de la salle Saint-Côme, est couché le nommé David Escoffier, âgé de douze ans, né à Paris, entré à l'hôpital le 9 décembre 1842.

Cet enfant, d'une bonne constitution, vacciné, non variolé, habituellement bien portant, paraît être assez mauvais sujet, d'après le rapport de ses parents. Apprenti gaînier, il a déjà été obligé de changer plusieurs fois d'atelier, aucun de ses maîtres ne voulant consentir à le garder.

Dix-huit ou vingt-jours environ avant son entrée à l'hôpital, il s'échappa de chez son maître; pendant quatorze ou quinze jours il courut les rues de Paris, polissonnant avec des enfants de son âge. Le soir, il allait se coucher à La Villette, dans un tonneau vide qui restait la nuit à la porte d'un marchand de vin. Ce tonneau, défoncé par un bout, était renversé sur le côté, l'extrémité ouverte tournée vers le mur. La

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet des gourmes chez les enfants, réunissant la description et le traitement des éruptions chroniques du premier âge (*achores, porrigo, favus, teignes*, etc.), des affections désignées par les mots *scrofules, strumes, écrouelles, mal froid*, etc., et des altérations syphilitiques originelles; ouvrage suivi d'un formulaire spécial, et précédé, 1° d'une Notice biographique sur Alibert; 2° de Considérations sur l'existence des principes virulents, et sur la nécessité d'une nouvelle méthode de traitement; par L.-V. DUCHESNE DUPARC, D.-M. Un vol. in-8°. Paris; Fortin, Masson et comp.

L'étendue du titre que nous venons de transcrire nous dispense de dire ce que l'auteur entend par le mot *gourmes*, puisqu'on y voit clairement qu'il s'agit des affections chroniques de l'enfance. Au risque de déplaire à nos fabricants de mots nouveaux, nous dirons notre prédilection pour cette vieille et populaire expression, *gourmes*, qui, si elle ne donne pas à l'aspect une idée bien scientifique de la chose, ne lui en donne pas non plus de fausses sur la nature de la maladie, et surtout sur son traitement. Sur le mot *dartres*, Lorry a écrit le livre le plus essentiellement médical qui existe sur les maladies de la peau. On a fait depuis de bien belles classifications, des descriptions bien pittoresques, des dessins fort exacts des dermatoses; mais l'idée médicale semble avoir été étouffée sous ce luxe accessoire. Ce n'est donc pas avec prévention que nous avons lu ce traité complet des *gourmes*, et bien nous en a pris, car l'auteur en eût fait prompte justice.

Après une introduction étendue, qui est un véritable petit traité de pathologie générale de l'enfance, l'auteur entre dans le sujet principal de son livre, et, après avoir rappelé les travaux les plus importants des anatomistes modernes sur la texture anatomique de la peau, il présente la division qu'il a cru devoir établir dans la grande classe des gourmes.

Dans une première section, il traite des gourmes herpétiques ou dartreuses; dans la seconde, des gourmes scrofuleuses; dans la troisième, des gourmes syphilitiques.

Dans le premier groupe, l'auteur décrit l'achor et les variétés admises par Manard et Villan, le porrigo et les favus, et sur chacun de ces sujets il donne l'étymologie, l'historique, la nosographie, et le traitement.

Dans le deuxième groupe, consacré aux gourmes scrofuleuses, il débute par une bonne dissertation sur le tubercule et la matière tuberculeuse; il donne ensuite quelques considérations générales sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système lymphatique, et il passe après à l'examen approfondi de la scrofule cutanée, de l'esthiomène, de la scrofule ganglionnaire superficielle et du système muqueux, de l'ophthalmie, de l'otite, du coryza, de la blennorrhagie scrofuleuse, des scrofules des articulations, des ulcérations scrofuleuses, et enfin au traitement général et particulier de la scrofule.

Dans le troisième groupe, M. Duchesne-Duparc étudie les gourmes syphilitiques, et passe successivement en revue l'ophthalmie et la blennorrhagie syphilitiques, les chancres, les ulcérations, et expose le traitement de la syphilis pendant la grossesse, après l'accouchement, qu'il ait lieu par la nourrice ou qu'il soit direct.

L'ouvrage se termine par un formulaire spécial, dont les formules sont empruntées aux traitements les plus récemment employés par des praticiens recommandables.

Après avoir fait connaître les principaux matériaux de cet ouvrage, il nous reste à dire un mot de la manière dont il a été exécuté. L'auteur nous semble avoir toujours réussi à maintenir son sujet au degré d'importance qu'il mérite. Il n'a négligé aucune recherche capable d'aider à la lucidité de ses descriptions, et d'éclaircir quelque point encore obscur d'étiologie et de diagnostic. Il s'est aidé des ouvrages les plus estimés, des découvertes les plus récentes; sur l'anatomie de la peau des travaux de Gauthier, Breschet, Cruveilhier, Giraldès; sur l'origine et la nature du favus, des belles recherches de M. Gruby; sur l'animalcule du pus blennorrhagique, des notions microscopiques du docteur Donné, etc.

Mais si la partie descriptive de cet ouvrage a été, de la part de l'auteur, l'objet d'une attention toute spéciale, le point le plus important à ses yeux, celui qu'il a traité avec le plus de soin et de détails, et pour lequel tous les autres n'ont été, pour ainsi dire, que des recherches préparatoires, c'est la partie consacrée au traitement. Il a cherché à donner à la thérapeutique des gourmes une direction nouvelle et mieux en rapport avec leur origine et leur nature. L'intention de l'auteur a été de la dégager de toute pensée théorique; et sans se montrer partisan exclusif d'aucun système, il a emprunté à plusieurs d'entre eux, celles de leurs opinions qui lui ont paru d'accord avec les faits.

Nous signalerons principalement les pages consacrées à l'article *dépuration* et *dépuratifs*, excellent travail de thérapeutique fondé sur les idées et les observations des praticiens les plus en honneur des temps passés et que les modernes ont eu le grand tort de laisser dans un oubli dédaigneux. Les conseils de M. Duparc pour ne pas troubler par une médication intempestive certaines éruptions herpétiques des enfants, les exemples qu'il cite à l'appui de ses conseils et qui prouvent que souvent ces éruptions ne sont qu'un moyen d'évacuation dont la nature se sert dans l'enfance, tout cela porte le cachet du véritable praticien, de celui qui ne se borne pas minutieusement à décrire les caractères extérieurs, le siége anatomique et tous les accidents pittoresques d'une dermatose, mais qui prend souci de sa nature intime, de sa corrélation avec l'état général de l'organisme, et surtout des soins qu'elle réclame et que le médecin éclairé peut lui donner.

Cet ouvrage est un service véritable rendu aux praticiens, mais nous disons aux praticiens seuls. L'auteur manifeste son espoir de lui voir franchir les limites médicales et de le placer entre les mains des mères de famille et de toutes les personnes qui se livrent aux soins de l'enfance. Nous espérons bien à notre tour que ce désir ne se réalisera pas, car nous croyons que ce serait un malheur plutôt qu'un bienfait. Si par modestie, M. Duchesne-Duparc a pu désirer pour son livre la destinée de tant de publications populaires faites au point de vue de l'ignorance des lecteurs, nous devons le relever de son humilité. Cet ouvrage n'est pas un manuel pour les nourrices et les bonnes femmes, qui ne le comprendraient pas et appliqueraient fort mal les préceptes. C'est un travail sérieux qui n'a de vulgaire que son titre, et que le médecin conservera dans sa bibliothèque après l'avoir lu.

Traité de l'éducation physique des enfants, à l'usage des mères de famille et des personnes dévouées à l'éducation de la jeunese; par RICHARD (de Nancy), professeur à l'Ecole préparatoire de Lyon. Un vol. in-12. Paris et Lyon 1843.

Destiné aux mères de famille, aux instituteurs et à toutes les personnes qui s'occupent des graves fonctions de soigner l'enfance physiquement et intellectuellement, cet ouvrage ne renferme rien que le médecin ne connaisse ou du moins qu'il ne soit sensé parfaitement connaître. Ce sont ces notions d'anatomie, de physiologie, d'hygiène propres à l'enfance; ce sont les préceptes de thérapeutique que cet âge réclame, que M. Richard a voulu vulgariser. Cette tentative ne peut qu'être approuvée, l'homme est presque toujours ce que l'ont fait sa mère ou sa nourrice, et chez elles que d'erreurs, que de préjugés, que de pratiques funestes! Les ramener dans les voies que l'observation et l'expérience médicales ont trouvées les meilleures, tel est le but de ce petit ouvrage écrit avec une élégante simplicité, accessible à tous les degrés de l'intelligence, et à qui nous souhaitons le succès populaire qu'il mérite et qu'il serait heureux qu'il obtînt.

Essai sur les causes mécaniques de la circulation du sang; par Aug. NOUCARÈDE DE FAYET, ancien élève de l'Ecole polytechnique. Broch. in-8° Paris, J.-B. Baillière.

Voici une nouvelle théorie, ou plutôt une explication nouvelle de la circulation. Quoique l'auteur ne soit pas médecin, cette brochure n'en

quatorzième ou quinzième nuit, le froid étant plus vif que d'habitude, l'enfant, un peu engourdi, ne se réveilla que tard, et en voulant sortir de sa retraite, il s'aperçut que l'on avait, pendant son sommeil, entassé, au-dessus et autour du tonneau où il s'était retiré, d'autres futailles qui lui fermaient toute issue. Dans la crainte d'être maltraité, il n'osa appeler à son secours, et resta, dit-il, trois jours et trois nuits blotti dans sa prison. Ce ne fut qu'alors qu'il se décida à crier. Conduit immédiatement chez son père, on lui mit les pieds dans l'eau chaude pour le réchauffer, puis on l'amena à l'hôpital.

Cette circonstance d'un pédiluve chaud, circonstance qui ne fut connue que plusieurs jours après l'entrée du malade à l'hôpital, est des plus importantes à noter. On sait, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que dans les cas de congélation d'un membre ou d'une partie quelconque du corps, il faut bien se garder d'employer l'eau chaude pour ranimer la chaleur éteinte dans la partie congelée. La partie malade doit être plongée d'abord dans la neige ou dans l'eau froide, puis doucement frictionnée, et ce n'est que peu à peu, et d'une manière pour ainsi dire insensible, que l'on élève la température du milieu dans lequel on a plongé le membre gelé. La plupart des auteurs s'accordent à regarder l'eau chaude employée tout d'abord dans un cas de congélation, comme cause déterminante de la gangrène qui survient si souvent en pareil cas.

Ignorant les circonstances qui avaient amené l'état d'engourdissement et l'abaissement de température de pieds, l'interne de garde prescrivit un nouveau pédiluve chaud ; et voici l'état dans lequel se trouvait le malade à la visite du 10 décembre :

Le corps était généralement d'une température peu élevée ; les deux pieds et le bas des jambes, jusqu'au niveau des malléoles, étaient pâles, décolorés, froids comme du marbre. La circulation y était tout à fait suspendue ; l'épiderme, d'un gris terne, était çà et là soulevé par de petites phlyctènes. Du reste, le malade n'accusait aucune douleur, ne se plaignait point. La sensibilité était complètement détruite dans ces parties.

Le pronostic porté par M. Guersant fut des plus graves et des plus fâcheux : il y avait là manifestement un commencement de gangrène. Cependant tout espoir de l'arrêter n'étant pas perdu, on enveloppa les membres compromis de coton saupoudré de quinquina, et on mit aux pieds des bouteilles remplies d'eau chaude.

Pendant les deux jours qui suivirent, la gangrène fit des progrès, l'épiderme se laissa enlever, puis la peau elle-même se détacha ; la gangrène devint de plus en plus profonde, les muscles tombèrent en putréfaction, et l'on vit à nu les métatarsiens parfaitement disséqués, baignés d'un liquide putrilagineux fétide.

Le 14 décembre, cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la gangrène était bien limitée au niveau des malléoles. Convaincu que si l'on abandonnait la maladie à elle-même, l'enfant était perdu et succomberait infailliblement à une résorption purulente, M. Guersant se décida, malgré la gravité de l'opération, à pratiquer le même jour, immédiatement l'une après l'autre, l'amputation des deux jambes. Immédiatement l'une après l'autre, disons-nous, malgré la crainte des accidents nerveux qui se montrent quelquefois chez les enfants à la suite des opérations longues et douloureuses ; car M. Guersant n'a jamais vu ces accidents être assez forts pour entraîner des suites graves, et il crut, dans ce cas particulier, moins risquer pour le salut de l'enfant en agissant de suite, que s'il eût mis un jour ou deux d'intervalle entre chacune des deux amputations.

Le 15 décembre on procéda à la double opération, qui fut exécutée au lieu d'élection, au-dessous des tubérosités du tibia et ne présenta rien de remarquable. Disons en passant que M. Guersant crut devoir faire faire l'une des deux amputations par l'interne attaché à son service. Cette méthode de faire *quelquefois* pratiquer sous leurs yeux quelques opérations par des élèves instruits, aurait, ce nous semble, si elle était adoptée par les chefs de service, l'avantage de former des opérateurs plus hardis et plus exercés, lorsqu'au sortir des hôpitaux ils se trouvent lancés dans la pratique civile, et c'est un avantage dont M. Guersant nous semble avoir compris toute la valeur.

Quoi qu'il en soit, l'opération fut faite assez rapidement et l'enfant l'a supportée très bien. Deux ligatures furent placées au moignon gauche, trois au droit, et les plaies furent réunies verticalement par des bandelettes de diachylon, M. Guersant voulant obtenir, au moins en partie, une réunion par première intention. Enfin le malade fut reporté dans son lit, et on lui administra dans la journée une potion diacodée destinée à prévenir, en le narcotisant légèrement, les accidents nerveux qui auraient pu se développer.

Dès le lendemain on leva l'appareil ; et depuis lors on fit chaque jour un nouveau pansement. Ce mode de pansement des amputations dès le second jour est exclusivement adopté par M. Guersant depuis plusieurs années, et en voici la raison. Cherchant à obtenir toujours la réunion immédiate, au moins autant qu'il est en son pouvoir, ce chirurgien trouve dans cette manière de procéder l'avantage d'enlever fréquemment les matières résultant du suintement du sang et des sérosités qui se fait toujours à la surface des plaies, et de prévenir ainsi les érysipèles si dangereux après les opérations graves.

Les jours suivants, le petit malade se trouva assez bien. Le pouls, qui s'était élevé à 120, tomba peu à peu 100-104. Le 18, la langue était rouge, comme scarlatineuse, pas d'appétit. Du reste, ni nausées ni vomissements ; point de frissons. Huile de ricin, 20 grammes. Deux bouillons.

Le 22 décembre le malade se trouve très bien ; il est assez gai, ne s'inquiète nullement de sa position ; le sommeil est calme ; une légère rougeur qui s'était montrée hier à la surface du moignon droit s'est dissipée cette nuit ; les deux plaies présentent l'aspect le plus satisfaisant. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Depuis hier, l'enfant prend des potages légers. Le pouls est à 96-100, la langue rosée ; un peu rouge à sa pointe et sur ses bords. Pas de diarrhée. Deux bouillons, vermicelle.

29 décembre. — Le malade est sensiblement dans le même état. L'appétit est toujours bon ; cependant il s'est déclaré un peu de diarrhée. La rougeur érysipélateuse de la cuisse droite a reparu et remonte peu à peu vers le tronc, malgré les frictions que l'on pratique fréquemment avec le saindoux sur les parties affectées. Les plaies présentent un état très satisfaisant. Elles sont réunies dans les trois quarts supérieurs environ ; le quart inférieur de chaque plaie suppure, avec léger écartement des lèvres : les ligatures sont toutes tombées sauf une au membre gauche.

5 janvier. — Depuis quelques jours les lèvres de la plaie du moignon droit se sont écartées et décollées, et la suppuration est devenue plus abondante. Le pouls, qui était monté jusqu'à 140, est descendu à 120. L'érysipèle a continué à envahir la cuisse droite dans sa presque totalité malgré la présence d'un vésicatoire volant circulaire à l'aide duquel M. Guersant espérait l'arrêter. Aujourd'hui l'érysipèle occupe la partie postérieure et inférieure du bassin dans sa moitié droite principalement. On continue les onctions avec le saindoux. Depuis quatre jours on administre au malade du sulfate de quinine à la dose de 0,75 gr. par jour. On a diminué un peu la nourriture qui consiste en un potage et un peu de chocolat à l'eau.

8 janvier. — A peu près même état. Le petit malade ne prenant que difficilement le sulfate de quinine, on substitue à la potion quatre pilules contenant chacune 0,05 gr. de sulfate de quinine et autant d'extrait de quinquina. En outre, on lui fait prendre soir et matin une cuillerée de sirop de quinquina.

12 janvier. — L'érysipèle a fini par disparaître peu à peu. Les plaies, surtout celle de la jambe droite, suppurent abondamment. La diarrhée, qui avait nécessité une réduction dans la quantité des aliments a cessé. Le sacrum et les trochanters présentent un commencement d'excoriation. Le pouls est toujours fréquent, à 132-136.

19 janvier. — La fréquence du pouls est toujours la même. Même état des plaies ; on distingue au tibia et au péroné du moignon droit, dont les extrémités sont à nu, deux petits points noirs indiquant un commencement de nécrose, langue un peu blanche à son centre ; pas d'appétit. Un peu de diarrhée. (3 pilules de sulfate de quinine et d'extrait de quinquina.)

A partir de cette époque le malade, que l'on craignait de voir tomber dans un état adynamique, alla de mieux en mieux. Le pouls tomba peu à peu de 120 et plus à 76-80. L'appétit revint. Aujourd'hui, 6 mars, les deux plaies sont presque complétement guéries, et l'état du malade est on ne peut plus satisfaisant.

— Nous ne terminerons pas cette observation sans quelques réflexions et sur les accidents qui sont survenus à la suite de l'opération et sur les résultats que l'on a obtenus par le traitement que l'on a mis en usage.

Nous n'insisterons pas sur la gravité du cas. Si une double opération de la nature de celle-ci est toujours une chose très grave, il faut avouer aussi que, chez les enfants, les chances défavorables sont beaucoup moins nombreuses que chez les adultes, et que les guérisons en pareille circonstance sont plus fréquentes, toute proportion gardée, chez les premiers que chez les autres.

Un accident qui aurait pu avoir les plus funestes conséquences, un érysipèle violent, est venu retarder la convalescence. De plus, il y eut un commencement de résorption purulente qui, pendant plus de quinze jours, inspira à M. Guersant les plus vives inquiétudes en menaçant de faire tomber le malade dans un état adynamique. L'emploi du sulfate de quinine fut suivi des plus heureux résultats. Que si l'on voulait révoquer en doute tous les effets de ce médicament employé dans des circonstances semblables à celle-ci, nous ne sommes point de ceux qui prétendront que le sulfate de quinine est désormais en quelque sorte une panacée universelle, et que ce sel arrête la fièvre traumatique aussi sûrement qu'une fièvre intermittente ; mais il paraît certain d'après des faits nombreux, que, outre sa vertu antipériodique, le sulfate de quinine possède aussi des vertus antiseptiques incontestables. Depuis trois mois, M. Guersant a eu dans ses salles occasion d'employer sur trois jeunes sujets le sulfate de quinine dans des cas où l'on avait tout lieu de croire à l'existence d'une résorption purulente, sur un enfant entre autres chez lequel un phlegmon énorme de la jambe droite avait, pour ainsi dire, en partie disséqué les muscles de ce membre. Dans ces trois cas, sous l'influence du sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 75 centigr. par jour, les phénomènes se sont amendés, les accidents ont peu à peu disparu, et les malades ont guéri beaucoup plus rapidement même que l'on n'avait cru devoir s'y attendre. Nous reviendrons, du reste, plus longuement sur ce sujet, sur lequel de nouveaux faits ne peuvent manquer bientôt d'attirer notre attention.

Dr A. F.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Goutte habituelle d'emblée. Considérations générales sur la goutte et sur les maladies constitutionnelles.

Au n° 19 de la salle Sainte-Madelaine, est un malade âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution assez forte, mais détériorée par une goutte qui dure depuis vingt-deux ans. Ses pieds et ses mains sont déformés, et offrent des nodosités assez marquées ; les muscles sont affaiblis ; le malade est presque dans l'incapacité de se servir de ses membres. De plus, il a une dyspepsie considérable, des flatuosités ; des pesanteurs d'estomac. Les urines, traitées par l'acide nitrique, offrent un précipité d'un rouge brun, qui par le repos se transforme en cristaux d'urée. Cette goutte n'est point périodique, elle a été d'emblée habituelle.

Ces gouttes habituelles, dès leur début, sont très rares ; on n'en voit que très peu d'exemples, surtout dans les hôpitaux. Le plus ordinairement la goutte attaque les jointures les unes après les autres, successivement. Ce n'est qu'après un certain nombre d'attaques que la maladie finit par se généraliser. Il arrive souvent que ces généralisations laissent une disposition à de la douleur dans les articulations, pendant les intervalles des attaques ; puis la dyspepsie survient, les dépôts de concrétions tophacées se forment dans les articulations ; voilà peu à peu la goutte devenue habituelle, mais avec des paroxysmes qui se manifestent sous forme de véritables attaques survenant quatre, cinq, six, ou un plus grand nombre de fois dans l'année. Ceci nous rappelle l'exemple d'un sujet goutteux depuis vingt ans ; la goutte était continue, mais avec des paroxysmes sous forme de véritables attaques. Pendant l'attaque, la dyspepsie cessait complétement, et elle reparaissait sitôt l'attaque terminée, pour durer pendant tout l'intervalle de deux attaques. Cette particularité n'est point rare. Aussi, connaît-on cette disposition qu'ont les goutteux, en général, à s'exciter pendant les moments de rémission, alors qu'ils sont en proie à la dispepsie.

---

doit pas moins fixer l'attention des physiologistes par les vues vraiment neuves et originales qu'elle renferme. L'opinion générale, en physiologie aujourd'hui, résulte de la fusion qui s'est opérée entre la théorie de Harvey et celle de Bichat ; savoir, que la circulation du sang dans les vaisseaux est due à la fois à l'impulsion du cœur et à la contractilité propre des vaisseaux qui le conduisent. Pour M. Nougarède, cette opinion est une double erreur, et à cette erreur il substitue la doctrine suivante :

Trois forces agissent sur la circulation du sang : la première est l'aspiration exercée de proche en proche par les organes ; ainsi, en prenant pour point de départ le poumon, chaque fois que cet organe se dilate par l'action des muscles, il se produit graduellement dans son intérieur une sorte de vide qui attire, d'une part, l'air extérieur destiné à la la transformation du sang, et de l'autre le sang veineux contenu dans l'artère pulmonaire ; celle-ci, à son tour, sollicite le sang renfermé dans les cavités droites du cœur ; ces dernières, celui des veines, puis des capillaires, et ainsi de suite en parcourant tout le cercle de mouvement.

La seconde est la capillarité ; c'est l'attraction connue d'un tube quelconque placé sous son influence ; cette force dont nous voyons sans cesse les exemples autour de nous, soit par le liquide qui s'élève dans un tube de verre ou de métal, soit par le coton ou par l'éponge, qui s'imbibent, n'existe pas moins dans les tubes de nos vaisseaux.

Enfin, la troisième force qui, bien que particulière à certaines parties du système, notamment aux vaisseaux capillaires et aux organes sécréteurs, contribue néanmoins à favoriser le mouvement général, c'est la réparation ou la sécrétion des organes.

En définitive, comme l'auteur le dit lui-même, on voit qu'il n'a fait autre chose que substituer un ensemble de forces d'attraction à la force d'impulsion venue du cœur et de la contractilité propre des vaisseaux. Cette impulsion du cœur, dont les physiologistes ont en vain cherché à calculer la puissance, est, pour l'auteur, presque insignifiante, et se borne presque à pousser dans son trajet le sang veineux des cavités droites au poumon.

Tous nos lecteurs comprendront, sans que nous ayons besoin de les indiquer, les objections graves qui peuvent être faites à cette doctrine, qui d'ailleurs, nous nous hâtons de le dire, sembte être encore à l'état de pure vue de l'esprit, et n'est appuyée ni sur l'observation, ni sur l'expérience.

Quelques réflexions sur l'insuffisance du jury en matière de médecine légale ; par Emile-L. Pereyra, d.-m., président de la Société de médecine de Bordeaux. Broch. in-8°. — Bordeaux, 1843.

Des inconvénients graves résultent de la législation actuelle sur le jury. Douze citoyens, presque toujours inhabiles à juger les hautes questions de médecine légale qui si souvent sont discutées devant les tribunaux, influencés soit par le ministère public, soit par le défenseur, absolvent ou condamnent sans connaissance de cause. dans le premier cas provoquent la répétition des mêmes actes criminels par l'espoir de l'impunité qu'entraîne la publicité donnée à l'incertitude de l'art, dans le second peuvent faire tomber le glaive de la loi sur une tête innocente. Un seul moyen se présente pour remédier à d'aussi graves inconvénients : c'est la formation d'un jury spécial composé de médecins légistes et de pharmaciens chimistes.

Telles sont les graves questions traitées dans la brochure de M. Pereyra. Comme on le voit, il ne demande rien moins que la révision d'une partie du code d'instruction criminelle. Les motifs développés dans ce travail sont certainement de la plus haute importance ; nous désirons bien sincèrement que le gouvernement les prenne en considération, mais, au milieu des préoccupations actuelles du pouvoir, comment oser l'espérer ?

Cours de Nosologie clinique ; par E.-G. Emangard, d.-m., professeur de pathologie interne et de clinique médicale à l'Ecole de médecine du Caire ; ouvrage traduit en langue arabe et imprimé par ordre de S. A. Mehemet-Ali, vice-roi d'Egypte. Un vol. in-8° ; Paris, 1843. J.-B. Baillière.

Cet ouvrage, destiné à de jeunes élèves qui ne comprenaient que la langue arabe, est un résumé succinct de pathologie médicale, tel qu'on en fait parmi nous sous le nom de manuels pour les aspirants au grade d'officier de santé. Envisagé sous un tout autre point de vue que celui auquel il a été composé, on chercherait vainement dans cet ouvrage les conditions qu'on exige parmi nous pour qu'un traité de médecine excite l'attention des lecteurs, mais en se souvenant de sa destination et de son but on ne peut s'empêcher de voir que l'auteur a parfaitement rempli la tâche qu'il s'était imposée, celle de donner à de jeunes Arabes, privés de la connaissance des langues grecque et latine, des notions nettes et précises sur l'état où la pathologie médicale est arrivée en occident. Nous n'adresserons qu'un reproche à M. Emangard, mais il est sérieux, c'est celui de n'avoir pas tenu assez compte des changements survenus dans les esprits depuis quinze ans à l'endroit de la médecine physiologique. Les doctrines, le traitement surtout qu'il a enseignés à ses élèves sont en France et en Europe complétement abandonnés. Ne voir dans le choléra-morbus, le typhus, la peste, que des gastro-entérites, c'est paraître avoir été complètement étranger au mouvement scientifique de l'époque, et nous regrettons que M. Emangard se soit exposé à voir prochainement renverser son enseignement par un professeur plus au courant des tendances actuelles de la science médicale.

Il est une autre forme de goutte, la goutte périodique à longs intervalles, qui présente au contraire cette autre particularité, que les sujets qui en sont affectés sont généralement bien portants pendant toute la période de rémission. C'est, de toutes les formes de la goutte, la plus simple.

Pour ce qui est des concrétions tophacées, elles offrent une grande diversité; tantôt il ne se forme qu'un très léger dépôt, à la suite d'un grand nombre d'attaques; d'autres fois, au contraire, un très petit nombre d'attaques suffisent pour donner lieu à un dépôt très abondant de ces concrétions. Une troisième variété de la goutte, est celle que l'on désigne ordinairement sous les dénominations de goutte irrégulière, goutte anormale, ab-articulaire. Cette espèce de goutte est un véritable protée, comparable à la syphilis chronique, par la variété infinie de ses formes et l'irrégularité de sa marche. Ce n'est le plus souvent que par une tendance aux douleurs et au gonflement articulaire, qu'on est conduit à en soupçonner l'existence. Dans cette variété, on rencontre quelquefois des tumeurs sous-cutanées ressemblant à des tumeurs sanguines, et pouvant en imposer pour telles, des nodus sur les membres qui disparaissent quelquefois spontanément, ou d'autres fois se transforment en véritables tophus.

Il n'est pas de maladie aussi variée dans ses formes, et à chacune desquelles se rattachent un aussi grand nombre de cas différents; aussi est-ce un sujet vaste et difficile à étudier. Cependant quand on connaît l'histoire de la goutte, on peut assez bien la diagnostiquer, pourvu qu'on ne porte pas la confusion nosologique jusqu'à méconnaître la différence capitale qui existe entre les maladies pyrétiques et les maladies apyrétiques. Citons quelques exemples :

Un médecin avait une ambliopie avec une insensibilité du côté droit de la poitrine. Il avait en même temps une douleur fixe à la nuque, douleur qui s'exaspérait pendant les mouvements. Il éprouvait aussi de légères douleurs, des fourmillements, avec de la faiblesse dans les membres; on remarquait enfin dans cette partie une petite tuméfaction. A raison de ces différents symptômes, ce médecin croyait avoir une carie des vertèbres du cou. Il avait tout simplement une goutte anormale. Il ne fut pas difficile de l'en convaincre, d'autant qu'il se rappelait avoir ressenti autrefois des douleurs aux pieds, et qu'il éprouvait habituellement de la gêne dans ses chaussures. Il portait même quelques traces de concrétions tophacées aux articulations du pied. Un bain de pied synapisé et quelques verres d'eau de Vichy, suffirent pour déplacer la maladie et pour rappeler les douleurs à leur siége primitif. Ajoutons à ces diverses circonstances que la suppression des douleurs, quel que fût le siége qu'elles occupaient, était toujours suivie d'une dyspepsie flatulente, et d'une oppression qui tourmentait beaucoup le malade, surtout après les repas.

Ces sortes d'anomalies singulières ne sont pas très rares; je me rappelle avoir vu, l'année dernière, une femme affectée de la goutte et qui, un beau jour, au lieu d'avoir un accès de goutte ordinaire, eut une apoplexie; un autre goutteux, dans le même cas, eut une congestion cérébrale; un troisième fut atteint d'une hémiplégie goutteuse.

Quelle idée devra-t-on donc se faire, d'une manière générale, de la goutte? Dirons-nous que c'est un état hyposthénique ou hypersthénique? Ce peut être l'un et l'autre. Est-ce une phlegmasie ou une névrose? Il est telle goutte qui se manifeste par une phlegmasie, telle autre par une névrose, une autre par des accès réguliers, intermittents; d'autres fois par des accès irréguliers, etc.; au point que l'on conçoit que dans de certaines préoccupations d'idées on ait pu faire de la goutte une foule de maladies diverses, ou même la supprimer du cadre nosologique.

La classification de la goutte n'est pas, en effet, sans difficulté. En fera-t-on une maladie générale ou une maladie locale? Il y a tout autant de raison pour la considérer comme une maladie générale ou comme une maladie locale, suivant qu'elle n'attaque qu'une articulation ou qu'elle siége sur plusieurs points à la fois. La goutte n'est pas, du reste, la seule maladie dont la classification présente autant d'embarras.

Prenons pour exemple la syphilis. Dans quel cadre la rangerons-nous? La classerons-nous dans les maladies générales ou dans les maladies locales? Selon qu'on ne considère que le chancre seulement ou bien des syphilides, dans le premier cas on peut considérer la maladie comme locale, dans le second cas elle est générale. Où est la limite de ces deux états? où commence l'un, où finit l'autre? La scrofule, quand est-elle locale, quand est-elle générale? Faut-il la ranger parmi les phlegmasies, les névroses ou les affections tuberculeuses? La difficulté est toujours la même. Voilà donc la goutte, la syphilis, la scrofule qui ne trouvent pas leur place dans les cadres nosologiques. Aussi les systématiques, faute de pouvoir les classer à leur gré, en sont-ils venus à nier leur existence. Il faut cependant bien prendre un parti à cet égard, et trouver un cadre où classer ces maladies. Faudra-t-il prendre pour base de cette classification la nature de la maladie, ou le siége? Mais où siégent ces maladies? Est-ce dans le système sanguin, dans les lymphatiques, sur la peau? Chacun de ces systèmes peut au même titre être considéré comme le siége de ces affections; elles peuvent siéger indistinctement dans tous les tissus et dans tous les points de l'économie. A cet égard, rien de constant; par conséquent point de siége précis. — D'un autre côté, si l'on examine le sang chez les goutteux, on n'y trouve aucune modification qui soit identique; de même pour le sang des syphilitiques, pour celui des scrofuleux. Par conséquent laissons de côté toutes ces tentatives de classification et toutes ces théories qui, après avoir été prônées tour à tour, ont toutes fini par être abandonnées.

Vous avez vu dans la goutte diverses formes, diverses affections, différents produits morbides et des localisations différentes. Prenez toutes les variétés possibles de la goutte, vous verrez combien sous ce nom commun sont compris d'états morbides différents, combien d'affections à siéges divers. Prenez les scrofules, vous trouverez de même une foule de caractères différents, les gonflements des lèvres, les ophthalmies, des tubercules dans des régions différentes, des symptômes variables, des produits morbides divers. Tout cela nous indique-t-il la nature de la maladie? Pas le moins du monde. Ce ne sont là que des caractères médicaux. Quant à la syphilis, le caractère protéiforme de cette affection est bien plus évident encore. A mesure que la maladie marche, vous voyez les produits morbides changer d'aspect et de caractère. Les lésions, les symptômes et le siége qu'affectent les divers ordres de lésions sont on ne peut plus variables.

Voilà donc plusieurs maladies différentes qui ont toutes ce caractère commun, qu'elles sont infiniment variées dans leur forme et leur manifestation, qu'elles n'offrent rien de constant par rapport à leur siége, et qui, à ce titre, constituent un groupe spécial de maladies. C'est ce groupe que l'on a désigné sous le nom de maladies constitutionnelles, nom qui doit leur être conservé, parce qu'il exprime la circonstance qui leur est commune. Mais il ne faut pas chercher dans cette dénomination la signification de la nature même de ces maladies; c'est en vain qu'on en chercherait l'explication dans la constitution. Toutes les théories que l'on a émises à cet égard sont entâchées du même vice; on a cherché à expliquer alternativement ces maladies par l'excès ou le défaut de contraction des vaisseaux lymphatiques, par l'ancien phlegme remplacé de nos jours par le tempérament lymphatique; ou en a placé le siége dans les vaisseaux, dans le réservoir de Pecquet, etc. : ce sont autant d'hypothèses dont le moindre défaut est de ne rien expliquer. Il faut donc renoncer à expliquer ces maladies, et accepter une dénomination qui représente et reproduit en quelque sorte à l'esprit les caractères communs d'un certain groupe d'affections, la goutte, la syphilis, la scrofule, la lèpre, etc.

Prenons un autre exemple, la diathèse. On dira que la diathèse est une disposition à sécréter ou produire tel ou tel produit morbide. Mais on prendrait pour cause ce qui n'est que l'effet ou la maladie elle-même. La diathèse n'est en effet autre chose qu'une maladie, ou un état morbide caractérisé par la production d'un produit morbide toujours identique, en différents points de l'économie; tels sont les tubercules, le pus, le cancer, etc. Est-il des individus susceptibles de présenter successivement des tubercules dans différents points du corps? Oui; il y a donc une diathèse tuberculeuse. De même pour le cancer; de même pour le pus. Il y a donc des diathèses tuberculeuses, purulentes, etc.

On cherche à expliquer ces différentes particularités par les prédispositions. Mais que veut dire prédisposition? La diathèse est un état défini, et non une prédisposition qui n'explique rien du tout. Quant à la valeur de ces expressions, il y aurait un inconvénient réel à changer les noms et à substituer des noms nouveaux d'une signification arrêtée, aux noms reçus, qui sont d'autant meilleurs qu'ils n'ont aucune signification, et dont toute la valeur consiste à désigner un fait défini. Telles sont les dénominations de maladies constitutionnelles et de diathèse.

Ainsi, pour revenir à la goutte, en s'en tenant à la marche, à la périodicité, aux divers caractères déduits des produits morbides, à la dyspepsie, etc., vous arriverez toujours à la diagnostiquer avec certitude. Quant au traitement, personne n'ignore qu'il n'existe aucun moyen de guérir radicalement la goutte. Ce traitement consiste uniquement dans la méthode substitutive, la seule possible. Connaissant le fait des localisations solidaires, on s'attachera à déplacer ces apoplexies, ces cardialgies et cette foule de maladies diverses sous l'apparence desquelles se cache la goutte, en leur substituant artificiellement des arthrites. Tous les traitements que l'on emploie contre la goutte, tels que les sinapismes, les vésicatoires, les boissons alcalines, les cataplasmes de Pradier, etc., ne sont en effet que des moyens employés contre telles ou telles localisations, tels ou tels symptômes; mais, je le répète, il n'existe aucun traitement réel, ou que l'on puisse appeler spécifique contre cette affection.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Observation de paralysie des muscles de l'œil et d'exophthalmie, et leçon clinique, recueillies par M. A. LHOMMEAU, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique.

Il y avait au n° 21 de la salle Saint-Gabriel, un chapelier âgé de soixante ans, nommé Gérard, qui dit être habituellement d'une très bonne santé; seulement, il y a douze ans, il a contracté, dans le Gatinais, des fièvres intermittentes qu'il a gardées pendant six mois, et dont il n'a pu se faire guérir qu'à Paris.

Il a eu plusieurs affections syphilitiques. La première date de quarante ans; elle a consisté en plusieurs chancres qui ont été traités par M. Cullerier, aux Capucins, au moyen de la liqueur de Van-Swiéten qu'il a prise pendant cinquante jours. Les autres ont été des urétrites simples, au nombre de trois ou de quatre (la dernière il y a onze ans); elles ont été traitées par le malade lui-même avec des tisanes.

Il y a deux ans, il lui est survenu dans le favori gauche un *bouton* saillant, dur, mais indolent. Quelques mois plus tard, des boutons semblables se sont développés sur divers points de la face et sur le moignon de l'épaule gauche; ils avaient tous les caractères de ceux qui existent encore, et dont nous parlerons plus bas. La cavité buccale a été le siége d'ulcérations qui se sont guéries, et ont reparu tour à tour pendant six mois.

Depuis deux mois l'œil droit est devenu douloureux, surtout la nuit; le malade a ressenti de la céphalalgie dans le côté correspondant de la tête, et presque en même temps la vision a commencé de s'affaiblir. Un peu plus tard la paupière supérieure s'est graduellement abaissée, et le malade, depuis lors, n'a pu se relever complétement. A la suite d'une consultation prise à la Maison de Santé, il s'est soumis à l'usage de sirop de salsepareille et de pilules mercurielles pendant six semaines. Son affection cutanée s'est en partie guérie, mais l'état de l'œil n'a pas changé.

Aujourd'hui 21 janvier, la face de ce malade paraît congestionnée; elle est fortement sillonnée par des taches et des tubercules d'un rouge violet, larges comme des lentilles, saillants, durs, indolents, plus abondants et mieux dessinés au front où quelques-uns sont un peu croûteux, à côté d'autres qui sont cicatrisés. L'aspect de ces tubercules, leur groupement en plaques arrondies, l'aspect des cicatrices, et les renseignements qu'a donnés le malade, ne permettent pas de douter que cette affection ne soit syphilitique; ajoutons que l'épaule gauche est aussi couverte de ces plaques mêlées de cicatrices. La paupière supérieure est complétement abaissée au-devant de l'œil, mais d'une manière passive, sans contraction de l'orbiculaire. On voit qu'il y a là seulement cessation d'action du releveur; quand le malade fait des efforts violents, il peut la soulever un peu, et il parvient à l'élever à moitié en fermant l'œil sain avec ses doigts. Elle paraît soulevée en avant par le globe oculaire; celui-ci est en effet porté en avant et un peu en bas. Une ligne transversale tracée au milieu de l'œil sain laisse à 4 à 5 millimètres au-dessous d'elle l'ouverture des paupières du côté malade et le diamètre transversal de l'œil. La pression du globe oculaire le refoule facilement en arrière et le remet à sa place. Le clignement suffit pour obtenir en partie ce résultat.

Les mouvements de l'œil sont abolis; cependant, de temps en temps, pendant qu'on tient les paupières écartées, on surprend quelques légers mouvements de rotation de dehors en dedans, sur l'axe antéro-postérieur de l'organe. La cornée est tournée directement en avant. Du reste, les parties constituantes de l'œil reparaissent saines; il n'y a qu'une légère injection de la conjonctive vers l'angle interne et un léger chémosis séreux. La pupille est moyennement ouverte, régulière et immobile, même lorsque la lumière agit en même temps sur l'œil droit; cependant, en regardant bien attentivement, on croit apercevoir une légère oscillation de cette ouverture. Le malade reconnaît bien les objets qu'on lui présente à quatre à cinq pieds de distance, mais il les voit mieux à quatre pouces environ de l'œil. En promenant un objet au-devant de lui, il ne l'aperçoit du côté malade que lorsqu'il est arrivé à peu près au-devant du nez, et il le perd quand il dépasse la tête du côté gauche. Près de ces limites, quand les deux yeux sont ouverts, le malade voit double; l'objet paraît simple quand il est placé en face de l'œil malade. Cet homme n'est pas assez intelligent pour qu'on puisse prendre des mesures bien exactes à ce sujet.

Du reste, il n'y a ni photophobie, ni sécrétion morbide. Le malade éprouve dans l'œil, à la base de l'orbite et dans le côté de la tête, une douleur légère qui augmente sensiblement la nuit. La sensibilité tactile du front et de la base de l'orbite paraît conservée.

Ce malade vous présente un exemple d'exophthalmie dont nous devons rechercher la cause et le mécanisme. Les rapports de l'œil sont changés sans qu'il y ait dans son intérieur de cause de ce déplacement, d'accumulation anormale de liquide, en d'autres termes, d'hydrophthalmie non plus que de cancer. Nous savons aussi que cet homme n'a subi aucune opération qui aurait pu amener l'exophthalmie. Il reste deux ordres de causes dont peuvent dépendre la saillie de l'œil et son immobilité; ce sont la *compression* de l'organe et la *paralysie* de ses muscles.

La première peut être produite par des tumeurs bien variées, ayant leur siége dans l'orbite même, dans les parois ou dans les cavités voisines, telles que des exostoses, des périostoses, des abcès, des kystes, des lipomes, des tumeurs érectiles, des cancers, des polypes soit des fosses nasales, soit des sinus, etc., qui toutes chassent l'œil en rétrécissant l'orbite; mais ce n'est pas le cas de notre malade. En effet, on ne trouve de tumeur nulle part, et une compression légère, le clignement même, comme nous l'avons noté, peuvent ramener l'œil à sa place. D'ailleurs, dans les cas où l'exophthalmie est produite par des tumeurs, la déviation se fait dans un sens variable, et qui dépend du siége de la maladie; dans la paralysie, au contraire, le sens du déplacement est constamment le même; il se fait, comme chez notre malade, en avant et en bas.

Mais cette paralysie elle-même n'est sans doute pas essentielle. Notre malade n'est pas dans le cas de ceux dont parlent Corvisart et plusieurs autres chirurgiens, et qui à la suite de plaies ou de contusions de l'œil ont présenté des exophthalmies portées au plus haut degré.

Le virus syphilitique, sous l'influence duquel notre malade nous paraît être, porte bien quelquefois son action sur le système musculaire, mais dans ce cas il n'agit point en produisant la paralysie ou la cessation des contractions musculaires; il tend, au contraire, à déterminer un effet diamétralement opposé. Ainsi un des malades de notre service porte des *rétractions* qui ne paraissent pas pouvoir être rattachées à d'autres causes; mais chez celui dont nous nous occupons, il y a au contraire *relâchement* des muscles; il n'est pas probable que ce dernier ait sa source dans une altération des centres nerveux; sa cause paraît agir plutôt sur le trajet des cordons conducteurs de la sensibilité et du mouvement, et ici la physiologie va nous servir à présumer la nature de la lésion et à la localiser d'une manière très satisfaisante. L'intégrité du mouvement de clignement et de tous les autres mouvements de la face met hors de cause la septième paire.

Le nerf optique paraît à peu près sain (peut-être est-il un peu distendu); la vision est conservée; son affaiblissement s'explique par la cessation des fonctions des nerfs accessoires. Ainsi l'abolition des mouvements de l'œil, qui sont sous la dépendance de la troisième, de la quatrième et de la sixième

paires, ne permet plus à cet organe de présenter aux objets des points identiques des rétines, et produit la diplopie que nous offre ce malade dans certaines positions ; elle ne permet plus à l'œil de s'accommoder aux diverses distances ; en effet, d'après les recherches des physiologistes modernes la contraction musculaire a sa part dans la production de ce phénomène en changeant les diamètres de l'œil. La paralysie des nerfs iriens et de la membrane à laquelle ils se distribuent concourt encore à ces résultats.

La cinquième paire ne paraît pas avoir souffert ; sa sensibilité tactile est partout conservée.

Si maintenant nous notons que la paralysie n'est pas tout à fait complète (car le malade peut encore soulever sa paupière, la pupille n'est pas absolument immobile), et si nous cherchons le point dans lequel peuvent être à la fois comprimés les nerfs dont les fonctions sont évidemment gênées, nous arriverons à conclure que, chez cet homme, il existe dans le sinus caverneux du côté gauche ou dans le voisinage de la fente sphénoïdale, une tumeur probablement peu considérable, ou un épaississement, ou une végétation. Les conditions où se trouve le malade, l'augmentation bien marquée de ses douleurs pendant la nuit autorisent à croire que cette altération est de nature sypbilitique. Cependant le pronostic ne laisse pas que d'être sérieux, parce que déjà ce malade a été soumis sans succès à l'action du mercure ; mais nous allons le mettre à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, et même en applications locales sur le front. Si ce médicament, qui nous paraît indiqué, ne réussissait pas, nous reviendrions au mercure dont nous pousserions l'emploi jusqu'à la alivation.

Déjà depuis hier le repos au lit a eu une influence appréciable et heureuse sur la vive coloration de la face. La cessa- de l'abus des boissons alcooliques est peut-être aussi pour quelque chose dans ce premier degré d'amélioratiou.

Le malade est depuis sorti de l'hôpital à peu près dans le même état.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Notions praliques sur l'administration du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire.

Nous avons déjà parlé d'un travail de M. Gilbert-Boissière sur l'emploi du proto-iodure de fer dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; mais il nous reste à faire connaître les principes qui doivent régler l'administration de cet agent thérapeutique, et parmi lesquels les uns sont relatifs au médicament lui-même ou au malade que l'on soumet à son action, ies autres aux moyen, hygiéniques ou pharmaceutiques par lesquels il convient de seconder la médication.

A. *Règles relatives au medicament.* — En raison de la rapide décomposition qu'éprouve le proto-iodure de fer au contact de l'air, et sous l'influence de l'oxygène, on ne doit le préparer qu'au fur et à mesure qu'on l'emploie.

Si l'on est obligé de le préparer d'avance, on doit le conserver dans du sirop de gomme blanc, parce que le sucre et la gomme ont la propriété d'empêcher l'oxidation du fer. Le sirop ainsi préparé doit être conservé lui-même à l'abri du contact de l'air, et dans un lieu où la température est peu élevée.

Pour l'administration immédiate, le sirop de gomme est encore le meilleur véhicule ; après lui viennent les eaux gazeuses et les eaux distillées. Les tisannes faites avec l'eau commune doivent être rejetées, parce que l'oxygène retenu par l'eau en solution peut réagir sur le proto-iodure.

La décomposition du proto-iodure se reconnaît à la couleur verdâtre, puis brune-rougeâtre, que prend successivement le liquide.

Le proto-iodure conservé dans le sirop de gomme, d'après les règles précédentes, peut rester une quinzaine de jours et même davantage sans se décomposer.

B. *Règles relatives au malade.* — Le médicament étant liquide, se mesure par gouttes. Il est d'ailleurs facile de faire la conversion des gouttes en grammes, car quinze gouttes pèsent un gramme.

C'est ordinairement par la dose de quinze gouttes que l'on commence l'administration de ce médicament ; mais, chez les sujets très jeunes ou considérablement affaiblis, on ne commence que par dix gouttes ou même par cinq gouttes.

Dès que la tolérance est établie, on augmente, tous les deux ou trois jours, la dose de cinq ou six gouttes, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à cent vingt gouttes, qui font huit grammes. Parvenu à cette dose, on continue l'administration du médicament sans l'élever davantage, ou bien on le suspend pendant une huitaine de jours, pour recommencer au bout de ce temps par quinze ou vingt gouttes.

Toutes les fois que le malade éprouve quelque phénomène un peu intense ou insolite, on a coutume de suspendre le protu-iodure pour s'assurer si le phénomène ne s'est pas manifesté sous l'influence du médicament. Dans le cas où l'on reconnaît la réalité de cette influence, on examine si la persistance du phénomène est sans inconvénient pour le malade ; dans ce cas, le médicament est continué ; dans le cas contraire, où la persistance du phénomène pourrait avoir des suites fâcheuses, le médicameot est suspendu jusqu'à la cessation complète du phénomène.

C'est ainsi que le proto-iodure détermine souvent de la céphalalgie, de l'insomnie et ees palpitations qui persistent pendant huit et dix jours et qui cessent ensuite spontanément, bien que l'on n'ait pas suspendu son emploi ; il en est de même pour les phénomènes observés du côté des organes digestifs. Mais si les vomissements persistent plus de deux ou trois jours ; mais si, au lieu de faire cesser la diarrhée, comme cela arrive ordinairement, la diarrhée augmente d'une manière évidente, alors on suspend le médicament pour un temps, on combat ces symptômes par des moyens appropriés, et l'on recommence plus tard à plus faible dose.

C. *Règles relatives aux moyens pharmaceutiques et hygiéniques qu'il convient d'associer au proto-iodure de fer.* — Les moyens pharmaceutiques auxquels on doit avoir le plus souvent recours, sont : le vin de Bordeaux, l'élixir viscéral d'Hoffmann, le quinquina et les autres amers ; l'eau gazeuse, l'eau acidulée de Saint-Galmier ; les électuaires avec la conserve de roses, la conserve d'aunée, le sirop de quinquina, le sirop d'œillet, le cachou et quelquefois l'extrait de ratanhia ; enfin les diverses tisanes pectorales et béchiques, juleps et potions vulgairement usités en pareil cas quand il faut combattre l'irritation bronchique.

Les moyens hygiéniques consisteot en un régime presque exclusivement animal, en des repas aussi copieux que les malades peuvent les supporter, en des vêtements chauds et des exercices en rapport avec le développement des forces. (*Gaz. méd.*, t. X, p. 833.)

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

Traitement du tœnia ; par M. PETIGARS.

Depuis quelque temps on nous signale comme produisant d'heureux effets, la médication de M. Petigars ; les docteurs Lemaltre, Saintard-Desrosiers, Renault, Dangla, Lebreton, etc., en ont reconnu les avantages contre les entozoaires en général, et les diverses espèces de tœnia en particulier.

Le bonheur avec lequel ce médecin traite et expulse le tœnia ; la rapidité, l'innocuité du remède et l'absence de toute indisposition consécutive à son ingestion, paraissent remarquables et nous en signalons avec plaisir l'importance comme objet thérapeutique.

Toutefois en appelant l'attention des médecins sur cette déconverte qui peut recevoir de si nombreuses applications, nous désirerions que la formule en fût rendue publique.

Ignorant les raisons sur lesquelles se fonde M. Petigars, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer le regret que ce médecin ne soit point en position de publier son procédé, dont l'enregistrement au Codex serait pour lui un titre honorable.

COMITÉ SECRET DE L'ACADEMIE DES SCIENCES.

Voici ce que nous apprenons à l'instant sur ce qui s'est passé dans le comité secret de l'Institut.

Lecture a été faite par M. Roux du rapport de la commission sur huit candidats, MM. Lallemand, Lisfranc, Ribes, Velpeau, Gerdy, Amussat, Bégin et Jobert.

MM. Arago, Thénard et Biot ont pris la parole en faveur de M. Civiale, qu'ils désireraient voir porter sur la liste.

Lundi procbain, on continuera à discuter la liste de présentation, et la nomination n'aura lieu que dans quinze jours.

NOUVELLES.

Toutes les relations qui arrivent de l'épouvantable désastre de la Pointe-à-Pitre, signalent le zèle, l'activité, le dévouement montrés par les médecins dans ces tristes circonstances. On cite avec éloges la conduite de MM. Amyck, Lhéritier, Rusz. Ce dernier est accouru de la Martinique à la nouvelle du désastre.

— La grippe a reparu à Londres et y sévit avec une grande intensité. Elle présente les mêmes caractères que dans les épidémies précédentes.

Tout le monde sait aussi bien que nous que sans une nourriture saine et bien administrée, sans des soins particuliers, les mammitères ne sauraient donner un bon lait. A cet égard, le choix d'une laiterie n'est donc pas une chose sans importance. Nous profiterons du moment où nos confrères vont prescrire à leurs clients le lait du printemps pour raviver des santés que les veilles et les plaisirs d'hiver ont plus ou moins altérées, pour leur recommander d'une manière toute spéciale la *laiterie modèle* de M. Poinsot.

Nous rappellerons, comme le meilleur titre à leur confiance, les éloges que l'Académie de médecine a donnés plusieurs fois à l'intelligence et au zèle de ce nourrisseur.

Si, comme nous l'avons fait nous-mêmes, nos confrères désirent voir comment est dirigé cet établissement, nous pouvons leur dire qu'ils seront reçus avec le plus vif plaisir par M. Poinsot.

JEUDI 16 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 32, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 15 MARS 1843.

Sulfate de quinine. — Fièvre typhoïde.

Depuis que pour la dernière fois nous avons entretenu nos lecteurs du sulfate de quinine, plusieurs nouveaux faits se sont produits sans que nous les ayons nullement commentés, voulant attendre, avant de prononcer un jugement définitif sur cette question, que les témoignages fussent aussi nombreux que possible. Nous devons dire que, tels qu'ils sont actuellement, nous ne les considérons pas encore comme suffisants pour donner lieu à une démonstration complète; mais comme l'attention commence à se distraire de cet important sujet, comme depuis quelque temps on a cessé de publier de nouvelles observations, nous croyons qu'il est temps d'exposer les conclusions auxquelles doivent conduire, selon nous, les faits déjà acquis.

Nous ne savons s'il serait utile, avant d'entrer en matière, de nous justifier du reproche qu'on semble avoir voulu nous faire, *de nous être plu* à exagérer les accidents produits par le sulfate de quinine. Si c'est contre nous qu'une pareille insinuation a été dirigée, nous nous contenterons de la signaler à nos lecteurs, et nous osons nous flatter que cela suffira pour détruire l'effet qu'elle pourrait produire, si tant est qu'elle en puisse produire aucun. Nous ne rendrons pas soupçon pour soupçon, et nous ne reprocherons pas aux auteurs de cette récrimination d'avoir voulu atténuer ce qu'on nous accuse d'avoir exagéré, quoi qu'il soit plus facile de concevoir le plaisir qu'on peut avoir à voiler ses propres revers, que celui qu'on peut trouver à exagérer ceux des autres; la science n'aurait rien à gagner à ces mutuels reproches, et nous n'aurions, nous, que de la considération à y perdre. Laissons donc à chacun sa moralité quand il n'y a pas de mauvaise foi évidente, et ne mettons pas sur une même ligne l'erreur et l'imposture. Si nous nous sommes trompés dans la narration des faits ou dans les conclusions que nous en avons tirées, nous confesserons franchement notre erreur, ce sera la meilleure manière de prouver que dans tout ce que nous avons dit, nous n'avons cherché que la vérité. Nous exposerons d'abord ce qui est relatif au traitement de la fièvre typhoïde; nous parlerons ensuite du rhumatisme articulaire; et enfin nous chercherons à apprécier la valeur des faits dans lesquels le sulfate de quinine a paru déterminer des accidents plus ou moins graves.

Le seul moyen d'apprécier l'action d'un médicament sur la marche de la maladie, c'est d'employer ce médicament dans tous les cas qui s'offrent à l'observation du médecin, ou, si le médecin ne croit le médicament utile que dans certaines formes de la maladie, au moins dans tous les cas qui présenteront ces formes; celles-ci devront être assez tranchées pour être reconnues à des signes non équivoques, afin que d'autres observateurs puissent répéter les mêmes recherches. C'est pour rester fidèles à cette manière de procéder, la seule susceptible de conduire à des résultats vrais, que nous ne ferons usage, dans le résumé que nous allons présenter, que des observations dont les auteurs se sont conformés au principe que nous venons d'énoncer. Nous emprunterons ces observations aux mémoires de MM. de Saint-Laurent (1) et Pereira (2), et à la communication que M. Martin Solon a faite à l'Académie à propos du rapport de M. Louis sur le sujet qui nous occupe. Nous devons nécessairement mettre de côté les observations de l'inventeur de la méthode, puisqu'il a paru évident à l'Académie que le diagnostic de ces observations n'était presque jamais fondé. Mais en ne tenant compte que des cas où le diagnostic ne peut être douteux, il reste encore d'assez grandes difficultés pour comparer ces diverses observations entre elles et pour en tirer des conséquences rigoureuses, et l'on conçoit facilement qu'il en doit être ainsi, quand on réfléchit qu'après une observation attentive les divers observateurs arrivent à des opinions entièrement différentes. Ainsi, tandis que M. Pereira attribue au sulfate de quinine une grande et heureuse influence sur l'issue de la maladie, MM. Martin-Solon et de Saint-Laurent semblent disposés à croire que leurs malades sont plutôt guéris *avec* que *par* le sulfate de quinine. Nous nous placerons tout à fait en dehors de l'impression particulière que doivent produire les faits sur celui qui les observe, impression le plus souvent fausse, et nous ne tirerons de ces faits que les conséquences rigoureuses qui en découlent. Nous dirons d'abord que ces observations sont insuffisantes pour démontrer l'influence que peut avoir le sulfate de quinine sur la mortalité de la fièvre typhoïde; mais elles suffisent au moins pour faire voir que cet agent thérapeutique est loin d'avoir sous ce rapport les avantages saillants qu'on lui a reconnus. Ainsi en réunissant les faits recueillis par les trois observateurs que nous avons cités, nous avons vingt-sept cas (3) de fièvre typhoïde dans lesquels la maladie fut très grave ou moyennement grave; sur ces vingt-sept cas, il y en a onze qui se sont terminés par la mort. Cette mortalité ne s'écarte pas beaucoup de celle que l'on observe habituellement; et si elle s'en écarte, ce n'est certainement pas à l'avantage du sulfate de quinine. Ainsi sur cent neuf cas graves de fièvre typhoïde observés par M. Louis, quarante-deux se sont terminés par la mort; ce qui donne une mortalité un peu moindre que celle obtenue par le sulfate de quinine. M. Bouillaud, même en rétablissant sa mortalité d'après les principes que nous avons exposés dans la précédente note, a encore obtenu par les saignées coup sur coup, des résultats plus avantageux. Nous répétons que les faits sont insuffisants pour permettre d'apprécier avec rigueur l'influence que peut avoir le sulfate de quinine; mais il faut voir que si cette influence existe, elle doit être bien peu appréciable. Nous trouverons une nouvelle et puissante raison de plus pour nous affermir dans cette opinion, en étudiant la durée de la maladie et la marche des divers symptômes.

La durée moyenne de la maladie fut de près de 32 jours chez les 88 typhoïques observés par M. Louis, et chez lesquels la maladie se termina heureusement. Chez les 8 malades guéris dont M. Pereira a rapporté l'histoire, la durée moyenne fut de 34 jours, et encore est-il extrêmement probable que, chez quelques malades au moins, le début de la maladie n'a pas été placé assez haut. Cela nous semble ressortir de l'observation deuxième en particulier, où il est dit qu'au sixième jour le ventre est *parsemé* de taches typhoïdes. Or, ces taches d'après tous les observateurs (MM. Louis, Chomel, Bouillaud, Forget, etc.), ne se développent jamais avant le sixième jour; et comme elles ne se manifestent jamais que peu à peu, il s'ensuit que quand on les trouve en grand nombre, on est certain qu'elles existent au moins depuis 3 ou 4 jours, et que, pour cette raison, la maladie a plus de 6 jours de durée. Chez les malades de M. de Saint-Laurent, la durée de la maladie n'est pas indiquée d'une manière précise, mais il est facile de voir, par le peu de détails qu'on trouve à ce sujet, que cette durée fut au moins aussi longue que celle dont il a été question.

Chez les sujets qui ont succombé, la maladie, au lieu d'avoir été plus longue, a été plus courte que celle qu'on observe habituellement. On a interprété favorablement cette manière de voir en disant que dans ces cas le sulfate de quinine n'avait pas eu le temps d'agir; mais cette manière de voir ne nous paraît pas conforme à la saine logique; il nous semble beaucoup plus juste de dire que, puisque le sulfate de quinine ne peut en rien enrayer la marche des accidents de la maladie dans les cas mortels, il est peu probable qu'il puisse la guérir ou qu'il l'ait guérie dans les cas heureux.

Si de la durée de la maladie nous passons à l'examen de ses principaux symptômes, nous trouvons encore des résultats qui ne prouvent guère en faveur du sulfate de quinine.

La *prostration*, par exemple, qui est souvent demeurée stationnaire pendant les premiers jours de l'administration du sel, s'est améliorée ensuite chez les sujets qui guérissaient, et s'est, au contraire, aggravée chez les autres.

La *diarrhée*, qui dans les observations de M. Pereira a été souvent diminuée, n'a pas du tout éprouvé le même amendement dans celles de M. de Saint-Laurent, où l'on trouve au contraire des cas dans lesquels le sel quinique paraît avoir déterminé des superpurgations.

La différence des faits observés par MM. de Saint-Laurent et Pereira, sous le rapport de la diarrhée, se retrouve encore relativement à *l'état de la langue*. Ainsi tandis que cet organe et ceux qui l'entourent s'améliore souvent, devient humide et net dans les observations de M. Pereira, on voit qu'elle reste sèche et chargée ou même qu'elle le devient quand elle ne l'était pas dans les cas rapportés par M. de Saint-Laurent. Il est au reste probable que ce dernier observateur est plus près que le premier de la vérité, car les modifications qu'il indique ont été observées souvent dans d'autres services, notamment dans celui de M. Andral, et ces modifications, ainsi que nous le verrons plus tard, sont celles qui ont lieu chez les rhumatisants, chez qui la langue est naturellement normale ou à peu près.

Peut-être objectera-t-on ici que nous avons comparé ce qui n'est pas comparable, puisque chez les malades de M. Martin-Solon et de Saint-Laurent le sulfate de quinine a été administré selon l'intégrité de la formule de l'inventeur (1), tandis que dans celle de M. Pereira, la potion quinique n'a été administrée que toutes les deux heures et seulement pendant trois ou quatre jours, six jours au plus (dans deux cas), encore le plus souvent en a-t-on suspendu pendant un ou deux jours l'administration pour la reprendre ensuite; en sorte que les malades ne se sont trouvés au plus que pendant trois jours consécutifs sous l'influence du médicament. Si ces derniers cas avaient été plus malheureux que les autres, nous accepterions volontiers cette objection; mais comme ceux dans lesquels on a employé le sel pendant long-temps n'ont pas donné de meilleurs résultats que les autres, il est évident qu'une pareille objection n'aurait aucune portée. La seule objection que l'on pourrait faire et que fait sans aucun doute l'auteur de la méthode, c'est qu'on ne peut rien conclure de faits dans lesquels on n'a employé le sulfate de quinine que trois ou quatre jours, et cela encore avec des intermissions d'un ou deux jours, attendu qu'on ne comprend pas comment une médication aussi éphémère pourrait arrêter la marche de la fièvre typhoïde, surtout quand on attaque celle-ci après qu'elle a produit des lésions matérielles plus ou moins graves, ce qui est presque constant. Ce raisonnement est assez plausible, et nous accepterons les conclusions si on l'exige; mais en faisant abstraction des faits, la méthode que l'on critique a été suivie, les résultats restent toujours les mêmes, ce qui vient encore confirmer que dans l'une comme dans l'autre méthode, la nature a seule supporté les frais de la guérison.

Voilà pour la fièvre typhoïde: nous verrons prochainement ce qui est relatif au rhumatisme.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Nouveau mode de traitement par la cautérisation avec le fer rouge appliqué aux ulcérations du col de la matrice.

Avant d'exposer ici la nouvelle méthode de traitement appliquée par M. Jobert aux ulcérations du col de la matrice, il n'est pas sans intérêt de rappeler en quelques mots le résultat de ses recherches sur l'un des éléments qui entrent dans la composition de l'utérus, puisque c'est la connaissance exacte de la distribution des filets nerveux dans l'épaisseur de l'organe qui l'a mis sur la voie d'une pratique qui compte déjà des succès nombreux.

Galien admettait l'existence des nerfs dans la matrice, dont il connaissait la sensibilité et la contractilité. Les auteurs qui viennent après lui adoptent son opinion sans la vérifier, et il faut arriver au dix-septième siècle pour voir de nouvelles lumières répandues sur cette question. Willis, Reusse, Daventer, Winslow, Saltzmann, Walter, de Graef, Haller, W. et J. Hunter, Osiander, etc., décrivent successivement ou l'origine, ou la distribution des nerfs qui se rendent à l'utérus. Tiedemann, Langenbeck, les font représenter sur des planches. Des travaux plus récents sur ce point important d'anatomie (Cruveilhier, Blandin, Dugès et madame Boivin) tendent à déterminer exactement la manière dont sont formés, par des nerfs de source différente (nerfs rachidiens et ganglionnaires) les plexus rénaux, hypogastrique et ovarique, d'où émanent les filets qui fournissent à l'utérus et à ses annexes. Après avoir constaté le point d'émergence, les auteurs suivent bien les nerfs dans une certaine étendue de leur trajet au milieu des tissus de l'organe, mais ils n'insistent pas assez sur leur distribution ultime. M. Velpeau fait remarquer que les branches qui viennent du plexus sacré se rendent presque entièrement au col, dont la sensibilité se trouve ainsi naturellement

---

(1) Archiv. de médecine, septembre 1842.

(2) Thèses de Paris, 1842.

(1) Ces vingt-sept cas se composent de cinq observations recueillies par M. Martin-Solon; des neuf dernières du mémoire de M. de Saint-Laurent, dont trois furent très graves et six moyennement graves; et enfin, de toutes les observations consignées dans la thèse de M. Pereira, moins une qui n'a pas été recueillie dans le même service que les autres, et qui ne peut en conséquence, pour les raisons déjà indiquées, entrer en ligne de compte. J'ai cru, en revanche, et contrairement aux vues de l'auteur, ne devoir pas omettre les trois cas de mort dont il parle à la fin de sa thèse, et qu'il exclut sous prétexte que le sulfate de quinine n'ayant pu être continué assez long-temps, on n'est pas en droit d'en attendre les résultats qu'il produit dans les cas contraires; c'est là une manière de procéder que tous les bons observateurs ont aujourd'hui condamnée, car, à ce compte-là, on trouve toujours d'excellentes raisons pour expliquer les cas de mort à la plus grande gloire du moyen qu'on préconise. L'auteur de la thèse dont nous parlons montre un grand penchant à entrer dans ces explications; car, même dans les deux cas qu'il accorde comme représentant sa mortalité, il ne peut s'empêcher de remarquer la rapidité de la terminaison funeste, qui empêcha le sel quinique d'agir aussi long-temps qu'il eût été désirable. Or, dans ces deux cas, le sel put agir pendant trois jours comme dans deux autres cas terminés heureusement; et puis, ne semble-t-il pas plus naturel de conclure à l'inefficacité d'un moyen incapable d'arrêter en rien la marche rapide et fatale d'une affection, que de s'évertuer à expliquer comme quoi il se fait que ce moyen n'a pas pu agir dans ce cas?

(1) Un à cinq ou six grammes dans une potion qu'on donne par cuillerées toutes les heures, et que l'on continue jusqu'à ce que la convalescence soit bien confirmée.

expliquée. Dans un travail lu à l'Académie des sciences, et inséré parmi les mémoires des savants étrangers, M. Jobert, exposant le résultat de ses dissections, est arrivé aux conclusions suivantes.

L'existence des nerfs dans l'utérus est incontestable. Fournis par un plexus inextricable résultant de l'échange des nerfs rachidiens avec des filets du grand sympathique, ils enlacent surtout les artères et les veines, et peuvent être distingués en superficiels, qui se divisent aux faces antérieure et postérieure, abandonnant quelques filets au péritoine qui les revêt, et en profonds, qui se distribuent dans l'épaisseur de l'organe en accompagnant les vaisseaux, mais qui n'arrivent jamais jusqu'à la muqueuse. L'anatomie humaine et comparée prouve que la partie du col située au-dessus du vagin reçoit des branches qui forment un plexus d'où partent des filets ascendants ou utérins, et descendant au vaginaux qui, rencontrant le vagin à son point d'insertion sur le col, se continuent dans ce conduit où ils s'épuisent ; et cette disposition explique comment les nerfs que l'on avait trouvés dans la partie sus-vaginale du col, détournés en quelque sorte de leur direction primitive, n'arrivant pas à la portion qui fait saillie dans le vagin, et dont l'insensibilité, contrairement à l'opinion de Galien, de Tiedemann, Wrisberg et de M. Velpeau, est ainsi démontrée. Nous verrons, du reste, que les faits rigoureusement observés viennent prêter leur appui à cette assertion. Ce point important d'anatomie étant posé, nous arrivons pour ainsi dire à sa vérification en exposant le nouveau traitement auquel il a servi de base.

Le premier phénomène qui saisit l'esprit dans la cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge, c'est l'insensibilité complète de cet organe à l'action du feu, à tel point que toutes les malades qui n'ont point été averties de l'opération qu'elles subissent, avouent, lorsqu'elle est terminée, qu'elles n'ont absolument rien senti, et qu'elles ne savent pas ce qui leur a été fait.

Toutefois, il faut avoir bien soin que le spéculum ne contienne que le col, et qu'aucun repli du vagin ne s'y introduise. A défaut de cette précaution, l'approche du fer rouge pourrait déterminer une chaleur assez vive pour que le vagin en fût douloureusement affecté.

M. Jobert emploie, pour pratiquer la cautérisation, des tiges de fer terminées par une extrémité renflée et un spéculum plein en ivoire qui protège les parties environnantes, en raison de la propriété dont jouit la matière qui le forme d'être mauvais conducteur du calorique.

Après avoir abstergé avec un pinceau de charpie le mucopus qui recouvre la surface ulcérée, il applique sur elle le fer rougi à blanc, et produit sur elle une escharre plus ou moins étendue en largeur et en épaisseur, suivant que la cautérisation n'a intéressé que les parties superficielles ou bien qu'elle détruit les tissus dans une certaine profondeur.

La production de l'escharre provenant de la désorganisation du tissu utérin, sans que la moindre douleur soit perçue par les malades, est le seul effet immédiat de l'opération ; et ce résultat, qui dans tous les cas a été le même, qui n'a jamais souffert d'exceptions, peut être accepté comme un fait invariable, appuyé déjà sur un nombre de cautérisations qui dépasse deux cents.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent la cautérisation, les malades n'éprouvent d'autres symptômes qu'on puisse rattacher à l'opération elle-même, qu'une augmentation dans la quantité de l'écoulement. La matière qui le constitue conserve quelquefois toutes les qualités qu'elle présentait avant, mais tantôt elle offre plus de consistance et une couleur verdâtre plus intense ; tantôt elle est plus liquide, et d'autres fois il s'y mêle une certaine quantité de sang. Ces différences elles-mêmes empêchent d'apprécier d'une manière bien rigoureuse l'influence que la cautérisation exerce sur la sécrétion de l'utérus. Le seul phénomène qui soit à peu près constant, c'est l'augmentation dans la quantité du produit sécrété.

Le grand nombre de malades qui ont passé sous nos yeux nous a permis d'étudier avec soin les effets de la cautérisation, et nous n'avons jamais vu aucun symptôme fâcheux se développer après elle. Le ventre, les régions iliaques ne deviennent le siége d'aucune douleur. La miction des urines, la défécation, n'éprouvent point de changements. Le pouls n'offre point de variation dans sa fréquence ni dans sa force. A côté de ces résultats négatifs nous devons signaler l'amélioration rapide que l'opération amène presque toujours dans l'état des malades. Nous voyons souvent des femmes dont l'affection est en voie de guérison, être prises spontanément, après quelques jours de calme et de bien-être, de douleurs vives dans la région lombaire, de coliques, de tiraillement d'estomac, de maux de tête, etc., etc. La cautérisation, pratiquée pendant cet état de souffrance, dissipe les accidents, et fait rentrer tout dans l'ordre.

Il semblerait *à priori* qu'un agent aussi énergique que le fer rouge dût placer l'utérus dans des conditions qui modifient d'une manière notable la fonction importante qui lui est dévolue ; nous voulons parler de la menstruation. Eh bien ! l'observation n'amène point aux mêmes conséquences que le raisonnement. Bien que M. Jobert choisisse pour appliquer la cautérisation une époque qui ne coïncide pas avec celle de l'apparition des règles, nous avons vu des malades de l'hôpital qui, dans l'espoir d'une guérison plus prompte, trompaient le chirurgien sur la date de leurs règles, qu'elles attendaient le jour même, le lendemain ou le surlendemain. Le fer rouge était mis en usage, et aucun changement ne survenait dans l'accomplissement de la fonction mensuelle, qui s'exécutait comme à l'ordinaire. Malgré toute l'attention que nous avons apportée à rechercher l'influence que la cautérisation pouvait avoir sur le retour périodique des règles, sur l'augmentation ou la diminution du sang exhalé, nous n'avons point remarqué qu'elle dérangeât le mouvement fluxionnaire de l'utérus. Au contraire, il nous a été démontré que la fonction se régularisait après plusieurs cautérisations, et finissait par se rétablir en se rapprochant progressivement de l'ordre normal, à mesure que l'affection qui l'en avait fait dévier marchait vers la guérison.

Il nous reste maintenant, après avoir établi la valeur absolue de cette nouvelle méthode de cautérisation, à déterminer sa valeur relative, en la comparant aux autres modes de traitement par les caustiques, et à indiquer ensuite les cas auxquels elle est le plus spécialement applicable. Loin de nous la pensée de vouloir déposséder le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, et le caustique de Vienne, de tous leurs avantages, pour faire de ce nouveau moyen une panacée universelle. Mais il nous semble que l'obstination qu'on a mise à employer contre certaines ulcérations des caustiques dont l'action était insuffisante, rend compte de la longue durée de ces traitements interminables qui éternisaient le mal sans le modifier. La cautérisation avec le nitrate d'argent est surtout indiquée dans les ulcérations superficielles, caractérisées par la rougeur du col, l'absence de l'épithélium et l'existence de quelques granulations peu saillantes.

Celles qui sont plus profondes et qui reposent sur un tissu le plus souvent hypertrophié et ramolli, réclament l'emploi de modificateurs plus puissants, et l'on ne s'était servi jusqu'ici que du nitrate acide de mercure, ou du caustique de Vienne. On doit reconnaître les bons effets produits par le nitrate acide de mercure qui constituait à peu près à lui seul le traitement des ulcérations du col de l'utérus.

Mais sans chercher d'interprétations à la persistance de certains praticiens qui l'ont appliqué pendant plusieurs mois, mais sans obtenir d'amélioration marquée, nous pensons que certains cas ce caustique, qui ne produit qu'une escharre superficielle, ne modifie pas assez profondément la surface malade, et n'active pas d'une manière assez énergique la vitalité si obscure de l'utérus. La cautérisation avec le nitrate acide est certainement plus douloureuse que celle avec le fer rouge. Nous n'avons point remarqué cependant que le caustique déterminât, comme on l'a dit, une sensation de chaleur et de brûlure, par le fait même de son contact avec l'ulcération. Mais dans les vingt-quatre heures qui suivent, les malades accusent des coliques plus ou moins vives, des douleurs dans les reins, des élancements dans la partie. L'écoulement éprouve aussi des changements notables dans sa quantité et dans ses qualités, et très souvent il s'y mêle du sang. Ces accidents, qui n'ont qu'une courte durée, ne se manifestent pas chez toutes les femmes. Ils sont assez communs, cependant, pour qu'ils puissent être regardés comme la règle et non comme l'exception. Notons encore la saveur métallique éprouvée par quelques malades, et le ptyalisme mercuriel développé quelquefois à la suite d'une seule cautérisation.

Quant au caustique de Vienne, dont l'action est beaucoup plus énergique, il offre l'inconvénient d'être d'une application difficile et de pouvoir, en se liquéfiant, se répandre sur les parois du vagin. Il est à peu près impossible de calculer rigoureusement jusqu'à quelle profondeur il désorganisera les tissus, et nous n'hésitons pas à donner la préférence au fer rouge dont l'opérateur peut toujours limiter l'action à son gré. Il est rare qu'une seule cautérisation modifie la surface au point d'amener la guérison. Il faut ordinairement revenir plusieurs fois au même moyen, et sans préciser au juste la durée de l'intervalle qui doit exister entre les cautérisations, nous noterons que, dans la plupart des cas, elles peuvent être remises en usage du huitième au dixième, douzième ou quinzième jour, la séparation de l'escharre s'effectuant chez le plus grand nombre des malades du quatrième au septième jour.

L'activité du travail éliminatoire qui se développe autour d'elle, est soumise à une foule de circonstances dépendant de la nature, de l'étendue du mal et de la santé générale des sujets. Lorsqu'elle repose sur un tissu ramassé, infiltré de liquides, elle se détache plus rapidement que lorsqu'elle a son siége sur un tissu dense, ayant conservé ses propriétés normales.

Sa chute laisse à découvert une surface rouge, plus uniforme, d'un meilleur aspect, et qui se trouve dans de bonnes conditions pour que la cautérisation fasse des progrès. C'est d'abord à la circonférence qu'on voit se former le tissu cicatriciel. D'une couleur blanchâtre et offrant peu d'épaisseur, il s'avance de la périphérie au centre quelquefois d'une manière régulière et progressive, mais souvent en envoyant en différents sens des lignes qui donnent à la cicatrice l'aspect étoilé, ou bien en formant des plaques qui interceptent entre elles des points où l'ulcération persiste plus long-temps et qui ne tardent pas à être effacés, lorsque ces plaques multiples se réunissent en une seule par le rapprochement de leurs bords voisins.

Quand la tendance à la cicatrisation est aussi marquée, il faut s'abstenir de toute cautérisation avec le fer rouge, et se contenter de toucher avec le nitrate acide les points seulement qui ne sont pas recouverts par la cicatrice.

Chez les femmes où l'affection plus rebelle a rendu nécessaires cinq ou six applications du fer rouge, on remarque au centre du col une dépression infundibuliforme résultant de la perte de substance qui a été faite et que les efforts réparateurs de la nature n'ont pu parvenir à combler. La cicatrice recouvre également cet infundibulum, au centre duquel se trouve l'orifice utérin qui a conservé ses dimensions naturelles.

Pour déterminer tous les cas auxquels la cautérisation avec le fer rouge est applicable, il nous faudrait entrer dans des considérations fort longues qui pourraient nous servir de base pour un travail plus étendu sur cette matière. Nous dirons, d'une manière générale, que M. Jobert l'emploie plus spécialement contre les ulcérations larges, fongueuses, s'accompagnant d'hémorrhagies fréquentes, de douleurs névralgiques, et qui coïncident avec le ramollissement et l'hypertrophie du col utérin.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux malades, qui avaient subi antérieurement l'amputation partielle du col. Le mal a récidivé, et M. Jobert, au lieu de revenir à l'opération, qu'avaient déjà pratiquée d'autres chirurgiens, l'a attaqué par des cautérisations successives qui ont amené une guérison complète. L'une de ces malades, dont l'observation est rapportée à la suite du mémoire cité plus haut, est venue dernièrement à la visite, et l'on a pu s'assurer qu'aucun accident ne s'était manifesté depuis sa dernière guérison (1840), et que la partie restante du col n'offrait aucune trace d'altération.

De pareils faits, s'ils se multiplient, auront bientôt établi la supériorité de cette méthode de traitement pour les cas auxquels elle est applicable, et puisqu'elle offre le double avantage de n'exposer les malades à aucun danger et de ne pas causer comme il peut arriver après l'amputation) des hémorrhagies graves, des inflammations violentes. Nous espérons qu'elle pourra, dans certaines circonstances, remplacer le bistouri ; quelque témérité qu'il y ait à proposer une semblable substitution après les succès si nombreux et si brillants qui ont été annoncés,

De tout ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes :

1° La cautérisation du col de l'utérus avec le fer rouge, ne détermine pas de douleur. Nous n'avons encore rencontré aucune exception.

2° Elle n'a jamais été suivie d'accidents.

3° En modifiant la vitalité de l'organe, elle amène une cicatrisation plus prompte des ulcérations.

4° Elle se recommande par l'instantanéité de ses effets et par la facilité qui est au pouvoir du chirurgien de mesurer son action qu'il peut à volonté rendre légère où très énergique.

5° Elle remplace avantageusement les autres caustiques dans un grand nombre de cas où leur action est jugée insuffisante.

6° Elle a été appliquée avec succès contre des altérations qui réclamaient l'emploi de l'instrument tranchant, et elle n'expose pas aux mêmes accidents que lui.

Nous avons déjà entendu formuler contre ce nouveau moyen de traitement des reproches dictés par un sentiment de craintes dénuées de fondement, et par une pusillanimité à laquelle l'expérience vient désormais enlever toute excuse. Il est facile à tous de vérifier les résultats que nous publions ici sans craindre les contradictions, abrité que nous sommes derrière l'autorité des faits et le témoignage imposant des hommes les plus éminens dans la science, qui ont bien voulu s'en rendre les témoins. Mais si nous avons à cœur d'ébranler les préventions des praticiens sérieux et honorables qui n'ont en vue que les intérêts de la science et ceux de l'humanité, nous tenons fort peu à convaincre certains esprits rebelles qui ne croient à rien, parce que la foi leur manque. Nous pensons que cette nouvelle méthode de traitement sera soumise à un contrôle sévère, que nous appelons de tous nos vœux dans l'intérêt même de son avenir, bien que nous ne comptions pas sur l'impartialité de certains hommes qui la condamneront sans examen, et qui vont encore, faute d'arguments, crier à la hardiesse, à la témérité, sans réfléchir que la hardiesse est une des plus belles qualités du chirurgien, quand elle a pour guide la conscience et pour résultat le succès.

Camille LAURÈS, interne des hôpitaux.

HOTEL - DIEU. — M. BLANDIN.

Extraction d'une épingle introduite dans le canal de l'urètre. Saignée. Phlébite. Guérison.

Au n° 30 de la salle Sainte-Agnès est un jeune homme de vingt-trois ans, qui porte dans le canal de l'urètre un corps étranger. C'est une épingle que ce malheureux s'est introduite dans le canal, sans doute dans le but honteux de se procurer des titillations voluptueuses, et qui a été en quelque sorte humée par le canal où elle est allée se fixer dans la portion bulbeuse.

Tout le monde connaît, entr'autres faits de ce genre, l'histoire de ce pâtre adonné avec une telle fureur à l'onanisme, qu'après avoir épuisé toutes les manœuvres propres à lui procurer des jouissances, il avait fini par se couper peu à peu la verge dans toute sa longueur avec un instrument tranchant, afin d'éveiller une sensibilité complètement émoussée. C'est une singularité digne de remarque que ce penchant qu'ont certains individus à rechercher des jouissances dans des manœuvres plus ou moins douloureuses. J'ai vu, à l'époque où je faisais le service au Bureau central, un individu qui s'était coupé la verge jusqu'à la racine ; c'était une jeune fille qui, à son instigation, lui avait rendu ce singulier service.

Notre malade paraît avoir une intelligence bornée ; c'est un de ces individus chez lesquels les instincts brutaux prédominent, et qui cèdent facilement à l'entraînement des plus grossières sensations. Sitôt après l'accident, ce jeune homme alla trouver un médecin qui le sonda et reconnut le corps étranger en question ; mais ce dernier n'ayant point osé en faire l'extraction, il lui conseilla d'entrer dans un hôpital.

Nous devons donc aviser au moyen de débarrasser le malade de ce corps étranger. Comment procéderons-nous à cette extraction ? Il y a plusieurs moyens à tenter. Quelquefois, en pressant *à tergo* sur l'urètre, on peut déplacer le corps et lui faire parcourir peu à peu toute la longueur du canal jusqu'à son orifice ; mais ce moyen n'est guère applicable que lorsqu'on a affaire à un corps mousse, incapable de déchirer les tissus pendant son trajet à travers l'urètre ; le corps que nous avons à extraire ici est un corps aigu qui, au lieu de glisser le long du canal, s'implanterait infailliblement dans les tissus, d'autant plus que l'épingle ayant été introduite par la tête, il faudrait l'extraire par la pointe. On a donné le conseil, dans

ce cas, d'introduire un fil métallique courbé en arc, qu'on ferait passer au-delà du corps étranger de manière à l'embrasser, et que l'on essayerait de tirer au dehors; mais ce moyen n'est pas plus convenable que le précédent pour des corps pointus. La curette à bascule de M. Le Roy d'Etiolles est très commode, mais elle n'est bonne également que pour les corps mousses. Nous pourrons plutôt employer la pince à gaîne de Hunter, qui réussit souvent dans cette circonstance. J'ai pensé qu'on pourrait essayer d'introduire une bougie de cire, de manière à y faire pénétrer la pointe de l'épingle et extraire le tout ensemble; mais ce procédé ne serait encore applicable que dans le cas où l'épingle ne serait pas implantée dans les parois du canal. Après tout, quel que soit celui de ces procédés que nous mettions en usage, si nous échouons dans nos tentatives, nous aurons recours à une boutonnière pratiquée sur l'urètre.

Après ces courtes considérations, M. Blandin a procédé à l'opération. Il a essayé d'abord la sonde-pince à gaîne de Hunter; mais à peine introduite, la pointe de l'instrument s'est engagée dans les tissus et ne pouvait plus avancer. Après l'avoir retirée et introduite de nouveau avec de grandes précautions, il est parvenu à saisir l'épingle; il a essayé alors de la refouler un peu vers le col de la vessie, afin de la dégager plus facilement; mais malgré cela, il n'a pas mieux réussi, et il s'est vu obligé de renoncer à ces manœuvres par la crainte de labourer et de dilacérer le canal, s'il avait insisté à exercer de trop grandes violences. Le malade a souffert beaucoup à la suite de ces tentatives. On ne pouvait cependant le laisser dans cet état; il fallait de toute nécessité extraire le corps étranger. Aussi M. Blandin se décida-t-il à pratiquer de suite une boutonnière. A cet effet, il a d'abord introduit un cathéter jusqu'au-delà du point occupé par l'épingle; puis il a incisé le canal sur la rainure de cet instrument en coupant successivement, avec précaution, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'urètre. L'ouverture est d'un centimètre et demi environ. L'épingle avait de six à sept pouces de longueur; c'était une de ces épingles dont les femmes se servent pour se coiffer. La tête de l'épingle arrivait jusqu'au col de la vessie; il s'en était fallu de bien peu qu'elle ne tombât dans la vessie même, ce qui eût nécessité de recourir à la lithotomie.

Le lendemain, le malade allait assez bien. Il y a eu très peu d'inflammation dans le canal, et jusque-là il n'y avait aucun signe qui fît présumer qu'il dût se développer une inflammation des veines, ce qu'on pouvait d'autant plus craindre ici que la région sur laquelle on avait opéré est pourvue d'un système veineux très développé. On n'a pas jugé à propos de placer de suite une sonde à demeure dans le canal, d'autant que les urines avaient repris d'elles-mêmes leur cours naturel. Il est bon d'ailleurs de s'abstenir le plus possible de l'application d'une sonde, ce qui n'est pas toujours sans inconvénient. Cependant on s'est décidé à en introduire une, par la crainte qu'il ne s'épanchât quelques gouttes d'urine dans le tissu cellulaire des bourses et ne donnât lieu à des abcès urineux, ce qui eût été une complication très grave.

A part les difficultés dont il a été question dans le procédé opératoire, il n'est survenu rien de particulier à la suite de l'opération. Mais un accident grave, indépendant de l'opération en elle-même, est venu compliquer d'une manière fâcheuse l'état du malade.

Le jour même de l'opération, nous avions prescrit une saignée du bras dans le but de prévenir toute réaction inflammatoire: elle fut pratiquée sur la médiane céphalique. Une phlébite s'est développée peu de temps après. Il paraît que l'élève de service qui a pratiqué cette saignée, n'ayant point obtenu de sang, a piqué la veine à plusieurs reprises, ce qui suffisait pour disposer ce vaisseau à l'inflammation. La phlegmasie s'étend dans toute la longueur du membre; l'ouverture de la veine a donné issue à du pus. Afin de prévenir la formation de fusées purulentes le long des gaînes des vaisseaux, on a pratiqué une incision destinée à faciliter l'écoulement du pus au dehors. Il est à craindre que l'inflammation ne gagne les parties supérieures, et ne donne lieu à des symptômes de résorption purulente. Jusqu'ici l'inflammation est locale; l'état général n'est pas encore notablement altéré. Mais il pourrait se faire que sous peu le malade éprouvât des frissons, qu'il survînt de la fièvre, et successivement tous les symptômes de la résorption et de l'infection purulentes. C'est dans le but de prévenir et d'arrêter la marche progressive de la maladie, que nous avons pratiqué une large incision. On appliquera des sangsues en grand nombre sur le trajet de la veine enflammée, tout le long du bras jusqu'à l'aisselle, ainsi que le long de la veine basilique; car, ainsi qu'on le sait, l'inflammation a une grande tendance à se communiquer d'une veine à l'autre. Si après cette émission sanguine locale, la tension et la sensibilité du bras ne diminuent pas, on appliquera de nouveau trente autres sangsues sur le trajet des mêmes veines. On recouvrira le membre de larges cataplasmes émollients; puis on mettra en usage le moyen thérapeutique conseillé par M. Récamier, c'est-à-dire la compression exercée sur le trajet des veines enflammées, afin d'empêcher le transport du pus dans le torrent circulatoire. De cette façon, on espère limiter la phlébite et favoriser sa résolution. On a proposé aussi, dans le même but, d'aller à la recherche de la veine enflammée, et de l'inciser dans toute son étendue. Nous avons [illegible] cette incision dans un cas analogue; mais ce moyen [illegible] a paru présenter les mêmes dangers qu'on cherche à prévenir. Aussi n'y aurons-nous pas recours. Nous avons toute raison pour préférer le procédé de M. Récamier.

On a, en conséquence, exercé une compression méthodique sur toute la longueur du membre.

Le huitième jour, le malade est [illegible]. La phlébite paraît s'être tout à fait localisée. Les moyens énergiques mis en usage ont été efficaces. Le gonflement ne [illegible] pas étendu vers la partie supérieure du membre, ce que l'on [illegible] int un instant. Le malade n'a plus éprouvé de frissons; la fièvre est d'une médiocre intensité.

Le douzième jour, le malade va de mieux en mieux. La phlébite est en voie de résolution.

Le vingtième jour, la phlébite a entièrement disparu; il n'en existe plus aucune trace. La boutonnière de l'urètre est en voie de cicatrisation. L'urine sort en totalité par le méat urinaire. L'état général est bon. On peut, dès ce moment, considérer ce malade comme guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars. — Présidence de M. P. Dubois.

MM. Gibert, Prus et *Mélier* écrivent pour annoncer leur candidature à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— *M. le président* prévient l'Académie qu'elle aura à nommer, dans la séance prochaine, les commissions pour les divers prix qu'elle décerne.

— *M. Louis.* Un affreux désastre vient de plonger dans le deuil et la misère une de nos colonies françaises; il est digne de l'Académie de donner aux médecins français l'exemple du témoignage de sympathie que nous portons à nos compatriotes de la Guadeloupe. J'aurais désiré, et je crois que cela eût été plus convenable, que le conseil d'administration eût pris l'initiative à cette occasion; mais je fais la proposition formelle qu'une souscription soit ouverte dans le sein de l'Académie, et que, pour ce qui concerne la somme et le mode à suivre, je propose en outre que ma demande soit renvoyée au conseil d'administration. (De toutes parts: Appuyé! Appuyé!)

M. le président. Le conseil s'est occupé d'office de la proposition que M. Louis vient de soumettre à l'Académie, mais il a pensé que cette proposition aurait d'autant plus de valeur qu'elle partirait de l'Académie tout entière.

La proposition de M. Louis est adoptée à l'unanimité.

— Dans la dernière séance, on se souvient que M. Desportes avait commencé la lecture d'un rapport sur un travail de M. Plisson, relatif à une épidémie de dysenterie.

Sur l'observation de M. Bally que ce travail avait été imprimé, M. Desportes, interrompant son rapport, quitta la tribune.

Aujourd'hui, M. le président annonce que le conseil ayant pris des informations, s'est assuré que M. Bally a commis une *petite erreur*, et que le travail de M. Plisson n'a pas été imprimé. En conséquence, elle prie M. Desportes de continuer la lecture de ce rapport.

M. Desportes se rend à cette invitation.

Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir rien reproduire de ce rapport fort érudit, dans lequel la question du traitement de la dysenterie épidémique a été traitée avec des développements étendus. Quant au travail de M. Plisson, le rapporteur conclut simplement à ce qu'il soit déposé aux archives.

M. Dupuy rappelle les opinions de Sydenham sur les épidémies et sur les périodes de début, d'augment, d'état et de décroissance admises par cet observateur. Toutes les médications réussissent dans la période de décroissance; c'est ce qui jette tant de vague, d'incertitude et de contradictions sur les relations d'épidémies dans lesquelles on ne tient pas compte de l'époque où est employé telle ou telle médication.

M. Rochoux. M. le rapporteur vient de dire qu'à Cayenne et à Demerari, la dysenterie avait disparu. Cela peut-être, mais il n'en est pas de même à la Martinique et à la Basse-Terre, où le traitement par l'ipécacuanha est très en faveur. On sait que ce traitement fut acheté cent mille écus à Helvétius. D'après ce que j'ai vu dans les colonies dont je viens de parler, jamais argent ne fut plus mal employé.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Récamier* lit un Mémoire sur les phlegmasies diffuses de la vulve, du vagin et de l'utérus.

— *M. Caventou* lit un travail intitulé: Recherches chimiques sur quelques substances saines et morbides.

Ces deux travaux, qui offrent un intérêt réel, vont aller s'ensevelir sans publicité, sans retentissement, dans le *Bulletin* de l'Académie.

— *M. Velpeau* présente le cerveau d'un homme mort dans son service à la Charité, et qui offre une tumeur squirrheuse développée entre les deux lobes antérieurs du cerveau qu'elle a déprimés, et auxquels elle a fait subir une perte de substance. Cet homme était surtout remarquable par sa loquacité et sa salacité. Or, d'après plusieurs phrénologistes, le cervelet de cet homme, organe des plaisirs de l'amour, devait présenter un grand développement, comme les lobes antérieurs qui président à la faculté du langage devaient se trouver à l'état normal. Le contraire existe dans ce cas. Le cervelet n'est ni plus, ni moins développé qu'à l'état ordinaire, et l'on vient de voir ce qu'on rencontre dans les hémisphères antérieurs.

Sur la demande de plusieurs membres, M. Velpeau présentera une note plus étendue sur ce sujet.

— *M. Martin* présente un enfant du sexe masculin, nouveau-né, offrant un double pied-bot.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 mars 1843. — Présidence de M. Dumas.

Cavités closes. Priorité. — *M. Guerin* adresse une lettre dont voici un extrait. « M. Velpeau a cherché à établir que des cavités closes accidentelles se développent partout où deux surfaces sont soumises à des frottements habituels, et que cette nouvelle formation a pour but de favoriser le glissement des parties. Il y a là une question de fait et une question de théorie. Le fait, M. Guérin dit l'avoir signalé depuis long-temps et l'avoir rappelé dans un travail récent. Quant à la théorie, divergence complète. M. Velpeau, invoquant la cause finale, dit que c'est un résultat en vue de favoriser le glissement des surfaces; pour M. Guérin, c'est la conséquence du fait mécanique de la formation, pendant les mouvements des parties, d'espaces clos tendant au vide, et par conséquent appelant à la surface des cavités les fluides sécrétés. C'est le fait général de l'influence de la pression atmosphérique dont il a cherché à établir l'intervention dans le mécanisme de toutes les exhalations séreuses.

Quant aux injections iodées pratiquées par M. Velpeau pour la cure des hydrocèles et des hydarthroses, il n'a pu y arriver qu'en appliquant le principe fondamental de la méthode sous-cutanée. Il n'a fait que substituer l'iode aux scarifications que M. Guérin a conseillées. D'ailleurs la substitution de l'iode au vin appartient à M. Martin, chirurgien de Calcutta.

Staphyloraphie. — *M. Le Roy-d'Etiolles* présente un nouveau modèle d'instrument destiné à rendre la staphyloraphie plus rapide, et qui lui semble plus approprié à sa destination que celui qu'il a présenté il y a trois mois. Il espère qu'il sera possible de diminuer encore son volume. Il a la confiance d'arriver à rendre cet instrument tout à fait pratique, usuel entre les mains de tous les chirurgiens et appliquable à tous les cas simples, c'est-à-dire à ceux dans lesquels la voute palatine n'est pas écartée.

— Dans cette séance, M. Rose a été nommé membre correspondant dans la section de chimie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de l'eau dans les cas de chirurgie; par M. le docteur Alph. Guépratte.

M. Guépratte, après avoir rappelé le mot de Percy sur la grande utilité de l'eau en chirurgie, dit avoir remarqué que ce moyen est encore plus puissant dans les pays chauds que dans les régions froides, pour prévenir ou maîtriser l'inflammation traumatique dans les cas les plus graves. Il appuie cette assertion des deux exemples suivants:

Première observation. — Un gendarme à la poursuite d'un malfaiteur, parcourait la campagne en tenant son fusil prêt à faire feu. En sautant un fossé, le coup partit, et la balle traversa de part en part la main droite qui reposait sur la bouche du canon. Cet accident étant arrivé à quelques lieues de Brest, le blessé ne put entrer à l'hôpital que cinq heures après, et pendant le trajet l'écoulement du sang fut considérable.

Malgré le gonflement excessif des parties, il fut facile de constater la fracture comminutive des troisième et quatrième métacarpiens à leur extrémité supérieure, et le broiement des os de la seconde rangée du carpe qui leur correspondait.

Cette blessure pouvait avoir des suites funestes; elle commandait une prompte décision: amputer immédiatement, ou faire avorter les accidents inflammatoires qui, en se développant bientôt, allaient multiplier le danger. Puisant dans son expérience un utile enseignement, le chirurgien, M. le docteur Fouilloy, donna la préférence aux irrigations continues. Pendant la durée de la première journée, ce moyen fut pénible à supporter; mais au bout de ce temps, les souffrances se calmèrent, et, sous l'influence de cette médication, la guérison complète fut obtenue en moins de trente-six jours, et le membre se trouva à peine défiguré.

Pendant toute la durée des irrigations, la répercussion du sang dans les parties profondes détermina une coloration manifeste et un refroidissement très appréciable. C'est dans cette répercussion même que gît l'efficacité du moyen; aussi ne faut-il pas laisser la moindre interruption dans l'irrigation, car elle serait promptement suivie d'une réaction contre laquelle tout traitement viendrait ensuite échouer.

Chose remarquable! l'inflammation adhésive n'est point entravée par cette médication; souvent même, au contraire, on obtient une réunion immédiate, et dès les premiers jours on voit la cicatrisation commencer et faire des progrès incessants.

Deuxième observation. — En 1838, le brick le *Cuirassier* se trouvant entre les Tropiques, un des marins qui le montait eut le pied gauche écrasé par une vergue. On le transporta à l'instant même à l'hôpital. M. le docteur Guépratte le vit aussitôt et l'étendit sur un lit. Il y avait une large solution de continuité des parties molles au dos et à la plante du pied, et il s'échappait de la première, sous forme de jet, un sang vermeil et rutilant qui provenait sans aucun doute de l'artère pédieuse. Un court examen permit de constater l'écrasement des os métatarsiens, à l'exception du premier et du cinquième: la peau était distendue par un épanchement jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Guépratte exerça d'abord une compression sur l'artère fémorale, au tiers inférieur de la cuisse; mais c'était là la moindre des choses. Il y avait ensuite deux conduites à tenir, entre lesquelles il s'agissait d'opter: amputer au-dessus des malléoles avant la réaction qui suit toujours les mutilations de cette nature, ou prévenir la réaction elle-même. Ce fut ce dernier parti qui fut choisi.

Le blessé étant fort, robuste, pléthorique, une saignée de six palettes fut pratiquée, et bientôt après il fut soumis à l'action de l'irrigation continue.

Le lit était suspendu pour qu'il pût obéir aux mouvements du navire. Le blessé fut placé sur le dos, le genou gauche demi-fléchi et soutenu par un traversin, de manière que la plante du pied se trouvait appuyée et située horizontalement. Un seau plein d'eau fraîche fut fixé convenablement dans une direction verticale, et un siphon à ouverture extérieure très étroite dirigea sur la plaie un filet continu qui, à l'aide d'une toile cirée, put se rendre ensuite dans un baquet, sans mouiller les matelas.

Les premiers instants de l'emploi de cette médication furent tellement douloureux, qu'on fut presque forcé d'y renoncer; mais une compresse double ayant été placée sur la surface de la plaie, l'eau, ainsi tamisée, pour ainsi dire, ne détermina plus de souffrances aussi déchirantes, et bientôt elle put être supportée sans difficulté.

La compression, qui avait été relâchée quelques heures après son application, fut jugée inutile le surlendemain, et le tourniquet fut retiré. Les esquilles qui avaient une direction trop vicieuse pour pouvoir se réunir à celles dont elles étaient voisines furent extraites, et l'emploi des irrigations fut continué. A l'aide de ce moyen la partie malade fut maintenue dans un état de [illegible]ment bien remarquable, malgré la température de l'air ambiant (24 degrés de l'échelle réaumurienne), ce qui, d'ailleurs, s'explique facilement par l'évaporation active et incessante du liquide inspergé. Le pied diminua de volume, les plaies se rétrécirent, et, dans l'espace d'un mois et demi, la guérison fut complète. Il ne restait plus qu'une douleur profonde, incommode, et qui devenait plus intense pendant la station droite. Cette douleur, qui fut attribuée à la contusion qu'avait dû éprouver le nerf plantaire, fut combattue avec succès par des frictions avec la pommade de strychnine. Enfin, au bout de deux mois, le marin qui fait le sujet de cette observation put reprendre son service à bord.

(*La Clinique de Montpellier*, décembre 1842.)

Emploi de l'iodure de potassium et de la vératrine contre la tuméfaction du foie et l'hydropisie; par M. le docteur Weihe.

M. Weihe vante l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium, associé à des frictions de vératrine, contre la tuméfaction du foie compliquée d'hydropisie ascite.

Il fait pratiquer, matin et soir, une friction sur la région du foie avec une pommade composée de 10 centigrammes de vératrine pour 15 grammes d'axonge.

Dès les premières frictions, la sécrétion urinaire double de quantité, et cet effet se soutient pendant une huitaine. Alors, on double la dose de la vératrine pour la même proportion d'axonge, et l'on continue le traitement pendant quatre semaines.

Sous l'influence de cette médication, l'hydropisie se dissipe, et en continuant l'usage de l'iodure potassique, la tuméfaction hépatique finit elle-même par disparaître. (*Medicinische Zeitung*, 1843, n° 6.)

Application des feuilles de noyer à la thérapeutique des affections scrofuleuses; par M. le docteur Mauthner, médecin de l'hôpital des Enfants de Vienne.

Les essais que l'on a faits d'une manière suivie, pendant plusieurs mois, à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants Malades à Vienne, ont été couronnés de succès, et ont prouvé que les feuilles de noyer, administrées sous la forme de teinture et sous celle d'extrait, jouissent d'une efficacité véritablement incontestable dans le traitement des maladies scrofuleuses de la peau et des glandes.

Toutefois, M. Mauthner a reconnu que ce même moyen reste impuissant dans le cas de scrofules des os; aussi pense-t-il que dans les circonstances de cette dernière espèce, le moyen le plus sûr est, jusqu'à présent, l'huile de foie de morue. (*Hufel. Journ.*)

Traitement de l'exomphale; par M. le docteur Gerbaud, de Lyon.

M. Gerbaud propose, comme moyen curatif de l'exomphale, l'opé-

ration ci-après décrite, mais en réduisant toutefois son usage aux cas de hernie ombilicale acquise.

Le malade étant étendu sur un lit, les parois abdominales relâchées et l'intestin réduit, on pince la peau de manière à former un pli parallèle à l'axe du corps, et qui comprime les bords de l'anneau. On traverse ce pli horizontalement avec une, deux, ou même trois épingles, selon l'étendue plus ou moins grande de l'anneau, et on complète l'opération en pratiquant la suture du bec-de-lièvre, serrée de manière à maintenir les parties aponévrotiques affrontées et à y déterminer, ainsi que dans la tumeur une inflammation modérée.

L'appareil doit être laissé en place pendant quarante jours environ, temps nécessaire pour que l'oblitération de l'anneau puisse être obtenue.

M. Gerbaud annonce qu'à l'aide de ce moyen, il a guéri cinq jeunes sujets de l'âge de neuf à quinze mois.

(*La Clinique de Montpellier*, décembre 1842.)

Note sur l'Emphysème pulmonaire; par M. Rochoux.

13 mars 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

Par une confusion de termes, malheureusement trop fréquente en médecine, le nom d'emphysème a été donné pendant toute la discussion (voir *Gazette des Hôpitaux*, 23 février et 2 mars 1843) à deux affections fort différentes l'une de l'autre; savoir: la dilatation plus ou moins considérable des cellules pulmonaires, et l'infiltration de l'air dans le tissu interstitiel des poumons. Je dirai donc quelques mots de chacune de ces affections, en commençant par l'emphysème des cellules pulmonaires.

Il résulte de la discussion élevée à ce sujet, que la simple dilatation de ces cellules est une affection peu capable par elle-même de déranger notablement les fonctions du poumon, et de donner ainsi lieu à des symptômes propres à la faire aisément reconnaître. Presque toujours accompagnée de catarrhe pulmonaire, elle est, en outre, peut-être aussi souvent précédée que suivie d'hypertrophie du cœur, circonstances qui toutes rendent la part d'influence symptomatologique de l'emphysème par dilatation fort difficile à faire. Cette manière de voir se trouve confirmée par la connaissance de la structure anatomique du poumon dont je crois, à cause de cela, devoir dire un mot.

Arrivées au dernier terme de leur division *dichotomique*, les bronches se terminent, suivant M. Giraldès, par une espèce de grappe de cellules, accollée aux grappes voisines, formant par leur ensemble une quantité innombrable de vacuoles, dont il n'y a qu'un certain nombre en communication directe avec une ramification bronchique terminale. Au lieu de cela, suivant M. Bourgery, toutes les cellules pulmonaires communiquent de l'une à l'autre; de sorte qu'une seule bronche peut conduire successivement dans toutes ces cavités, auxquelles il donne le nom de conduits labyrinthiques. Jusqu'à présent, il ne m'a pas été possible de constater laquelle de ces deux dispositions est la vraie; mais au moins il m'est démontré que ce doit être l'une ou l'autre, et que le mode de terminaison imaginé par Reissessen est sans réalité. Quoi qu'il en soit, personne actuellement ne saurait admettre, comme M. Blandin s'est montré disposé à le faire, qu'un simple entrelacement celluleux, vasculaire et nerveux forme les cellules pulmonaires. Ce genre d'organisation, qu'autrefois j'étais très disposé à admettre, ne me paraît pas pouvoir être trop hautement désapprouvé depuis que je me suis livré à l'étude microscopique du poumon, poussée déjà si loin par Malpighi, que M. Bourgery avoue n'avoir rien ajouté aux découvertes de l'anatomiste italien, si ce n'est la constatation des vaisseaux lymphatiques qui rampent sur les parois des cellules pulmonaires. L'existence bien avérée des cellules doit convaincre quiconque veut réfléchir un peu sur la manière dont se fait l'hématose, qu'une augmentation du tiers ou même du double, dans la capacité de ces vacuoles, ne doit pas avoir d'influence bien appréciable sur cette fonction. Leur petitesse extrême, la minceur plus grande encore de leurs parois que personne n'a mesurée au micromètre, si ce n'est à l'état de dessiccation, nous mettent à même d'assurer que tout ce qui a été avancé jusqu'à présent sur l'hypertrophie de ces mêmes parois, est une supposition, admissible peut-être par voie d'analogie, mais dont la réalité reste encore à prouver par l'inspection. Fût-elle avérée, rien encore ne nous empêcherait de considérer l'emphysème des cellules comme un état pathologique en lui-même fort peu grave.

L'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire interstitiel du poumon, ou l'emphysème par infiltration, est une affection bien autrement sérieuse. D'après M. Piédagnel, elle est très capable de causer la mort, et M. Le Roy-d'Etiolles a montré qu'il était très facile de faire périr les moutons, en insufflant assez fortement leurs poumons, pour y produire une infiltration d'air. M. Prus a pensé avec raison qu'une infiltration du même fluide dans les poumons de l'homme, ne serait pas moins dangereuse. Le but de son mémoire a été de prouver qu'elle pouvait amener une mort plus ou moins prompte, et même une mort subite.

En admettant, quant au fond, l'exactitude de cette manière de voir, je dois dire que la mort subite pouvant survenir en l'absence de toute lésion appréciable, on ne sait pas toujours, quand on l'observe avec des lésions dont la gravité n'est pas démontrée être extrême, si elle est bien réellement due à ces lésions. Si on trouve alors de l'air infiltré dans les poumons, et si surtout, comme cela arrive très souvent, il existe en même temps d'autres désordres, il n'est pas toujours aisé de faire la part de ce qui appartient à l'infiltration de l'air. Par exemple, pendant l'intervalle d'une des séances de l'Académie à l'autre, un vieillard de Bicêtre qui jusqu'alors avait continué à rester dans son dortoir sans paraître plus incommodé qu'à l'ordinaire de sa toux habituelle, mourut dans l'espace de quelques minutes. L'ouverture du cadavre laissa voir une hypertrophie considérable du cœur. Un énorme caillot de sang, dont un tiers d'apparence fibrineuse adhérait fortement par sa face en contact avec la paroi interne de l'oreillette droite, remplissait et distendait cette cavité. La plèvre droite contenait un épanchement séro-albumineux d'environ demi-litre. Les deux poumons, en quelque sorte mats et compacts, étaient farcis de tubercules, et le droit présentait en outre, à son sommet, une vaste caverne. Tous deux, à leur surface costale et surtout à leurs bords minces, étaient couverts d'un grand nombre de petites bulles d'air, très rapprochées, évidemment contenues dans le tissu cellulaire interstitiel.

Le rôle de l'air comme cause productrice de la mort est assurément dans ce cas d'une médiocre importance. Mais une douzaine de jours avant, un vieillard de soixante-douze ans, jouissant de la meilleure santé, était mort subitement, quelques minutes après s'être assis sur un des bancs de la grande cour. A cela près d'une dilatation assez considérable de l'oreillette droite, par du sang en caillot, l'ouverture du cadavre ne laissa rien voir d'anormal. Si, en outre, on eût trouvé chez ce sujet autant d'air infiltré que dans les cas précédemment décrits, aurait-on été bien fondé à en faire la cause de la mort?

En voilà sans doute assez pour montrer que, considérée en elle-même et comme lésion pathologique, l'infiltration de l'air dans les poumons a grand besoin d'être sérieusement étudiée. Quant à son étiologie, dont je n'ai point parlé à l'Académie, j'en dirai ici un mot; seulement pour montrer combien peu elle est avancée.

S'il faut en croire Magnus, une certaine quantité de fluide élastique à l'état de gaz circule toujours mêlée avec le sang. Admettons ce fait, sur lequel il ne paraît s'être élevé aucun doute, nous ne pourrons guère ensuite nous refuser à reconnaître que si la sécrétion aériforme vient tout à coup à être augmentée, il peut s'ensuivre un de ces développements de gaz que M. Ollivier considère comme capables de produire la mort, conformément à l'opinion déjà émise par Morgagni au sujet de l'ouverture du cadavre d'un pêcheur mort subitement dans sa barque. Mais la cause d'où provient ce dégagement d'air est parfaitement inconnue.

L'étiologie de l'emphysème par dilatation, sans être parfaite, il s'en faut, laisse cependant beaucoup moins à désirer. Ainsi, il y a deux conditions dont l'influence, comme pouvant produire la dilatation des cellules pulmonaires, est admise à peu près par tout le monde, savoir: 1° Un effort dilatant analogue à ce qui arrive par une forte toux; 2° les progrès de l'âge, qui ont pour résultat inévitable de donner plus d'ampleur aux cellules du poumon, et de rendre son tissu plus rare, ce que Laënnec et M. Magendie ont très bien vu et décrit, toutefois après Hippocrate (1). Dans un tel état de choses, on ne saurait trop applaudir au zèle de ceux qui se livrent à l'étude de l'emphysème par infiltration d'air dans le tissu pulmonaire, et surtout qui s'appliquent à en rechercher les causes.

Agréez, etc., Rochoux.

Chronique et Nouvelles.

La pétition relative à la suppression de la patente pour les médecins, n'obtient pas, du moins jusqu'à ce jour, le nombre d'adhésions qu'on était en droit d'attendre, après les plaintes multipliées, incessantes, que le corps médical a fait entendre sur cet impôt injuste et onéreux. D'où peut venir ce résultat? Certes, la légitimité de nos doléances ne saurait être contestée; la justice et le bon sens s'indignent que, parmi toutes les professions libérales, seule celle de médecin soit assimilée à un commerce patentable et corvéable, alors que parmi toutes c'est elle qui exige le plus de dévouement et de désintéressement. Quel est le médecin qui ne soit profondément convaincu de la justice de cette réclamation? Pourquoi, cependant, à l'œuvre voit-on indifférence et tiédeur?

Pourquoi! parce que le corps médical vit dans un isolement qui le tue; parce que, dans notre organisation médicale, nous ne savons, dans les grandes occasions, à quoi, à qui nous rattacher; parce que nos plaintes générales mais isolées ne trouvent ni écho ni sympathie dans les grandes corporations qui pourraient prendre l'initiative dans les réclamations à faire; parce qu'en un mot nous manquons d'un centre où puissent converger nos désirs généraux, nos espérances communes.

Dans la circonstance actuelle, intéressante et opportune, puisque la législature va avoir à s'occuper d'une nouvelle loi sur les patentes, il serait digne de l'Académie de médecine de prendre en main la défense des intérêts généraux du corps médical. Une manifestation de sa part, quelque timide et prudente qu'elle fût, déterminerait certainement un mouvement général d'adhésion dont le résultat ne pourrait être stérile. Une pétition rédigée par l'Académie et signée par tous ses membres, déposée dans les bureaux, afin que tous les médecins de Paris pussent y joindre leur adhésion; cette pétition, envoyée à tous ses correspondants régnicoles, à toutes les sociétés médicales de France, avec prière aux uns et aux autres d'user de leur influence et de leur action sur nos confrères des départements; une telle manifestation, disons-nous, provoquerait l'assentiment et l'empressement du corps médical tout entier, et aurait certainement plus d'influence que quelques signatures isolées. Déjà la Société de médecine de Bordeaux a donné l'exemple: une petition signée de tous ses membres a été envoyée à la Chambre des députés; il n'y aurait qu'à suivre le mouvement donné par cette compagnie.

Nous soumettons cette idée aux membres de l'Académie qui prennent quelque souci de la dignité et de l'honorabilité du corps médical. Ces membres y sont plus nombreux qu'on ne le croit peut-être; nous sommes convaincus qu'une démarche de leur part serait favorablement accueillie.

— On écrit de Beauval près Doullens (Somme). Une épidémie de scarlatine sévit depuis quelque temps dans la commune; chaque jour de nouveaux décès viennent jeter l'alarme et le deuil au milieu de cette population laborieuse. La maladie frappe plus particulièrement les jeunes gens de quinze à trente ans.

— Il paraît que dans l'espace des vingt dernières années le nombre des individus atteints de folie en Angleterre a plus que triplé. Le nombre total se divise ainsi: fous, 6,808; idiots, 5,741, ensemble 12,549; c'est à la population dans le rapport de 1 à 1,000. — Dans le comté de Galles: fous, 133; idiots, 763. Total, 896. Proportion de 1 à 800. — Il y a en Ecosse 3,652 fous; environ 1 sur 700; et en Irlande, le nombre s'élève à plus de 8,000. — Des études faites sur 1,000 individus atteints de folie, ont permis d'en donner à peu près les différentes causes avec leurs chiffres respectifs. — Boisson 110, banqueroute 100, atteints d'épilepsie 78, ambition 73, travail forcé 73, idiots nés 71, misère 69, caducité 69, chagrin 64, amour 47, accidents 39, dévotion 29, opinions politiques 26, empoisonnement 17, illusion 12, crimes, remords ou désespoir 9, folie prétendue 5, mauvaise conformation du crâne 4, diverses autres causes inconnues 115.

(*Morning Advertiser*.)

(1) Ei vero qui florem ætatis exegit, pulmo *rarior* et magis cavus est. (*De Morb.*, lib. I, p. 457. Edenti Foesio.)

Paris. — Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 33, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

TROIS CAS DE PHLEGMONS ET ABCÈS ILIAQUES.

Première observation.—*Péritonite post-puerpérale. Phlegmon iliaque consécutif; perforation spontanée; péritonite aiguë. Mort.*

Au n° 29 de la salle Saint-Bernard, est une femme qui est entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une péritonite puerpérale. Cette femme, récemment accouchée, est imprudemment sortie de la Maternité trois jours après son accouchement. Elle fut presque aussitôt prise de douleurs de ventre, de malaise et de fièvre. Lors de son entrée à l'hôpital, le 17 décembre, elle souffrait beaucoup dans la région hypogastrique; la pression y était douloureuse; on sentait l'utérus encore volumineux, et non entièrement revenu sur lui-même. Il y avait de l'inappétence, de la fièvre. Cette femme avait, en un mot, une péritonite post-puerpérale, affection beaucoup moins grave, comme on le sait, que la péritonite puerpérale proprement dite. Nous avons combattu cet appareil symptomatique par des saignées générales, des applications de sangsues sur le point douloureux, des cataplasmes et des dérivatifs sur le canal intestinal. Sous l'influence de ce traitement, l'état général et l'état local se sont améliorés, l'hypogastre est devenu presque indolent; mais en même temps il s'est manifesté une douleur assez vive dans la région illiaque droite, puis s'est développée une tumeur élastique un peu allongée, qu'on sentait très distinctement en pressant sur cette région avec l'extrémité des doigts réunis. Les parois abdominales étaient tendues et se laissaient difficilement déprimer; la sensibilité de cette partie était vive; la fièvre s'est rallumée de nouveau. Il ne fut pas difficile de reconnaître à ces nouveaux signes l'existence d'un phlegmon siégeant dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Ces espèces de tumeurs se propagent quelquefois dans le bassin, et font plus ou moins saillie vers les parties externes de la génération, et principalement dans le vagin. Alors, en portant le doigt dans ce canal, et pressant avec la pulpe du doigt sur le point proéminent de la tumeur, on la distingue très facilement, surtout si on a la précaution de presser en même temps avec l'autre main sur la région iliaque, où la tumeur a son siége principal. On peut très bien constater ainsi la fluctuation. On peut aussi, dans ce cas, joindre avec avantage au toucher vaginal le toucher rectal; à la faveur de cette dernière exploration, on parviendrait à circonscrire parfaitement la tumeur. Nous avons employé ces divers moyens d'exploration chez notre malade; mais nous n'avons rien distingué ni du côté du vagin, ni du côté du rectum, et nous en avons conclu que la tumeur se bornait à la région iliaque, et qu'il n'y avait point encore de travail suppuratoire.

Le plus souvent ces abcès se terminent par la suppuration, et on les voit alors, après avoir parcouru toutes les phases d'une suppuration abondante, donner lieu à des symptômes de résorption purulente. Une fièvre continue s'allume; il survient de la diarrhée; des phénomènes cérébraux se manifestent, et la malade ne tarde pas à succomber. On peut alors prévoir les désordres que l'autopsie révélera.

Ce n'est pas cependant qu'on n'ait vu quelquefois ces phlegmons se résoudre; mais pour obtenir ce résultat, il faut pouvoir agir dès le début avec une certaine énergie par les moyens antiphlogistiques directs et indirects et les révulsifs. On voit quelquefois sous l'influence de ce traitement la douleur cesser, la tumeur diminuer peu à peu, et se réduire à un petit noyau qui, après avoir persisté pendant quelque temps, finit par se résoudre entièrement. Lorsque le phlegmon se termine par suppuration, le pus peut fuser et prendre des directions diverses; on l'a vu quelquefois fuser et se faire jour, soit dans les intestins, dans le vagin ou dans la vessie, en donnant lieu à un ensemble de symptômes nouveaux plus ou moins graves qui peuvent même, si l'on n'y prête une attention suffisante, à l'existence d'une nouvelle maladie. Mais la palpation méthodique faite sur les différentes parties du ventre, la douleur qu'on réveille lorsqu'on arrive à comprimer les points malades, mettent le médecin sur la voie de l'affection à laquelle il a affaire. Quand on a des soupçons sur quelques-unes des complications que nous venons d'indiquer, on doit recommander à la malade, ou à la garde-malade qui est chargée de sa surveillance, de garder les urines et les matières; on explorera soigneusement le vagin et le rectum, et on arrivera de cette manière à découvrir si l'un de ces organes participe à la maladie principale.

Dès le commencement, nous avions conçu quelque soupçon qu'il s'était développé chez notre malade une de ces affections consécutives en question. Afin de confirmer ce soupçon, nous avons fait conserver pendant plusieurs jours les urines de la malade et les matières fécales; mais nous n'avons pu découvrir aucune trace de pus dans ces excrétions, et nous nous sommes convaincu dès lors que tout le mal était circonscrit dans la fosse iliaque. On a en conséquence pratiqué pendant plusieurs jours des injections d'eau de guimauve dans le vagin, et on a appliqué des sangsues et des cataplasmes répétés sur la région occupée par la tumeur. La douleur a cessé, la tumeur a insensiblement diminué, et peu à peu disparu. Il reste cependant encore un petit noyau rénitent, dont la résolution s'opère lentement de jour en jour. L'appétit est revenu, et les forces se sont graduellement rétablies, et tout faisait espérer que dans peu de temps il n'y aurait plus aucune trace de la maladie.

Le 7 janvier, après avoir été bien jusqu'à ces derniers temps, n'ayant plus de fièvre, mangeant bien et n'éprouvant plus aucune douleur, cette femme a été prise tout à coup, il y a trois ou quatre jours, d'un mouvement de fièvre très intense, perte d'appétit, abattement général; la figure s'est altérée, etc. Nous avons de suite soupçonné un travail de suppuration dans la tumeur de la fosse iliaque, et nous attendions que les phénomènes morbides se caractérisassent d'une manière plus tranchée. Il y a deux jours, elle éprouva tout à coup une douleur déchirante dans le ventre; ses traits s'altérèrent immédiatement; la langue devint sèche, les lèvres violettes; le pouls extrêmement fréquent, de 150 à 160; la peau froide. Il y eut des vomissements répétés et extrêmement fatigants. La nuit précédente avait été très agitée.

Aujourd'hui, nous trouvons la fosse iliaque gonflée; la pression sur cette région est très douloureuse. Nous avons évidemment ici tous les signes d'une péritonite très grave.

Que s'est-il passé? Comment cette péritonite s'est-elle développée? Il y a deux suppositions à faire à cet égard. Ou l'inflammation s'est communiquée de la tumeur iliaque au péritoine; ou bien il y a eu rupture du kyste même et épanchement de la matière qui était contenue, dans le péritoine. La première hypothèse nous paraît peu fondée, car une phlegmasie du péritoine développée de cette manière ne se serait point annoncée avec des symptômes aussi graves et aussi alarmants; elle serait survenue beaucoup plus lentement et avec moins de violence. Il est beaucoup plus probable que cette péritonite est le résultat d'un épanchement de liquide dans l'abdomen par suite de la rupture de la tumeur iliaque.

Le pronostic est extrêmement grave. Nous avons tout lieu de craindre que la maladie ne se termine par une mort prochaine. Que faire en présence de cette nouvelle complication? Nous n'avons d'autres ressources qu'en un traitement purement palliatif et apte à soulager autant que possible la malade; éloigner toute espèce de moyen qui pourrait imprimer des mouvements à la malade, augmenter ses douleurs et aggraver sa position.

A cause de cette dernière raison, on n'ordonne pas même de lavements. On prescrit un peu de magnésie, plutôt comme modificateur de l'état gastrique que comme purgatif.

Le 10, il y a une apparence de mieux; le pouls, qui était à 150, est descendu hier à 120. Ce matin, il marquait même à peine 104. Malgré cela, nous persistons à considérer l'état de cette malade comme très grave. Elle est toujours très accablée; une sueur abondante, gluante et froide couvre tout son corps; le pouls est petit et très dépressible; les traits sont profondément altérés; le ventre est toujours douloureux; il y a eu encore des vomissements bilieux; point de selles.

On continue les frictions mercurielles, boissons glacées, calomel à la dose de 16 à 18 grains, dans le but de dissiper les gaz intestinaux et de débarrasser le rectum.

Le 17, ces jours derniers le ventre s'était affaissé; depuis deux jours surtout, le son mat qui occupait une grande partie du ventre s'était circonscrit à l'hypogastre. Nous avons supposé que le phlegmon s'était limité à cette partie. Afin de nous en assurer, nous avons pratiqué le toucher; en introduisant le doigt dans le vagin, le poussant aussi loin que possible, et le dirigeant vers la partie postérieure, nous avons trouvé en haut et en arrière un point réniteut.

Croyant à l'existence de quelque foyer dans la cloison recto-vaginale, nous avons porté un doigt dans le rectum; mais cette exploration ne nous a révélé rien de particulier dans cette région. En poussant le doigt le plus loin possible, nous crûmes ressentir du côté du bassin une espèce de dureté, de tuméfaction, ou d'œdème; ce qui nous fit soupçonner que l'inflammation péritonéale s'étant circonscrite à la portion inférieure de cette séreuse, gagnait le bassin et tendait à se frayer une route à travers l'intestin. D'après cette idée, nous prescrivîmes à la fille de salle de garder les urines et les matières fécales.

Ce matin, nous avons remarqué sur la surface des matières contenues dans le vase une couche assez épaisse de pus rougeâtre, avec quelques stries de sang. C'est là une preuve incontestable que le pus du phlegmon s'est fait jour dans l'intestin.

Comment cela est-il arrivé? Le pus du phlegmon est-il passé directement dans l'intestin, ou y est-il entré par l'intermédiaire du péritoine? Il est assez difficile de savoir rigoureusement ce qu'il en est à cet égard. Ce qui nous paraît cependant le plus probable, c'est que le pus est passé d'abord du foyer iliaque dans le péritoine, et de celui-ci dans l'intestin. Il est aussi probable, dès lors, que le pus de l'abcès, en passant dans le péritoine, a excité une inflammation suppurative dans cette membrane, d'après ce fait connu que le pus engendre le pus; et qu'enfin le pus qui maintenant sort par l'intestin appartient en partie à l'abcès, et en grande partie au péritoine même. C'est un fait très remarquable sous ce rapport, et qu'il importe de signaler.

Maintenant l'hypogastre est plat; il est presque aussi affaissé que l'épigastre, tandis qu'auparavant il était très saillant. Les anses intestinales qui se dessinaient et faisaient saillie sous la peau se sont affaissées; il est survenu des changements vraiment notables. Cependant le danger est loin encore d'être absolument écarté. Le pus, quoique ayant actuellement une issue toujours ouverte à travers l'intestin, peut stagner quelque part; les parois du foyer peuvent rester écartées, par conséquent les parois du foyer ne point se vider entièrement; de là des phénomènes de résorption purulente et toutes ses suites, de sorte que la question de l'issue de la maladie est loin d'être résolue.

30. Le mieux qui s'était manifesté quelque temps auparavant ne s'est pas soutenu, et l'espoir qu'on avait pu concevoir un instant de sauver la malade, s'est entièrement dissipé. Il est survenu une recrudescence des symptômes inflammatoires du côté de l'hypogastre, auxquels la malade a succombé depuis deux jours.

L'autopsie nous a montré des traces manifestes de péritonite; il y avait des adhérences entre les anses intestinales, des espèces de fils qui allaient d'une anse à l'autre et qui se laissaient déchirer avec assez de facilité. A la partie inférieure du ventre on trouve une poche contenant un verre environ de pus. On trouvait aussi du pus épanché dans le bassin. Des traces évidentes d'inflammation existaient aussi dans le ligament large du côté droit; c'était dans cette partie que l'inflammation phlegmoneuse avait commencé et que la suppuration s'était formée pour se faire jour dans le péritoine et de là dans l'intestin cœcum. On trouvait, en effet dans cet intestin une perforation de la largeur d'un doigt, qui laissait pénétrer le pus contenu dans le péritoine et le transmettait au-dehors par le rectum. Si la perforation, au lieu d'avoir lieu dans le cœcum, eût eu lieu dans le rectum, il y aurait eu beaucoup plus de chances d'une terminaison heureuse.

L'utérus offrait aussi des traces évidentes d'inflammation; il y avait même quelques points affectés de gangrène. C'était au niveau du foyer purulent primitif. Cette altération est très remarquable.

Deuxième observation.— *Abcès dans la fosse iliaque gauche. Développement d'un nouvel abcès semblable dans la fosse iliaque droite. Symptômes de fièvre hectique. Convalescence.*

Au n° 5 de la même salle est une autre malade dont l'histoire présente avec la précédente beaucoup d'analogie, et qui offrira aussi quelque intérêt relativement au sujet qui nous occupe.

Cette femme est âgée de vingt-cinq ans; elle entra il y a six mois à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de douleur à l'hypogastre; elle nous assura alors n'avoir jamais eu d'enfants. Elle présentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur bien appréciable par palpation. Cette tumeur était accompagnée de douleurs et de symptômes de réaction fébrile.

Vingt-deux jours après la malade rendit en urinant une certaine quantité de pus, ce qui nous fit penser que l'abcès de la fosse iliaque s'était fait jour dans la vessie. La malade resta quelques semaines à l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à un traitement approprié et principalement à une compression exercée sur la partie de l'abdomen que nous pensions être le siége du phlegmon suppurant, afin de favoriser l'adhésion des parois du kyste purulent; puis la malade est sortie sous la condition qu'elle continuerait à exercer cette compression jusqu'à guérison complète.

Il y a huit jours cette femme fut prise de nouveau de douleurs vives dans le côté droit de l'hypogastre, avec des frissons et un état général de malaise tel qu'elle s'est vue obligée de rentrer à l'hôpital. Cette fois nous l'examinâmes encore avec une grande attention. Nous pratiquâmes le toucher vaginal qui ne nous fit reconnaître rien d'anormal dans l'utérus, lequel conservait sa mobilité ordinaire. Il y avait de la sensibilité à la pression dans la région iliaque, mais point de tumeur appréciable. Quelques jours se passèrent ainsi sans autres symptômes; mais nous ne tardâmes pas à nous apercevoir de l'existence d'un peu de pus dans l'urine, ce qui fut confirmé par l'analyse qu'en fit M. Bouchardat. Nous pensâmes alors qu'il s'était développé dans la fosse iliaque droite un abcès en

tout semblable à celui qui avait existé auparavant du côté gauche.

En pratiquant de nouveau le toucher, nous trouvâmes l'utérus augmenté de volume, sans que les règles eussent cessé de paraître, ce qui éloignait toute idée de grossesse. La malade nous dit en outre que depuis quelque temps elle voyait dans son urine un nuage épais, blanchâtre, formé par une substance comme crémeuse, que nous n'hésitâmes pas un instant à reconnaître pour du pus. Selon toute apparence le foyer purulent du côté gauche, qui existait il y a six mois, ne s'étant jamais complétement fermé, le pus avait continué à se faire jour et à pénétrer dans la vessie, comme auparavant.

Il est assez rare de voir ces abcès iliaques rester ouverts aussi long-temps. On en trouve cependant quelques exemples dans les annales de l'art, et, pour notre compte, nous en avons rencontré quelques cas dans notre pratique particulière. Le phénomène ou symptôme principal qui éclaire dans cette circonstance le médecin sur l'affection à laquelle il a affaire, c'est la présence du pus dans les urines et dans les matières fécales.

Plusieurs moyens curatifs ont été proposés dans ce cas. Ces moyens consistent principalement dans l'usage de douches dirigées dans le foyer purulent, dans le double but d'absterger ce foyer tout en débarrassant l'organisme de la présence d'une suppuration qui pourrait donner lieu, par la suite, à des accidents graves, et de disposer enfin le kyste à s'oblitérer.

Les abcès du bassin exigent surtout la compression lorsque le foyer purulent persiste à rester ouvert. Tous les praticiens qui se sont occupés de cette affection sont d'accord sur ce point, et nous avons en plus d'une fois l'occasion de reconnaître l'utilité de cette pratique.

Boyer, dans une circonstance pareille, conseilla à une femme affectée d'un de ces phlegmons iliaques rebelles qu'il ne pouvait parvenir à cicatriser, de se mettre dans le cas de devenir enceinte. La grossesse eut lieu et la malade guérit. On ne peut méconnaître que, dans ce cas, le produit de la conception ayant, par suite de la distension de l'utérus, exercé une compression sur toutes les parties environnantes, ait pu rapprocher les bords du foyer purulent et favoriser leur cicatrisation.

Notre malade nous a offert d'abord une maladie inflammatoire de l'utérus, suivie d'un phlegmon de la région iliaque gauche qui s'est fait jour dans la vessie. Cette malade n'avait jamais eu de grossesse. Le traitement antiphlogistique et adoucissant avait facilement dompté le phlegmon utérin, mais il n'arrêta point la marche du phlegmon iliaque; de sorte que la malade sortit de l'hôpital, la première fois, soulagée mais non guérie; car quelque temps après, ainsi que nous l'avons vu, le pus a continué à se montrer dans l'urine; une douleur s'est fait sentir dans la fosse iliaque droite, et tous les symptômes de la première maladie ont reparu dans le côté opposé.

Nous mettrons en usage ici les moyens les plus énergiques, mais sans nous dissimuler les craintes que l'état de cette malade nous inspire pour l'avenir.

Le 20 décembre, trois jours après son entrée à l'hôpital, cette malade est à peu près dans le même état; il y a même plutôt du pis; elle souffre beaucoup dans la région hypogastrique; les urines contiennent toujours à peu près la même quantité de pus (une demi-once environ) d'une couleur grisrougeâtre.

Le 28, depuis huit à dix jours la fièvre augmentait, l'utérus acquérait un volume de plus en plus considérable; l'hypogastre était plus sensible à la pression; l'état général s'aggravait, pendant que d'un autre côté l'écoulement du pus avait diminué au point qu'on n'en voyait presque plus de traces.

C'est un fait d'observation que, dans ces affections, toutes les fois qu'on voit les phénomènes généraux s'aggraver et la douleur locale devenir plus intense, le pus cesse de couler avec la même abondance; et *vice versâ*, l'écoulement purulent se rétablissant, on voit les accidents disparaître et les malades revenir à l'état où elles étaient précédemment.

De Halle avait déjà signalé cette coïncidence. Cette recrudescence des symptômes généraux et locaux nous fit de suite soupçonner une rétention du pus dans le foyer. Mais bientôt l'écoulement reparut; seulement cette fois, au lieu de se faire jour dans la vessie et de sortir avec l'urine, il s'est fait jour par le rectum. On observe dans le vase où les matières ont été reçues, la valeur d'une once environ de pus presque pur, mêlé avec quelques matières fécales solides. Presque immédiatement après la réapparition du pus, le pouls est tombé à 70 ou 75, les douleurs hypogastriques se sont calmées et la malade a demandé à manger.

Ce matin nous avons essayé de découvrir le point par où le pus s'est introduit dans le rectum; déjà ces jours derniers nous avions tenté cette exploration en introduisant les doigts dans le vagin; nous avions découvert un empâtement qui indiquait l'existence d'une tumeur siégeant à une certaine distance. Mais le toucher rectal, qui aurait pu nous éclairer beaucoup mieux sur cette affection locale était rendu presque impossible à cause d'une gerçure très douloureuse qui existait au pourtour de l'anus. Cependant, en procédant avec beaucoup de ménagements, nous sommes parvenu, ce matin, à introduire le doigt assez profondément pour explorer toute cette région; mais nous n'avons pu, malgré le soin que nous avons apporté à cette exploration, distinguer le point du rectum par où le pus a pénétré.

Nous avons ordonné des lavements répétés qui auront le double avantage de laver le foyer purulent et de maintenir l'intestin libre. On continue à maintenir la malade à un régime convenable.

Le 7 janvier la malade va mieux; il ne sort plus de pus par le rectum; les urines continuent à être un peu troubles. Même traitement; compression.

Le 17, la malade continue à aller de mieux en mieux; il sort très peu de pus avec les urines; il n'en sort point par le rectum. Elle se trouve assez bien pour demander sa sortie.

Avant de terminer tout ce qui est relatif à cette malade, disons qu'elle nous a présenté quelques phénomènes nouveaux qu'il est nécessaire d'exposer.

Depuis quelques jours il y a eu chez elle une recrudescence fébrile, des sueurs nocturnes abondantes, principalement vers la pointe du jour. Il y a eu en même temps un peu de diarrhée. Malgré cela, l'appétit se conserve encore, et les digestions paraissent se faire facilement.

Ces phénomènes, qui surviennent assez fréquemment chez les malades alitées depuis quelque temps, se rattachent souvent à l'existence de tubercules. C'est du moins ce qui a lieu le plus communément toutes les fois qu'on voit se développer cette fièvre hectique sans aucune cause nouvelle appréciable. Il faut pourtant convenir aussi que cette fièvre n'est pas toujours le retentissement d'un travail de tuberculisation; elle peut être l'effet d'une abondante suppuration, ce qui est certainement le cas de cette malade. Elle a eu une suppuration profonde et abondante qui s'était fait jour à travers la vessie et l'intestin: maintenant le pus a cessé de se faire jour par ces différentes voies artificielles. Il est possible qu'il en stagne encore une certaine quantité dans le foyer, ce qui suffirait pour produire cette fièvre hectique. Les abcès profonds de l'abdomen sont souvent l'occasion de cet état fébrile, et le médecin prudent, avant de se prononcer sur l'existence de tubercules, devra considérer toutes les circonstances qui peuvent expliquer la persistance de la fièvre.

Le 30, la malade est toujours à peu près dans le même état; elle a toujours des sueurs abondantes qui l'obligent à changer souvent de linge; la diarrhée continue. Cependant les forces se soutiennent toujours et l'appétit est bon. On prescrit le tannin à l'intérieur et un régime nourrissant.

Le 19 février, l'état de la malade est toujours à peu près le même; elle a rendu encore quelques gouttelettes de pus dans les urines, mais en très petite quantité. La diarrhée s'est arrêtée. Craignant que son séjour prolongé à l'hôpital ne finisse par influer d'une manière fâcheuse sur son moral, on lui a accordé sa sortie, en lui recommandant d'observer un bon régime et de prendre une alimentation nutritive. On peut espérer, en effet, que par le développement de l'embonpoint les parois de l'abcès s'agglutineront de mieux en mieux, et que la malade guérira radicalement. Sans cette condition, au contraire, une récidive serait encore possible.

Troisième observation. — *Phlegmon iliaque terminé par résolution.*

Au n° 38 de la même salle, à côté de la malade précédente, est couchée une autre femme âgée de trente ans environ, entrée dans le service le 28 octobre. A son entrée, elle présentait un érysipèle à la face, et en même temps une douleur à la région hypogastrique, principalement du côté droit. Après un traitement convenable l'érysipèle se dissipa, mais l'état fébrile, qui s'était manifesté dès le début, persistait, ainsi que les phénomènes locaux du côté de l'épigastre. Notre attention dut, en conséquence, se porter d'une manière plus spéciale sur cette région. Nous l'explorâmes attentivement, et nous pûmes facilement distinguer une tumeur oblongue, mobile sous les doigts, sensible à la pression; c'était un phlegmon qui se formait dans la fosse iliaque. Nous joignîmes à cet examen l'exploration du vagin par le toucher, mais nous ne reconnûmes rien de ce côté.

Le traitement fut à peu près le même que dans le cas précédent. Après avoir employé les antiphlogistiques sous toutes les formes (saignées, bains, cataplasmes, etc.), nous eûmes recours aux résolutifs, aux frictions mercurielles, et de cette manière nous sommes parvenus à réduire la tumeur de plus de moitié, à la rendre moins dure et moins sensible au toucher. En même temps les symptômes généraux se sont graduellement dissipés, le régime de la malade a été graduellement porté à quatre portions, qu'elle digère parfaitement. Tout porte à croire que la guérison ne tardera pas à être définitive et complète.

C'est un exemple nouveau de ces phlegmons iliaques qui se terminent par résolution.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles.

Il y a en ce moment, dans les salles de M. Velpeau, un nombre assez considérable de fractures, pour qu'il ait pensé à nous faire connaître les particularités intéressantes qui peuvent se rattacher à chaque espèce. Parmi ces fractures, dont le nombre s'élève à quinze ou vingt, on en remarque quelques-unes pour la clavicule, une quantité assez grande dont le siége est à la jambe; la cuisse et l'avant-bras en présentent aussi, mais en moins grand nombre.

Dans les traités, les livres, dit M. Velpeau, il est rationnel de présenter d'abord des idées générales sur les fractures avant d'entamer le chapitre des spécialités; mais comme dans un cours de clinique, la marche que l'on doit suivre est subordonnée aux cas actuellement soumis à l'observation, on ne sera point étonné de voir des considérations spéciales sur chaque genre de fracture, précéder ici l'étude des données qui peuvent s'appliquer à toutes.

Fractures de la clavicule. — Depuis le commencement de cette année, sept ou huit cas de ces fractures ont pu être observés dans les salles, et chacun d'eux nous a offert une nouvelle variété de cette même lésion; ceci tendrait à nous prouver que la clavicule est exposée à se fracturer souvent, et, du reste, il n'est pas fort difficile de le comprendre. Cet os est, en effet, rangé parmi les os longs; sa position antérieure, sous la peau, presque à découvert, le rend facilement accessible aux chocs extérieurs, de plus, il reçoit indirectement une grande partie des efforts imprimés latéralement à l'épaule. Ces circonstances suffisent pour faire pressentir que la fracture de la clavicule doit être une des plus communes, et qu'on peut, quant à la fréquence, la mettre sur la même ligne que celles de la jambe et du poignet. Il en est ainsi en réalité. On l'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; il est inutile d'en dire les motifs. Elle est produite de trois manières: l'os peut être fracturé par cause indirecte, par cause directe, et spontanément. Cette dernière assertion paraît d'abord fort étrange; nous dirons tout à l'heure sur quoi elle est basée.

Les fractures de la clavicule par cause indirecte sont bien certainement les plus fréquentes, et il n'est pas très facile de se rendre compte du mode d'action de ces causes indirectes pour produire la fracture de l'os, comme cela a lieu, par exemple, à la suite d'une chute sur l'épaule.

Dans une fracture de la jambe causée par une chute, on comprend que la résistance du sol venant au-devant, pour ainsi dire, du mouvement de haut en bas imprimé au membre, la courbure de l'os se prononce, s'exagère; il se brise; mais dans la fracture de la clavicule par une chute sur l'épaule, la résistance n'arrive pas en plein sur la clavicule; il semblerait que dans le choc de l'épaule avec le sol ou un corps dur quelconque, on dût observer plutôt la luxation que la fracture: or, c'est ce qui n'arrive pas; l'explication en est encore à trouver. Dira-t-on que la courbure en S de la clavicule favorise la décomposition du mouvement, de telle sorte qu'il soit anéanti avant d'avoir parcouru tous les rayons de cet os? C'est là une explication à laquelle nous n'attachons pas une grande importance, comme à beaucoup d'autres explications d'ailleurs: tout ce qu'il faut savoir, c'est que le fait est là pour prouver la fréquence des fractures de clavicule par cause indirecte, bien que la théorie soit pour nous un peu obscure. Les fractures par cause directe se comprennent sans difficulté, l'os est placé de manière à être atteint par ces causes; mais le mécanisme de celles qui se produisent spontanément, échappe, il faut le dire, à un grand nombre d'explications; elles n'ont point été observées encore chez l'adulte. Un seul exemple en a été cité, encore n'était-il pas parfaitement authentique; mais on en a vu chez le fœtus, et là il faut bien convenir que ce sont des fractures spontanées; d'ailleurs, il est d'autres fractures qu'on a également observées chez l'enfant, et qui s'étaient produites avant qu'il eût été expulsé de l'utérus. M. Velpeau a vu un grand garçon bien bâti avec une fracture peu consolidée à chaque clavicule; il était porteur à la Halle, et était entré à l'hôpital pour une toute autre maladie. M. Velpeau l'interrogea sur cette infirmité; il répondit que cela ne le gênait pas, qu'il était ainsi depuis sa naissance, que ses parents le lui avaient dit, du moins; que pour lui, il s'était toujours vu comme cela: la mobilité des fragments était considérable. Si l'on pouvait ajouter foi aux paroles de cet homme, ce serait un fait curieux à enregistrer.

Quelle que soit, du reste, la cause des fractures de la clavicule, elles peuvent s'établir dans divers parties de l'os. Sous ce point de vue, il faut établir deux catégories distinctes. La fracture peut avoir son siége sur la ligne d'insertion des ligaments coraco-claviculaires, c'est-à-dire, dans le cinquième acromial ou externe de cet os, ou bien dans les trois quarts ou quatre-cinquièmes internes. Ces différents siéges de la lésion établissent une très grande différence entre ces deux catégories de fractures. La première ne laissera après elle aucune difformité; la seconde ne guérira jamais ou presque jamais, sans une difformité plus ou moins apparente.

Il importe encore de subdiviser ces fractures d'après un autre ordre, en fracture du corps de l'os et fracture des extrémités. Dans chacune de ces diverses espèces, c'est toujours le fragment interne qui est soulevé et le fragment externe qui est abaissé; il faut en excepter cependant le cas où la lésion des extrémités a son siége entre le ligament costo-claviculaire et la tête de la clavicule, très près de l'extrémité sternale; car alors le sterno-cléïdo-mastoïdien agit sur le fragment externe, le tire en haut, de telle façon que la position des deux fragments est opposée à la règle que nous venons de tracer, c'est-à-dire l'externe est en haut et l'interne en bas.

Il faut aussi distinguer les fractures de la clavicule en fractures transversales, obliques et en fractures incomplètes. Quant à cette dernière espèce, M. Velpeau assure ne l'avoir jamais rencontrée. On a cité quelques faits qui feraient croire que cette variété a été observée; mais comme l'examen cadavérique a fait défaut, il est permis de ne les point accepter. Sanson et un chirurgien anglais en ont cité chacun un exemple. Dans ces sortes de fractures ou plutôt dans les fractures qui ont été prises pour celles de cette dernière classe il est fort possible que le périoste ait été conservé en quelque point, que peut être les lames de l'os se soient engrenées les unes dans les autres, de manière à empêcher toute espèce de mobilité et à faire croire que la clavicule avait résisté à la cause fracturante dans une partie de son étendue. M. Velpeau a vu, lui-même, quelque chose d'à peu près analogue une fois chez un adulte, et une autre fois chez un enfant.

Les fractures transversales s'observent surtout dans le quart externe de l'os, elles sont le plus souvent obliques dans le reste de son étendue, alors le déplacement a lieu de la manière suivante: le fragment interne, ordinairement le plus long, est attiré en haut, en dedans et en arrière par le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, le fragment externe l'est, au contraire, en bas, en avant et en dehors par le deltoïde; de plus, il y a croisement des deux bouts fracturés et l'épaule est par suite inclinée en dedans; enfin, pour résumer ces caractères, il y a élévation du fragment interne et abaissement du fragment externe; mais si la fracture a eu lieu tout près de l'articulation sterno-claviculaire, alors, comme nous l'avons dit, le fragment externe peut être entraîné en haut et en arrière, et le fragment interne se trouve en avant, quelquefois en ar-

rière et parfois immobile ou à peu près.

Il arrive, par une rare exception, que dans les fractures obliques dans les trois quarts internes de l'os ou rencontre le fragment interne au-dessous du fragment externe (hors le cas dont nous avons parlé, alors que la fracture occupe tout à fait l'extrémité sternale) on peut être certain, quand on observe ce genre de déplacement, que la cause fracturante a porté précisément sur le fragment qui est au-dessous et qu'on trouve ordinairement au-dessus.

Les fractures transversales de la clavicule ne sont point accompagnées d'un déplacement notable; les malades des numéros 2 et 8 en témoignent suffisamment. Ce qui cause le déplacement dans les autres régions n'est autre chose que le croisement des deux bouts fracturés de l'os qui, devenus mobiles, se déplacent sous l'influence de la contraction des muscles qui s'y attachent et par lesquels ils sont sollicités à suivre telle ou telle direction; mais dans le quart externe de la clavicule, les deux fragments sont retenus en dessous par la présence des deux ligaments coraco-claviculaires, il n'y a pas de déplacement possible, bien qu'il y ait des muscles qui viennent s'attacher à ces fragments, car leur action est annihilée par les ligaments qui joignent la clavicule à l'apophyse coracoïde.

Les caractères généraux des fractures de la clavicule ne diffèrent pas de ceux que l'on invoque pour toutes les autres; ainsi la mobilité, la crépitation, le chevauchement, les inégalités, la cause de l'accident, etc., tels sont les caractères des fractures en général, et par conséquent de celles de la clavicule. Il est pourtant un signe sur lequel on a beaucoup insisté, signe qu'on a donné comme pathognomonique de cette fracture, et qui, selon M. Velpeau, manque toujours dans cette lésion, nous voulons parler *de l'impossibilité où serait le malade de porter la main au front et sur sa tête.* Il y a déjà une quinzaine d'années que M. Velpeau éleva quelques doutes sur la valeur de ce signe dans la fracture de la clavicule; depuis, des observations nombreuses l'ont convaincu de sa nullité; mais la croyance en ce signe s'est tellement enracinée, que MM. Bérard et Cloquet, dans l'article du Dictionnaire qui traite des fractures, disent que c'est par exception seulement qu'on voit les malades pouvoir porter la main au front, et, dans ce cas, pensent-ils, il est probable que la fracture dont il s'agit est telle que le fragment interne se trouve sous le fragment externe.

Il est aujourd'hui démontré à M. Velpeau, que les individus présentant des fractures de clavicule peuvent tous porter la main au front. Il est très vrai qu'ils s'y refusent d'abord, à cause de la douleur qu'ils en ressentent; mais quand on les presse, quand on insiste, on les voit porter la main non-seulement au front, mais sur la tête, et saisir parfaitement la corde de leur lit. C'est donc une erreur qu'il faut faire disparaître, que ce signe qu'on a donné comme caractéristique de la fracture de l'os dont nous parlons. L'exactitude de ce que nous avançons est facile à constater sur le n° 2 de la salle Sainte-Vierge; ce malade exécute tous les mouvements que nous venons de décrire, quoi qu'il soit affecté d'une fracture de la clavicule. Il faut ajouter cependant que cette fracture est transversale, ce qui rend l'exemple moins probant; mais M. Velpeau a observé la fausseté du signe sur lequel nous nous sommes arrêtés, dans un grand nombre de fractures obliques.

Complications, dangers et traitement des fractures de la clavicule. — Parmi les accidents qui peuvent compliquer la fracture de la clavicule, il en est qui s'observent à la suite de toutes les fractures, et d'autres qui ne se voyent qu'après celle-ci en particulier. Ainsi, l'infiltration sanguine qu'il faut ranger dans la première classe, n'offre dans la région claviculaire aucune espèce de danger dans certaines limites; cela se comprend, du reste; le tissu cellulaire de cette région est souple, la résorption se fait promptement, et cette infiltration ne compromet en rien, par conséquent, les suites de la fracture. Un accident qui pourrait inspirer des craintes, si on le comparait à ce qui arrive dans d'autres parties quand il se présente, consiste, après les fractures très obliques, dans les angles extrêmement pointus que présente la peau, même après la formation du cal et la consolidation parfaite de l'os; il semble qu'on ait à redouter alors la déchirure de la peau par ces pointes qui doivent entretenir là, par le frottement, un état inflammatoire permanent, il ne faut pourtant pas se laisser effrayer par cette complication, car on voit chez des individus les pointes des fragments extrêmement aiguës, sans percer la peau pour cela; si l'on recherche l'explication de cette anomalie, on la trouve dans l'extrême mobilité de la peau de cette région, mobilité qui empêche le même point de rester en contact avec les angles des fragments; de telle sorte que cette portion de peau s'endurcit, et que les angles eux-mêmes finissent par s'émousser. Cependant il est des cas où cette complication amène l'ulcération des téguments, et devient même la cause de douleurs vives qui obligent à pratiquer la résection des pointes; il n'en est pas moins vrai de dire pourtant que les angles formés par les fragments osseux déchirent moins souvent la peau après les fractures de clavicule, qu'après celles du tibia et des autres os. Un autre accident qu'*à priori* on doit considérer comme extrêmement grave, si l'on réfléchit à ce qui se passe ailleurs, c'est la présence de plaies comme complication de la fracture. On sait que les plaies, quelques petites qu'elles soient, sont toujours une circonstance des plus fâcheuses, à la jambe, par exemple, et dans les autres fractures. Ainsi le malade couché au n° 27, nous en offre un déplorable exemple; il nous présenta comme complication d'une fracture de la jambe, une plaie, mais si petite, qu'il ne pensait pas que ce fût en se cassant la jambe qu'elle eût été produite; il la croyait causée par les ciseaux avec lesquels on avait coupé ses vêtements; mais il devint bientôt évident qu'il n'en était pas ainsi. Il se forma au bout de quelques jours un phlegmon diffus qui s'empara de toute la cuisse, qui nécessita des incisions nombreuses, et dont les suites probables ne peuvent être que défavorables pour le malade. On le voit, comme complication des fractures, les plaies, quelles qu'elles soient, sont toujours fort dangereuses, mais non pas en raison directe de leur étendue; ce n'est pas la grandeur de la lésion qui fait le danger ici, sa présence seule doit suffire pour faire naître des craintes sérieuses.

Les plaies qui compliquent les fractures de la clavicule sont-elles aussi dangereuses que la théorie l'indique? C'est-là une question qu'il n'est pas permis de résoudre encore, car les auteurs n'en parlent pas; ou ne sait point à ce sujet ce que peut apprendre l'observation. Si l'on raisonnait pour cette région d'après ce qui arrive partout ailleurs, il n'y aurait pas de complication plus effrayante de gravité que celle-là; qu'on songe, en effet, à ce que peut produire une suppuration étendue formée dans cet endroit. Pouvant fuser de tous côtés, toute voisine des viscères les plus importants, des gros vaisseaux, il est facile de se représenter à quels désordres pourrait donner naissance le pus dans les environs de la clavicule. Cependant, si cela était aussi grave que nous l'indiquons, que la théorie l'indique ellemême, les auteurs en auraient certainement parlé, et c'est à peine si l'on trouve dans les traités cette complication indiquée. D'autre part, M. Velpeau a vu un homme chez lequel il y avait une fracture de la clavicule avec plaie, et ce malade n'en a pas moins très bien guéri et sans éprouver aucun accident. C'est donc un point sur lequel on s'est peu expliqué encore et qui demande de nouvelles observations pour être complètement éclarci.

Au nombre des autres complications qu'on observe dans les fractures de clavicule, il faut ranger les blessures de certains organes environnants prr la pointe des fragments dans les fractures très obliques. Cette obliquité peut être telle, en effet, que les pointes osseuses aillent produire des lésions plus ou moins graves des nerfs et des vaisseaux sous-claviers. On conçoit même que dans certains cas l'un des fragments de la clavicule puisse pénétrer dans la poitrine et aller blesser le poumon. M. Velpeau en a observé un exemple à l'hôpital Saint-Antoine: Un homme était tombé d'un lieu élevé et s'était fracturé la clavicule en deux endroits; il se développa bientôt un emphysème considérable; cet homme assura qu'il se portait parfaitement bien avant son accident; il n'y avait pas d'ailleurs de fracture de côte: on dut nécessairement penser qu'il y avait eu blessure du poumon. Si la fracture est très oblique, on comprend encore qu'un des fragments amène, par la lésion des nerfs, une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur.

Tels sont les dangers, les complications que peuvent présenter les fractures de la clavicule; mais nous devons ajouter que ces dangers, ces complications sont rares. Cette fracture est une des moins graves; elle n'est pas dangereuse par ellemême, puisqu'elle ne s'oppose en rien à la fonction du membre; on ne la traiterait pas qu'elle ne s'en consoliderait pas moins en général, moins bien qu'elle ne le serait après un traitement convenable, cela va sans dire, et quelquefois même la consolidation n'aurait pas lieu: on en possède quelques exemples. Dans le plus grand nombre des cas, quoi qu'on fasse, le cal est difforme; mais c'est là un inconvénient fort léger, à moins que le sujet ne soit une jeune femme. Du reste, chez les sujets gras cela se voit à peine; et chez les sujets maigres les saillies s'effacent peu à peu; et au bout de quelques années il reste fort peu de chose.

Il y a une remarque singulière et d'un intérêt bien autre que celle de la difformité du cal, c'est la dissidence dans laquelle sont tombés les auteurs à propos du temps nécessaire à la consolidation des fractures de la clavicule. Les plus anciens auteurs avaient examiné déjà quel temps il fallait pour amener cette consolidation, et, chose assez remarquable, parmi ces anciens, Celse, et Hippocrate avant lui, s'étaient plus rapprochés de la vérité sur ce point que la plupart des modernes. Hippocrate pense que quatorze à vingt jours sont suffisants pour amener la consolidation des fragments dans ces fractures; les modernes, veulent les uns deux mois, Delpech voulait cinquante jours, et ceux qui concèdent le plus exigent encore quarante jours, après lesquels ils ne permetttent que des mouvements bornés. Selon M. Velpeau, Hippocrate seul était dans le vrai: quinze à vingt jours seulement sont nécessaires pour amener cette consolidation. Un homme que l'on peut voir couché au n° 18 a eu les côtes brisées, la clavicule fracturée avec un croisement de 5 centimètres; sa fracture a été consolidée en vingt jours, et cela est de même chez tous les individus gras, maigres, jeunes ou vieux; ce temps est constamment suffisant. Nous ne disons pas que ce cal soit d'une résistance à toute épreuve, mais nous affirmons seulement que les deux fragments ne présentent plus de mobilité, et que, par conséquent, tout bandage est inutile, ce qui est un point fort important, comme nous le ferons comprendre tout à l'heure.

L'erreur que les modernes avaient consacrée en affirmant que la consolidation demandait de quarante jours à deux mois, Dupuytren coopéra à la répandre en voulant soutenir les idées de Duhamel sur la formation du cal; sa distinction du cal provisoire et du cal définitif devait faire penser que le travail qui se passait dans les os fracturés était nécessairement fort long; de là les limites exagérées qu'on posa à la réunion solide des fragments. Mais aujourd'hui qu'il est possible de démontrer que le cal provisoire n'est qu'un accident de la consolidation des os dans les fractures, et non la marche ordinaire des phénomènes de ce recollement des surfaces osseuses, aujourd'hui, disons-nous, il est plus facile d'accepter les opinions que nous émettons ici, et que d'ailleurs l'observation attentive des faits confirme de tous points.

Pour ce qui regarde le traitement des fractures de la clavicule et les différents appareils qu'on a successivement imaginés contre cette lésion, on peut dès le premier abord soupçonner qu'ils sont à peu près tous imparfaits, si l'on fait à ces bandages l'application de cette loi thérapeutique qui veut que partout où l'on trouve des remède nombreux, il n'y ait pas de remède. Ces bandages sont, en effet, au nombre de quatre-vingts au moins, et se rattachent par groupes à certaines méthodes, dont chacun d'eux s'efforce de remplir les indications; ainsi Hippocrate disait qu'il fallait placer la main du côté malade sur l'épaule saine, Ribes, Delpech, Flamant, MM. Cruveilhier et Velpeau ont renouvelé cette position. Jean-Louis Petit faisait tirer l'épaule en arrière, et on a inventé pour arriver à ce but une multitude de bandages: l'étoile, le huit de chiffre, le sac militaire, etc., etc., qui, ni les uns ni les autres ne valent rien, par la raison toute simple que les malades ne peuvent pas les supporter, sans compter qu'ils remplissent assez mal les indications. Desault maintenait le bras fortement rapproché du tronc, après avoir eu soin de placer un coussin cunéiforme sous l'aisselle; il obtenait ainsi un levier du premier genre dont la puissance était en bas, la résistance en haut et le point d'appui sur le coussin; ce bandage est sans doute fort joli; mais il a le désavantage d'être insupportable pour le malade, de plus il avait l'inconvénient d'amener de l'engorgement dans l'avant-bras et le poignet; il eut cependant une très grande vogue jusqu'à ce que vint le bandage de Boyer, qui n'était qu'une modification de celui-là. On imagina encore de renouveler une position d'Ambroise Paré, qui consistait à placer l'avant-bras derrière l'épaule, mais, outre qu'elle est fatigante, elle empêche les malades de se coucher. M. Groslambert a pensé, lui, qu'il serait suffisant de faire rouler l'humérus sur son axe: c'est encore une position que les malades ne peuvent garder, tant elle est fatigante. On le voit, toutes ces méthodes pèchent par la base; il est probable que celles qui les suivront auront les mêmes inconvénients, et qu'on ne trouvera guère mieux que de que nous avons; cela a peu d'importance, au reste, puisque ces fractures guérissent bien avec les moyens qui sont à notre disposition.

L'appareil de M. Velpeau consiste à faire placer la main du côté malade sur l'épaule saine, à faire avec l'humérus un levier du premier genre, comme dans celui de Desault; c'est la position que les malades gardent encore le plus facilement; on applique d'abord un bandage de corps bien placé; la main est relevée par un aide; on prend une bande sèche dont on place le chef sous l'aisselle saine; on fait passer cette bande sur la clavicule fracturée; s'il y a du déplacement, on applique une compresse graduée, puis on conduit les tours de bande audevant de l'épaule et sous le coude, de manière enfin à avoir une ellipse au devant la poitrine; puis, pour fixer le bras, au lieu de passer par dessus l'épaule, on conduit les jets de bande sur la face externe du coude. Quand la bande sèche est appliquée de cette manière, on prend une bande dextrinée dont on se sert de la même manière, en ayant soin seulement que la bande sèche dépasse partout la bande mouillée, pour que la peau du malade soit protégée, et en prenant garde aussi à multiplier les tours de bande dextrinée pour donner plus de solidité à l'appareil. Au bout de quelques heures le bandage est sec, et on a une immobilité parfaite. Quinze à vingt jours après il faut enlever cet appareil.

D[r] PAJOT.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 février 1843. — Présidence de M. FOUQUIER.

Un médecin allemand fait hommage à la Société d'un Mémoire sur un nouveau mode de traitement de l'hydropisie ovarique. M. Serrurier est prié d'en présenter un résumé.

— *M. Duperthuis* donne lecture d'une observation de rage communiquée, qui mérite d'être rapportée dans son entier:

Hydrophobie aiguë après un an d'incubation. — Forget, âgé de vingt-cinq ans, natif du Mans (Sarthe), habitant Paris ou ses environs depuis dix-huit ans, tailleur de pierre, constitution robuste, santé bonne, marié depuis un an et demeurant à Champigny (Seine) depuis un mois, partit de chez lui avec un de ses amis, le 13 décembre 1841, à trois heures de l'après-midi, pour se rendre à Paris. Ils allèrent ensemble au spectacle; Forget, qui jusqu'à ce moment s'était bien porté, fut pris d'inquiétudes, d'agitations *dans la main droite* et plus particulièrement dans les deux premiers doigts, avec mouvements spontanés et passagers de contorsion dans tout le corps. Son camarade s'en étant aperçu, Forget lui dit qu'il n'était pas maître de ses mouvements, que sa main aurait besoin de battre quelqu'un.

Le spectacle fini, ils burent une bouteille de bière et ils couchèrent ensemble. Les symptômes s'étaient dissipés; la nuit fut calme. Le 14, ils déjeunèrent avec du vin blanc et des huîtres; ils passèrent la journée à jouer au billard, et ils revinrent à Champigny. Il était huit heures du soir; Forget éprouva du malaise, sa main s'agita comme la veille; il alla se coucher seul, sans avoir soupé. La nuit fut très agitée; le malade s'éveillait en sursaut avec une soif ardente, il se levait, se promenait dans la chambre, et essayait de boire sans pouvoir y parvenir. Plusieurs fois il parvint à porter de l'eau dans sa bouche, mais il lui fut impossible de l'avaler.

A cinq heures du matin, 15 décembre, il se rendit chez un marchand de liqueurs, et demanda un verre d'absinthe; mais à peine avait-il présenté la liqueur à sa bouche, que, saisi d'une crispation subite, il la jeta brusquement avec le verre qui la contenait. Il se fit conduire chez lui, et me demanda instamment, disant qu'il voulait me voir avant de mourir.

Je me rendis près de lui à sept heures du matin; il était en sueur, les yeux animés, la face pâle; le pouls était intermittent, les battements du cœur tumultueux. Il se plaignait d'étouffements, d'une barre oblique dans la poitrine; cependant la respiration était libre, et l'air pénétrait avec facilité et profondément dans les poumons. Les lèvres étaient rouges et couvertes d'une salive écumeuse, blanchâtre, que le malade rejetait par un crachotement continu.

Forget avait conservé toute sa raison; il était tourmenté par une soif ardente; il demandait à boire, et dès qu'on lui en présentait il entrait dans une agitation horrible, se levait debout, se jetait à la renverse, courait dans la chambre, poussait des gémissements pénibles, s'écriant qu'il est perdu, qu'il faut qu'il en meure; il égratigne, il cherche à mordre, tout en disant qu'il ne mordra pas. Lorsque l'accès est passé, il tombe dans la tristesse, devient affectueux, supplie qu'on lui pardonne et qu'on le guérisse.

Je pratiquai une saignée du bras de deux palettes environ; l'agitation qui survenait à chaque instant ne me permit pas d'en extraire davantage. J'essayai d'introduire du liquide dans l'estomac au moyen d'une seringue recouverte d'un bas noir; mais la déglutition fut im-

possible; on parvint cependant à faire avaler deux pilules d'ext. gom. d'opium de 0,05 c. chaque, en les jetant au fond de la gorge; il en résulta un calme de quelques heures; mais les accidents reprirent bientôt toute leur intensité; la nuit fut horrible.

Le jeudi, nouvelle saignée. Le malade est transporté à l'hospice de Charenton, où il arriva à midi. A deux heures il était mort.

L'autopsie faite par les médecins de Charenton ne fit découvrir aucune lésion. Je n'ai jamais vu des organes aussi sains.

Forget, dont la lucidité n'a pas été troublée un seul instant, ne s'est pas rappelé d'avoir été mordu. Mais sa femme m'a affirmé qu'il avait été mordu au doigt médius de la main droite, un an auparavant, par un petit chien qu'il avait trouvé et apporté chez lui; ce chien avait refusé tout aliment; il s'était couché dans un coin, et était mort deux jours après. Ces renseignements sont d'autant plus importants, que la femme Forget ne connaissait pas les détails de la maladie de son mari.

M. Sorlin. L'observation fort intéressante que nous venons d'entendre m'en rappelle une à peu près semblable. Un marchand de vin d'un caractère très violent fut mordu par un chien enragé; deux mois après il vint me consulter pour un étouffement, une barre dans la poitrine; il y avait un commencement d'expuition. Je le conduisis à la Charité, où il fut mis dans une chambre à part. La rage fit des progrès; il injuriait ses gardiens et cherchait à les mordre pour s'en débarrasser, des flots de salive s'échappaient de sa bouche, lancés en l'air avec force comme l'eau par un cachalot : il mourut le troisième jour. Plusieurs personnes mordues en même temps que lui étaient allées se faire cautériser à l'hôpital Necker; elles échappèrent à la rage.

M. Fouquier. J'ai vu un malade avec cette anxiété, cette anhélation qu'on vient de dépeindre, l'envie de boire et l'impossibilité de la satisfaire. Il mourut quelques jours après. Il avait un petit chien avec lequel il était très familier, qui avait l'habitude de le lécher; mais il n'en avait pas été mordu.

M. Serrurier regrette qu'on n'ait pas inoculé la salive.

M. Fouquier. Relativement à l'inoculation, je me rappelle que le malade dont je viens de parler cracha dans la bouche d'un infirmier. On était fort inquiet sur les suites de cet accident, mais il ne survint rien.

M. Ch. Masson. Je rappellerai au souvenir de M. Fouquier un fait à peu près semblable dont j'ai été témoin dans son service. Un hydrophobe cracha dans l'œil d'un interne; on fit dissoudre du nitrate d'argent, et on cautérisa immédiatement la muqueuse. Ce malheureux jeune homme resta plongé pendant un an dans une affreuse mélancolie, qui ne commença à se dissiper que lorsqu'il vit qu'il ne se déclarait rien.

M. Nauche a obtenu un prompt soulagement de l'emploi des réfrigérants sur la tête d'un jeune homme atteint de la rage. Le malade ayant été conduit à l'Hôtel-Dieu, il ne lui fut pas permis d'en continuer l'usage.

La rage, ajoute M. Nauche, est le résultat d'un principe spécifique introduit accidentellement, ou développé spontanément dans l'économie. Tant que ce principe reste localisé dans la partie qui le recèle, les symptômes d'hydrophobie ne se manifestent pas; ils ne surviennent que du moment où ce principe arrive à la *partie moyenne du cerveau, partie où se rapportent* toutes les fonctions de ce viscère.

— *M. Martin* lit une observation de *cicatrice ancienne de l'orifice de l'estomac*, avec induration squirrheuse et récente de cet anneau.— Cette observation devant être complétée plus tard, sera relatée dans un autre compte-rendu.

M. Fouquier a vu une cicatrice semblable sur un individu mort d'une fièvre cérébrale consécutive à un érysipèle.

— *M. Fl. Léger* fait un rapport sur un mémoire qui donne lieu à la discussion suivante :

M. Belhomme demande à présenter quelques réflexions à propos du rapport de M. Fl. Léger. Bichat prétend, comme vous savez, que les nerfs de la vie animale n'ont pas d'influence sur la contraction des intestins. M. Brachet, de Lyon, a soutenu le contraire, et j'ai observé plusieurs faits qui viennent à l'appui de son opinion. J'ai vu des hypocondriaques être pris de constipation pendant leurs accès, tandis que l'expulsion des matières se faisait régulièrement dans l'intervalle. Cette particularité était surtout remarquable sur un malade atteint de démence intermittente : il était constipé pendant tout le temps de l'accès, qui durait huit ou dix jours, et il cessait de l'être dans les intervalles lucides. La constipation serait donc, dans ces sortes de cas, sous l'influence du cerveau.

M. Tanchou. Je ne sais pas s'il n'y a pas erreur dans ce que vient de dire notre honorable confrère de l'influence du cerveau sur les intestins. Il me semble que s'il en était ainsi, les contractions du tube digestif seraient accélérées ou ralenties dans les cas de maladies cérébrales, et même suivant la volonté de l'individu. Mais je trouve la preuve du contraire dans l'anatomie comparée. Il y a des animaux qui n'ont pas de cerveau, et cependant ils digèrent, et les matières fécales n'en cheminent pas moins dans leurs intestins. Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'on peut enlever une partie de la matière cérébrale chez certains animaux, les volatiles, par exemple, sans détruire leurs fonctions digestives ? Je pense donc, comme Bichat, que la contraction du canal intestinal est sous l'influence du grand symphatique.

M. Belhomme. J'engage M. Tanchou à lire l'ouvrage de M. Brachet; il y trouvera les preuves de ce que j'avance. Je crois, en effet, que les intestins, comme le dit Bichat, sont sous l'influence du grand sympathique, mais seulement pour ce qui concerne les fonctions de nutrition; quant à la contraction, elle est sous la dépendance des nerfs de la vie animale; cela est si vrai, que dans les cas d'affection cérébrale l'action du gros intestin est paralysée.

M. Tanchou. Il y a sans doute malentendu entre M. Belhomme et moi; car M. Belhomme parle d'état pathologique, et moi d'état physiologique. Je répète donc que la contraction des intestins n'est pas, dans l'état physiologique, *sous l'influence directe* des nerfs de la vie animale. Je n'ai pas besoin de consulter les expériences de M. Brachet pour former mon opinion sur ce point; celles que j'ai faites moi-même m'ont assez convaincu de ce que j'avance. Chacun de vous a pu remarquer que la contraction des intestins continue chez les animaux qu'on vient de tuer; je l'ai vue persister pendant des heures entières chez des animaux dont j'avais coupé la tête. Mais remarquez que le mouvement qui sert à la nutrition est le même que celui qui sert à la contraction : mouvement péristaltique, quand il fait circuler l'aliment depuis la bouche jusqu'aux ramifications les plus ténues de nos organes; anti-péristaltique quand, sous l'impression du besoin, il part des divisions capillaires et remonte jusqu'à la bouche.

M. Belhomme. M. Brachet a coupé les nerfs pneumo-gastriques sur des animaux, et il a vu que l'estomac continuait à digérer, mais les aliments ne cheminaient plus vers l'orifice pylorique. Au contraire, lorsqu'il a coupé les nerfs de la vie organique, la digestion des aliments s'est trouvée suspendue, tandis que la contractilité de l'estomac est restée la même.

Il y a donc évidemment une action spéciale des nerfs de la vie animale sur la progression des matières contenues dans le tube digestif.

Je ne conteste pas, ajoute M. Belhomme, qu'il n'y ait un mouvement insensible, un mouvement de vibration dû aux nerfs ganglionaires, qui s'observe au moment de la mort; mais je dis que les grands mouvements de contraction, les mouvements péristaltiques, dépendent des nerfs de la vie de relation, qui viennent, pour ainsi dire, renforcer l'activité des fibres intestinales.

M. Sorlin. Ces messieurs ont amené la question sur le terrain de la théorie, mais il ne faut pas perdre de vue, dans la pratique, qu'il y a, comme l'a dit l'auteur du mémoire, des substances qui tendent à échauffer, telles que les épices, et d'autres qui tendent à relâcher. Quant à la constipation des hypochondriaques, elle me paraît être sous l'influence nerveuse; et il est certain que lorsque vous parvenez à débarrasser le canal intestinal, vous obtenez une lucidité d'esprit.

— *M. Souberbielle* communique une observation de taille suspubienne sur un jeune homme de dix-huit ans. Le calcul était volumineux, et son extraction fut laborieuse. Les suites de l'opération furent heureuses; l'écoulement des urines s'opéra facilement à l'aide de la *sonde siphoïde* que M. Souberbielle emploie pour cela. La guérison était complète le vingtième jour.

D[r] Eguisier, *secrétaire annuel.*

Larves de mouche trouvées entre les paupières et les globes oculaires; observation recueillie par M. le docteur Eitner.

Le 21 juillet 1842, des paysans amenèrent chez M. Eitner un petit garçon, âgé de trois ans, pour faire examiner ses yeux. Le père et la grand'mère de l'enfant, qui l'avaient accompagné, ne purent donner aucun rensignement sur ce qu'éprouvait le petit malade; ils rapportèrent seulement que, depuis quarante-huit heures, il avait beaucoup crié et avait accusé de vives douleurs dans les yeux, en disant qu'il y sentait remuer quelque chose.

Le médecin, après avoir fait placer sur les genoux de son père, enleva les bandes et les compresses dont la tête était enveloppée, et aperçut les paupières de l'œil gauche fortement enflammées et tuméfiées, de manière à offrir l'apparence d'un globe rouge. La paupière inférieure était en grande partie recouverte par la supérieure, et il n'existait entre elles deux qu'une fente étroite. Ces organes ayant été légèrement écartés, on reconnut qu'ils recouvraient une masse de vers courts et épais, semblables à des tuyaux ouverts et rappelant la disposition des aréoles des abeilles. Ces vers se remuaient tant en masse qu'isolément, et les tuyaux qu'ils formaient paraissaient s'ouvrir et se refermer alternativement. Du reste, il il était complètement impossible d'apercevoir aucun point de la surface du globe de l'œil. Un examen plus attentif des parties permit de reconnaître dans les vers dont s'agit les larves de la *musca vomitoria*, L., dont les extrémités postérieures étaient tournées en dehors et simulaient des tuyaux par la dilatation et le resserrement successifs de leur orifice anal; les têtes de ces larves, terminées par deux crochets longs et recourbés, étaient toutes dirigées en dedans.

Ce ne fut qu'avec la plus grande difficulté qu'on put écarter suffisamment les paupières pour procéder à l'extraction des larves; le petit malade y opposa la plus vive résistance, et force fut de lui tenir les bras et les jambes, et de confier à deux aides le maintien de l'une et de l'autre paupière. Alors, en se servant d'une pince, on retira successivement vingt larves blanchâtres, longues de douze millimètres environ, et presque aussi grosses qu'un tuyau de plume : toutes ces larves étaient bien entières, bien qu'elles eussent opposé de leur côté une grande résistance à leur extraction, en se cramponnant sur la membrane muqueuse à l'aide de leurs crochets. Elles étaient surtout groupées dans le grand angle de l'œil et dans la fosse lacrymale; aussi, après qu'elles en eurent été retirées, ces points présentèrent-ils une sorte de poche ou d'enfoncement assez profond. Elles étaient beaucoup moins rapprochées le long du bord de la paupière inférieure, jusqu'à l'angle externe de l'œil.

Ces larves une fois retirées, en examinant avec attention pour reconnaître s'il n'en existait pas encore d'autres, on parvint à découvrir, mais pendant un instant seulement, et à une certaine profondeur, une petite portion du globe oculaire qui se trouvait fortement repoussé; cette portion n'était autre que la cornée transparente qui paraissait opacifiée et d'une teinte bleu-verdâtre.

L'œil droit présentait aussi une inflammation de la conjonctive oculaire et palpébrale; le globe était recouvert d'une couche de mucus, et les paupières étaient légèrement ulcérées. Malgré tout ce que cette couche de mucus avait de suspect, on n'aperçut d'abord aucun corps étranger; mais un examen approfondi fit découvrir une larve semblable aux précédentes, et qui, profondément logée dans la fosse lacrymale, ne laissait à découvert que son extrémité postérieure. L'extraction en fut tentée comme pour les autres; mais on ne put y réussir qu'en y revenant à plusieurs reprises; de sorte qu'elle fut déchirée et qu'elle ne fut retirée qu'en plusieurs morceaux.

Toutes les larves de l'œil gauche étaient bien vivantes au moment de leur extraction, et elles ne succombèrent qu'après avoir séjourné pendant quelque temps dans de l'alcool.

On nettoya les yeux du petit malade avec le plus grand soin, et on les fomenta avec une décoction tiède de racine de guimauve. La nuit fut bonne et sans douleurs.

Le lendemain, l'œil gauche était le siége d'une blennorrhagie considérable; le droit était seulement le siége d'une irrigation légère avec sécrétion muqueuse. On prescrivit un collyre avec le sulfate de zinc et l'alcool camphré, l'usage d'une pommade avec le bioxide de mercure, et l'application d'un sachet aromatique.

Sous l'influence de cette médication, l'œil droit ne tarda pas à revenir à l'état normal; mais il n'en fut pas de même de l'œil gauche, dont l'état plus grave ne s'améliora que lentement. Lorsque la cornée devint visible, elle n'avait pas encore repris toute sa transparence, et elle était sillonnée par un grand nombre de petites ulcérations superficielles; enfin l'organe se rétablit peu à peu, et il ne resta d'autre trace de cet accident qu'un léger nuage de la cornée et de la grandeur d'une lentille, qui, lui-même, pourra disparaître avec le temps.

Quant à l'origine des larves, il est à présumer que, pendant le sommeil de l'enfant, une mouche de l'espèce indiquée plus haut, attirée probablement par une ulcération de l'angle interne de l'œil gauche, y aura déposé ses œufs, et qu'à son réveil, le petit sujet, négligé par ses parents sous le rapport de la propreté, aura, en se frottant les yeux, déterminé leur introduction entre les paupières et le globe oculaire. Bientôt après, sans doute, des larves seront écloses, et comme elles croissent avec une rapidité extraordinaire, au point d'atteindre leur entier développement dans l'espace de quelques jours, il n'est pas surprenant qu'elles aient donné lieu aux lésions décrites plus haut.

(*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

— M. Otto, à Copenhague, vient d'expérimenter avec succès le bi-sulfure de carbone dans le rhumatisme, la névralgie, etc. Il prescrit quatre gouttes toutes les deux heures d'une mixture composée avec une partie de cette substance et deux parties d'alcool rectifié.

M. le docteur Bulard, connu par ses travaux sur la peste, vient de mourir à Dresde, à l'âge de 38 ans.

— Un correspondant de la *Lancette anglaise*, qui adresse à ce journal quelques remarques sur l'administration du baume de copahu, se déguise sous le pseudonyme assurément fort convenable de *anti-gonorrhœa*.

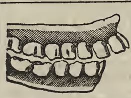
— En moins de huit jours, deux suicides ont contristé la ville de Châlons-sur-Saône; celui d'une jeune fille de dix-sept ans, qui la veille encore était d'une gaîté charmante; celle d'un coiffeur, nommé Pinotte, dont la situation pécuniaire était satisfaisante.

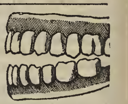
On ne peut attribuer ce double suicide qu'à un double accès d'aliénation mentale.

— M. Ricord commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le mardi 21 mars, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Vénériens.









PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 34, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER ET TESSIER.

Hémoptysie. Des diverses indications thérapeutiques qui y sont relatives.

Un malade est entré à l'Hôtel-Dieu pour une hémoptysie. M. Tessier a pris texte sur ce malade pour émettre des considérations pratiques qui méritent d'être reproduites.

L'hémoptysie, suivant les conditions particulières dans lesquelles elle se manifeste, réclame des indications thérapeutiques différentes. Afin de mieux faire saisir ces différences, nous supposerons les divers cas particuliers qui peuvent se présenter le plus communément.

Une hémorrhagie du poumon peut se manifester accidentellement chez un individu à la suite d'une course, d'une fatigue excessive, d'efforts musculaires violents, cette hémoptysie ne s'accompagnant d'ailleurs ni de la concentration du pouls, ni d'aucun phénomène morbide sensible. Elle peut être habituelle, et se renouveler avec une fréquence et une abondance telles que la mort s'en suive. C'est ce qui est arrivé récemment chez un malade du service, homme d'une constitution athlétique, qui n'offrit aucune lésion à l'examen cadavérique. Elle est souvent un symptôme de la phthisie. Dans le premier cas, il n'y a rien à faire que de prévoir le retour de nouvelles hémorrhagies et de surveiller le malade ; dans le second cas, il y a nécessité d'agir et indication de saigner. Lorsqu'il y a indication de saigner, il est évident que cette indication est subordonnée à différentes conditions dont on doit tenir compte. On ne saignera pas, par exemple, ou l'on ne saignera qu'avec une extrême réserve chez un phthisique, lors même que le pouls serait dur et concentré. Le premier principe à l'égard de l'emploi de la saignée, est de subordonner l'indication fournie par la maladie aux conditions individuelles. L'indice le plus précieux de l'état des forces vitales et des fonctions de la vie organique, c'est l'état du pouls. Si le pouls est dur, si en même temps la maladie est encore à l'état de concentration, il y a indication de saigner, à raison de la pléthore, de la sauguification exagérée, et parce que sous cette influence les congestions sont imminentes, et qu'en saignant dans cette circonstance, et donnant issue au trop plein du sang, on fait une congestion artificielle, une crise sans coction, il est vrai, mais non moins utile cependant.

Mais au lieu d'avoir affaire à cette pléthore, on peut rencontrer un de ces cas où l'émoptysie coexiste avec la diminution des forces, une véritable atonie, ou bien une simple oppression des forces. Il faut interroger dans ce cas les grands appareils, afin de juger si les fonctions principales se font régulièrement, s'il n'y a point dans quelques-uns de ces appareils un état morbide dont le retentissement aille se faire sentir jusque sur le système circulatoire, tel qu'un état saburral, par exemple. Dans ce cas, l'indication formelle commanderait l'usage de l'émétique. Stoll avait obtenu de grands succès des émétiques dans les cas d'hémoptysies avec état saburral, qu'il désignait sous le nom d'hémoptysies bilieuses ou gastriques. En détruisant l'embarras gastrique, on détruit un des éléments principaux de la maladie, et on la réduit à sa plus grande simplicité. Après avoir ainsi enrayé le premier de ces états morbides, on enraye le second par la saignée.

Quelquefois on a fait vomir, on a saigné, et cependant l'hémoptysie persiste.

Si l'on cherche alors quel est le point de départ de la maladie, l'élément morbide qui entretient l'hémoptysie, on reconnaît quelquefois que c'est un embarras intestinal. Les purgatifs produisent dans ce cas les mêmes effets que les vomitifs dans les cas précédents ; leur administration est suivie de la cessation des hémorrhagies, et du retour de la santé.

Ce n'est pas tout. Vous rencontrerez de ces hémorrhagies chez les sujets à constitution nerveuse, surtout chez les femmes sujettes aux anomalies du système nerveux. Il n'est pas rare de voir survenir dans cet état, qu'il soit idiopathique ou symptômatique, d'autres accidents morbides, tels que des crachements de sang, des hémorrhagies pulmonaires plus ou moins abondantes. Il survient dans ce cas des désordres et de l'ataxie dans les fonctions organiques, consécutivement aux désordres et à l'ataxis des fonctions animales. Ces hémorrhagies indiquent déjà que la perturbation nerveuse a envahi jusqu'aux fonctions organiques. Il faut alors attaquer, non-seulement les troubles de la vie animale, mais aussi ceux de la vie organique ; il suffit souvent d'attaquer les premiers pour voir les seconds disparaître avec eux ; mais si après avoir fait cesser les troubles des fonctions animales, les perturbations de la vie organique persistent, il faut les attaquer à leur tour d'une manière directe. C'est ce que l'on fait par les affusions froides, qui ont pour effet de substituer un accès de fièvre artificiel à une perturbation nerveuse. On substitue ainsi une sueur ou tout autre crise à l'hémorrhagie imminente.

Il est encore un autre cas où les accidents persistent, malgré l'emploi de tous les moyens rationnels. On peut être assuré alors d'avoir affaire à une altération organique, soit une phthisie, soit uue mélanose, ou un cancer du poumon. On doit dans ce cas s'attendre à voir les hémorrhagies persévérer et se reproduire nécessairement, tandis que dans la plupart des autres circonstances elles ne persistent que parce que leur point de départ est resté inconnu et inattaqué.

Les hémoptysies qui arrivent chez les sujets anémiques réclament l'emploi des ferrugineux, des amers, des balsamiques ; il ne faut pas confondre d'ailleurs les hémorrhagies pulmonaires passives qui ont lieu chez les sujets anémiques, avec celles qui ont lieu chez les phthisiques et qui résultent de la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire. On reconnaît aisément ces hémorrhagies passives à l'aspect du sang qui est noir, diffluent, manquant de plasticité comme celui des sujets scorbutiques, à la mollesse du pouls et à la flaccidité des chairs.

Outre les cas dont nous parlions tout à l'heure, il en est un autre qu'il ne faut pas perdre de vue, à cause de son importance pratique ; je veux parler d'un de ces éléments qui peuvent se présenter comme complication dans la plupart des maladies, du type intermittent. Lorsqu'on aura manœuvré de toutes les manières sans aucun résultat, si l'on vient à découvrir le type intermittent, quelle que soit d'ailleurs la maladie, que ce soit une phlegmasie, une hémorrhagie, n'importe les complications qu'elle peut offrir, il faudra avoir recours au sulfate de quinine.

Il y a quelquefois une très grande difficulté à saisir la véritable indication ; mais lorsqu'elle a été saisie, il faut savoir insister sur l'emploi du moyen indiqué jusqu'à ce qu'il ait produit le résultat désiré. C'est ainsi qu'en suivant une indication bien déterminée, M. Récamier est allé jusqu'à pratiquer sur un sujet trois cents saignées en deux ans, et que, grâce à cette insistance, il est parvenu à surmonter une affection des plus rebelles.

Phthisie tuberculeuse. Indications locales et indications générales. Possibilité d'enrayer les symptômes principaux, sans enrayer la maladie ; utilité d'en agir ainsi.

Un malade est entré à l'hôpital, présentant tous les signes locaux et généraux d'une diathèse tuberculeuse : toux, crachats caractéristiques ; de plus, tous les signes stéthoscopiques, fièvre hectique avec exacerbations nocturnes, sueurs abondantes, etc. Ces signes ne laissent subsister aucun doute sur l'existence d'une diathèse tuberculeuse localisée dans les poumons. La maladie chez ce sujet est sur les limites de la deuxième et de la troisième période ; les sueurs abondantes sont les seuls symptômes de colliquation que l'on observe.

Il est important de bien reconnaître les diverses périodes de la phthisie, d'en distinguer surtout les différentes formes, parce que c'est sur la considération de la période à laquelle se trouve le malade qu'on peut modifier le pronostic ; et d'après sa forme et le caractère particulier de sa diathèse, qu'on peut déterminer l'utilité de certains moyens palliatifs. Cha-

---

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE ;

Par le docteur SICHEL.

DEUXIÈME PARTIE. — *De la cataracte lenticulaire corticale, des caractères qui la distinguent des cataractes lenticulaire déhiscente et capsulaire, et de l'opération qui lui convient.*

(Suite du nº 28.)

XVII. *Historique.*

La première mention de la cataracte corticale se trouve chez Morgagni (*Epist.* XVIII, *Ad Valsalvœ.*, *opp.* § 41., 357, Venet. 1740.) Les opacités profondes et luisantes ne siégent pas toujours dans le corps vitré, et peuvent aussi occuper les lames postérieures du cristallin, ou, si toute la substance de ce corps est transparente, la partie postérieure de sa membrane ; car il est de fait qu'une portion du cristallin peut quelquefois être opaque, tandis que le reste a conservé sa pellucidité.

Dans l'observation déjà citée, Hoin (Mercure de France, 1759, août p. 182 et 183) décrit une cataracte lenticulaire tenant le milieu entre les cataractes déhiscente et corticale, ou une cataracte corticale qui avait conservé quelques-unes de ses stries, après avoir, au terme de sa marche, revêtu les caractères d'une cataracte lenticulaire ordinaire. Le passage suivant, complète celui de cet auteur que nous avons rapporté dans le § VI de la première partie du présent travail : « On croit que le cristallin, formé de différentes couches, appliquées les unes sur les autres dans le même arrangement que celles d'un oignon, s'épaissit toujours selon l'ordre de ses couches pour former une cataracte, soit que l'opacité commence par les couches intérieures après l'épaississement du noyau, soit qu'elle s'empare d'abord des extérieures ou des corticales. Vous savez qu'on ne manque pas d'exemples qui autorisent cette opinion : je ne cherche point à la détruire. Je ne doute pas que beaucoup de cataractes ne se forment par l'épaississement gradué et alternatif des couches du cristallin ; mais la même maladie ne suit pas toujours la même marche. La cataracte radiée que j'ai vue, toutes celles que d'autres ont pu observer, démontrent que le cristallin ne devient pas toujours opaque selon l'ordre de ses couches disposées comme des espèces de sphères concentriques et que ce corps s'épaissit quelquefois par des lames divergentes du centre à la circonférence, à peu près comme le pariétal s'ossifie dans le fœtus, »

Ce passage et celui de Morgagni ont passé inaperçus, ou, au moins, n'ont pas provoqué de recherches ultérieures. Je ne les connais, moi-même, que depuis fort peu de temps ; le premier s'est offert à moi pendant mes études sur l'histoire du glaucôme ; je me suis mis à la recherche du second, il y a quelques mois, d'après une citation vague de M. Benedict (Traité pratique des maladies des yeux, t. IV, pag. 28 et 29, Léips. 1824, dont le commentaire suivant sur cette observation, de la part d'un ophthalmologiste aussi expérimenté, montre suffisamment combien peu la cataracte corticale est connue : « Quoiqu'il soit généralement reçu que l'obscurcissement dans la cataracte lenticulaire est uniforme et seulement plus marqué au centre du cristallin, on dit cependant avoir vu des cataractes lenticulaires étoilées, radiées et partant du centre de ce corps. Hoin, entre autres a observé une cataracte cristalline rayonnante. Toutefois, puisque nous ne connaissons qu'une seule variété de cataracte lenticulaire partielle, la cataracte centrale ; qu'à l'exception de Hoin, tous les auteurs gardent le silence sur la cataracte qu'il décrit ; que, moi-même, dans ma pratique, je n'ai jamais rencontré un seul cas de cette espèce ; par ces raisons, disons-nous, un haut degré de probabilité est donné à la supposition de ceux qui regardent toutes les cataractes radiées exclusivement comme des opacités de la capsule et qui soutiennent que dans le cas cité une erreur de diagnostic a eu lieu probablement. » Voici pourtant comment les recherches les plus exactes deviennent suspectes à cause d'erreurs généralement reçues ; peut-être que les nôtres, bien que basées sur un nombre imposant de dissections, et confirmées par celles de M. Malgaigne, auront le même sort auprès de certaines personnes qui, n'ayant pas eu occasion de s'éclairer par des dissections comparatives et tenant fortement à leurs opinions, sont accoutumées, par une longue habitude, à regarder comme des cataractes capsulaires ou capsulo-lenticulaires ce que nous avons décrit sous le nom de cataracte corticale.

M. Weller (*Icones ophthalmologicæ*, Leips., 1825, p. 17) décrit les stries convergentes formées par la déhiscence superficielle d'une cataracte glaucomateuse, et en donne même un bon dessin (pl. II, fig. 4), mais il les regarde comme un signe manifeste de ce que la capsule du cristallin est également troublée dans sa transparence (*turbata*). Ce passage appartient moins à la cataracte corticale qu'à la cataracte déhiscente, où j'aurais dû le rapporter ; il peut servir à prouver combien les erreurs du diagnostic, sous le rapport des opacités de la capsule cristallinienne, sont fréquentes, même chez les ophthalmologistes d'un grand savoir et d'une pratique étendue.

Daus aucune des publications antérieures à 1827, il n'est question de la cataracte lenticulaire corticale ; elle est passée sous silence, et sans doute confondue avec la cataracte capsulaire ; ou capsulo-lenticulaire dans les ouvrages de MM. Rosas (1830 à 1834) ; Middlemore (1825), Mackensie (ed. II, 1835), Juengken (ed. II, 1836), etc. C'est en 1837 que j'ai, le premier, mentionné cette espèce de cataracte lenticulaire, et que je lui ai donné un nom particulier. (Traité de l'ophthalmie, etc., p, 496 et 506.) Depuis long-temps je soupçonnais l'existence de la cataracte corticale, et je savais qu'un grand nombre de cataractes qu'on regarde d'ordinaire comme capsulaires, et surtout comme capsulaires postérieures, n'ont pas leur siége dans la capsule. Mais je n'avais par devers moi aucune preuve anatomique. C'est à la fin de 1832 que j'eus occasion, pour la première fois de disséquer une cataracte lenticulaire corticale sur une femme très âgée ; j'ai conservé le procès-verbal de cette autopsie. Plus tard, j'eus occasion d'en disséquer un très grand nombre ; c'est presque entièrement à Bicêtre et à la Salpétrière que je pus trouver cette espèce de cataracte, par la raison qu'elle n'existe en général que sur les vieillards des deux sexes ; il est très rare qu'on trouve des stries corticales sur des individus âgés de moins de quarante ans, chez lesquels la cataracte lenticulaire débute, soit comme cataracte lenticulaire centrale, soit comme un trouble uniforme, léger et opalin de tout le cristallin. Mes dissections sont devenues tellement nombreuses, et leur résultait était d'une uniformité si grande, que je finis par n'en plus prendre note. J'ai disséqué bien au-delà de cent cataractes, dont la grande majorité était formée par l'espèce que nous décrivons ici. Si je n'en ai parlé que très sommairement en 1837 dans mon ouvrage (Traité de l'ophthalmie, etc., p. 496 et 506), c'est que n'ayant pas rencontré jusqu'alors sur le cadavre de cataracte capsulaire postérieure, j'attendais toujours que j'eusse disséqué une de ces dernières, afin qu'aucun élément du diagnostic différentiel des cataractes corticales ne me manquât. On verra plus tard (dans un travail particulier sur la cataracte capsulaire) que cinq nouvelles années d'attente, après des recherches anatomiques déjà très nombreuses et assidues, ne m'a apporté qu'un seul cas d'opacité, et encore très incomplète de la cristalloïde postérieure. Je ne devais donc plus tarder actuellement à rendre public le résultat d'aussi longues observations.

Mais en 1837, je crus mieux faire de me borner à signaler simplement à l'attention des médecins et oculistes la cataracte corticale et de lui appliquer un nom particulier, circonstance qui d'ordinaire donne droit de cité aux affections inconnues et négligées antérieurement. Il n'en fut pas ainsi pour cette espèce d'opacité cristallinienne ; personne n'en parla, jusqu'à MM. Tyrrel, Makensie et Malgaigne, qui ne se servirent même pas du nom que j'avais donné à la maladie, sans doute parce que le passage de mon livre qui y a trait leur avait échappé.

Voici d'ailleurs les passages de mon ouvrage cité :

P. 496 : « De même que nous avons signalé une cataracte lenticulaire corticale antérieure striée, souvent très difficile à distinguer de la cataracte capsulaire antérieure ; de même aussi il y a des opacités striées dans la surface postérieure du cristallin qui simulent des cata-

chune de ces périodes offre en outre des indications différentes à remplir, et il arrive même assez souvent qu'il se présente une contradiction entre les indications fournies par l'état local et celles qui se déduisent de l'état général. L'âge doit aussi être pris en grande considération. En général, passé trente-cinq ans la phthisie est beaucoup plus susceptible de s'arrêter, de rester plus ou moins long-temps stationnaire, sauf à reprendre sa marche ascendante à de longs intervalles, tandis qu'avant trente ans sa marche est plus régulière; elle est alors presque toujours continue, et marche rapidement vers son terme fatal. Aussi est-on surpris quelquefois de voir chez les sujets un peu avancés en âge la maladie s'arrêter, s'amender même, lorsqu'en obéissant à de certaines indications on fait momentanément disparaître les principaux symptômes; mais cette amélioration n'est jamais que momentanée, la maladie n'en suivra pas moins par la suite sa marche fatale; et ce seront souvent les phénomènes les plus indifférents en apparence, les symptômes les moins saillants qui révèleront l'insuffisance de tous les moyens thérapeutiques mis en usage. Le malade en question, par exemple, sous l'influence d'un régime et de quelques moyens thérapeutiques appropriés à sa position, tousse moins maintenant qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital; la respiration est devenue plus facile; la fièvre hectique a diminué, et le paroxysme le plus fort a disparu. Mais nous lui avons demandé s'il se trouvait plus fort; il nous a répondu, au contraire, qu'il se sentait plus faible; ses forces musculaires et nerveuses n'ont pas discontinué de s'affaiblir graduellement. Ainsi, l'amélioration que nous avons constatée n'est qu'apparente, les symptômes sont diminués d'intensité; mais les forces vitales ont été toujours en décroissant, et la maladie marche toujours d'un pas rapide vers sa terminaison fatale. Si l'on ne tenait compte de cette dernière circonstance, on pourrait quelquefois croire à une guérison prochaine, et cette illusion pourrait durer jusqu'au moment où la cachexie viendrait se manifester avec tous ses caractères, jusqu'à la veille de la mort. Il n'y a donc point de rapport apparent entre l'état local et l'état général, car l'état local n'est nullement modifié par le traitement; les cavernes ne subissent aucun changement, si ce n'est seulement qu'il peut y avoir sous l'influence de certaines médications une diminution dans l'exhalation des produits morbides, alors que les symptômes semblent par leur amendement indiquer une amélioration réelle de la maladie. Toutefois, malgré l'insuffisance trop bien constatée de tous les moyens employés jusqu'à présent contre la phthisie, nous aurions garde de blâmer les efforts qui seraient tentés en vue et dans l'espoir d'obtenir une guérison. Il y a avantage, en réalité, à tenter les moyens auxquels on se croit autorisé à accorder quelque confiance, car en poursuivant les indications au fur et à mesure qu'elles se présentent, on obtient des améliorations partielles, successives et momentanées à l'aide desquelles on peut gagner du temps et prolonger l'existence des malades; ne dût-on point obtenir ce résultat, qu'il y aurait toujours de l'avantage à espérer de guérir les malades et à agir en raison de cet espoir.

Pertes séminales. De la thérapeutique de cette affection.

Un sujet âgé de trente-cinq ans, marié et ayant trois enfants, est entré à l'Hôtel-Dieu pour y réclamer des soins contre des pertes séminales involontaires qui l'incommodent beaucoup. Ce malade dit s'être bien porté jusqu'en 1840 ou 1841; mais à cette époque il a éprouvé des symptômes de gastralgie. Les digestions sont devenues difficiles, quoiqu'il conservât beaucoup d'appétit; son ventre était souvent gonflé, ballonné; il il était sujet à une constipation opiniâtre.

Une chose importante à noter, c'est qu'il se livrait souvent à la masturbation, et qu'il a conservé fort long-temps cette honteuse habitude. Son intelligence paraît peu développée; on n'en obtient que des renseignements obscurs et peu positifs.

Il y a un an environ, allant à la selle, il éprouva une éjaculation involontaire de sperme. Une certaine quantité de ce liquide sortit de l'urètre tout à coup et en bloc. Pendant un temps assez long rien de semblable ne se représenta. Il alla passer plusieurs mois à la campagne, auprès de sa femme, et pendant tout le temps qu'il resta près d'elle aucune nouvelle perte ne se représenta.

Mais depuis le mois de juillet dernier les pertes séminales se sont reproduites et n'ont pas cessé. Le malade, toutes les fois qu'il va à la selle, y est sujet.

A la fin de l'été, il dit avoir ressenti des douleurs dans le canal en urinant. Depuis ce temps, les pertes se renouvellent une fois tous les jours, quelquefois tous les deux jours seulement.

Depuis qu'il a ces pertes, les symptômes nerveux mentionnés plus haut ont continué à se manifester. Souvent il éprouve un sentiment de fatigue générale; il ressent des douleurs dans les jambes, des douleurs qui, dit-il, ressemblent à des morsures.

Depuis quelques jours il a été pris d'un tremblement général presque continuel.

Les pertes séminales constituent une maladie très fréquente, beaucoup plus fréquente actuellement qu'elle paraît l'avoir jamais été, soit que cela tienne à ce qu'on la méconnaissait le plus souvent autrefois, soit qu'en réalité les excès qui y donnent lieu soient plus communs aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, on est presque journellement consulté par des malades qui sont tourmentés par des pertes séminales; et c'est une affection très grave et qui mérite toute l'attention des praticiens. Ordinairement les malades sont assez long-temps sans s'en apercevoir; puis, il arrive un moment où ils s'aperçoivent d'un petit suintement par le méat urinaire pendant qu'ils vont à la garderobe. Ce suintement est-il constitué par de la semence ou par du liquide prostatique? Il est d'abord difficile de le savoir. Plus tard ces pertes augmentent; elles se montrent après l'émission des urines, puis même dans les intervalles des selles et des urines, sans que ces actes par conséquent y contribuent en rien; elles ont lieu d'abord tous les deux ou trois jours, puis tous les jours. A mesure que ces pertes augmentent graduellement, il survient de la dyspnée, une diminution notable des forces musculaires, un affaiblissement de l'intelligence, la perte de la mémoire, des maux de tête, des vertiges, un sentiment de faiblesse dans les jambes, de l'hypochondrie et enfin l'impuissance.

Il est de ces sujets qui, après s'être livrés plus ou moins tard à la masturbation, se trouvent complétement impuissants lorsqu'ils se marient. L'impuissance est la terminaison naturelle de cette maladie; le suicide en est fréquemment la suite.

On a considéré cette affection comme provenant d'une ininflammation chronique du *verumontanum*, de l'orifice des vaisseaux éjaculateurs incessamment irrités par le passage des urines, même par la défécation ou par la plus légère excitation. On voit dès lors avec quelle facilité les causes d'excitation les plus légères peuvent, dans cet état, donner lieu aux pollutions, et combien celles-ci doivent devenir fréquentes. L'experieuce a prouvé que cette théorie n'était pas dénuée de fondement.

M. Lallemand, partant de cette vue, a eu l'idée d'appliquer, comme traitement de cette affection, la cautérisation du canal de l'urètre. Cette cautérisation, en modifiant l'état inflammatoire de la muqueuse urétrale, a pour résultat de faire disparaître les pertes séminales et de rappeler la puissance virile. On a ainsi obtenu par ce traitement non seulement la guérison des malades, mais en même temps la confirmation de la théorie de la maladie.

M. Béniqué, qui s'est aussi occupé de ce sujet, a cherché à remplacer la cautérisation par un moyen aussi efficace et plus doux. Voici le moyen qu'il propose: Il adapte à une sonde de gomme élastique un petit boyau de chat répondant à l'un des yeux de la sonde et noué par les deux bouts, de manière à recevoir et maintenir en contact avec le siége de la maladie un liquide plus ou moins astringent, ordinairement composé d'une solution d'alun.

La cautérisation guérit quelquefois du premier coup, ou bien après deux, trois ou quatre applications du caustique tout au plus: en une quinzaine de jours au plus la guérison est ordinairement complète. Il arrive assez souvent que les malades ont une pollution le jour même où ils ont été cautérisés, puis ils sont quelques jours sans en avoir, et il est rare qu'après trois ou quatre cautérisations elles reparaissent; assez souvent une seule suffit pour faire cesser immedtatement les accidents.

La méthode de M. Béniqué est plus longue; elle exige qu'on y revienne à plusieurs fois; on pratique les injections tous les deux jours.

Il y a encore un autre moyen plus simple; il consiste à introduire tout uniment une sonde jusqu'au col de la vessie, de manière à ce que les yeux de la sonde se trouvent placés au niveau du vérumontanum. On pratique des injections avec une solution d'alun ou de nitrate d'argent. Nous préférons la première. C'est la méthode qui est actuellement mise en usage chez ce malade. Si au bout de quelque temps on n'observe pas une amélioration suffisante, on aura recours à la cautérisation.

Nous ferons connaître, par la suite, le résultat qui aura été obtenu.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. VIDAL.

Nouveau procédé pour l'opération du phimosis.

Dans un premier article nous avons décrit d'une manière assez détaillée le procédé d'opération du phimosis imaginé et employé par M. Vidal. (Voy. nº du 4 mars.). Nous avons déjà pu voir exécuter cette opération un bon nombre de fois; car à l'hôpital du Midi il n'est pas difficile de trouver des phimosis à opérer.

Nous venons aujourd'hui rapporter des observations dont plusieurs confirment les prévisions de M. Vidal. Ce chirurgien a surtout en vue de prévenir l'inoculation de la plaie quand il y a un chancre ou une blennorrhagie syphilitique. Il prétend aussi abréger la durée du temps pour que la cicatrisation soit complète. Enfin, comme résultat définitif, au lieu d'une difformité comme les autres opérations, celle-ci donnerait au prépuce un aspect élégant.

Voici une observation qui prouve que le principal résultat recherché par M. Vidal peut être parfaitement obtenu.

Première observation. — *Chancres. Phimosis accidentel. Opération d'après le procédé de M. Vidal. Réunion immédiate le troisième jour de l'opération; cette réunion persiste partout, excepté dans un seul point. Récidive du phimosis combattue avantageusement par l'introduction de bourdonnets de charpie entre le prépuce et le gland.*

J..., âgé de dix-huit ans, tourneur en cuivre, jeune homme

---

ractes capsulaires postérieures, et sont fort difficiles à distinguer de ces dernières. »

P. 505., § XXVII. « Les *cataractes striées* des auteurs sont d'ordinaire des cataractes capsulaires antérieures. On a confondu dans cette catégorie des cataractes offrant à leur surface des stries qui manquent de cet éclat brillant et de cette couleur bleuâtre argentine ou prononcée qui caractérisent les opacités de la capsule, et qui ont d'ordinaire une couleur très blanche. La disposition régulière, rayonnée ou étoilée de ces stries indique qu'elles proviennent d'une déhiscence commençante du cristallin. Des fragments des couches corticales ramollies du cristallin se trouvent détachés de sa substance et collés ou attachés à la surface postérieure de la cristalloïde, et lui communiquent ainsi cet aspect particulier qu'un œil exercé distingue des véritables altérations de la capsule. Ces espèces de cataractes lenticulaires se trouvent particulièrement sur des individus âgés. »

Il m'arrive quelque chose de bien singulier à l'occasion du premier de ces deux passages cités. J'y déclare avoir déjà signalé dans un autre endroit la cataracte corticale antérieure; mais cet endroit, je le cherche en vain et ne le trouve nulle part. Nul doute que je croyais en avoir donné la description dans le paragraphe où la cataracte capsulaire antérieure est traitée, et que le peu de loisir qui me restait pendant la rédaction de cet ouvrage m'a empêché de vérifier le passage auquel je renvoyais le lecteur. Cela explique encore mieux pourquoi je n'ai pas donné, dès 1837, une description plus complète de la cataracte corticale.

Dans les ouvrages publiés depuis 1837, la cataracte corticale a encore été presque généralement passée sous silence: il en est ainsi de ceux de MM. Andreac (1837-1839), Carron du Villards (1838), Chelius (1839), Joëger, Juengken (éd. III, 1842), etc. MM. Mackensie (éd. III) et Tyrrel, que nous venons de nommer, en font seuls exception.

Voici la description que M. Tyrrel (Practical Work on the diseases of the Eye., 1640, t. II, p. 357) donne de la cataracte corticale, qu'il confond en partie avec la cataracte débiscente:

« Dans quelques cas, la formation de la cataracte présente une différence marquée dans l'un des symptômes qui est d'ordinaire regardé comme la meilleure indication du commencement de cette maladie, c'est-à-dire l'amélioration de la vision par la dilatation de la pupille; quelquefois le contraire a lieu; le malade voit mieux à une lumière vive, et la vision devient plus confuse lorsque la pupille est dilatée par la belladone. Cette variation dans les symptômes dépend de la manière dont la maladie commence, savoir, à la circonférence du cristallin et non à son centre, de sorte que, lorsque la partie centrale commence à se prendre, la circonférence est presque opaque, et, par conséquent, lorsqu'elle est mise à découvert par la dilatation pupillaire, cela n'ajoute rien à la force visuelle, mais au contraire augmente la confusion de la vision, en produisant beaucoup d'irrégularité dans la réfraction des rayons lumineux qui sont transmis à la rétine.

Lorsque l'opacité commence à la circonférence de la lentille, indépendamment d'un trouble général, elle s'étend presque toujours au centre par des rayons. Les rayons opaques sont plus denses et s'étendent plus loin que l'opacité générale, jusqu'à ce que tout l'organe soit affecté. Alors les rayons se continuent de la circonférence au centre; mais on peut toujours les distinguer, en ce qu'ils sont plus opaques que le reste de la substance du cristallin.

Toutes les fois que ces rayons opaques existent, qu'ils commencent au centre ou à la circonférence, la cataracte a d'ordinaire une apparence luisante et nacrée particulière. Cette apparence a été regardée par beaucoup de personnes, et décrite dans la plupart des ouvrages sur ce sujet, comme indiquant l'opacité de la capsule; mais j'ai eu de si fréquentes occasions de prouver qu'elle siége dans le cristallin, que je n'hésite point à déclarer qu'elle ne dénote point l'opacité capsulaire. J'ai souvent, avant de faire l'extraction de la lentille, dirigé sur cette apparence l'attention de mes élèves et d'autres personnes assistant à mes opérations, et, après l'extraction, j'ai montré le cristallin privé de sa capsule, mais offrant toujours l'apparence radiée; tandis que l'œil d'où la lentille avait été enlevée présentait une pupille nette et noire, quoique la capsule cristallinienne y demeurât. Dans quelques cas, le changement morbide commence à peu près simultanément dans le centre et à la circonférence; alors la vision est troublée de bonne heure et n'est point amendée par la dilatation de la pupille. »

On voit que dans une partie de ce qui précède, M. Tyrrel a confondu les cataractes lenticulaires corticale et déhiscente.

M. Malgaigne (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, nº 26), d'après la dissection de vingt-cinq yeux cataractés, a émis l'opinion suivante sur la cataracte lenticulaire en général et sur la cataracte corticale en particulier: « Je n'ai jamais vu la cataracte débuter par le noyau central du cristallin.... Toujours l'opacité commence par les couches molles qui avoisinent la capsule, et d'ordinaire vers la grande circonférence du cristallin; dans le plus grand nombre des cas, l'opacité étant complète à la face antérieure et à la face postérieure, le noyau demeure parfaitement clair; dans d'autres cas plus rares, le noyau prend une teinte brune, se dessèche, devient friable, et est alors opaque véritablement.

En sorte que si j'avais dès à présent à formuler la conclusion directe de ces autopsies, je dirais volontiers que la cataracte consiste dans une sécrétion opaque de la capsule cristalline, celle-ci gardant elle-même sa transparence, et que dans certains cas il y a une nécrose du noyau central du cristallin, qui se mortifie au milieu de la sécrétion morbide. »

Comme nous l'avons déjà dit, il y a dans ces assertions de M. Malgaigne une double erreur. La cataracte lenticulaire, d'abord, ne débute pas toujours dans la circonférence du cristallin. Les recherches anatomiques de notre très estimable confrère et ami ont été toutes faites sur les vieillards de l'hospice de Bicêtre; elles devaient naturellement avoir pour résultat uniforme des cataractes corticales. Il en est tout autrement chez les individus des deux sexes âgés de moins de quarante ans, et chez les enfants où les cataractes commencent au centre, au moins dans la très grande majorité des cas. Pour ce qui est de la cataracte dure, elle commence toujours au centre, même chez les vieillards; pour ma part, au mois, je n'ai pas eu occasion d'observer une seule exception à cette règle.

Quant à ce que M. Malgaigne regarde comme une sécrétion opaque de la capsule, il lui sera facile, dans de nouvelles recherches, de se convaincre qu'il s'est trompé, en faisant attention aux points suivants. La partie opaque, ou les parties opaques de la surface du cristallin, se comportent sous tous les rapports, par leur couleur, leur consistance, par le volume, l'aspect et la direction des fibres qui les composent, comme la substance corticale de ce corps. Ce sont presque toujours des rayons convergents vers le centre, souvent de petits triangles ou des fragments de triangles. Les bords et l'extrémité de ces stries, plaques ou triangles, sont en général légèrement détachés des parties sous-jacentes. En en saisissant le sommet avec une pince ou en le soulevant avec une spatule mince, on peut facilement enlever toute l'opacité, du centre vers la circonférence, sous forme d'une couche gélatineuse membraniforme. Si, après en avoir détaché une ou plusieurs, on plonge tout le cristallin dans l'alcool, on peut, après un certain temps, en enlever d'autres semblables, et celles qu'on y a laissées s'agrandissent par la coagulation et la coloration que ce liquide fait subir aux fibres voisines. On voit alors que les opacités pathologiques ne diffèrent ni dans leur structure, ni dans la direction de leurs fibres de celles produites par l'alcool, et que cet agent ne les a pas altérées autrement qu'en les durcissant et en leur otant l'entourage de la substance gélatineuse et transparente. Il s'ensuit que ces opacités ne sont que des parcelles de la substance corticale du cristallin devenues opaques et légèrement soulevées, enfin une espèce de déhiscence ou de desquammation supeficielle de la lentille, et non pas le produit d'une sécrétion morbide de la capsule. Les stries opaques corticales tiennent d'ailleurs beaucoup moins fortement à cette membrane, surtout à son feuillet postérieur, qu'au cristallin. Elles restent pour la plus grande partie attachées à ce corps, autant après l'abaissement et l'extraction que pendant la dissection. Le léger enduit qu'elles laissent à la cristalloïde s'enlève facilement à l'aide de la curette. Cette membrane est d'ailleurs parfaitement saine, et aucun signe ni de phlegmasie chronique dans son tissu, ni de diminution de l'espace entre elle et la surface antérieure de la lentille, n'autorise à penser à l'existence,

à cheveux noirs, à peau blanche, d'apparence nerveuse, est entré à l'hôpital, salle 10, n° 21, le 22 décembre 1842.

Ce malade n'a jamais eu de maladie syphilitique. Il y a trois ou quatre semaines, il s'aperçut, pendant qu'il avait des rapports sexuels avec une même femme, de plusieurs petits chancres sur divers points de la face interne du prépuce. Il fit quelques lotions pour tout traitement; les chancres augmentèrent d'étendue, le prépuce se tuméfia, et le gland finit par ne plus pouvoir être découvert, ce qui avait toujours été facile auparavant. Le malade éprouva en même temps des douleurs médiocres. Il demanda alors à entrer à l'hôpital.

Le 24 décembre on constate sur le limbe du prépuce deux chancres qui s'enfoncent profondément sous sa face interne. Toute la portion de verge qui correspond au gland est dure, tuméfiée, bosselée. Le gland ne peut être aperçu à cause d'un phimosis accidentel très étroit. Un écoulement médiocrement abondant et un peu fétide a lieu par l'orifice du prépuce. Bains; saignée de trois palettes; une bouteille d'eau de Sedlitz demain matin, et ensuite deux pilules de Dupuytren par jour; bains locaux émollients; injections émollientes entre le prépuce et le gland; cautérisation de la partie visible des chancres; deux portions.

Le 20 janvier, toute la partie antérieure du prépuce, celle qui dépasse l'extrémité du gland, est détuméfiée et devenue souple; les chancres du limbe ont disparu; mais en arrière de cette partie on sent encore des indurations isolées qui font croire à l'existence d'autres chancres intérieurement. Malgré la disparition des chancres extérieurs et du gonflement, le phimosis n'ayant point disparu, on se décida à pratiquer l'opération le 25 février, et l'on réunit la plaie en avant du gland. On fait le traitement habituel.

Le troisième jour de l'opération la réunion immédiate a réussi partout, excepté dans un seul point d'environ deux lignes d'étendue sur la partie supérieure droite du prépuce. Le quinzième jour, la cicatrice est partout solide, excepté dans le point indiqué, où elle n'est complète que douze jours plus tard. La tuméfaction du prépuce, après l'opération, a été médiocre; il n'y a eu que quelques érections peu fortes les quatrième et cinquième jours. Quand la cicatrice a été solide, l'ouverture du prépuce, rétrécie par la cicatrisation, n'a pas permis de découvrir le gland; on a introduit alors des bourdonnets de charpie entre le prépuce et le gland, dans le but de dilater l'ouverture. La dilatation obtenue est aujourd'hui assez considérable, mais pas encore suffisamment pour permettre de découvrir entièrement le gland. On continue le même moyen. L'intérieur du prépuce ne fournit presque plus de sécrétion muco-purulente; on ne sent qu'un seul point d'induration à droite du frein; elle est peu considérable.

Le 1[er] mars, toute induration a disparu, mais le gland ne peut encore être entièrement découvert. Le malade a pris sans interruption 80 pilules de Dupuytren, et n'en a ressenti aucune incommodité.

Le 6 mars, le gland peut être découvert entièrement et avec facilité.

Les avantages du nouveau procédé se sont ici montrés d'une manière évidente. Malgré le grand nombre de chancres qui existaient entre le prépuce et le gland, l'inoculation de la plaie n'a point eu lieu, ce qui doit être attribué certainement à l'exiguité de la plaie et à la promptitude de la cicatrisation. Qu'on se rappelle qu'en trois jours presque toute la plaie a été réunie pour ne plus se désunir.

Nous dirons par anticipation, comme réflexions générales, que malgré quelques inconvénients que nous signalerons, et que l'expérience pouvait seule faire connaître, et qu'elle apprendra aussi sans doute à prévenir, malgré ces inconvénients la cicatrisation a été effectuée beaucoup plus promptement que dans les opérations ordinaires du phimosis. Sous ce rapport donc, le nouveau procédé a un avantage marqué. Il en a encore un autre au moins sur les procédés ordinaires d'incision et d'excision, c'est la régularité de forme du nouveau prépuce. Lorsqu'on prend le soin de faire la section un peu obliquement dans le sens de l'inclinaison du gland, on obtient un prépuce qui recouvre la moitié ou les deux tiers supérieurs du gland, et qui est aussi régulier que celui des individus chez lesquels le prépuce offre naturellement cette longueur.

Deuxième observation. — *Phimosis naturel. Chancre. Opération par le procédé de M. Vidal. Réunion par première intention dérangée par des érections. Cicatrice définitive le dixième jour.*

L..., âgé de vingt-six ans, ferblantier, homme d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 10, le 16 janvier 1843.

Il n'a jamais pu découvrir le gland depuis sa naissance; le prépuce est extrêmement long et ne gêne nullement les érections. Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes autres que celle dont il est actuellement affecté. Il y a un mois moins quelques jours, cinq ou six jours après un coït avec une femme non publique, il ressentit une douleur légère au prépuce, et découvrit bientôt une ulcération grisâtre sur le limbe du prépuce, et un léger écoulement par son ouverture. Il se contenta de faire quelques injections d'eau de mauve entre le prépuce et le gland; cependant l'ulcération augmenta et s'accompagna de tuméfaction peu douloureuse du prépuce; il éprouvait seulement une douleur assez vive à l'endroit de l'ulcération lorsqu'il urinait et lorsque, dans la nuit, il avait des érections. Cet état ayant persisté, il se décida à venir demander un lit à l'hôpital.

Le 17, on constate sur le prépuce un chancre bien caractérisé qui s'enfonce du côté de la muqueuse de manière à se soustraire aux regards. Le malade n'éprouve aucun autre symptôme, et se trouve dans un très bon état de santé générale. On lui propose l'opération de la circoncision, qui est acceptée et pratiquée le 27 janvier par le procédé décrit.

La ligne circulaire que forment la muqueuse et la peau réunies se trouve portée en arrière de la couronne du gland par le renversement de la muqueuse. La circoncision enlève toute la portion de prépuce occupée par le chancre. On prescrit des lotions continuelles avec l'eau froide. On continue les pilules de Dupuytren, que le malade prend depuis le 20.

Le 29 la réunion par première intention est opérée dans tous les points; on enlève les fils de suture. Le malade a assez bien dormi les deux nuits précédentes; il n'y a eu aucun phénomène fébrile. On cesse la diète, qui avait été prescrite, et l'on donne une portion d'aliments.

Le 31, il y a eu des érections pendant la nuit; elles ont déterminé des douleurs qui ont empêché le malade de dormir. Ce matin on voit qu'une portion de la cicatrice s'est détruite sur la partie supérieure et droite de l'incision. On continue les mêmes moyens, et l'on prescrit un lavement avec un gramme de camphre.

Le 1[er] février, les érections se sont renouvelées plus fortes et plus douloureuses; presque toute la partie supérieure de la cicatrice a cédé, et les deux bords de la plaie sont éloignés l'un de l'autre de six à sept millimètres. Même prescription.

Le 2, il y a eu encore pendant la nuit de nouvelles érections moins douloureuses que les précédentes; cependant les parties latérales et inférieures de la cicatrice n'ont pas cédé.

A partir de ce jour, malgré des érections qui se renouvellent presque toutes les nuits, une partie de la réunion immédiate persiste, et la partie détruite par les premières érections marche rapidement vers la cicatrisation. Celle-ci est complète le 6 février, dixième jour de l'opération.

Le malade reste jusqu'au 23 février pour continuer son traitement général, et sort parfaitement guéri. Le prépuce recouvre la base du gland; il forme un bourrelet rose qui ne peut pas tout à fait atteindre le sommet de gland. Ce prépuce est absolument comme un prépuce naturel, mais un peu court.

Ici l'opération a été mieux faite que dans la première observation; la muqueuse a été rabattue vers la racine de la verge; une plus grande partie du prépuce a été enlevée, ce qui fait que le gland est resté complètement découvert, et qu'il n'y a pas eu récidive du phimosis. On a pu voir que, malgré la fréquence des érections, la cicatrisation complète a eu lieu le dixième jour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 1[er] février 1843. — Présidence de M. Cornac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — 1° Elle renferme un recueil d'observations médicales et scientifiques, par M. le docteur Debourge; 2° un poème italien sur l'Histoire naturelle, par le chevalier de Poggi; ouvrage posthume, annoté par M. Mojon.

Rapports et élections. — *M. Piédagnel* rend compte d'un mémoire de M. le docteur Coupari, intitulé: Observations pour servir à la pathologie de l'insuffisance des valvules aortiques. Le fait principal de ce travail est celui dans lequel l'autopsie a constaté: 1° hypertrophies du cœur offrant des plaques blanches rugueuses; 2° une altération de la valvule auriculo-ventriculaire droite; 3° des indurations des valvules sigmoïdes aortiques; 4° une dilatation de l'aorte commençant à la base du cœur, et ayant ainsi établi un espace libre entre les bords des valvules sigmoïdes qui formaient de cette façon trois trous triangulaires; ces valvules se touchant à leur sommet, ce qui constituait leur insuffisance; enfin une dégénérescence crétacée de l'aorte. Les symptômes correspondants à ces lésions étaient un bruit de frottement superficiel dans le mouvement du cœur; un bruit de souffle consécutif au premier bruit du cœur; un souffle rugueux masquant le second bruit.

Partisan de la théorie de Rouanet, l'auteur du mémoire explique le bruit du frottement superficiel par les plaques rugueuses péricardiques; le premier souffle par l'état de rigidité des valvules sigmoïdes; et le deuxième souffle par le reflux du sang à travers les trois ouvertures triangulaires placées entre elles.

M. le rapporteur conclut à l'admission de M. Coupari, qui est nommé membre correspondant.

— *M. Chailly* (Honoré) fait un rapport sur un ouvrage manuscrit du docteur Martin Schœnfeld, traitant des effets du moral de la mère sur le développement du fœtus. M. Schœnfeld admet qu'une difformité peut, lorsque les organes du fœtus sont encore à l'état rudimentaire, être le résultat d'une perversion de la puissance morale de la mère. Il pense que si le plus grand nombre des maladies qui affligent l'humanité ne sont que des modifications morbides de l'organisme influencé par des causes morales, l'analogie conduit à accepter la transmission de ces mêmes causes de la mère à l'enfant; et qu'enfin, si une émotion maternelle peut déterminer la mort du fœtus, il est vraisemblable qu'elle peut produire moins que la mort, c'est-à-dire une maladie ou une difformité. Tout en reconnaissant que dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible de préciser la voie de transmission de la mère à l'enfant, et que l'absence de toute communication nerveuse de l'une à l'autre, ainsi que de tout rapport vasculaire direct, rend on ne peut plus difficile l'explication de ce phénomène sympathique, M. le rapporteur partage les idées de l'auteur qui lui paraissent reposer sur des faits nombreux et bien observés. Ainsi, une femme est prise d'accès d'éclampsie; elle met au monde un enfant qui, s'il a cessé de vivre, témoigne par son habitude extérieure du genre de maladie à laquelle il a dû succomber dans le sein maternel; et s'il vit quelque temps après sa naissance, rarement il échappera à la fatale influence sous laquelle il a été placé pendant sa vie intra-utérine. Entre autres faits qui lui semblent justifier sa manière de voir, M. Schoënfeld rapporte, d'après Montgomery, l'histoire d'une dame qui ne voulait pas sortir pendant sa grossesse, dans la crainte de rencontrer un homme contrefait qui marchait sur les genoux et les mains, tenant élevés derrière lui ses pieds nus, difformes et comme coupés dans leur articulation. Cette dame accoucha avant terme d'un enfant bien conformé de tout point, si on en excepte les pieds qui étaient exactement semblables à ceux du malheureux estropié, objet de terreur pour la mère.

Deux autres faits sont relatifs à des enfants idiots, par suite d'une vive frayeur que la mère éprouva pendant les premiers temps de sa grossesse. Une dernière observation est celle que le docteur Guislain publia en 1832: il s'agit de la femme d'un des membres de la Société de médecine de Gand qui, étant grosse, fit une chute dans laquelle elle eut les genoux et les coudes meurtris, contus et fortement ecchymosés, avec plaie des téguments. Cette dame fut vivement frappée de la crainte que sa chute pouvait être nuisible à son enfant. Celui-ci, en naissant, présentait des meurtrissures aux cuisses, aux genoux, aux bras, aux coudes. Cet enfant, âgé de dix ans, porte encore les cicatrices de ces plaies congénitales. M. le rapporteur conclut:

1° Que les impressions morales de la mère ont une influence marquée sur la conformation du produit, à une époque où il se trouve encore à l'état rudimentaire;

2° Que lors même qu'il n'existerait pas de communication nerveuse anatomiquement démontrée qui puisse rendre raison de cette influence, on n'en doit pas moins admettre un rapport sympathique évident, bien que le lieu n'en soit pas saisissable;

3° Que, d'ailleurs, le système nerveux est loin d'expliquer tous les actes vitaux; qu'ainsi, dans les premiers temps de son évolution, l'embryon se développe dans l'œuf sans le concours d'aucune force nerveuse anatomiquement appréciable.

M. Caffe dit qu'à l'appui des doctrines de M. Schoënfeld on trouverait des détails fort curieux dans l'ouvrage de M. Robert, intitulé de la Mégalanthropogénésie, ou l'Art de faire des enfants d'esprit qui deviennent de grands hommes; ouvrage qui faisait dire au professeur Chaussier: *que le père de Robert ne savait pas son secret.* Cet ouvrage eut un rapport très favorable à l'assemblée générale des professeurs de l'Ecole de médecine par le citoyen Leroy, le 9 nivôse an XI.

M. Piedagnel admet entre la mère et l'enfant un rapport direct de sensibilité, et conséquemment de sensation perçue de l'un à l'autre. En preuve, il dit qu'il fut appelé par M. le docteur Cottereau pour terminer un accouchement. Au toucher, il sentit une poche qu'il essaya de déchirer avec ses ongles: la femme s'écria qu'on lui faisait mal. Après l'accouchement, M. Piédagnel constata que ce qu'il avait pris pour une poche était le scrotum, qui présentait une ecchymose et une empreinte profonde des ongles.

M. Gillette. Tout en rejetant ce qu'on a dit de merveilleux relativement à la question dont il s'agit, admet qu'il existe dans certaines familles une singularité d'organisation vraiment inexplicable. Il connaît une famille dont les enfants mâles, dans trois générations successives, vinrent au monde avec un phimosis. Je connais, ajoute-t-il, un homme qui porte sur le scrotum une tache de café; sa fille en offre une semblable sur la cuisse.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 mars 1843. — Présidence de M. Dumas.

La séance de ce jour a été fort courte et n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

M. Arago a seulement communiqué quelques détails sur la comète nouvellement observée à Paris. Dès le 14 mars un officier de ronde paraît l'avoir vue pour la première fois à Auxonne.

Ce n'est que le 17 mars qu'elle a été vue à Paris. Son apparition, coïncidant avec le lever de la lune et le coucher du soleil, n'a pas permis de l'observer avec tout le soin possible. Son noyau n'a pas été observé, noyé qu'il est dans les brumes de l'horizon. Sa queue est fort étendue; le 18, elle était de 39 à 40 degrés; le 19, de 42 degrés. On en a observé de plus longues, mais pas de plus déliées. Celle de 1811 avait 23 degrés, celle de 1744, de 30 à 44 degrés; celle de 1689, 68 degrés; celle de 1680, 90 degrés; celle de 1769, 97 degrés, celle de 1618, 104 degrés.

Ceci est relatif à la longueur apparente; quant à la longueur réelle, M. Arago n'a pu encore la préciser; on sait, en effet, qu'il faut au moins trois observations pour la déterminer; or, hier lundi, l'Observatoire de Paris n'a pu en faire que deux.

Quant au problème relatif à la lumière de la comète, savoir si elle a une lumière propre ou une lumière réfléchie, jusqu'alors les observations faites sont contradictoires. En s'en rapportant aux expériences sur la polarisation, la lumière serait réfléchie; au contraire celles relatives à la lumière zodiacale feraient penser que la comète jouit d'une lumière propre.

Pour lundi prochain, M. Arago a promis de nouveaux détails.

— A quatre heures l'Académie s'est formée en comité secret pour la suite de la discussion de la liste de présentation à la place de Larrey.

— On lit dans le *Haro* de Caen, du 14:

Vendredi dernier, dans l'après-midi, la fille B....., servante chez M. P....., cultivateur à Monts, profitant de l'absence de ses maîtres, qui étaient allés à Caen, s'est porté un coup de rasoir sur le milieu du ventre, et a failli perdre la vie. M. Collet, médecin, a constaté que cette fille était enceinte de huit mois environ, et ne désespère pas, malgré la gravité des accidents, de sauver cette malheureuse. Interrogée sur le motif qui l'a portée à cet acte, elle a naïvement répondu qu'elle espérait tirer son enfant par l'ouverture qu'elle venait de se faire.

sur la face antérieure de ce corps, d'un dépôt pathologique secrété par la capsule. (Comparez sur ce point les observations du § XVIII, surtout l'observation II.) M. Malgaigne regarde aussi les cataractes déhiscentes comme le résultat de la macération du cristallin dans l'alcool. Il reviendra sans hésitation de cette opinion, lorqu'il aura eu occasion de voir une seule fois sur le vivant cette espèce d'opacité cristallinienne; et je m'engage volontiers à lui en procurer l'occasion s'il ne l'a pas trouvée depuis. (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, n° 61.)

M. Malgaigne a reproduit ses assertions dans le numéro cité de ce journal et dans le n° 7 de 1843. Dans ce dernier, la personne qui a rédigé sa leçon clinique me fait dire « qu'ayant fait des autopsies, j'avais vu le cas ordinaire de cataractes capsulo-lenticulaires. » C'est une erreur; j'avais parlé à M. Malgaigne de mes dissections de cataractes corticales et je l'avais renvoyé à mon ouvrage pour le résultat de ces autopsies.

Les opinions de M. Malgaigne sur l'anatomie pathologique de la cataraste, et sa correspondance avec moi sur ce sujet (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, n. 29 et 31), se trouvent aussi dans les Annales d'oculistique, t. VI, p. 62 et suiv.

La description que M. Mackenzie (éd. III, 1832) donne de la cataracte corticale, bien que contenant moins de détails que celle de M. Tyrrel, est exempte de l'erreur que nous avons dû reprocher à ce praticien distingué. Nous avons déjà rapporté quelques lignes dans lesquelles M. Mackenzie décrit fort bien la cataracte déhiscente. Voici le passage de la troisième édition de son livre, qui a trait à la cataracte corticale, passage qui ne se trouve pas dans la seconde (au chapitre de la cataracte lenticulaire): « Dans les individus jeunes souvent toute la substance de la lentille se montre cataractée; dans les vieillards, ce n'est en général que la surface et particulièrement la surface antérieure, qui est affectée de cataracte, le reste étant couleur d'ambre ou glaucomateux. (C'est le reflet particulier jaunâtre du noyau du cristallin que M. Mackenzie désigne par ce dernier mot....) Il n'est pas extraordinaire de voir des stries opaques s'étendre de la circonference du cristallin à quelque distance dans sa substance. Quand de pareilles stries occupent la surface postérieure de la lentille, vers son centre, elles semblent situées dans le corps vitré, mais ceci est une illusion d'optique. » Je n'ai pas trouvé que ces bandes opaques parussent siéger dans le corps vitré, elles ressemblent plutôt, comme nous l'avons dit, à des opacités de la capsule postérieure, pour lesquelles on les prend aussi très généralement.

Valeur comparative des diverses méthodes pour opérer la cataracte. — *M. Bourjot* fait one communication orale sur la valeur comparative de l'opération de la cataracte par extraction et par abaissement, et surtout sur l'option que l'on doit faire, selon lui, de la kératonixie à la sclérotonixie. Il reproche à la piqûre de l'œil par la sclérotique des névralgies oculaires, des ophthalmies profondes consécutives, tandis que par la cornée on peut pénétrer dans l'œil peesque sans inconvénients.

Il conclut : 1° Qu'il est plus dangereux de pénétrer dans l'œil par la sclérotique que par la cornée ;

2° Que la kératonixie pratiquée avec une aiguille fine, conique à sa pointe ou en fer de lance, offre peu de chance de kératite ;

3° Qu'il est vrai de dire que la manœuvre pour la réclinaison ou le broiement est peut-être plus facile par la sclérotique que par la cornée en manœuvrant dans la chambre postérieure, mais qu'il est aussi plus commode par la cornée d'ouvrir la capsule, de détruire les adhérences ciliaires, et de ramener le cristallin fragmenté dans la chambre antérieure où s'opère sa dilution ;

4° Que la kératonixie doit être employée pour diviser la membrane pupillaire ou les productions membraneuses accidentelles, comme dans le cas de cataractes secondaires.

M. Bonrjot cite plusieurs faits qui, s'ajoutant à l'autorité de ceux cités par Jœger, lui font proposer la classification des méthodes dans l'ordre suivant, d'après leur valeur relative :

Au premier rang, il place la kératonixie;

Au deuxième, la kératatomie;

Au troisième (encore si on ne doit pas l'exclure), la sclérotonixie.

M. Mojon pense que M. Bourjot a conclu trop vite, et que les faits qu'il a cités ne sont pas assez nombreux pour servir de base solide à la classification qu'il veut établir.

M. Giraldès partage la même opinion, et il ajoute que si la sclérotonixie a donné lieu quelquefois aux accidents névralgiques signalés par M. Bourjot ; ils dépendent bien moins de la méthode que de l'opérateur lui-même qui a traversé la sclérotique trop en avant et a ainsi lésé le plexus ciliaire, tandis qu'on évite sûrement cette lésion en introduisant l'aiguille plus en arrière.

M. Caffe s'explique mal comment M. Bourjot préconise une méthode qui lui a donné cinq succès seulement ; il sait bien mieux que tout autre que le choix de l'opération reste indiqué par la nature de la cataracte et les autres circonstances individuelles nombreuses. Ainsi, chez une personne décrépite, on préfère la réclinaison à l'extraction, parce qu'il est à craindre que la cornée une fois divisée manque de vitalité pour se cicatriser. La dépression d'une cataracte volumineuse, l'extraction d'une cataracte molle, la division d'une cataracte dure, etc., sont autaut de solécismes chirurgicaux ; comme l'a dit Beer, c'est se tromper et tromper les les autres, que de vouloir opérer sûrement toutes les cataractes par une méthode exclusive. D'après cet exposé, M. Caffe n'attache pas grande importance aux statistiques faites en vue de mettre en parallèle les résultats de telle ou telle autre méthode, chacune ayant été exclusivement pratiquée. Il faudrait dans ces statistiques, et pour qu'elles aient de la valeur, qu'on ait constamment agi sur des cataractes de même nature ; or, c'est ce qui n'a pas lieu. Quant à l'innocuité du cristallin passé dans la chambre antérieure, je l'admets en général ; mais la science possède, et j'ai moi-même, continue M. Caffe, publié des faits dans lesquels la lentille passée dans la chambre antérieure donnait lieu à de graves accidents par son ballottement continuel, par la contusion de l'iris, ou en déterminant une kératite, ou bien un trouble de l'humeur aqueuse.

Etant chef de clinique du professeur Sanson, M. Caffe a eu occasion d'enlever avec l'aiguille une lentille passée il y avait plus de six mois dans la chambre antérieure, il reporta le cristallin au travers de la pupille dilatée, dans le tiers inférieur du corps vitré, où il parvint à le fixer.

M. Caffe se range à l'opinion de M. Bourjot, lorsqu'il s'agit d'appliquer la kératonixie surtout à des enfants, dont la cataracte est ordinairement molle, diffluente, et chez lesquels l'homeur aqueuse a une grande puissance de résorption.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'hydrocéphale aiguë par l'iode; par M. le docteur SEYFFER, de Heilbronn.

M. Seyffer, qui considère l'hydrocéphale aiguë comme un résultat de la diathèse scrofuleuse, a employé des moyens nombreux et variés (sangsues, calomelas, digitale, affusions froides, etc.) contre cette affection, sans en obtenir de résultats avantageux. Cette inefficacité de toutes les médications recommandées jusqu'ici par les thérapeutistes l'a engagé à recourir à l'administration de l'iode. Voici le mode qu'il a suivi pour l'administration de ce médicament dans le premier stade de la maladie :

Pr. Iodure de potassium,	50 à 75 centigrammes ;
Eau commune,	100 grammes.

Faire dissoudre.

Pour un soluté dont on donne une demi-cuillerée à bouche toutes les deux heures, alternativement avec une infusion de fleurs d'arnica (2 grammes). Dans eau bouillaote (100 grammes).

Il a fait faire en même temps, sur les régions sincipitale et pariétale, préalablement débarrassées des cheveux par le moyen du rasoir, des frictions avec l'une des pommades suivantes :

Pr. Iodure de mercure jaune,	60 centigrammes ;
Axonge,	15 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Pr. Iodure de mercure rouge,	30 centigrammes ;
Axonge,	15 grammes.

F. S. A. un mélange parfaitement exact.

On fait les frictions matin et soir ; la dose pour chacune d'elles est, avec la première pommade, du volume d'une noisette, et avec la seconde de la grosseur d'un haricot seulement.

S'il existe une vive douleur à la région frontale, si la face est rouge, la pupille resserrée et se contractant presque complètement sous l'influence de la lumière, M. Seyffer fait appliquer une ou deux sangsues sur

Chez un enfant lymphatique, décoloré, bouffi, sur lequel l'iodure potassique restait sans action, M. Seyffer a prescrit avec le plus grand succès l'iodure de mercure de la manière suivante :

Pr. Iode,	5 centigrammes ;
Alcool,	1 ou 2 gouttes.
Faire dissoudre, et ajouter	
Calomelas préparé à la vapeur,	40 centigrammes.
Triturer, puis ajouter	
Sucre blanc,	10 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en trente-deux doses bien égales.

On donne une de ces doses le matin, à midi, et le soir. Il est difficile de faire prendre, aux enfants de deux à six ans, une plus grande quantité de ce mélange sans provoquer des vomissements, bien que des praticiens de Riga affirment avoir doublé la dose indiquée, et s'en être parfaitement trouvés.

M. Seyffer, consulté par un de ses confrères pour un enfant de quatre ans qui déjà se trouvait parvenu au second stade de la maladie, et chez lequel on avait employé inutilement les sangsues, le calomelas et les affusions froides, et chez lequel aussi il était impossible alors de faire prendre aucun médicament à l'intérieur, conseilla des frictions avec la pommade d'iodure de mercure rouge, toutes les trois heures ; ce moyen détermina une diurèse des plus abondantes et une salivation copieuse, à la suite desquelles la guérison ne se fit pas attendre.

(*Wuertembergischen Correspondenz-Blatt*, t. XII, p. 151.)

Sirop antirachitique.

Pr. Huile de foie de raie,	125	grammes.
Extrait de feuilles de noyer,	45	id.
Miel,	735	id.
Eau distillée,	6	id.
Iodure de potassium,	6	id.
Sirop de quinquina,	375	id.
Sirop simple,	1125	id.
Essence d'anis,	240	centigrammes.

M. et F. S. A.

Dans ce sirop, dont la formule est due à M. le doteur Vanier (du Havre), l'auteur ne pouvant élever assez haut la dose d'huile de foie de raie, dont il tenait surtout à masquer la saveur, l'auteur, disons-nous, s'est efforcé d'augmenter l'action de cette huile en lui associant différentes substances qui paraissent agir d'une manière à peu près analogue dans les mêmes affections : c'est pour cela qu'on voit figurer au nombre des éléments constitutifs de ce médicament l'extrait de feuilles de noyer, l'iodure de potassium et le sirop de quinquina.

Le sirop antirachitique s'administre, contre les diverses formes des scrofules, à la dose de quelques cuillerées à bouche, le matin à jeun, chez les enfants. (*Clinique des Hôpitaux des Enfants.*)

NOUVELLES.

Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 9 mars 1843, M. Bulloz, docteur en médecine, professeur-adjoint de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur de clinique interne dans ladite école, en remplacement de M. le docteur Vertel, démissionnaire.

M. le docteur Bulloz, professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé directeur de la dite école, en remplacsment de M. Vertel, dont la démission est acceptée.

M. Vertel est nommé directeur honoraire.

— Au nombre des nouveaux membres honoraires nommés par l'Académie ces sciences de Saint-Pétersbourg, figure le prince Charles Bonaparte, fils de Lucien, connu du monde savant par ses écrits sur l'histoire naturelle.

— La réunion de MM. les professeurs particuliers qui font des cours en été, aura lieu à la Faculté le mardi 28 mars à midi précis, pour la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique.

— L'art médical vient de faire une perte. M. le docteur Combette, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du bureau central des hôpitaux, vient de succomber à une courte et douloureuse maladie.

— Vers les premiers jours de janvier dernier, l'épouse du sieur F..., fabricant de toiles à Beauval, fit une fausse couche. Le fœtus, du sexe féminin, me parut âgé d'environ 110 jours, et fut bientôt suivi de son placenta. Je crus la femme délivrée entièrement ; sa santé ne parut pas altérée, et elle reprit bientôt ses travaux ordinaires ; tout allait bien, lorsqu'un mois après son avortement elle fut prise de nouvelles douleurs d'enfantement et mit au monde, suivi de son placenta, un second fœtus aussi du sexe féminin, mort comme le premier, et que je regardai comme âgé de 140 jours à peu près. Je crus de nouveau la femme débarrassée; déjà elle avait repris son travail habituel, lorsqu'à la fin de février elle avorta pour la troisième fois, en six semaines de temps, d'un fœtus encore du sexe féminin et aussi accompagné de son placenta ; mais cette fois il vécut deux heures, grâce aux soins particuliers qui lui furent prodigués. Il me parut être âgé de 165 jours environ. La femme va parfaitement bien ; mais le fait est si extraordinaire, qu'il y a vraiment à se demander si elle est entièrement délivrée.

GRÉVIN, officier de santé à Beauval.

(*Feuille de Doullens.*)

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 23 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 35, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 MARS 1843.

Maladies du cœur. — Rétrécissements des orifices auriculo-ventriculaires.

Le nombre et l'opportunité des sujets que nous avons eu à traiter depuis quelque temps nous ont empêché de faire connaître à nos lecteurs un mémoire important publié dans les Archives (no de janvier 1843), par M. Fauvel, chef de clinique de la Faculté. Ce mémoire a pour objet le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et bour base trois observations, dont deux offrent cette lésion exempte de toute complication.

Quoi qu'il ne soit pas absolument indispensable, pour arriver à un diagnostic positif des maladies du cœur, de posséder une théorie irréprochable sur les mouvements et les bruits physiologiques de cet organe, et qu'il suffise pour cela de savoir que telle modification anormale correspond à telle lésion pathologique, ces deux questions cependant se lient d'une manière si intime, s'éclairent mutuellement d'une si vive lumière, qu'il n'est guère possible de traiter de l'une sans empiéter plus ou moins sur l'autre. C'est ce qu'a fait et ce que devait faire un esprit aussi distingué que M. Fauvel, qui ne pouvait, sous le prétexte banal de s'en tenir à la question exclusivement pratique, mettre complètement de côté la question scientifique, comme si la science était inutile pour la pratique, comme s'il était donné à l'esprit humain de distinguer d'avance les vérités stériles d'avec celles qui deviendront fécondes en résultats.

On nous permettra donc, avant d'aborder la question pathologique, de donner quelques considérations, que nous rendrons, du reste, très courtes, sur la physiologie des bruits et des mouvements du cœur.

Il faut distinguer soigneusement trois choses dans la théorie de la physiologie du cœur :

1° Des faits avérés, incontestables, vulgaires en quelque sorte, tant ils ont été constatés de fois, tant il est facile de les constater encore;

2° Des faits moins évidents et plus ou moins contestables;

3° Des interprétations de ces faits certains ou douteux.

Toute théorie des bruits du cœur qui ne se conciliera pas avec les faits incontestables, sera évidemment une théorie fausse; toute théorie, au contraire, qui se conciliera avec ces faits et en donnera une raison satisfaisante, si elle ne peut pas être démontrée mathématiquement, est vraie, au a du moins toutes les probabilités en sa faveur.

Il faut ranger parmi les vérités devenues vulgaires :

1° L'ordre déterminé et les caractères des bruits normaux du cœur et des silences qui les séparent, ordres et caractères sur lesquels sont fondés la dénomination et la distinction facile de ces bruits.

2° Le synchonisme de l'impulsion, du pouls et du premier bruit; nous devrions ajouter même, pour être vrais : *et de la contraction ventriculaire.* L'unanimité des divers expérimentateurs est telle, en effet, sur ce point, qu'il ne semble pas permis de douter de l'exactitude de leurs observations; cependant cet accord imposant n'a point effrayé M. Beau, et dans une serie de mémoires publiés dans les Archives, ce médecin distingué s'est efforcé de faire prévaloir une opinion opposée; c'est-à-dire que, pour lui, c'est la systole auriculaire et la diastole des ventricules (et non la systole de ces derniers), qui coïncident avec l'impulsion et le premier bruit, le pouls étant toujours séparé de ces phénomènes par un temps très court, mais sensible. Comme on le comprend bien, les bruits anormaux produits par des lésions siégeant sur les orifices du cœur, concourent puissamment à faire découvrir la vérité : et en ce sens surtout le mémoire de M. Fauvel a une grande importance.

Si tous les auteurs ont raison, et que la systole ventriculaire coïncide avec le premier bruit toutes les fois que les conditions anatomiques dans lesquelles et par lesquelles la systole s'accomplit normalement, seront changées, le premier bruit sera modifié; toutes les fois que ces conditions resteront normales le premier bruit sera lui-même normal; tandis que si la raison est du côté de M. Beau, ce que nous venous de dire ne sera plus vrai, ce sera même tout le contraire. Ainsi, pour éclairer ces propositions par des exemples, et pour entrer plus avant dans le sujet du mémoire de M. Fauvel, que se passera-t-il dans un rétrécissement simple d'un orifice auriculo-ventriculaire? Selon la théorie de Rouannet, Hope, Bouillaud, Barth et Rayer, de tout le monde, dirions-nous presque, on observera un bruit de souffle *au second temps;* dans la théorie de M. Beau, on aura le même bruit *au premier temps.* Avant d'entrer dans les raisonnements que sont obligés de faire les auteurs pour arriver à ces résultats opposés, qu'il nous soit permis de définir avec plus d'exactitude qu'on ne l'a fait encore ce qu'on doit entendre par *premier* et *second temps;* car c'est pour avoir méconnu les véritables bases sur lesquelles doit reposer cette définition, que M. Fauvel a été induit en erreur sur la signification physiologique de ses observations, et qu'il a pu les croire favorables à la théorie de M. Beau, lorsqu'au contraire elles complètent la démonstration de la théorie opposée, et justifient merveilleusement ses prévisions. M. Fauvel a, du reste, cherché à prévenir l'objection qu'on ne pouvait manquer de lui faire, mais il n'y a pas répondu avec justesse, comme on s'en convaincra en lisant les lignes suivantes, que nous extrayons de son mémoire : « La » détermination *du temps* auquel appartient un bruit morbide » qui remplace l'un des deux silences se fait en rapportant ce » bruit morbide à celui des *temps* normaux auquel corres- » pond son maximum d'intensité quand le *bruit* normal n'est » pas appréciable (ce qui est rare) (1), à l'accentuation qui le » remplace. » Un semblable moyen de déterminer le *temps* auquel appartient un bruit morbide, ne serait bon qu'à entretenir et à augmenter encore, pour beaucoup de personnes, la confusion qui existe dans les bruits morbides du cœur. La raison pour laquelle M. Fauvel l'a employé vient de ce qu'il a confondu deux choses que, suivant nous, on doit soigneusement distinguer, à savoir : les *bruits* et les *temps* du cœur. Nous n'avons pas besoin de dire ce que c'est qu'un bruit, tout le monde s'entend à ce sujet; mais ce que nous dirons, et ce que l'on ne sait pas aussi bien, ou du moins ce à quoi l'on ne réfléchit pas assez, c'est que le bruit n'occupe qu'un espace de temps à peu près indivisible pour nous; c'est l'instant où une pierre frappe le sol en tombant. Le silence qui suit le bruit est, au contraire, très appréciable, et il constitue, avec le bruit lui-même, ce que l'on doit appeler *un temps.* Un bruit morbide appartient au *temps pendant lequel il commence;* ce sera *un premier temps* quand il suivra *le premier bruit* normal ou précèdera le *second*, et un bruit au *second temps* quand il suivra le *second bruit* normal ou précèdera le *premier.* C'est ainsi que l'ont entendu, sans l'avoir exprimé explicitement, les auteurs qui ont employé ces expressions (2). Au reste, on comprend bien que c'est là une chose de pure convention, qui ne change en rien l'ordre et la signification des phénomènes, et qui est destinée seulement à en rendre l'intelligence plus facile; qu'un bruit de souffle qui précède le premier bruit soit appelé bruit au premier ou au second temps, pourvu qu'on sache ses véritables rapports avec les bruits physiologiques, on

(1) L'auteur est ici dans l'erreur ; il n'est pas rare que le bruit normal du cœur auquel correspond le bruit morbide cesse d'être appréciable ; il en est ainsi dans toutes les les insuffisances un peu considérables, et dans d'autres cas encore où l'on ne s'en rend pas aussi bien compte. Voilà pourquoi il est très important, comme nous le dirons dans un instant, de noter sur des observations si le bruit morbide *précède, suit* ou *remplace* le bruit normal, toutes circonstances qui ont une signification pathologique différente.

(2) Cela est si vrai que MM. Barth et Roger, qui dans leur traité d'auscultation professent que le rétrécissement auriculo-ventriculaire doit produire un bruit de souffle au *second temps*, ont maintes fois dit dans leurs cours particuliers que, lorsque ce bruit pourrait être perçu, on l'entendrait *avant le premier bruit*, au lieu de l'entendre *après le second*, comme cela a lieu dans l'insuffisance aortique. C'est qu'en effet il devait en être ainsi si leur théorie était vraie, et c'est ce que démontrent les observations de M. Fauvel.

FEUILLETON.

MEMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRESENCE DES VERS INTESTINAUX;

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.,
Correspondant de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôpital de Loudun (Vienne).

Les recherches auxquelles je fus obligé de me livrer pour rassembler les matériaux qui ont servi de base au mémoire que j'ai publié il y a quelques années (l'*Expérience*, 1838, t. II, p. 65) sur la perforation des intestins par les vers lombricoïdes chez l'homme, me firent connaître un certain nombre de faits curieux sur divers accidents produits par la présence de ces animaux dans le tube digestif. Ces faits rapprochés de quelques-uns que j'avais déjà recueillis dans ma pratique, me parurent dès-lors offrir assez d'intérêt pour être rassemblés et coordonnés de manière à en faire sortir quelques traits de lumière propres à élucider une question de pratique diversement résolue par les médecins d'autrefois et les médecins d'aujourd'hui, et surtout par les médecins de Paris et ceux qui exercent dans la province.

Je m'explique : pendant long-temps la dentition, et surtout les vers ont fait la base de toute la pathologie des enfants. Mais à mesure que le diagnostic des maladies a acquis plus de certitude et plus de précision, on a successivement rattaché à leur véritable cause beaucoup d'états pathologiques, qui, dans l'ignorance où laissait nos ancêtres l'absence de connaissances suffisantes en anatomie pathologique, étaient attribués à une affection vermineuse, comme à une époque plus rapprochée de nous, on a désigné, et comme de nos jours encore, beaucoup de médecins désignent sous le nom d'*affections nerveuses*, certains états morbides qu'il est difficile pour le moment de rattacher à une lésion organique quelconque; de cette plus grande précision dans le diagnostic il est même résulté un abus tout opposé, c'est-à-dire que beaucoup de médecins ont fini par nier que les vers contenus dans les intestins, quelle que fût leur espèce, quelque grand que fût d'ailleurs leur nombre, pussent produire un état pathologique quelconque.

Ce nouvel abus a surtout pris sa source dans cette circonstance que les médecins de Paris, qui alimentent presque à eux seuls toute la presse médicale, ont rarement eu occasion de rencontrer des vers dans les intestins de leurs malades, et que, par-là, ils ont été portés à regarder comme exagéré et même comme chimérique le rôle qu'on avait fait jouer autrefois à la présence des vers. Or, comme la plupart des jeunes praticiens s'habituent de bonne heure à ne jurer que sur la parole du maître, et aiment mieux penser que l'expérience se trouve en défaut plutôt que les livres dogmatiques, on montre généralement aujourd'hui une très grande répugnance à admettre la présence des vers comme cause de maladie. Ceci est tellement vrai que l'auteur d'un Coup-d'Œil sur les progrès de 1835, inséré dans la Revue médicale (1836, t. I, p. 19), tout en rappelant l'observation de M. Fourreau de Beauregard, relative à une monomanie homicide guérie par les vermifuges, et que nous citerons plus loin, dit : qu'il ne faudrait pas trop exagérer la puissance de cette cause, et que cette observation paraît plutôt devoir être rangée parmi les *cas rares*, que regardée comme une source de remarques générales applicables à d'autres faits pathologiques.

Ceci est une erreur qui pourrait avoir en pratique des conséquences fâcheuses, et il faut que les médecins de Paris se gardent bien de juger de ce que nous pouvons observer en province, par ce qui se présente à leur observation. En effet, s'il est certain que les affections vermineuses sont fort rares à Paris, il n'en est pas moins vrai qu'elles se présentent assez souvent aux médecins de province, surtout à ceux de certaines localités. Ainsi, Constant dit que, dans l'espace de deux ans, c'est à peine si sur quinze cents malades dont il a recueilli les observations, il s'en trouve cinq sur le nombre qui aient été soumis à l'emploi des vermifuges (Bulletin de thérapeutique, t. VII, p. 287); et M. Trousseau a écrit que depuis seize ans il n'a jamais rencontré un seul enfant de Paris qui présentât quelques accidents vermineux : jamais, ou presque jamais, ajoute-t-il, un enfant né et élevé à Paris, ne rend des vers, et si on trouve dans nos hôpitaux quelques petits enfants qui en expulsent, ce sont des enfants venus de province et qui n'habitent la capitale que depuis quelque temps seulement. (*Gazette des Hôpitaux*, 1842, t. IV, p. 62.)

En province, au contraire, un très grand nombre d'enfants rendent habituellement des vers en quantité plus ou moins considérable, et la plupart des maladies y subissent cette complication. On verra dans le cours de ce travail, à mesure que nous relaterons les faits, que ceux-ci ont été presque tous recueillis par des médecins de province, ou par des praticiens de Paris, sur des individus arrivés depuis peu dans la capitale; car je ferai remarquer avec M. Trousseau, que cette disposition à la présence des vers perd de son intensité par le séjour à Paris, comme le prouve une observation que rapporte ce médecin. (*Gaz. des Hôp.*, 1842, p. 62.)

Ainsi donc, pour nous les affections vermineuses existent, comme nous espérons bientôt le prouver dans le mémoire qu'on va lire. Pour composer ce travail, nous avons compulsé beaucoup d'auteurs et rassemblé un grand nombre de faits; mais nous avons dû en omettre beaucoup, et parce que dans plusieurs il n'est pas fait mention d'expulsion de vers, bien que cette cause soit alléguée, et ensuite parce que dans d'autres il nous a paru démontré que les vers n'entraient pour rien dans le développement des accidents. En effet, notre but est de prouver que réellement il existe des maladies vermineuses ou causées par les vers, et non pas qu'on a souvent à tort accusé les vers d'effets qu'ils n'avaient pas produits.

On voit que je n'ai pas la pensée de vouloir faire jouer à ces affections vermineuses un rôle trop étendu en pathogénie, ni l'intention d'expliquer par là bien des maladies dont l'essence nous échappe encore. Le bon sens de nos lecteurs ferait aussi facilement justice d'une semblable opinion que de celle de M. Fourreau de Beauregard, qui est porté à considérer la rage, dans les animaux qui y sont spontanément sujets, comme une altération de leur sensorium, produite par les vers intestinaux, et spécialement par le tœnia, que les intestins du chien récèlent constamment. (Revue médicale, 1835, t. 2, p. 35.) Bien entendu qu'il est ici question de la rage véritable, et non de l'hydrophobie, maladie que l'on a trop souvent confondue avec elle, et qui peut véritablement être produite par la présence des vers dans le tube digestif, comme nous le prouverons plus loin par des faits.

De ce que beaucoup de personnes expulsent souvent des vers, sans que ceux-ci aient donné lieu, je ne dirai pas à des accidents plus ou moins graves, mais seulement à de simples signes qui puissent faire soupçonner leur présence, faut-il en conclure que ces animaux ne pourront jamais produire de maladie et même la mort? Non, sans doute. La présence des vers n'est peut-être qu'une cause prédisposante de maladie, cause qui sera mise en jeu par une circonstance particulière, et cette circonstance ne peut-on pas la chercher dans un changement de situation des vers, leur changement de position dans les divers points du tube digestif, leur agglomération en pelotles plus ou moins considérables, dans les maladies qu'ils peuvent éprouver par suite du régime des individus qui les portent, maladies qui les irritent et les forcent à périgriner. C'est ainsi que dans mon Mémoire, j'ai démontré que cette cause était pour beaucoup dans leur émigration à travers les parois intestinales.

Au reste, la théorie doit se taire devant les faits, et aucun peut-être n'est plus propre à prouver la théorie que je soutiens ici, que le suivant, que je vais rapporter en entier, car aucun détail n'en peut-être omis sans lui ôter son intérêt. (Recueil périod, 1804, t. XIX, p. 353.)

Pierre M...., né de parents sains, âgé de douze ans, en avait passé dix dans une parfaite santé, qui ne fut point altérée par l'éruption de la variole ni de la rougeole, lorsqu'en messidor de l'an VII, les symptômes suivants se firent remarquer : Crachotement continuel, blancheur de la langue, visage alternativement pâle et animé; bouche, souvent pleine d'eau; mouvement des ailes du nez, contraction des muscles du visage et des yeux, serrement de poitrine; agitation continuelle des bras et de la tête, convulsion légère,

saura tout ce qui est utile au diagnostic; cependant nous croyons qu'on aurait tort de ne pas tenir à employer les mots dans leur acception habituelle, car ils n'exercent que trop souvent une fâcheuse influence sur les idées.

Après cette digression, qu'on nous pardonnera sans doute en faveur de l'importance du sujet, revenons au rétrécissement auriculo-ventriculaire. Quelle influence ce rétrécissement peut-il avoir sur le premier bruit, si la théorie commune est la vraie? Absolument aucun. Que se passe-t-il, en effet, d'après cette théorie, à l'instant où le premier bruit se produit? Les ventricules se contractent sur le sang qui, pressé de toutes parts, tend à s'échapper en tous sens, soulève les valvules auriculaires, qui se ferment ainsi hermétiquement (quand le rétrécissement est simple) et se précipitent à travers les orifices artériels, les seules voies qui ne résistent pas à ses efforts excentriques. Toutes les conditions sont donc alors normales et rien ne doit être changé ni dans le premier bruit ni dans le silence qui le suit. Que si, au contraire, la cause active de ce bruit réside dans la contraction des oreillettes, et la cause passive dans le choc de l'ondée sanguine contre les parois des ventricules quand elle fait irruption dans leurs cavités, évidemment le passage du sang ne pourra se faire brusquement quand les orifices auriculo-ventriculaires seront rétrécis; par conséquent le premier bruit sera infiniment plus faible qu'à l'état normal, si même il peut exister encore; et si la contraction des oreillettes est énergique, elle produira dans le point rétréci un bruit de souffle qui commencera et finira avec la contraction elle-même, c'est-à-dire qui aura lieu *au moment même* du premier bruit, pas *un instant avant*, pas *un instant après*. Or, ce n'est pas là ce qu'a observé M. Fauvel. Dans ses observations, le bruit de souffle *précédait* le premier bruit normal, qui persistait un peu obscurci (1), ce qui n'est pas du tout la même chose, et ce qui renverse la théorie de M. Beau, loin de l'appuyer. Ces observations se concilient-elles, au contraire, avec la théorie valvulaire? Parfaitement. Et non-seulement elles se concilient avec cette théorie, mais d'après elles les choses ne pouvaient se passer autrement. D'après cette théorie, la systole ventriculaire, qui accompagne et produit le premier bruit, est immédiatement suivie du relâchement des ventricules, du choc au retour du sang contre les valvules sigmoïdes, et du passage d'une nouvelle quantité de sang des oreillettes dans les ventricules; mais ce passage commence lentement, par la seule force *à tergo*, sans contraction auriculaire; celle-ci n'a lieu qu'à la fin du second silence, c'est-à-dire précisément à l'instant où M. Fauvel a observé le bruit de souffle. Nous avons donc eu raison de dire que les observations de cet auteur formaient le complément de toutes celles que possède la science, complément prévu et annoncé, ainsi que nous l'avons déjà dit. Voilà pour la question théorique.

Quant à la question pratique, nous pensons, avec l'auteur, qu'un bruit anormal *présystolique* (suivant l'expression de M. Gendrin) localisé vers la pointe du cœur, est dans l'état actuel de la science le signe sthétoscopique le plus probable d'un rétrécissement, non pas de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, comme le dit l'auteur, mais seulement d'un orifice auriculo-ventriculaire, la détermination du côté affecté devant être établie sur d'autres considérations que celle du temps auquel correspond le bruit anormal. Nous ferons encore une autre modification à cette conclusion; ce sera d'ajouter: *quand ce bruit existera.* Car il est bien certain que les observations de M. Fauvel ne sauraient détruire les cas dans lesquels un rétrécissement auriculo-ventriculaire a existé sans donner lieu à aucun bruit de souffle; cas qui sont très réels et non hypothétiques, et basés uniquement sur la théorie, comme cet observateur semble le croire. Nous devons même à ce sujet défendre la théorie volontaire d'un reproche mal fondé que lui fait M. Fauvel; les auteurs qui ont adopté cette théorie, lorsqu'ils ont rencontré des rétrécissements auriculo-ventriculaires avec bruit de souffle au *premier temps*, ont rapporté ce bruit de souffle à l'insuffisance auriculaire qui existait concurremment dans ces cas, et qui existe du reste presque toujours, admettant que le rétrécissement n'avait pas produit de bruit, vu la faiblesse des contractions auriculaires. M. Fauvel trouve une opposition manifeste entre cette opinion et une de ses observations dans laquelle il y avait à la fois un bruit de souffle *présystolique* (avant le premier bruit), dépendant du rétrécissement, et un bruit de souffle *périsystolique* (après le premier bruit) dépendant de l'insuffisance. Il sera facile de se convaincre par tout ce qui précède qu'il n'y a pas là même une apparence de contradiction, mais un parfait accord entre la théorie et les faits. Cela nous ramène à dire, et c'est par là que nous terminerons, qu'il faut bien déterminer ce que l'on entend par premier et deuxième *temps*, et que lorsqu'on décrit un bruit anormal il ne faut pas se borner à *indiquer* à quel temps il correspond, mais encore à quelle époque du temps, et surtout dire s'il masque ou laisse appréciable le bruit auquel il correspond.

(1) On se rend parfaitement compte de cet obscurcissement dans la théorie valvulaire en considérant que les valvules auriculo-ventriculaires étaient épaissies, ce qui est une condition défavorable pour la production du bruit.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. Bérard.

Observation d'affection tuberculeuse du testicule, et considérations sur cette maladie.

Avant de renvoyer un malade couché salle Saint-Gabriel, M. Bérard appelle l'attention de ses élèves sur cet homme, dont la maladie n'est pas encore généralement connue, et ne se trouve pas complètement décrite dans les livres classiques.

Ce malade est âgé de quarante-quatre ans, né de parents sains et qui ont vécu long-temps; il a trois sœurs qui jouissent d'une bonne santé. Lui-même s'est toujours bien porté. Il y a plus de vingt ans, il a eu seulement une blennorrhagie qui ne s'est compliquée d'aucun autre accident vénérien, et qui a été convenablement traitée par un médecin.

Il a eu trois enfants d'un premier mariage; tous trois sont morts, mais l'un paraît avoir succombé, vers l'âge de sept ans, à une péritonite traumatique; les deux autres sont morts du choléra. Son second mariage ne lui a pas donné d'enfants.

Il y a quatre mois, il s'aperçut par hasard, et pendant qu'il était à la garderobe, que le testicule gauche était plus volumineux que celui du côté droit; il pressa sa tumeur sans en ressentir de douleur, mais il éprouva pendant son travail et dans diverses positions, excepté celle du décubitus dorsal, un sentiment de pesanteur et de tiraillement qui l'engagèrent à garder le repos. Vivement inquiet de cet état, dont il ne connaît et ne peut assigner aucune cause, il consulta un premier médecin, qui conseilla une application de vingt sangsues sur la tumeur, des bains de siége, etc.; mais ne sentant pas d'amélioration, il en appela un deuxième, qui fit appliquer successivement une centaine de sangsues, et continua les bains, le repos, la diète, en un mot l'ensemble des moyens antiphlogistiques, le tout pendant deux mois, sans aucune amélioration. Ces circonstances sont utiles à connaître, car elles annoncent que cet homme a été le sujet d'une erreur de diagnostic, et que sa maladie, prise pour un état aigu, a complètement résisté aux antiphlogistiques.

Quand cet homme se présenta à la consultation, M. Bérard constata un engorgement chronique dont il espéra obtenir la résolution. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium; il y eut d'abord un peu de diminution dans le volume de la tumeur, mais cette amélioration ne fit pas de progrès; un peu plus tard même la tumeur reprit son volume primitif.

Aujourd'hui le scrotum du côté gauche présente un volume triple de son état normal; la peau est saine et la tunique vaginale ne contient pas de liquide; la maladie a donc son siége dans les organes que les membranes renferment. Ceux-ci forment une tumeur ovoïde qui n'a pas partout la même saillie ni la même consistance; elle est composée de trois bosselures assez unies et dures qui en entourent une autre située en avant, et dont la consistance souple pourrait en imposer pour une matière liquide; mais elle est opaque; elle a la consistance du testicule; en la serrant elle devient le siége d'une douleur caractéristique et semblable à celle qui se produit dans la glande du côté sain. C'est donc le testicule. Les autres parties de la tumeur ne gênent que par leur poids; le cordon est parfaitement sain.

Quelle est donc la nature de cette tumeur découverte par hasard il y a quatre mois, qui a résisté aux antiphlogistiques, aux fondants, qui ne cause pas de douleur, et qui se compose de saillies confondues mais insolubles, etc.? M. Bérard affirme presque que c'est une affection tuberculeuse du testicule et de ses annexes. Cette maladie est curieuse et utile à bien connaître, afin de ne pas soumettre les personnes qui en sont atteintes à des traitements inutiles. Elle n'est bien étudiée que depuis le commencement de ce siècle; on l'a désignée par le nom de sarcocèle tuberculeux. Boyer en parle bien, mais elle est comprise aussi dans la classe des sarcocèles qui implique la castration. Mieux décrite par M. Roux, elle exige cependant, suivant lui, l'amputation. Dupuytren a aussi contribué à la faire connaître; mais M. Bérard dit que les faits qu'il a consignés dans sa thèse sur les tumeurs du testicule, et que le hasard lui a offerts en grand nombre dans sa pratique et aux hôpitaux de Saint-Antoine et des Vénériens, lui ont permis d'en donner une description plus complète encore.

Cette maladie est rare dans le bas-âge, elle se développe dans les premières périodes de la vie adulte; on l'observe ordinairement de quinze à trente-cinq et quarante ans. Cependant il est bon de prévenir qu'elle a pu se développer après soixante ans, pour éviter toute erreur de diagnostic.

Son caractère anatomique est la production de la matière tuberculeuse qui n'a rien de spécial dans ces organes, et qui présente ses deux formes, enkystée et infiltrée. La première est plus fréquente.

Elle débute plus ordinairement par l'épididyme, et plus souvent dans la queue que dans la tête de cet organe; mais avec le temps elle envahit plus ou moins complétement toutes ses parties et le testicule lui-même, qu'elle attaque rarement de prime-abord.

Elle commence par un côté seulement, mais il est fréquent de la voir s'étendre aux deux, au bout de quelques mois à un an; de sorte qu'elle devient double. Quelle est la cause de cette extension? M. Bérard ne pense pas que ce soit le voisinage des deux testicules qui sont séparés par une cloison; il a vu d'ailleurs, dans un cas, l'affection tuberculeuse développée déjà dans le testicule qui occupait le scrotum, gagner le second qui n'avait pas franchi l'anneau inguinal. Sans doute c'est le résultat d'une diathèse. Cependant cette maladie n'implique pas la présence des tubercules dans les poumons; c'est

---

Le 10 brumaire an VIII, perte subite de connaissance; membres flexibles, bouche légèrement écumeuse; le soir, en soupant, cécité momentanée quoiqu'en parfaite connaissance. Un médecin consulté, ne vit qu'une simple maladie nerveuse, qu'il caractérisa même d'épilepsie, suite d'une frayeur légère que le malade avait eue six mois auparavant. Il prescrivit les antispasmodiques, qui ne produisirent aucun effet. Un violent purgatif anthelmintique fit cesser tous les accidents, qui se renouvelèrent au mois de messidor suivant. Alors perte momentanée de la vue, de l'ouïe, de la parole; sentiment d'oppression à la poitrive, convulsion; enfin, les symptômes nerveux les plus forts.

Ce fut à cette époque, 1er ventôse, que l'on appela M. Houzelot, qui fit les remarques suivantes sur l'état du malade: Couleur du visage changeante, demi-cercle noir sous les yeux, démangeaison du nez, douleur vers l'épigastre, maigreur générale, mouvement d'ondulation dans l'estomac, mobilité des ailes du nez, des muscles du visage, des yeux; langue blanche, selles laborieuses. Le soir du même jour, il y eut perte de la parole, respiration courte et très pénible; le malade indiquait par signe qu'un poids énorme l'empêchait de parler et de respirer. Ces accidents disparurent un instant pour être bientôt suivis de violentes convulsions dans les muscles du bras. Après l'accès, le malade assura qu'avant son invasion il avait senti quelque chose remuer dans son estomac, et qu'une seconde après il avait perdu la parole. De légers calmants procurèrent une assez bonne nuit; il n'y eut pas d'autre crise.

Le 2 ventôse au soir, M..., quoique parfaitement tranquille, perdit la vue, dont il recouvra bientôt l'usage pour devenir sourd; cette surdité disparut aussi, et une aphonie eut lieu avec étouffement. Le malade fut un instant successivement aveugle, sourd et muet: des convulsions atroces succédèrent à tous ces symptômes singuliers. Les muscles de l'épine se contractèrent tellement, que le tronc se renversa en arrière. Ces muscles se relâchèrent pour obéir à la force de contraction de leurs antagonistes qui, à leur tour, courbèrent le tronc en devant. La langue sortait de la bouche, les yeux étaient contournés et les bras raides; les fesses touchaient les pieds; enfin le pouls petit, fréquent, la respiration très courte, faisaient craindre que le malade ne succombât à la violence des accidents.

Comme ce jeune homme rendait tout ce qu'il prenait, M. Houzelot fit respirer l'ammoniaque, et vit tous les symptômes cesser comme par enchantement. Une potion calmante et l'opium donné à très forte dose procurèrent du repos pendant la nuit suivante. La rémission des symptômes, suite de l'administration des anthelmintiques, firent préjuger à M. Houzelot que les vers étaient la cause essentielle de tous les accidents; néanmoins cette opinion ne fut pas goûtée.

Dans la matinée du 3 ventôse, les accidents reparurent avec une violence extrême, et la tête fut la partie affectée. Les yeux étaient renversés; le malade n'entendait plus; ses idées sans suite, son opiniâtreté à ne parler que religion simulaient un accès de manie. Souvent l'affection cérébrale diminuait pour se porter sur les muscles de la langue qui sortait considérablement de la bouche. Il y avait déjà trois heures que cette crise durait, lorsqu'on fit respirer avec succès l'ammoniaque, et le malade dit qu'avant l'invasion de l'accès il avait senti remuer quelque chose dans son estomac, et un picotement à la vérité peu sensible.

Malgré ses pressantes instances auprès des parents, M. Houzelot ne put jamais obtenir qu'on fît succéder aussitôt les anthelmintiques aux antispasmodiques, sur l'usage desquels le premier médecin consultant ne cessait d'insister.

Le 4 ventôse, le malade fut en danger de perdre la vie: les accidents augmentèrent à un tel point que la cécité, la surdité, l'aphonie, la manie momentanée, la sortie de la langue, les convulsions générales ne furent point les symptômes les plus alarmants. La contraction des muscles de l'épine dura trois heures; la bouche était fermée, les muscles masticateurs tellement contractés qu'on fut réduit à faire avaler, à l'aide d'un biberon, quelques cuillerées d'une potion calmante. Cette fois, l'ammoniaque fut sans effet: le malade ne prenait rien depuis quatre jours; il était près de succomber.

Le 5, un consultant fut enfin accordé; la maladie vermineuse parut d'une existence si évidente, que l'on prescrivit sur-le-champ une forte décoction de *semen contrà*, de coraline de Corse, d'absinthe, avec addition d'eau de fleurs d'oranger; une infusion de fleurs de tilleul, et des pilules faites avec le muriate de mercure doux et le *semen contrà*.

Le 6, point de rémission dans les symptômes, qui furent moins violents que le 7. Alors deux selles avec deux vers lombrics; convulsions générales et partielles. Le 8, quinze lombrics vivants et très gros furent rendus. Diminution marquée des accidents, et un mieux si prononcé que, dans l'espace de sept jours, on obtint cinquante-cinq lombrics vivants et vingt-huit morts.

Le 16, on observa un autre ordre de symptômes: le ventre devint le siége de la maladie. Les muscles des parois de cette cavité entrèrent dans une convulsion générale si violente, qu'ils s'élevaient et s'abaissaient alternativement de *six pouces au moins*. Cet état dura trois heures. En palpant l'abdomen, on découvrit une tumeur assez volumineuse, dure et mobile dans la région iliaque gauche. On appliqua sur tout le bas-ventre un cataplasme composé d'ail, d'absinthe, de tanaisie. Les convulsions locales furent attribuées à la présence d'un peloton de vers qui irritait le tube intestinal, et qui occasionnait sympathiquement les convulsions des muscles du bas-ventre. Ces accidents reparurent pendant trois heures, dans la nuit du 16 au 17. Le malade évacua par les selles quinze lombrics. Un purgatif assez violent, prescrit le lendemain, procura des évacuations copieuses, fétides et chargées d'une quantité énorme de vers pourris; on distingua, de plus, quarante lombrics. Depuis cette époque jusqu'au 20 germinal, les anthelmintiques furent continués: le malade, purgé six fois, rendit encore quinze vers et quantité de matières qui contenaient les débris de beaucoup d'autres.

Depuis le 20 germinal M. .... paraissait radicalement guéri, lorsque dans la dernière quinzaine de thermidor il reparut quelques légers indices de la présence de ces vers. Les 25 et 26, convulsions; démangeaison du nez; mouvements spasmodiques bien marqués des muscles du bas-ventre. Les 4 et 5 fructidor, perte de la vue, de l'ouïe, de la parole. Tisane et pilules anthelmintiques, soupçon de la présence d'un tænia; prescription du remède de M. Noufler; expulsion de trente lombrics. Depuis lors la santé du malade se raffermit, et les vermifuges donnés de temps en temps prévinrent toute rechute.

Le sujet de cette observation fort remarquable, a présenté à lui seul la plupart des accidents nerveux que nous rencontrerons d'une manière isolée chez les malades dont nous parlerons dans suite; accidents qu'on ne peut se refuser à regarder comme ayant été tout à fait sous la dépendance de l'affection vermineuse, puisque nous les avons vus disparaître avec cette cause et se montrer de nouveau avec le développement d'autres vers. Remarquons encore que chez ce malade ces animaux existaient en grand nombre, et se régénéraient avec une grande promptitude. A mesure que nous avancerons dans l'exposition des faits, nous présenterons au lecteur des observations vraiment curieuses sous ce rapport; mais dès à présent nous dirons que Metzger (Ancien journal, t. LXVII; p. 344) a vu un enfant âgé de trois ans, dont les intestins étaient tellement farcis de vers, que, même plusieurs heures après la mort, ils causaient encore une espèce de mouvement péristaltique très sensible.

Toutefois il ne faudrait pas croire, d'après ces faits, que pour produire un des effets sympathiques dont nous parlerons, il fût besoin que les vers existassent en très grand nombre dans les intestins. Bien souvent quelques-uns de ces animaux, deux même ont suffi, en raison de l'idiosyncrasie des individus, en raison de leur position, ou de tout autre circonstance particulière, mais qui nous échappe, pour donner lieu à des accidents souvent fort graves. Parmi les faits que nous relaterons plus loin, il en est qui démontreront suffisamment cette proposition; mais nous ne pouvons, dès à présent, nous empêcher d'en citer un qui ne permet pas le doute, car aucune médication active, à laquelle on pourrait attribuer le résultat obtenu, ne fut mise en usage, et la convalescence s'établit franchement aussitôt après l'expulsion du seul ver que parut contenir l'estomac, puisqu'aucun autre ne fut ensuite expulsé.

-6-

encore une exception à la loi de M. Louis, qui se restreint tous les jours et qui sera bientôt elle-même une exception. Déjà M. Bérard, en parlant des tubercules des os, a montré qu'ils ne s'accompagnaient pas de phthisie pulmonaire; il en est de même des engorgements strumeux du cou, etc.

On n'a pas fait de statistique dans le but de savoir quel est le côté, droit ou gauche, qui se prend le plus souvent.

La lésion, en se développant, prend la place des tissus qu'elle a détruits. Elle persiste à l'état cru, et reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long; quelquefois la matière tuberculeuse est absorbée, comme cela arrive dans les poumons, dans les os, dans la colonne vertébrale, etc.; comme l'a prouvé Delpech. Mais plus souvent elle se ramollit; le tissu cellulaire voisin s'enflamme; la peau rougit, s'amincit et s'ouvre enfin pour donner issue à un pus séreux, grumeleux et qui a tous les caractères du pus tuberculeux. Mais ce travail ne se passe pas simultanément dans tous les points tuberculeux; il se fait, au contraire, une série de fontes successives. Les parois des cavernes se rapprochent complétement et s'oblitèrent, ou incomplétement et donnent naissance à des fistules qui durent des mois et quelquefois des années. En se multipliant, elles perforent le scrotum comme un arrosoir, et pourraient faire croire à des fistules urinaires si, pour éviter l'erreur, on ne tenait compte des antécédents, surtout de la présence ou de l'absence de symptômes du côté de l'urètre, de rétrécissements, etc., de la direction des trajets fistuleux, de la nature des liquides qui s'écoulent, urineux dans un cas, spermatiques dans l'autre, principalement pendant le coït si les vaisseaux spermatiques sont lésés; enfin quelquefois de l'issue des filaments testiculaires; cet organe en effet s'échappe peu à peu, et J.-L. Petit raconte l'histoire d'un malade que son médecin, peu attentif, châtrait ainsi d'une nouvelle façon en dépelotonnant son testicule.

Les symptômes de la première période passent ordinairement inaperçus chez les enfants comme chez les adultes. C'est le plus souvent le hasard qui fait découvrir la maladie; plus tard, le peu de douleur qui survient est l'effet du tiraillement. La pression elle-même est peu douloureuse, à moins qu'on ne serre le testicule; alors elle a un caractère qui sert à la faire reconnaître. C'est là un caractère et un moyen de diagnostic d'une grande valeur.

Cette maladie dure ordinairement un grand nombre de mois et même d'années; elle se termine par la guérison le plus souvent, mais elle laisse un stigmate indélébile. En général, il n'y a pas abolition de la faculté génératrice; cependant l'énergie de cette fonction reste proportionnée à l'étendue de la déformation et de la destruction de l'organe.

Le diagnostic n'est pas très difficile quand l'affection est simple; ainsi, on ne la confondra pas avec un engorgement blennorrhagique dans les cas où il n'y aura pas eu orchite, mais il pourra devenir très difficile de se prononcer s'il y a coïncidence des deux affections. Les douleurs et la marche serviront à reconnaître le cancer.

Le pronostic n'est pas très grave. En effet, l'affection tuberculeuse du testicule ne compromet pas la vie; cependant elle intéresse une fonction importante dont elle peut priver les malades, et il devient sérieux sous ce point de vue.

Traitement. Faut-il faire un traitement local actif? Je ne connais pas, dit M. Bérard, de résolutif capable d'agir sur cette altération. Chez notre malade, elle a résisté à un traitement énergique, et ce cas est la répétition de cinquante autres. Les toniques seulement peuvent être utiles à titre de moyens généraux. Il n'y a qu'un seul moyen palliatif, c'est l'usage d'un suspensoir. On devra prévenir le malade de la marche ordinaire du mal dont il est affligé.

Faut-il pratiquer l'ablation de l'organe malade dans ces cas? Non, dit M. Bérard, car l'affection n'est pas mortelle; elle n'entraîne pas le développement de la diathèse tuberculeuse; elle a des chances de guérison, et si la maladie s'étend au second testicule, il serait grave de faire un eunuque; l'opération elle-même ne serait pas sans dangers.

Cependant, lorsque plus tard du pus est sécrété en grande abondance, quand il y a des fistules, des cavernes nombreuses, destruction de l'organe et épuisement du malade, alors il faut amputer; il vaut mieux sauver le malade que ménager un organe qui ne servira plus. C'est le seul cas où il faille agir ainsi: c'est la conséquence à laquelle je voulais arriver, et je suis le seul qui l'ai aussi nettement formulée; beaucoup de testicules qui ont été enlevés l'ont été trop tôt, et auraient pu être conservés; les nombreuses pièces présentées à la Société anatomique en font foi.

Il faut donc dans la première période faire usage du suspensoir et des toniques comme moyens généraux, et attendre. Plus tard, il faut ouvrir de bonne heure les abcès, débrider les anfractuosités, et rapprocher les parois des cavernes.

Il y a une dernière question qui est relative aux tubercules enkystés; on s'est demandé si on n'éviterait pas les longueurs du traitement par l'énucléation de la matière tuberculeuse. Mon frère a incisé une tumeur dans ces conditions; mais le testicule dut être ouvert. Il fut pris d'inflammation, et se fondit. Cet exemple n'est pas encourageant; il est préférable d'attendre.

Observation de polype utérin. Difficulté du diagnostic; pneumonie, péritonite. Mort. Utérus bicorne (1).

Il vient de mourir au n° 15 de la salle Saint-Jean, une femme dont l'histoire est intéressante à plus d'un titre, et dont nous allons reproduire les principaux traits.

Cette femme, domestique, âgée de quarante ans, portait sur sa figure le cachet qu'impriment les lésions organiques avancées ou l'anémie. Elle n'était pas mariée, et n'avait point eu d'enfants. La santé de ses parents n'offre rien d'important à noter, si ce n'est que son grand père maternel est mort de la poitrine. Ses sœurs se portent bien.

Réglée à seize ans, sa menstruation s'est dérangée une première fois en 1832. Pendant trois mois elle ne vit rien, et pendant trois autres mois il parut seulement quelques gouttes de sang. En même temps elle fut prise d'une douleur d'estomac avec vomissements, qui furent combattus par des émissions sanguines locales. Cependant les règles se rétablirent bien jusqu'en août 1840. A cette époque, et sans cause connue, il survint une perte abondante qui dura cinq jours, et qui se reproduisit après dix jours d'interruption. L'affaiblissement qui en résulta fut considérable, et empêcha cette femme de travailler pendant plusieurs mois. Des pertes en blanc s'établirent; à dater de cette époque aussi elle éprouva des douleurs dans la région lombaire, un peu de gêne dans la marche, des engourdissements et de la douleur dans les jambes. Il survint un peu de gêne dans la défécation, et des envies fréquentes et impérieuses d'uriner.

Les règles ne reparurent que trois mois après cette première perte; elles furent désormais plus abondantes et fétides.

Depuis un an les pertes se sont multipliées; la malade a perdu son embonpoint, ses forces, son appétit, une partie de son sommeil; à son entrée, une perte durait depuis vingt-cinq jours. Depuis ce temps, elle avait des douleurs dans le siége, dans l'hypogastre, donnant la sensation d'un corps qui voudrait sortir par l'anus ou par les parties génitales. Les envies d'uriner se faisaient sentir souvent, ainsi qu'un besoin illusoire d'aller à la garde-robe.

En la touchant par le vagin on constatait ce qui suit:

Le col était dilaté de manière à permettre facilement l'introduction du doigt; les lèvres étaient minces et souples. Elles donnaient passage à une tumeur pendante dans le vagin, allongée, du volume d'une noix, peu dure, un peu élastique et insensible. Le doigt circonscrivait cette tumeur, excepté dans le point d'implantation de son pédicule, qui avait lieu à gauche sur la lèvre antérieure.

Cependant si l'on voulait faire pénétrer le doigt plus avant, il était immédiatement arrêté par un cul-de-sac complet. Cette circonstance devait apporter de l'obscurité dans le diagnostic, et l'idée d'un renversement de la matrice devait se présenter à l'esprit. Deux jours plus tard, M. Bérard examina la malade au spéculum; un stilet pénétra de trois centimètres dans la cavité de l'utérus, en passant en arrière et à droite du pédicule du polype. Une sonde d'homme, introduite dans la vessie, pendant qu'un doigt était introduit dans le rectum, resta séparé de cet organe par l'épaisseur de l'utérus occupant sa position normale. L'excision du polype fut décidée, mais remise à une autre séance.

Le lendemain, cette malade fut prise simultanément d'une pneumonie du sommet à gauche et d'une péritonite. Les signes de la première ne furent pas francs; il y avait de la matité et du souffle, mais obscur et mal caractérisé; la toux de la malade avait attiré l'attention de ce côté.

Cependant ces deux affections marchèrent en dépit du traitement, qui se composa de vésicatoires, de frictions mercurielles, de purgatifs, etc., et la malade succomba le troisième jour après le début des accidents.

Nous passerons sous silence la description des caractères de la pneumonie qui s'était développée autour de tubercules crétacés et de la péritonite, pour nous occuper seulement de l'état de l'utérus.

M. Bérard voulut pratiquer l'opération de l'extraction du polype sur le cadavre devant les élèves, mais le pédicule céda presque immédiatement aux tractions.

En examinant l'utérus en place, on voit que son bord supérieur, au lieu d'être régulièrement arrondi, présentait au milieu une échancrure qui le faisait ressembler un peu à un cœur de carte à jouer. M. Bérard annonça alors que sans doute l'utérus était bicorne. En effet, en l'incisant de chaque côté du col, vers l'insertion des trompes, il tomba, de chaque côté dans une cavité séparée de celle du côté opposé par une cloison qui s'avançait jusqu'à l'orifice supérieur du col. Une sonde introduite par le col passait facilement dans l'une et l'autre cavité de la matrice en laissant de côté l'espèce d'éperon formé par la cloison. Le lieu d'implantation du pédicule du polype avait été bien précisé pendant la vie.

La difficulté et l'incertitude du diagnostic, qui sont survenus un instant, se trouvent trop facilement expliqués par la disposition de l'utérus pour que nous y insistions; cependant ce cas était utile à signaler. Il n'est pas moins important à noter sous le point de vue du développement simultané des deux phlegmasies qui ont emporté la malade. On peut se demander quelle part ont eu dans leur origine, le toucher répété par plusieurs personnes, l'examen au spéculum, quoi qu'il n'ait été ni prolongé ni douloureux; le refroidissement probable pendant cet examen ou pendant le transport de la malade, enfin son état de faiblesse et de cachexie.

A. L.

(1) Les antécédents de cette maladie ont été communiqués par M. Grapin.

En 1837, M. Prus communiqua à la Société de médecine de Paris (Revue médicale, 1837, t. II, p. 449), l'observation suivante:

Une femme de trente-cinq ans, buandière, habituellement forte et bien portante, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une pneumonie lobulaire située à la partie inférieure et postérieure du poumon droit. Deux saignées et des boissons adoucissantes triomphèrent, en trois jours, de cette affection. Cependant, la convalescence ne s'établit pas. La malade était en proie aux symptômes qui caractérisent la fièvre ataxique de Pinel. L'examen le plus minutieux de l'abdomen, de l'encéphale et de la poitrine, ne put faire découvrir le point de départ des accidents qui se manifestaient. La méthode expectante, la seule qui parût admissible en pareil cas, fut aussi la seule mise en usage pendant huit jours que dura cet état. Tout à coup la malade fut prise de vomissements, et rendit par la bouche un ver lombric. Tous les symptômes inquiétants cessèrent à l'instant. L'huile de ricin, administrée peu de jours après, ne fit rendre aucun ver. La malade revint promptement à la santé.

Cette observation de M. Prus fut confirmée dans la même séance par M. Burdin, qui rapporta avoir vu une jeune dame atteinte d'accidents nerveux très graves, et même de paralysie. Plusieurs traitements furent employés sans succès. Ne trouvant pas de soulagement à ses souffrances, elle quitta Paris et retourna dans le département qu'elle habite. A peine arrivée, elle rendit un ver lombric par la bouche, et vit, à partir de ce moment, sa santé se rétablir promptement.

Ces deux faits, que nous venons de reproduire, suffiraient déjà pour démontrer que le travail que nous avons entrepris doit présenter au lecteur un autre intérêt que celui de la curiosité; mais cela ressortira bien mieux encore de beaucoup d'autres que nous relaterons dans la suite de ce mémoire. En effet, à la connaissance précise des états pathologiques que peut produire la présence des vers dans le tube digestif, se rattache un autre intérêt beaucoup plus important et essentiellement pratique, c'est que dans un assez grand nombre de cas où la cause des maladies nous échappe, et où une thérapeutique qui semble rationnelle échoue, on devra tourner son attention sur la possibilité de l'existence des vers et employer les vermifuges; et cela avec d'autant plus de raison, que ces médicaments pour la plupart, les vermifuges proprement dits du moins, sont tout à fait sans danger, donnés même à des doses fortes et répétées. Ainsi dans le pays que nous habitons, des vers existent chez un grand nombre d'enfants, aussi les parents les gorgent-ils souvent de mousse de Corse, de *semen contrà*, etc., et cependant nous ne sachons pas que jusqu'à présent il en soit résulté d'accidents.

C'est donc à tort que beaucoup de médecins, pour se décider à employer les vermifuges, ont besoin de voir expulser par leurs malades un plus ou moins grand nombre de vers. Mais ce signe est tout à fait illusoire, et en y attachant trop d'importance on court risque d'éprouver dans la pratique bien des mécomptes. En effet, l'observation journalière démontre qu'un malade peut rendre un ou plusieurs vers sans en avoir d'autres dans les intestins, tandis que d'autres individus peuvent en avoir, pour ainsi dire, les organes farcis, sans en rendre un seul. Témoin le fait que nous rapporterons plus loin, et qui a pour sujet une jeune fille âgée de huit ans, qui fut enlevée en quelques heures. Elle n'avait jamais rendu aucun ver, et cependant les intestins en contenaient plusieurs centaines. (Archives de Médecine, 1838, 3e série, t. I, p. 480.)

Les maladies ou dérangements de fonctions que peuvent produire les vers chez l'homme ont été distingués en locaux et symptomatiques. Ils sont extrêmement variés. Les accidents symptomatiques surtout, dépendant de cette cause, sont si divers et quelquefois si étonnants qu'on aurait souvent de la peine à y croire, si l'expérience réitérée n'en fournissait pas souvent une preuve. Aussi les médecins ne sauraient les étudier ni les examiner avec trop d'attention, car on ne peut les négliger sans s'exposer à commettre des fautes très graves dans la pratique. Nous allons successivement étudier ces divers accidents, en tant seulement que notre expérience personnelle ou l'expérience des autres nous les aura faits connaître, car nous ne voulons ici, comme dans nos autres travaux, marcher qu'à l'aide des faits, aimant mieux laisser notre mémoire imparfait et abandonner à d'autres plus riches d'observations le soin de le compléter.

Les accidents sympathiques produits par la présence des vers ont surtout et presque exclusivement pour siége le système nerveux, et ce sont ceux que nous allons étudier tout d'abord, sans nous astreindre à d'autre ordre qu'à l'ordre alphabétique.

Amaurose. L'amaurose vermineuse est admise par Sanson (Dict. de méd. et de chir. prat., t. II, p. 97; par Beer, Weller et autres auteurs qui ont vu les anthelmintiques guérir immédiatement des amauroses chez des sujets affectés de vers intestinaux. M. Pétrequin a publié en 1840, dans les Annales de la Société des sciences naturelles de Bruges, un mémoire intéressant sur l'amaurose, dont il admet plusieurs espèces, parmi lesquelles il range l'amaurose vermineuse, qui, selon lui peut être rare, mais dont il existe des exemples bien authentiques. Il en cite un assez remarquable. C'est celui d'une jeune fille de douze ans, dont l'amaurose fut complètement dissipée par l'emploi des vermifuges. C'est, je crois, le même fait que l'auteur avait déjà cité dans ses Fragments d'un voyage médical en Italie (Gazette médicale, 1838, pag. 4, feuilleton); je dis je crois, parce que dans cette dernière publication, il donne quatorze ans à la malade.

A ce fait de M. Pétrequin, il faut joindre celui que M. le docteur Révolat recueillit en 1804, et que nous ne connaissons que par ce court extrait: Un sous-lieutenant de canonniers se trouve aveugle un matin à son réveil. L'émétique en lavage lui fait rendre des vers strongles deux jours de suite, et le troisième le malade commence à voir les objets d'une manière confuse: sa cure fut complétée par les anthelminthiques associés au quinquina (Bibliothèque médicale, t. VII, p. 118.); celui de M. de La Prade (Compte-rendu des travaux de la Société de méd. de Lyon, 1841, in-8°, p. 38), qui dit avoir observé chez un enfant une cécité complète due à la présence des vers lombrics dans les intestins, et qui cessa brusquement après l'expulsion d'un gros peloton de ces animaux; enfin celui que M. Giraudy, médecin de l'hospice de Charenton, recueillit en 1804, et qui intéresse et par le grand nombre et par la variété des accidents nerveux auxquels donna naissance la présence des vers dans le tube digestif. (Recueil périodique, 1804, t. XXI, p. 151.)

Une demoiselle de douze ans, blonde, sujette dès son enfance à des affections vermineuses, tomba tout à coup dans le délire; en même temps pâleur au visage, perte de l'appétit, abattement, pupille dilatée. D'abord on s'inquiéta peu de ce délire, parce qu'il est ordinairement chez cette jeune personne, l'effet d'une légère altération gastrique, mais on fut très alarmé, dès qu'on s'aperçut qu'il persistait malgré les évacuants. L'opinion des gens de l'art était partagée sur le caractère de cette maladie; que les uns regardaient comme une fièvre ataxique et les autres comme une aliénation. Appelé dans cette occurrence, M. Giraudy crut reconnaître les signes d'une affection vermineuse. On admit ses conjectures, et un anthelmintique, administré sur-le-champ, fit rendre à la malade une grande quantité d'ascarides et de lombricoïdes.

Six semaines après sa guérison, cette demoiselle devint aveugle. Comme on ne soupçonnait d'autre cause de cette cécité, que la présence des vers dans les intestins, on la traita avec le même succès par les anthelmintiques. Enfin à des intervalles à peu près semblables à ce dernier, elle devint successivement folle, aveugle, sourde, muette. Ces différentes attaques dépendaient de la même cause; elles furent traitées avec le même avantage par les anthelmintiques, sans doute jusqu'à l'évacuation totale du foyer vermineux.

Ces diverses observations, qui sont loin d'être les seules que renferment les annales de la science, sont plus que suffisantes pour démontrer que la présence des vers dans les intestins peut sympathiquement déterminer l'amaurose, et on a vu que dans toutes l'effet avait cessé avec la cause qui l'avait produite. Cependant, d'après M. Pétrequin, il ne faudrait pas croire qu'il en dût être toujours ainsi. En effet, ce médecin dit que si la maladie est récente, elle se dissipe bien immédiatement, comme nous venons de le prouver, mais qu'au bout d'un certain temps il n'en est plus de même, et alors elle doit être combattue comme l'amaurose asthénique, avec laquelle elle a de grands rapports.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mars. — Présidence de M. P. Dubois.

— *MM. Martinet, Nonat, C. Broussais* et *Raciborski* écrivent pour annoncer qu'ils se portent candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie.

— *M. le président* annonce que le Conseil d'administration, après en avoir délibéré, a décidé que le chiffre de souscription qu'elle offrirait aux victimes du tremblement de terre de la Guadeloupe, s'élèverait à peu près à la somme de 800 francs.

— *M. Gauthier de Claubry* lit le rapport annuel de la commission de vaccine pour l'année 1841.

La commission a reçu des documents des 86 départements de la France; mais un grand nombre sont incomplets, inexacts, défectueux. 35 départements n'ont envoyé aucun rapport statistique. Le dépouillement a donné 554,166 vaccinations, dont 55,287 seulement sont accompagnées de renseignements ultérieurs. Sur ce dernier chiffre, 1,367 vaccinations n'ont pas réussi. Quelques anomalies ont été signalées. Un médecin de l'Isère n'a vu apparaître l'éruption qu'au soixantième jour; un autre médecin a vu l'éruption se faire à deux époques éloignées, une première fois à l'époque ordinaire, une seconde fois six mois après; un autre a revacciné une femme enceinte, sur l'enfant de laquelle le vaccin n'a pas pris; comme contre-épreuve de ce dernier fait, un autre médecin a répété l'expérience sur trois femmes enceintes, et deux enfants sur trois ont eu l'éruption normale.

La commission propose les mêmes conclusions que celles adoptées l'année dernière.

M. Villermé. Le rapporteur s'est plaint de l'incertitude de quelques documents; il a parfaitement raison; mais je crois que si la commission de vaccine faisait tous les ans son rapport huit mois plus tard, elle recevrait des documents plus complets. En effet, les préfets n'ont pas fini leur dépouillement au moment où ils envoient les pièces à l'administration centrale, et celle-ci les transmet en cet état à l'Académie. Pour faire un travail concluant, il faut au moins que deux ans se soient écoulés.

M. Gautier de Claubry. Je répondrai à M. Villermé que nous sommes en 1843, et que le rapport de la commission porte sur l'année 1841; donc nous sommes dans les délais qu'il exige. Ensuite, nous avons remarqué que les inexactitudes et le peu de soin dont nous nous sommes plaints, porte principalement sur les documents relatifs aux derniers mois de l'année; les premiers mois sont toujours plus satisfaisants. Enfin, en tout état de cause, le reproche de M. Villermé ne peut pas retomber sur l'Académie; car si elle fait son rapport tous les ans, c'est que tous les ans l'administration le lui demande.

M. Husson. Le rapport doit-il être imprimé?

M. Gauthier de Claubry. Oui, s'il reçoit l'approbution de l'Académie.

M. Husson. Je fais cette demande, parce que je n'ai entendu citer le nom d'aucun des médecins qui ont fourni des renseignements. C'est une chose honorable pour eux d'être mentionnés dans un rapport de l'Académie, et je demande qu'il en soit ainsi.

M. Gauthier de Claubry répond que cela sera fait, et qu'il n'a lu qu'un extrait du rapport, comme cela a été déjà fait l'année dernière.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Villeneuve* fait un rapport sur un instrument d'obstétrique destiné à faciliter la version du fœtus, présenté par M. Carnaste, médecin de l'hôpital de Vic (Meurthe).

La commission, théoriquement, n'a pas trouvé cet instrument convenable; mais pour ne pas se laisser influencer par une idée *à priori*, elle a prié MM. Danyau fils et madame Charrier, tous les deux attachés à l'hospice de la Maternité, d'essayer l'instrument, et de lui rendre compte du résultat de leurs essais. Leur réponse a été peu favorable à l'invention de M. Carnaste.

Quoique la commission ne puisse pas approuver cet instrument, elle propose cependant d'adresser des remercîements à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

— L'Académie procède à la nomination des commissions pour les divers prix qu'elle décerne. Elles seront ainsi composées:

Prix de l'Académie: MM. Ribes, Roche, Bricheteau, Bégin, Bouillaud.

Prix Portal: MM. Cornac, Louis, Baron, Cruveilhier, Caventou.

Prix Civrieux: MM. Fréd. Dubois, Jolly, Ferrus, Falret, Burdin.

Prix Itard: MM. Guéneau de Mussy, Renauldin, Adelon, Jourdan, Gérardin.

— *M. Diday* lit en son nom et celui de M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un mémoire *sur le mécanisme de la voix de fausset*.

Après avoir passé en revue les doctrines de MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Bennati, Colombat, Muller, Despiney, etc., les auteurs arrivent à cette conclusion, que ces doctrines contiennent toutes des faits vrais, des observations exactes; mais qu'aucune d'elles ne peut rendre un compte satisfaisant de l'ensemble des phénomènes que présente la voix de fausset; que toutes, par conséquent, sont insuffisantes et erronées.

La théorie qu'ils proposent ensuite est contenue dans la proposition suivante: « Pour donner les sons de fausset, disent-ils, la glotte se place dans un état tel que les cordes vocales ne puissent plus vibrer à la manière d'une anche. Son contour représente donc alors l'embouchure d'une flûte; et, comme dans les instruments de ce genre, ce n'est plus par les vibrations de l'ouverture, mais bien par celles de l'air lui-même contre elle, que le son est produit. »

Cette explication, d'après les auteurs, permet seule de comprendre l'ensemble des particularités dont se compose l'histoire musicale de la voix de fausset, telles que son timbre si distinct, ses limites spéciales, la facilité et le peu d'efforts que coûte son émission, son absence presque complète chez les basses-tailles, l'impossibilité de *filer* en voix de poitrine une note très élevée, sans lui voir prendre le timbre du fausset au moment où on veut la renforcer, etc. MM. Pétrequin et Diday apportent encore plusieurs autres considérations à l'appui de leur manière de voir. Nous citerons seulement l'expérience suivante.

Si, prenant entre les lèvres une anche de basson ordinaire, on la fait *parler* suivant son mécanisme ordinaire, on reconnaît sans peine que les sons produits représentent exactement par leur timbre ceux du registre de poitrine. Alors, sans rien changer à la position des lèvres, sans cesser de souffler, glissez une pince (une pince à disséquer, par exemple), de manière à ce que ses mors appuient légèrement par leurs extrémités sur les faces latérales de l'anche; au même instant, vous observerez un changement complet dans la nature du son. De plein et vibrant, il devient tout à coup aigu, doux et sifflant. C'est le passage des sons anchés aux sons flûtés, *de la voix de poitrine au fausset*; car le rapport entre les deux phénomènes vital et mécanique est si évident, la comparaison tellement saisissante, qu'on se surprend involontairement à la faire, et qu'elle se présente à l'esprit dès qu'on cherche à donner une idée du résultat obtenu.

Après avoir ainsi prouvé que le fausset résulte de la conversion de l'appareil vocal en un instrument du genre de la flûte, MM. Pétrequin et Diday terminent leur travail en faisant voir comment les conditions diverses d'un instrument semblable sont réalisées dans le larynx, soit pour la constitution de l'embouchure, soit pour celle du tuyau porte-voix.

(Commissaires: MM. Poiseuille et Gerdy.)

— *M. Sandras* lit un mémoire qui lui est commun avec M. *Bouchardat*, intitulé: Expériences sur les contre-poisons du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic.

Les auteurs proposent, en résumé, contre le sublimé le mélange de poudre de zinc et de fer; contre le cuivre, le même mélange et le persulfure de fer; contre le plomb, le persulfure de fer hydraté humide; contre l'arsenic, l'hydrate de peroxyde de fer humide.

MM. Ollivier (d'Angers), Henry, Chevallier et Adelou rendront compte de ce travail à l'Académie.

— *M. Mercier* présente un instrument destiné à injecter de l'eau dans la vessie après l'opération de la lithotritie, et à faire passer les détritus par le canal de la sonde qui y est adaptée, et vers l'ouverture intérieure de laquelle sont ramenés les fragmens par le courant d'eau qu'il peut établir à volonté.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du chenopodium ambrosioïdes contre la paralysie de la langue; par M. le docteur L. Beer, de Bruenn.

M. Beer, a employé deux fois, avec le plus grand succès, le chénopode ambrosie contre le mutisme provenant de la paralysie de la langue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui, à la suite de son premier accouchement, fut paralysée de tout le côté droit, et perdit en même temps la faculté d'émettre des sons articulés. La paralysie disparut au bout de huit semaines, mais le mutisme continua.

La malade fut mise alors à l'usage d'une infusion préparée avec 15 grammes de chénopode pour 250 grammes d'eau, à prendre chaque jour. Sous l'influence de cette médication, la parole revint au bout d'une huitaine.

Le second cas est relatif à un jeune homme qui fut paralysé d'un côté, à la suite d'un refroidissement, et qui perdit en même temps l'usage de la parole. La paralysie fut combattue par l'urtication, et céda dans l'espace de quelques mois; mais le mutisme persista, et ne disparut que par l'administration de la boisson théiforme de chénopodium ambrosioïdes. (*Vesterr. med. Wochenschrist.*)

Nouveau traitement du délirium tremens; par M. le docteur Scharn, de Katscher.

M. Scharn, après avoir employé inutilement tous les moyens proposés successivement pour combattre le délirium tremens, en est venu à cette idée que cette affection n'étant autre chose que l'ivresse elle-même portée à son *summum* d'intensité, l'ammoniaque serait l'agent thérapeutique le plus convenable pour remplir toutes les indications qui peuvent se présenter en pareille circonstance.

En conséquence de cette idée, il a eu recours, pour combattre les accidents de cette maladie, à la liqueur ammoniacale pyro-huileuse, ou plus simplement au succinate d'ammoniaque.

Sous l'influence de cette médication il a vu le délire alcoolique le plus furieux céder comme par enchantement dans l'espace de quelques heures. (*Casper's Wochenschrift, etc.*)

NOUVELLES.

L'Académie des sciences n'a encore rien décidé sur la liste de présentation à la place vacante dans la section de chirurgie. Une autre séance du comité secret doit avoir lieu lundi prochain; de surte que la nomination est encore différée. Dans le comité secret de lundi dernier, on dit que M. Andral a énergiquement soutenu la candidature de M. Velpeau, et s'est plaint du rang qu'il occupait sur la liste de présentation.

Jamais place vacante à l'Académie n'avait suscité d'aussi nombreuses difficultés.

— Un cas bien rare, et qui, peut-être, ne s'est jamais présenté, existe en ce moment à Beuvry. Une maison a vu naître et contient encore cinq générations. Un petit-fils vient de naître à M. Caron, huissier. Cet enfant a 1° sa mère; 2° son aïeule, âgée de quarante-trois ans; 3° sa bisaïeule, âgée de soixante-huit ans, et 4° sa trisaïeule, née le 1er janvier 1743. Tous se portent on ne peut mieux, et cette dernière, madame Hus, n'a aucune infirmité, et pourrait facilement faire le trajet de Beuvry à Béthune et retour; huit kilomètres environ.

— On mande de Malle, 7 mars:

Le docteur Martin, chirurgien en chef de l'hôpital naval de cette île, avait été appelé pendant la nuit chez le contre-amiral sir John Louis. Le factionnaire placé à la porte du bureau des vivres, a crié: Qui vive? Le docteur ne l'ayant probablement pas entendu, n'a pas fait de réponse. Alors la sentinelle a fait feu. M. Martin, frappé d'une balle à la région du cœur, a expiré sur-le-champ.

Cet événement a occasionné à Malte une consternation générale. Le soldat sera mis en jugement devant une cour martiale.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 2 février, M. Cauvy a été nommé professeur-adjoint à l'école de pharmacie de Montpellier, où il occupera la chaire de physique.

— A la suite d'un brillant concours, MM. Dumas et Brousse ont été nommés agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Bordes-Pagès a été nommé par le concours chef de clinique médicale à Montpellier.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 MARS 1843. (16e ANNÉE.) N. 36, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 24 MARS 1843.

De la morve et du farcin chroniques.

Le monde scientifique a suivi avec un intérêt mêlé de douleur les ravages de la morve, et les recherches dont elle a été l'objet dans ces derniers temps. Plusieurs fois déjà nous avons entretenu nos lecteurs des nouveaux faits qu'acquérait la science, et ils en étaient sans doute à désirer avec nous que ces faits fussent recueillis, généralisés et sagement édifiés en monument scientifique. Si tels étaient leurs désirs, ils vont être satisfaits, du moins en ce qui concerne la morve et le farcin chroniques. M. Ambroise Tardieu vient, dans sa thèse inaugurale, de traiter ce sujet avec beaucoup de bonheur. Cette thèse fait honneur au disciple capable d'exécuter un pareil travail, et au maître qui paraît l'avoir inspiré (1). Nous allons faire connaître les résultats les plus importants que contient cette thèse, et nous dirons en même temps la seule et bien légère critique qui peut lui être adressée.

Pour comprendre toute l'importance que doit avoir l'étude du farcin et de la morve chroniques, il suffira de savoir que sur cent trente-deux cas de morve et de farcin aigus et chroniques, quarante-trois appartiennent à cette dernière forme ; encore est-il probable que ce chiffre est au-dessous de la proportion réelle, à cause des erreurs de diagnostic qui ont dû être commises lorsque l'attention était moins dirigée qu'elle ne l'est actuellement vers cette forme de la maladie. C'était donc entreprendre une tâche éminemment utile que de chercher à poser d'une manière claire les caractères d'une affection qui, pour beaucoup de médecins, est encore enveloppée d'une grande obscurité.

L'auteur commence par établir l'identité de cause et la spécificité de la morve et du farcin aigus et chroniques chez l'homme et chez les solipèdes ; les cas nombreux de transmission de cette maladie d'une espèce à l'autre, cas dont nous avons eu soin d'entretenir nos lecteurs, ne nous semblent pouvoir laisser de doute dans l'esprit de perspnne. Mais il est une autre question qui prête à plus de dissidences et que nous devons résoudre avant d'aller plus loin, parce que de sa solution dépend, selon nous, la clarté ou l'obscurité que beaucoup de personnes trouveront dans l'histoire de la morve et du farcin. Cette question est la suivante : *La morve et le farcin sont-ils deux maladies d'une même nature*, ou, pour mieux dire, *deux formes d'une même maladie?* L'auteur n'ose pas répondre à cette question, car il faudrait, selon lui, connaître la nature de la morve et du farcin, ou au moins posséder une bonne définition de l'espèce nosologique; en cela seulement nous ne partageons pas sa manière de voir. S'il fallait connaître la nature intime des choses pour savoir que telles choses sont semblables ou différentes, nous pourrions renoncer à toute connaissance, même à celle de l'espèce animale ou végétale qui est si bien définie; mais il n'en est point heureusement ainsi. Sans savoir la nature intime de deux choses, nous jugeons que ces deux choses sont les mêmes, parce qu'elles jouissent de certaines propriétés communes qui nous paraissent beaucoup plus importantes que quelques légères dissemblances; pour établir ce jugement, il n'est pas même nécessaire, quoique cela fût assurément bien préférable, que l'importance relative de ces propriétés soit exactement définie, car le sentiment du vrai arrive bien avant la possibilité de le formuler sévèrement dans une définition. C'est ainsi que l'espèce animale ou végétale était parfaitement connue de toute antiquité, tandis que sa définition rigoureuse est toute moderne. D'ailleurs, nous pensons qu'on peut dans le cas actuel définir assezexactement pour satisfaire des esprits même difficiles. L'auteur, dont l'excellent esprit pénètre toujours au fond des choses, s'est demandé *quelle est la valeur nosologique de l'identité des causes, et si toutes les différences que* PEUVENT *présenter deux états pathologiques, doivent être subordonnés à ce premier caractère commun, de manière à en faire une seule et même espèce.* Mais il n'a pas cru devoir répondre à cette question, et il s'est borné à faire remarquer que Sauvages, Pinel et Sydenham, regardent comme base fondamentale d'une nosologie les phénomènes constants et les symptômes évidents des maladies, préférablement à leur siége et à leur nature.

Quoique nous soyons bien loin de blâmer une pareille réserve, nous ne l'imiterons pas, et, après avoir distingué, nous oserons répondre à la question que l'auteur s'est contenté de poser. Nous dirons d'abord que tout système nosologique qui aurait pour base un même caractère ou même plusieurs, sera toujours défectueux, attendu que tel phénomène qui dans une série d'affections a une grande importance, n'en a plus qu'une très minime dans une autre série, *et vice versâ* ; cette proposition, qui est vraie en histoire naturellle, l'est encore bien davantage en nosologie. En conséquence, lorsqu'on tient à grouper les choses d'après leur affinilé naturelle, il faut savoir sacrifier la régularité de l'ordre systématique aux exigences de la nature. Or, dans l'espèce, l'importauce des causes nous paraît dominer tous les autres phénomènes. Qu'y a-t-il dans une maladie qui affecte tout l'organisme, qui imprime à son ensemble un cachet particulier, de comparable en importance à la cause, surtout comme cela a lieu pour la morve et le farcin, lorsque cette cause est contagieuse?

N'est-ce pas de cette considération que ressortent les conséquences les plus précieuses, celles de la prophylaxie, celles du traitement? Sans doute si deux états pathologiques pouvaient présenter de grandes différences sous tous les autres rapports, la considération de la cause spécifique perdrait beaucoup de son importance ; en est-il ainsi dans les faits connus? Non, sans doute. Voyez la variole et toutes les fièvres éruptives, voyez la rage, voyez même la syphilis aux mille formes ; est-ce que dans toutes ces maladies la cause, malgré les nuances innombrables de leurs variétés, ne conserve pas sa prédominance, et n'imprime pas à tous les autres phénomènes un cachet ineffaçable de subordination? C'est ainsi que l'ont jugé tous les auteurs graves, et avec juste raison selon nous. Or, il nous semble que les considérations qui les ont guidés dans ces cas se présentent à l'esprit, non moins puissantes, dans l'histoire de la morve et du farcin, soit aigus, soit chroniques. Nous pouvons dire, en effet, par anticipation, que tous les symptômes importants, d'après l'excellente descpiption de l'auteur, se retrouvent dans les deux formes, et viennent ainsi consolider notre manière de voir ; la présence d'une altération spéciale des fosses nasales, quoique constituant une circonstance remarquable et qui mérite bien d'être étudiée, ne saurait, selon nous, rompre les liens de parenté intime qvi réunissent toutes les individualités engendrées par le virus morveux introduit dans l'économie.

Après avoir exposé les raisons de notre seule dissidence avec l'auteur, dissidence qui ne porte après tout que sur une vue de l'esprit, nous allons reproduire la distinction qu'il établit entre la morve et le farcin, et ensuite nous ferons connaître les résultats importants de ses recherches. « L'identité et la spécificité (1) de causes étant admises, *c'est la lésion des fosses nasales qui sera le caractère de la morve, tous les cas où cette altération manquera appartiendront au farcin.* »

Nous avons cité textuellement, afin que nos lecteurs ne se laissent point tromper par la différence des termes affectés aux deux formes de ce que nous croyons être un seule et même maladie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Cette thèse est dédiée à M. Rayer.

(1) Une expérience faite par MM. Renault et Bouley, semblerait prouver contre la spécificité de la morve. Ces savants disent avoir produit une morve aiguë en injectant du pus *non morveux* dans les veines d'une jument. Cette expérience, malgré la grande autorité des expérimentateurs, ne nous paraît pas, non plus qu'à M. Tardieu, trancher la question. Il aurait fallu compléter l'expérience en inoculant le pus de la nouvelle morve pour s'assurer qu'on avait évité toute erreur de diagnostic ; et encore, même dans ce cas, était-il nécessaire de multiplier les recherches.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier MÉDECINE LÉGALE.

I. *Mort presque subite. Soupçons d'empoisonnement. Exhumation juridique faite cinq semaines après la mort. Autopsie. Epanchement sanguin dans la cavité du péritoine.*

Dans le courant du mois d'octobre 1841 la dame Beauvois, née Joséphine Desmet, âgée de trente-cinq ans environ, demeurant à Wisbecq (Belgique), était à table avec un étranger qui était venu lui rendre visite, lorsque des occupations la forcèrent de sortir pour quelques instants. A son retour elle se remit à manger et but un verre de bierre qni lui avait été versé par l'étranger. Immédiatement après l'ingestion de ce liquide elle se trouva mal, fut obtigée de se concher, et se trouva bientôt en proie à d'atroces douleurs abdominales auxquelles des vomissements ne tardèrent pas à se joindre. Les médecins de la localité furent appelés et mirent en œuvre les moyens qui leur parurent les plus propres à combattre les accidents ; mais tout échoua, et douze heures seulement après l'apparition des premiers symptômes, la malade succomba.

Aussitôt après la mort, le ventre se ballonna d'une manière tellement remarquable que toutes les personnes présentes en furent frappées d'étonnement. Néanmoins, et malgré la rapidité excessive de l'affection, on ne s'arrêta point d'abord à l'idée d'un empoisonnement ; la mort fut regardée comme naturelle, et en conséquence on procéda à l'inhumation. Mais, plus tard, le rapprochement des circonstauces qui avaient précédé et accompagné une fin aussi tragique fit concevoir quelques soupçons qui se fortifièrent encore lorsque l'on arriva à connaître certains details que l'on avait ignorés d'abord. Dès lors, l'autorité communale crut devoir en référer à M. le procureur du roi de Bruxelles, et, ce magistrat ayant ordonné l'exhumation, M. le docteur de Roubaix, médecin-légiste attaché au parquet, reçut un réquisitoire pour procéder à cette opération et à l'autopsie, et pour rechercher quelles pouvaient avoir été les causes de la mort, et spécialement si cette dernière n'avait pas été le résultat d'un empoisonnement.

M. de Roubaix procéda à cette opération avec l'assistance de MM. Lesoille, docteur en médecine à Rebecq, et Eenens, officier de santé à Saintes.

Ayant d'abord porté leur attention sur l'état extérieur du cadavre, ils n'ont remarqué aucune trace de violence appréciable à la surface dn corps. De larges plaques d'un brun-verdâtre existant spécialement aux mollets, aux lombes, au cou, aux aines et aux coudes ; le boursouflement général de l'épiderme et le soulèvement de cetle membrane par une grande quantité d'un liquide séreux et de gaz putrides ; la présence d'un assez grand nombre de vers sur les téguments de la région du cou ; l'emphysème général ; tous ces signes indiquèrent une putréfaction déjà assez avancée.

On observa aussi, à la région hypogastriqne, les traces des piqûres des sangsnes qui avaient été appliquées pendant le peu de temps qu'avait duré la maladie.

Le crâne ayant été ouvert, la dure-mère ne présenta aucune lésion ; elle était détachée des os, et il se trouvait au-dessous d'elle une assez grande quantité de gaz. Le cerveau était rédnit en une pulpe homogène, grisâtre, dans laquelle toutes les traces d'organisation avaient déjà disparu, de manière qu'il était devenu impossible de juger de l'état dans lequel il avait pu se trouver antérieurement. Le cervelet présentait le même aspect ; seulement, sa substance paraissait un peu plus rouge que celle du cerveau.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva environ un litre de sang épanché dans cette cavité. Ce sang tachait en rouge vif la surface des intestins et des mésentères ; il était principalement réuni en collection dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin, où il avait formé des caillots assez volumineux et encore exempts d'un travail de putréfaction bien apparent. En plongeant les doigts dans ce sang, on les en retirait fortement rougis, et l'eau qu'on y ajoutait se colorait également d'une manière très intense.

L'existence de cet épanchement ayant d'abord fait naître l'idée que, pendant la vie, un vaisseau artériel pouvait s'être rompu dans la cavité abdominale, on rechercha d'abord s'il en pouvait être ainsi ; et, pour cela, les intestins et les autres viscères abdominaux furent lavés à grande eau, puis abstergés, et enfin examinés dans tous les points de leur étendue. Pendant ces investigations, on observa que l'ablution enlevait totalement à la surface du péritoine la coloration rouge ; cette membrane, qui ne devait cette teinte qu'à son contact avec le sang épanché, ne présentait aucune des lésions qui sont l'indice ordinaire de son inflammation ; elle était partout lisse, sans injection aucune, et nulle part elle n'était décollée par une infiltration sous-jacente à son tissu, et qui offrît les caractères de l'épanchement sanguin opéré pendant la durée de la vie. On ne trouva, d'ailleurs, aucune perforation du péritoine, excepté toutefois sur le trajet de la trompe de Fallope du côté gauche, où l'on découvrit un pertuis à hords inégaux, de quatre à six millimètres d'étendue, et distant environ de quatre centimètres du point où la trompe se fixe à l'utérus : en introduisant nn stylet ordinaire par cet orifice, on faisait aisément parvenir l'instrument dans la cavité du conduit utéro-ovarique, mais seulement si on le dirigeait vers le pavillon, car du côté de la matrice on se trouvait bientôt arrêté par un rétrécissement considérable de la trompe. Du reste, la trompe droite présentait exactement les mêmes particularités, moins la solution de continuité. Les deux trompes avaient, à leur orifice ovarique, un diamètre de six millimètres, qui diminuait graduellement et d'une manière insensible, à mesure qu'on se rapprochait de l'utérus.

Pour s'assurer si l'éraillement de la trompe de Fallope gauche pouvait ou non avoir donné lieu à l'hémorrhagie abdominale, les environs de cet éraillement furent disséqués avec un soin minutieux; mais on ne put y découvrir aucune rupture de vaisseau : on n'en découvrit pas davantage en disséquant ensuite les artères et les veines spermatiques jusqu'à leurs terminaisons, la veine cave inférieure et ses branches d'origine, l'aorte abdominale et les rameaux qu'elle donne aux viscères abdominaux et pelviens. Cependant, en supposant qu'une pareille lésion eût existé sur le trajet de ces vaisseaux, il eût été facile de la constater; car, au milieu de la putréfaction générale, ces organes avaient encore conservé assez de consistance pour pouvoir être facilement disséqués dans tout le cours de leur étendue.

Le foie, la rate, les reins et la vessie, ne présentaient aucune lésion appréciable. La matrice avait le double de son volume ordinaire; son col était dilaté, et sa cavité, qui était vide, avait à peu près trois centimètres de diamètre. Les ovaires contenaient des vésicules du volume d'une groseille, et renfermaient un liquide jaune ou rougeâtre ; celui du côté gauche présentait en outre, dans sa substance, nn kyste sanguin de douze millimètres de diamètre. Les parties génitales, taut externes que moyennes, n'offraient rien d'anormal.

L'estomac ayant été ouvert, on trouva dans sa cavité une petite quantité de pulpe roussâtre renfermant quelques pepins de raisin. La face interne de cet organe ayant été lavée, la membrane muqueuse présenta deux nuances de coloration bien distinctes : l'une, violacée, occupait toute la partie supérieure de la poche gastrique, et se reproduisait pareillement sur les tuniques musculeuse et séreuse ; elle était uniforme, irrégulièrement circonscrite, et paraissait être de la même nature que la couleur communiquée à plusieurs autres organes par la putréfaction : l'autre nuance de coloration se montrait à la région pylorique ; elle était d'un blanc légèrement jaunâtre, et offrait absolument l'aspect de la membrane muqueuse dans son état physiologique. Nulle part il n'existait, sur la face interne de l'estomac, d'injection bien marquée, ni d'érosion, ni de plaie escharrifiée : la membrane muqueuse était seulement un peu ramollie et soulevée par des gaz, résultat évident de la décomposition putride.

L'œsophage était rempli de matières semblables à celles que contenait l'estomac, et présentait une teinte violacée comme la partie supérieure de ce dernier. Les intestins n'offraient, extérieurement, aucune trace apparente de lésion.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Deux cas d'épanchement pleurétique traités par l'électro-puncture.

Il y a actuellement dans le service plusieurs malades affectés d'épanchement pleurétique consécutif à une pleurésie aiguë. Deux de ces malades méritent plus spécialement de fixer notre attention. Nous allons en rapporter succinctement l'histoire.

Première observation. — *Pleuro-pneumonie à gauche, et pneumonie à droite. Résolution de la double pneumonie par la saignée. Persistance de la pleurésie; épanchement consécutif énorme. Electro-puncture. Résolution rapide.*

Le premier de ces deux cas est relatif à une femme couchée au n° 22 de la salle Saint-Joseph, qui est entrée à l'hôpital avec une pleuro-pneumonie du côté gauche, et une pneumonie à droite. Cette dernière a été promptement résolue par la saignée; la pneumonie du côté gauche n'a pas tardé aussi à se résoudre sous l'influence du même moyen; mais la pleurésie a persisté de ce côté, et elle a été suivie en peu de temps d'un épanchement considérable, remplissant presque tout le côté gauche et refoulant le cœur vers le côté droit. Nous avions un instant espéré résoudre cet épanchement par les purgatifs, les diurétiques et les vésicatoires volants sur la poitrine; on a eu plusieurs jours appliqué successivement six ou huit vésicatoires très larges. Malgré cela, l'épanchement n'avait pas diminué d'un atome. Nous avions donc là affaire à un épanchement très considérable et très rebelle. Il y avait environ un mois que la malade était dans cet état, sans la moindre amélioration, lorsque nous nous décidâmes à avoir recours à la galvano-puncture, conduit à cette tentative par analogie avec les cas dans lesquels on venait d'employer ce moyen avec quelque succès.

Les deux premières applications eurent un résultat remarquable; nous constatâmes immédiatement une diminution de l'épanchement de quatre travers de doigt environ au-dessous de la clavicule, espace dans lequel la résonnance était redevenue normale.

Après plusieurs autres applications successives, la résolution a paru être presque complète. La résonnance était rétablie dans plus des deux tiers de la poitrine. Après quelques jours de séjour à l'hôpital, à la suite de ce traitement, la malade, se sentant notablement soulagée, a demandé sa sortie avant que la guérison fût complète, et on n'a pu malheureusement s'assurer si elle s'était confirmée depuis. Toujours est-il que l'électro-puncture a eu dans ce cas un effet immédiat très remarquable, et qu'on peut considérer ce fait comme un cas de succès, au moins provisoire.

Pleurésie avec épanchement considérable du côté gauche. Electro-puncture; soulagement momentané. Retour des accidents; état très grave. Opération de l'empyème.

Le second malade est un homme couché dans la salle Sainte-Madeleine, et qui est entré, le 26 janvier, avec une affection semblable à celle de la malade dont il vient d'être question. Au premier coup-d'œil on s'apercevait que le côté gauche était très dilaté. On n'entendait point la respiration dans tout ce côté, et la percussion donnait un son uniformément et complétement mat dans toute son étendue, même jusque sous la clavicule.

Cependant, aujourd'hui (le deuxième jour du séjour du malade à l'hôpital), on entend quelque peu de résonnance à la région de l'omoplate et vers la base du poumon; en descendant ou distingue même un peu de souffle voilé pendant l'expiration, et quelques bulles superficielles à la partie inférieure du poumon. Cette dernière circonstance nous conduirait à penser que l'épanchement n'est pas aussi considérable qu'il semblerait l'être au premier aperçu, et que le poumon n'est pas réduit à un aussi petit volume qu'il l'est habituellement à la suite des épanchements chroniques abondants, état dans lequel, même après que l'épanchement a été résorbé, le poumon a besoin d'un grand et long exercice pour pouvoir revenir à son volume primitif. C'est à la suite de ces résorptions d'épanchements abondants non suivies du retour du poumon à son extension normale, qu'on observe ces dépressions considérables de tout un côté du thorax, et, par suite, de gibbosité et de déformation de tout le tronc. Ces phénomènes consécutifs s'observent principalement chez les enfants. Nous ne doutons pas que si l'on observait bien le développement et la marche de ces difformités dans le jeune âge, on ne trouvât souvent pour cause primitive un épanchement pleurétique résorbé rapidement, et n'ayant point été suivi du retour entier du poumon à son état physiologique. Cette même particularité s'observe aussi chez les femmes, qui, sous certains rapports, sont assez comparables aux enfants et sujettes à des maladies semblables à celles du jeune âge. Il importe donc extrêmement de guérir de bonne heure ces épanchements pleurétiques.

On a écrit dans les livres, et on est assez disposé à croire généralement aujourd'hui, que la pleurésie n'est point une maladie grave; aussi paraît-on assez souvent la traiter un peu légèrement. C'est une grande et funeste erreur; la pleurésie est au contraire une des maladies des plus sérieuses.

Aussi au début de cette maladie faut-il se conduire d'une manière active et prudente à la fois. Les saignées conviennent certainement quand à affaire à des individus forts, sanguins; mais il faut savoir les modérer chez la plupart des sujets qui sont promptement jetés par les saignées dans un état de faiblesse extrême très nuisible au travail de résorption que l'ou doit toujours avoir en vue de favoriser. On voit souvent alors l'épanchement s'accroître au lieu de diminuer, au point que souvent la syncope arrive et enlève le malade.

Malheureusement dans ces cas de prostration considérable, on ne peut non plus employer les toniques qui pourraient donner lieu à des accidents graves d'une autre nature. On se trouve alors placé entre deux écueils, d'où il est souvent fort difficile de sortir. La mort peut donc être aussi bien le résultat de la conduite du médecin, que de l'épanchement successif ou de l'invasion d'une nouvelle phlegmasie dans le côté opposé, avec ou sans épanchement, et qui fait ordinairement succomber les malades par asphyxie. Dans ces cas extrêmes, on propose de pratiquer l'opération de l'empyème; mais j'ai vu échouer presque toujours cette opération jusqu'à présent. La raison du reste en est simple: ordinairement on opère du côté où l'épanchement est le plus considérable et où le poumon est tellement affaissé qu'il est réduit à un état de moignon, s'il nous est permis d'employer cette expression. Alors on retire bien la sérosité de l'intérieur de la plèvre, mais le poumon ne pouvant pas revenir tout de suite à son expansion naturelle, la respiration ne se fait pas et le malade meurt tout comme s'il n'avait point été opéré.

La mort est plus certaine encore et plus plompte, si de l'air a pénétré dans la plèvre, ce qui contribue à altérer les liquides qui restent toujours contenus en quantité plus ou moins grande dans la poitrine. Le remède, dans ce cas, est donc pire que le mal. Il faudrait, au contraire, opérer du côté où l'épanchement est moins considérable, c'est-à-dire celui dans lequel le poumon conserve encore quelque élasticité et peut facilement revenir à son volume normal.

D'autres fois la mort arrive à la suite d'une pleurésie purulente qui se développe et s'ajoute à l'ancienne pleurésie; le malade succombe alors à une fièvre hectique, à une espèce de fièvre putride.

Il peut arriver pourtant que dans cette situation grave le malade échappe à la mort, c'est le cas où le pus contenu dans la cavité pleurale se fait jour à travers le tissu pulmonaire dans les bronches et est rejeté de là au-dehors par l'expectoration. On voit alors ces individus rendre quelquefois des quantités énormes de pus. Toutefois, pour que cet heureux résultat ait lieu, il faut que les malades soient encore en assez bon état et qu'ils puissent résister aux efforts de toux qui accompagnent ces expectorations.

Il peut enfin se faire un empyème naturel, c'est-à-dire que l'abcès peut progresser peu à peu vers la peau, l'amincir et enfin se faire jour au-dehors à travers les téguments, ce qui n'arrive que très rarement, et ce qui n'est pas non plus toujours suivi d'une heureuse terminaison. C'est donc, en définitive, une maladie très-grave qu'une pleurésie passée à l'état chronique, et il faut être très réservé dans le pronostic. Il ne faut jamais se hâter de pronostiquer une guérison sûre et prochaine, car on pourrait être démenti par le fait; on devra donc se maintenir à cet égard dans une sage réserve, dont on n'aura jamais lieu de se repentir.

La conclusion de tout cela, c'est qu'il ne faut rien négliger de ce qui peut favoriser la résolution de cette maladie et le rétablissement des fonctions pulmonaires. L'électro-puncture semble avoir réussi dans le cas précédent, au moins l'épanchement s'est-il résorbé en grande partie. On va l'appliquer chez ce malade, et nous en suivrons les effets.

Le 4 février on a fait l'application de l'électro-puncture; ces applications ont été répétées trois fois depuis. Après les deux premières, le malade semblait un peu soulagé, mais ce soulagement fut peu sensible et de courte durée. Il ne tardait pas, après chaque application, à retomber dans la même oppression. La troisième application ne produisit aucun effet, ni en bien ni en mal.

A la dernière visite nous avons trouvé le malade en proie à une fièvre très vive; il y avait évidemment une recrudescence des symptômes morbides.

Toutes les fois que dans une affection chronique de cette nature vous verrez la fièvre se rallumer, vous devrez considérer ce signe comme très fâcheux et comme indiquant une atteinte profonde de l'organisme. Nous n'hésitâmes pas en conséquence à proposer à M. Récamier de pratiquer immédiatement l'empyème. C'est, comme chacun le sait, une opération grave par ses conséquences; mais c'est là à nos yeux le seul moyen thérapeutique qui nous restât pour combattre avec une certaine énergie les accidents graves qui menaçaient les jours de ce malade. Malheureusement on est dans l'habitude d'attendre, pour mettre ce moyen en pratique que les malades soient à la dernière extrémité, c'est-à-dire qu'il ne reste plus aucune énergie dans l'organisme. En agissant ainsi on ne fait qu'ajouter une chance de plus aux chances déjà si nombreuses de mort. Si l'on veut, au contraire, que l'opération donne le plus de chances possibles de succès, il faut la pratiquer pendant que les malades sont encore assez forts et que la nature conserve encore quelques ressources. Alors on substitue à une maladie ancienne qui menace immédiatement la vie, une maladie nouvelle contre laquelle la vie ne peut lutter avec avantage. L'indication était précise chez notre malade, aussi s'est-on empressé d'y obéir.

Dans la poitrine, on trouva le cœur à l'état normal, mais vide de sang et plein de gaz. Les poumons étaient ramassés sur eux-mêmes et refoulés vers la colonne vertébrale; ils étaient crépitants dans toute leur étendue, et ne présentaient d'autres altérations pathologiques que l'existence de quelques concrétions crétacées. Dans chacune des plèvres, il se trouvait un quart de litre environ d'un liquide sanguinolent, d'un rouge brun, sans caillots, et qui ne colorait que faiblement la main qu'on y plongeait. Les cavités pleurales contenaient aussi une certaine quantité d'un gaz infect.

Les intestins, le foie, la rate, l'estomac et les matières qu'il contenait furent conservés dans des bocaux remplis d'esprit-de-vin, et placés sous scellés afin d'être ultérieurement soumis à une analyse chimique.

De toutes ces observations, M. de Roubaix et ses deux co-assistants ont conclu:

1° Qu'il existait dans le cadavre de la femme Beauvois des résultats pathologiques qui peuvent suffisamment expliquer la mort; que ces résultats pathologiques consistent spécialement dans l'épanchement sanguin présenté par la cavité abdominale;

2° Que cet épanchement sanguin présentait des caractères qui ne permettent point de l'attribuer à la putréfaction; que, vu l'absence de toute lésion du côté des vaisseaux, il doit être attribué à une hémorrhagie péritonéale, maladie extrêmement rare, il est vrai, mais non point sans exemple dans les annales de la science;

3° Que pour ce qui regarde l'empoisonnement, il n'en existait aucune trace bien marquée dans les organes examinés; que, du reste, l'analyse chimique peut seule, à cet égard, donner des résultats concluants et définitifs.

L'analyse chimique des organes et matières mis à part ayant été faite et n'ayant fourni que des résultats négatifs, l'instruction de l'affaire ne fut pas poursuivie. (*Annales médico-légales belges.*)

II. *Incendie commis par un individu affecté de lypémanie. Condamnation à mort. Commutation.*

Dans l'automne de 1841, le feu prit en plein jour dans la maison d'un tonnelier de Bruxelles, sans qu'on pût savoir à quelle cause attribuer ce sinistre. Quelques semaines plus tard, un nommé Stroobant, ouvrier chez ce tonnelier, déclara tout à coup dans un cabaret, que c'était lui qui avait mis le feu chez son patron. Les assistants ne purent croire à cette déclaration si soudaine et la considérèrent comme une intempérance de langue due à un léger état d'ivresse. Toutefois le propos s'étant répandu, l'attention de la police fut éveillée, et Stroobant, arrêté et interrogé par le commissaire d'abord, puis par le juge d'instruction, renouvela sa déclaration devant ces deux magistrats, en rapportant toutes les circonstances qui avaient précédé ou accompagné le crime dont il se déclarait l'auteur.

La spontanéité de cette déclaration, alors qu'aucun soupçon n'avait plané sur lui; l'indifférence avec laquelle il faisait son aveu, et surtout le bruit public qui désignait cet individu par l'appellation de *fou Stroobant;* toutes ces circonstances prescrivaient au juge d'instruction le devoir de faire examiner et constater l'état mental du prévenu. En conséquence, MM. les docteurs Jolly, médecin-légiste du tribunal de Bruxelles, et Allard, médecin de la prison des Petits Carmes, furent requis à l'effet d'examiner l'état moral du prévenu, et de rechercher et constater s'il jouit ou non de toutes ses facultés intellectuelles.

Les médecins, après avoir visité et interrogé Stroobant à plusieurs reprises, et après avoir pris des renseignements multipliés pour s'assurer de l'exactitude de ses réponses, analysant tous les faits venus a leur connaissance, ont établi comme conclusions de leur rapport:

1° Qu'ils sont portés à croire que l'inculpé est atteint d'un affaiblissement des facultés intellectuelles, d'une *imbéciltité avec lypémanie*, qui ne lui permet pas d'apprécier la portée ou les conséquences de certains actes; que les hallucinations, le somnambulisme, les diverses tentatives de suicide qui ont été observés chez lui sont des effets de cet état mental qui le privent du discernement nécessaire;

2° Que cet état mental est susceptible d'une sorte d'intermittence, de manière que, pendant l'apyrexie, l'individu jouit d'une plus grande somme de ses facultés, lesquelles s'affaiblissent, se perdent, ou se pervertissent de nouveau au retour des accès; que l'observation a depuis long-temps constaté l'influence des saisons, par exemple, sur les exacerbations des affections mentales;

3° Enfin, qu'il n'est pas rare non plus de rencontrer, dans cette classe d'individus, un certain nombre d'incendiaires; que, dans son Traité des Maladies mentales, Esquirol dit: *Les individus tombés dans la démence, ainsi que les idiots, par absence de discernement ou par incurie, sont quelquefois incendiaires;* que Marc, dans un mémoire remarquable sur la monomanie incendiaire, cite également l'affaiblissement des facultés mentales comme propre à la plupart des incendiaires.

Malgré ce rapport, Stroobant fut traduit devant la cour d'assises de Bruxelles, et là, pendant la durée des débats, les deux médecins experts eurent à reproduire devant le jury le résultat de leur enquête médico-légale, et à répondre aux objections qui leur furent adressées par la cour. Un des juges surtout ne comprenait pas la différence qui existe entre l'idiotisme et l'imbécillité, qu'il confondait dans une seule et même infirmité; or, le prévenu n'était pas idiot, disait-il, puisqu'il avait reçu quelque éducation et que tous ses actes étaient sensés, etc. Bref, il demeura impossible de convaincre ce magistrat, qui opposait sans cesse comme principal argument cette question: « *Le prévenu sait-il distinuer le bien du mal?* » Ceci vient à l'appui de ce que le docteur Crommelinck a dit avec tant de raison dans la première livraison des Annales médico-légales belges: Pour que les Cours d'assises admettent l'absence de la raison lors de la perpétration d'un crime, il faut que le prévenu soit fou, mais fou d'après la manière de voir du public. Et, comme le dit Esquirol, le public et même des hommes très instruits, entendent par fou un malade dont les facultés intellectuelles sont toutes perverties ou abolies; pour eux, parler d'un fou, c'est parler d'un homme qui juge toujours mal de ses rapports extérieurs, de sa position et de son état, qui se livre sans cesse aux actes les plus désordonnés, les plus bizarres, les plus violents, sans motifs, sans combinaison, sans prévoyance.

En vain la défense, dans l'affaire dont il s'agit ici, soutint-elle que le prévenu ne pouvait être responsable d'un acte qu'il avait commis en l'absence de sa raison et sans pouvoir en connaître ni apprécier l'importance; en vain invoqua-t-elle l'art. 64 du code pénal pour soustraire le malheureux inculpé au glaive de la justice, tout fut inutile, et Stroobant, sur la déclaration affirmative du jury, fut condamnée à la peine de mort. Mais, après le prononcé de l'arrêt, et comme par une inspiration, par un retour de conscience sur la possibilité des erreurs de l'esprit humain, les jurés déposèrent immédiatement une requête en commutation de peine, par suite de laquelle la condamnation à mort fut en effet commuée, quelque temps après, en vingt années de travaux forcés.

§ II. POLICE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE.

I. *Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.*

Une contravention aux lois et réglements sur l'exercice de l'art de guérir amenait, le 17 février dernier, devant le tribunal de police correctionnelle de Strasbourg, le nommé Meulen, âgé de quarante-trois ans, ancien garçon épicier, né à Bonn (Prusse), prevenu d'avoir, dans le courant de l'année 1842, exercé illégalement la médecine et distribué des médicaments à un prix dix fois plus considérable qu'ils ne sont vendus dans les officines des pharmaciens.

A l'appel des témoins, un homme s'avance ou plutôt se traîne péniblement aux pieds du tribunal: c'est le sieur T..., tapissier. Son teint est d'une pâleur livide, sa figure est amaigrie, ses yeux sont presque éteints; en un mot, il ressemble à un squelette vivant. D'une voix encore affaiblie, il raconte que dans les derniers jours de novembre 1842, souffrant d'une légère irritation de poitrine qui le faisait tousser souvent, il rencontra par hasard, dans une brasserie, le prévenu qu'il n'avait jamais vu antérieurement. Cet homme, avec lequel il entra en conversation, lui dit qu'il avait étudié la médecine dans son pays, et finit par lui promettre de le guérir en peu de temps.

Le même soir, il conduisit son nouveau médecin jusqu'à son domi-

On a retiré du côté gauche de la poitrine la valeur de quatre à cinq litres environ d'un liquide purulent qui, en se déposant, se séparait en deux parties, l'une transparente, verdâtre, analogue à de la sérosité, l'autre constituée par du pus très bien caractérisé.

Il existait donc ici un épanchement purulent dans la plèvre, ce qui nous explique la persistance de l'épanchement, malgré tous les moyens employés pour le combattre. En effet, cette espèce d'épanchement ne se résorbe que très rarement. Il se complique le plus souvent d'une fièvre hectique qui consume peu à peu et enlève le malade. La terminaison la moins défavorable qu'on puisse espérer, c'est celle d'un empyème naturel, c'est-à-dire l'issue du pus contenu dans la plèvre à travers les bronches, et son expulsion au dehors. Mais cette heureuse terminaison est assez rare.

Nous n'avions point osé diagnostiquer un épanchement de cette nature, rien ne l'indiquait d'une manière sérieuse. Nous voyons bien l'épanchement persister, le malade s'affaiblir, la dyspnée augmenter, mais il n'y avait qu'un mouvement fébril peu intense, point de ces symptômes qui se lient directement avec la présence du pus dans la plèvre.

Aujourd'hui le côté malade semble non-seulement revenir sur lui-même, mais il commence même à se mouvoir. Les côtes sont évidemment soulevées, quoique d'une manière moins manifeste que du côté droit, où le poumon est à l'état physiologique.

La percussion donne un son clair, et cependant il n'y a point d'expansion vésiculaire. Le poumon ne fonctionne pas sensiblement; on n'entend, au lieu du bruit respiratoire, qu'une légère rumeur lointaine, ce qui tient sans doute à ce qu'un peu d'air est entré par la canule et entoure la surface pulmonaire; c'est à cette circonstance accidentelle qu'il faut attribuer aussi cette sonorité qui simule la sonorité normale. En effet, la poitrine est à peu près également sonore des deux côtés, et pourtant le poumon du côté gauche n'a point repris son élasticité et sa fonction. C'est donc à l'air introduit pendant l'opération qu'il faut attribuer la résonnance du côté malade : on ne saurait l'expliquer autrement.

Que va-t-il advenir? Ou le poumon est capable de se dilater encore peu à peu, et il arrivera insensiblement alors à recouvrer son élasticité physiologique et à exercer ses fonctions; l'air épanché dans la plèvre sera résorbé, et enfin il s'établira entre la plèvre et la surface pulmonaire des adhérences qui préviendront le retour de l'épanchement, adhérences qui disparaîtront aussi à leur tour avec le temps; ou bien il surviendra une pleurésie aiguë légère qu'on aura le soin de combattre, et le malade pourra encore se rétablir peu à peu. Ce sont là les terminaisons heureuses sur lesquelles il est encore permis de compter. Mais il peut arriver aussi, et il arrive malheureusement très souvent, qu'il se développe une pleurésie aiguë très violente avec tendance à la suppuration, et dans ce cas les ressources de l'art sont ordinairement inutiles. Le malade succombe infailliblement à cette nouvelle maladie.

Quant à la plaie faite aux parois de la poitrine avec le trois-quarts, c'est une lésion de peu d'importance; il n'en est pas de même de l'introduction de l'air dans la poitrine; sa présence peut causer une irritation de la plèvre déjà assez malade, et une altération des liquides qui y sont encore contenus, et par suite des accidents très graves; c'est ce que nous aurons à surveiller.

Le 7 février, l'état général du malade est assez satisfaisant. Il est très faible, mais il ne présente aucun symptôme inquiétant; le pouls est moins fréquent que ces jours derniers; la peau est moins chaude; la poitrine est sonore partout à peu près au même degré des deux côtés : nous en avons dit les raisons dernièrement. En arrière, où il y avait de la matité, on commence à entendre un peu de résonnance; on entend un bruit analogue à l'expansion vésiculaire, mais infiniment plus faible qu'à l'état normal; c'est le poumon qui commence à être pénétré par l'air. Quant à l'air qui a pénétré dans la poitrine pendant l'opération, nous pensons qu'il est beaucoup moins nuisible que ne serait l'air extérieur circulant librement dans une cavité et communiquant au dehors. Ici l'air est renfermé dans une cavité qui ne communique nullement avec l'extérieur; il n'est point exposé à s'altérer et à produire cette action délétère que l'air extérieur exerce sur les foyers purulents.

Ainsi, par exemple, supposez une fracture; si elle est simple, c'est une maladie peu grave; mais si elle est compliquée de plaie, sa gravité est au contraire très grande, et elle peut devenir fatale. Pourquoi cette différence dans le pronostic? Parce que l'air extérieur pouvant pénétrer dans les parties déchirées et jusque entre les fragments osseux, peut donner lieu à une suppuration abondante et de mauvaise nature. Il en est de même d'un abcès, suivant qu'il communique ou non avec l'air extérieur. C'est pourquoi l'on attache maintenant une si grande importance dans le traitement des abcès par congestion, à donner issue au pus par la méthode sous-cutanée, laquelle prévient jusqu'à un certain point l'introduction de l'air dans le foyer. Que deviendra cet air renfermé dans la cavité pleurale? Nous ne pensons pas qu'il puisse donner lieu à une phlegmasie de cette membrane. Cette phlegmasie peut survenir par la suite, sans que nous soyons autorisé pour cela à l'attribuer à cette circonstance; le malade y est toujours disposé, par cela seul que la plèvre a déjà été enflammée. Quant à l'action de l'air contenu dans la cavité pleurale, nous sommes d'autant plus fondé à la considérer comme nulle, que voilà actuellement trois jours que cet air est en contact avec la plèvre, sans qu'il ait jusqu'à présent donné lieu à aucun accident. Quelques praticiens sont d'avis qu'on doit, dans ce cas, répéter l'opération dans le but d'extraire l'air introduit. Nous croyons que ce serait faire une opération non-seulement inutile, mais encore très nuisible. Comment, en effet, pourrait-on extraire cet air? Aussitôt qu'on aurait cessé d'aspirer par la canule, l'air extérieur tendrait à se précipiter dans la cavité pleurale et à accroître la quantité d'air qui y était déjà contenue. Nous pensons plutôt qu'il faut laisser le malade tranquille, et nous borner à surveiller les accidents qui pourraient survenir.

Le 9, le malade continue à aller bien, eu égard à sa position. Point de fièvre, pas de chaleur anormale à la peau; les forces semblent se relever un peu. La respiration commence à s'étendre du côté malade; nous l'avons entendue un peu aujourd'hui dans la fosse sous-scapulaire; par conséquent le lobe supérieur paraît déjà se dilater; le reste du poumon est encore peu accessible à l'air, car on n'y entend qu'à peine quelque bruit léger et lointain. En résumé, la maladie marche, quoique lentement, vers une terminaison heureuse. Nous assistons en quelque sorte au retour inespéré de la santé chez ce malade, à moins que quelque accident nouveau ne vienne entraver la marche heureuse de la maladie.

Le 18 février, l'amélioration continue. On entend, pendant que le malade parle, un tintement métallique très marqué; à quoi cela peut tenir? Nous savons que ce phénomène n'a lieu ordinairement que lorsqu'il y a une communication de l'air extérieur avec une cavité pulmonaire à moitié remplie de liquide. Or, ici cette communication n'a point lieu. Il se passe ici dans l'intérieur d'une cavité qui ne communique point avec l'air extérieur, ni par les parois de la poitrine, ni par les bronches; il y a bien dans cette cavité une certaine quantité de liquide à la partie inférieure et de l'air à la partie supérieure, mais voilà tout. Cela peut-il suffire pour déterminer la reproduction de ce phénomène? Serait-il dû au retentissement de l'égophonie? Nous ne pouvons émettre à cet égard que des doutes, et les soumettre à la réflexion des observateurs.

L'état général du malade est assez bon. La respiration continue à se faire de plus en plus entendre dans la partie supérieure du poumon; mais les progrès sont lents. Cela est facile à concevoir; il faut du temps pour qu'un poumon qui a été longuement comprimé par du liquide revienne à son état physiologique.

Le 26, la maladie est dans un état à peu près stationnaire; l'amélioration dans l'état des organes respiratoires se soutient, mais sans faire de progrès notables. L'état général même ne s'améliore qu'avec une très grande lenteur; les forces ne se relèvent elles-mêmes que très lentement. On commence à donner une portion.

Le 28, la poitrine se soulève assez bien; les côtes ont des mouvements plus prononcés. La respiration s'entend un peu mieux en avant; le son est un peu moins clair à gauche et en arrière, que de l'autre côté; broncho-égophonie diffuse à la base et en arrière; le tintement métallique s'entend un peu plus bas et dans une zone plus circonscrite. Le côté reste toujours un peu plus développé; la voussure thoracique persiste à peu près au même degré.

La succussion de la poitrine donne la sensation d'un flot de liquide. Tout dénote qu'il reste encore une certaine quantité de liquide dans la poitrine qui se maintient toujours à peu près au même niveau. Du reste, il n'y a que peu de fièvre et sans exacerbation le soir.

Le malade commence à se lever et à se promener dans les salles. Deux portions.) Il reste à peu près dans le même état stationnaire jusqu'au 15 mars. Bien que l'amélioration ne marche qu'avec une extrême lenteur, il est encore permis d'espérer qu'on obtiendra à la longue la résolution que l'on s'efforce de seconder par des vésicatoires volants sur la poitrine et de légers laxatifs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Deux cas de méningite suivie de guérison. De la valeur des signes tirés de la station et de la marche dans certaines affections du cerveau.

Première observation. — Le 23 février, on amène à la Charité le nommé Marzet (Adrien), âgé de vingt-un ans, maçon, d'une constitution assez bonne. A son entrée, la sœur de charité le prend pour un homme ivre; on est obligé de le soutenir; il vacille; ses yeux sont empreints de cette stupeur particulière aux hommes pris de vin. Il est couché au n° 14 de la salle Saint-Ferdinand.

Voici ce que ce malade présente à notre examen, le 24 février, à la visite; il est couché sur le dos; son visage est calme et respire la santé; le teint est un peu animé, peut-être; les yeux ne sont ni plus ternes, ni plus brillants qu'à l'état ordinaire; il se plaint pourtant d'une céphalalgie violente; il est, dit-il, malade depuis cinq jours. Il a continué à travailler jusqu'à midi, le 20 février, mais il a été alors obligé d'abandonner sa besogne, tant il souffrait de la tête. Si on lui demande le siége de cette céphalalgie, il indique les régions frontales et temporales. Il se plaint aussi d'une douleur à la nuque; la parole est un peu embarrassée, il hésite et fait effort pour répondre. Tous ces symptômes, sauf la céphalalgie, sont cependant assez mal dessinés, et l'on se fait difficilement l'idée que cet homme puisse être atteint d'une affection grave, à voir son visage calme, frais, ses yeux naturels et son pouls à 70 à peu près. Mais M. Cruveilhier le fait lever, et la scène change alors d'une manière extraordinaire; le visage s'anime, l'œil devient terne, sans regard, comme celui d'un homme qui reste les yeux fixés sur un point sans le voir, ainsi que cela arrive quand on est fortement préoccupé; ses jambes plient sous lui, il chancelle et tomberait certainement s'il n'était retenu par un infirmier; le pouls s'est un peu élevé, la respiration est courte et fréquente; il ne peut plus du tout articuler; en un mot il est impossible de se figurer que le malade qu'on voit debout soit le même que celui qu'on a interrogé et examiné dans son lit. Saignée abondante du pied. Ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale; lavement purgatif.

Le 25, la douleur de tête et la douleur à la nuque ont diminué; il a eu hier, dans la journée, des envies de vomir qu'il ne ressent plus ce matin. Il se plaint de bâillements fréquents; il dit y voir bien. Ce dont il se plaint surtout, c'est de ne pouvoir uriner; quelque effort qu'il fasse, il ne peut y parvenir. Son intelligence est parfaite; il nous dit qu'il se sent bien mieux, mais que son urine le gêne; il ne souffre ni dans le dos, ni dans les reins; sa chaleur est modérée, sons pouls à l'état normal; on n'y remarque pas ces intermittences si ordinaires dans ces sortes d'affections; la respiration se fait mieux. Tous ces symptômes d'amélioration disparaissent encore quand on fait lever et marcher le malade; la face devient d'un rouge vif, les yeux ont encore l'expression fâcheuse que nous avons signalée, et la démarche est aussi chancelante que la veille. Quand il remonte sur son lit il se laisse retomber comme une masse inerte et paraît absorbé. Saignée du bras de 4 à 500 grammes; scarifications le long de la colonne vertébrale; on pratiqua le cathétérisme; phosphate de soude, 45 grammes; glace de demi-heure en demi-heure pendant deux ou trois heures.

Le 27, amélioration générale; le malade dit qu'il ne souffre plus de nulle part. Hier, dimanche, on lui a appliqué deux larges vésicatoires à la partie interne des cuisses. La face est pâle aujourd'hui, la parole est encore difficile; cependant la respiration se fait beaucoup mieux; le pouls a tout à fait changé de nature, il est fort, dur, assez vite; il y a eu un peu de dévoiement; deux ou trois garderobes hier. La soif est

---

cile, et là il l'entendit réciter aussitôt une prière par laquelle il remerciait le ciel de lui avoir accordé la faveur de pouvoir guérir le patient d'une maladie aussi cruelle.

Le lendemain matin, Meulen lui remit douze paquets contenant une poudre blanche, pour lesquels il lui paya 1 fr. 65 cent.; il lui recommanda d'en prendre deux par jour, et ajouta qu'il ne cherchait pas à enrichir les pharmaciens, ces messieurs vendant leurs drogues trop cher; que, quant à lui, il préparait de sa main les remèdes qu'il destinait à ses malades.

Le surlendemain il revint, et le sieur T.... lui annonça qu'il s'était conformé à ses prescriptions, mais qu'il sentait une faiblesse et un affaissement général dans tout son être. « C'est bien l'effet que j'attendais, répondit Meulen d'un air grave et docte. Vous serez bientôt guéri. » Le sieur T... continua donc sans défiance à prendre les poudres du prévenu, qui ne tardèrent point à le mettre à l'article de la mort. Il dépérissait à vue d'œil, une fièvre aiguë minait ses forces; des tics douloureux agitaient continuellement ses membres, et il éprouvait des douleurs si violentes que la vie lui était devenue insupportable : bref, son état devint tel que, sans les soins empressés de MM. les docteurs Bach et Eissen, il aurait infailliblement succombé. Ces praticiens lui ont dit que, s'il avait pris les douze paquets de poudre, il aurait sans aucun doute été empoisonné.

Le prévenu, qui ne peut contester la déposition du témoin, et qui est obligé d'ailleurs d'avouer qu'il n'a jamais été reçu docteur en médecine ni en France ni en Allemagne, se borne à soutenir que les poudres qu'il a remises ne contenaient rien de nuisible à la santé. Quoi qu'il en soit, il a été condamné à 500 fr. d'amende.

II. *Médicaments falsifiés.*

Traduits, le 1er septembre dernier, devant le tribunal de police correctionnelle de Paris, sous la prévention savoir : le sieur Legrand, fabricant de farine de lin, quai Jemmape, d'avoir trompé le sieur Voisine sur la nature de la chose qu'il lui vendait, en lui livrant pour pure de la farine de lin mélangée avec du son, et les sieurs Voisine et Hutan, pharmaciens-droguistes, le premier rue des Lombards, le second rue Aubry-le-Boucher, d'avoir possédé chez eux et mis en vente des drogues détériorées et des médicaments gâtés; le tribunal renvoya Voisine des fins de la poursuite sans dépens, condamna Hutan en six jours d'emprisonnement, 500 francs d'amende et aux dépens, et Legrand en trois mois d'emprisonnement, 50 francs d'amende, et ordonna la confiscation des marchandises saisies.

La cause revenait le 2 mars, sur l'opposition des deux derniers.

MM. Bussy et Guibourt, professeurs à l'Ecole de pharmacie, qui ont procédé à la saisie des médicaments et drogues intérimées, sont entendus comme témoins; ils rendent hommage à la bonne tenue de l'officine de M. Hutan, et n'ont, disent-ils, saisi la farine trouvée chez lui que dans l'intérêt du principe, et pour pouvoir remonter plus facilement jusqu'au fabricant.

M. l'avocat du roi a déclaré abandonner la prévention en ce qui concerne Hutan, mais y persister contre Legrand.

Le tribunal a renvoyé Hutan de la plainte, sans dépens. Quant à Legrand : Attendu qu'il est articulé par lui que la farine vendue aux sieurs Voisine et Hutan, et qu'il reconnaît sortir de sa fabrique, est de bonne qualité; que les experts auraient confondu cette substance avec une autre d'un numéro intérieur; avant faire droit, renvoie devant M. Gauthier de Claubry, chimiste, à l'effet de donner son avis sur ce point.

(*Gazette des Tribunaux.*)

FAITS DIVERS.

Sur la fréquence du pouls chez l'homme aux différentes heures de la journée; par M. le docteur STRATTON.

Des opinions très diverses ont été émises par les auteurs sur la nature des variations qu'éprouve le pouls de l'homme aux différentes époques du jour. Ainsi, par exemple, les uns soutiennent avec Knox et Saunders, que le pouls est plus fréquent le matin que le soir; d'autres, avec Keill, Robinson, Falconer, combattent cette assertion, et soutiennent que c'est le contraire qui a lieu; Prout, enfin, considère la fréquence du pouls comme restant toujours la même.

M. le docteur Stratton a expérimenté sur lui-même pendant soixante-dix-huit jours consécutifs, et il est arrivé aux résultats suivants :

Soixante-six fois le pouls a été plus fréquent le matin; dix fois il a été moins fréquent; deux fois la fréquence n'a pas varié.

Le maximum des battements du pouls a été, le matin de 91, et le minimum de 68. Le soir le maximum a été de 87, le minimum de 63. (*The Edinburgh med. and surg. journ.*)

Cas de rupture de la trachée-artère.

Un jeune enfant affecté de bronchite se livrait, pendant la durée des quintes de toux, à des mouvements désordonnés, dans lesquels il renversait fortement la tête en arrière. Au milieu de cette agitation violente, on vit tout à coup se manifester un emphysème qui envahit rapidement le tissu cellulaire sous-cutané du cou, de la face et d'une grande partie de la poitrine, et le petit malade ne tarda pas à succomber.

A l'ouverture du corps, on reconnut qu'il existait, au premier espace inter-cartilagineux de la trachée-artère, une déchirure transversale de deux centimètres environ de longueur.

Cette solution de continuité, dont la production ne pouvait être expliquée par aucune altération appréciable d'un organe quelconque, avait sans aucun doute été déterminée par un des mouvements brusques et violents de l'enfant lorsqu'il jetait sa tête en arrière.

(*Schmidt's Jahrbuecher.*)

vive, ce dont il ne s'était pas plaint encore ; la langue est sèche et collante. On lui commande de boire ; il saisit son gobelet assez fermement et le porte seul à ses lèvres, ce qu'il ne pouvait faire deux jours avant. Somme toute, l'état général est évidemment amélioré. On le laisse reposer aujourd'hui.

Le 28, il a assez bien dormi. On commence à remarquer de l'amaigrissement ; on le fait lever ; il ne peut marcher encore, et ses yeux sont toujours sans expression, mais quand il est debout seulement. Quand il est au lit, il est impossible à qui que ce soit de se douter de sa position ; la langue est meilleure, moins sèche ; le pouls a perdu de sa dureté et de sa vitesse. Le malade va à la garderobe ; les selles sont encore liquides, mais leur nombre est modéré. Limonade citrique et bouillon.

Le 2 mars, amélioration de plus en plus sensible ; ses yeux sont encore hagards quand il est debout ; il marche avec difficulté, mais il faut tenir compte du sang qu'on lui a fait perdre. Tous les autres symptômes ont à peu près disparu. Même prescription.

Le 4 mars, peu de différence entre l'état présent et celui du 2. Cependant il peut rester assez long-temps debout aujourd'hui ; il dit qu'il sent bien ses jambes, mais qu'elles ne peuveut pas le porter. 30 centigrammes de gomme gutte ; ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale ; un peu de vermicelle.

Le 6, n'a plus que de la faiblesse ; pouls excellent, langue humide, aucune douleur ; va bien à la selle sans dévoiement, urine convenablement ; en un mot, ce malade entre en convalescence.

Cet état se maintient et se consolide ; ce malade sort vers le 15 mars.

Deuxième observation. — Au numéro 13 de la salle Saint-Ferdinand, a été couché, le 26 février, le nommé Richemerch (Samuel), âgé de trente-six ans, terrassier, né en Suisse. Cet homme ne comprend pas un mot de français, mail il répond avec intelligence et précision aux questions qu'on lui adresse en allemand. Il nous dit qu'il est malade depuis assez long-temps, sans qu'il puisse préciser au juste l'époque ; que sa maladie a commencé par des douleurs de poitrine, mais qu'il toussait depuis quelque temps déjà, ce qui pourtant ne l'empêchait pas de travailler. Il a été pris, il y a quelques jours, d'un mal de tête violent, et en même temps sa douleur de poitrine a augmenté. Aujourd'hui sa face est rouge, vultueuse, la céphalalgie est intense, la nuque est douloureuse, mais la pression n'augmente pas cette douleur. La respiration est pénible, très laborieuse ; le pouls est à 85 à peu près ; la céphalalgie a plus spécialement son siége dans les régions frontale et sous-occipitale ; il est facile de s'assurer que la respiration est toute diapbragmatique. L'auscultation constate l'absence du bruit vésiculaire en avant. Le malade a été à la selle ; on le fait lever ; il marche assez bien et ne présente aucun phénomène semblable à ceux indiqués dans l'observation précédente. Il y a de la toux. Saignée de 350 grammes ; gomme édulcorée ; diète.)

Les jours suivants l'état du malade reste stationnaire ; le sang de la saignée est peu couenneux.

Le 2 mars la face est moins rouge ; la tête est invinciblement renversée en arrière ; la respiration est toujours fort difficile. Nous lui disons de baisser la tête, il répond que cela lui est impossible, qu'elle est trop raide. Il a eu du dévoiement hier ; le pouls n'a pas changé ; il y a de l'engouement dans les bronches. Looch avec sirop d'ipécacuanha, 32 grammes ; ipécacuanha en poudre, 40 centigrammes ; lavement purgatif s'il n'allait pas à la selle aujourd'hui ; ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.

Le 3, la douleur de tête a diminué. Il se plaignait ces jours derniers de douleurs dans les membres, surtout quand on les pressait ; elles ont complétement disparu. La respiration est toujours embarrassée. M. Cruveilhier croit que les pneumo-gastriques fonctionnent mal, ce qui amène par suite l'engouement bronchique que l'on observe aujourd'hui et qui est porté fort loin. Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes ; ipécacuanha en poudre, 40 centigrammes.

Le 4, la face est toujours fort rouge. La raideur tétanique de la tête a augmenté ; il lui est complétement impossible d'exécuter le moindre mouvement de flexion en avant ; le malade se plaint d'avoir eu des envies de vomir ; la respiration se fait mieux ; l'engouement est moins considérable ; cependant on n'entend toujours pas le bruit vésiculaire en avant. Il a passé la journée d'hier absorbé, daus un état de somnolence et de stupeur. La langue est blanche, sèche ; la soif vive ; la toux est fréquente ; le pouls donne 90 pulsations. Le malade se plaint vivement d'une douleur qu'il dit ressentir dans le côté droit de la poitrine ; quelquefois cette douleur se fait sentir à gauche, mais plus rarement que de l'autre côté. Saignée de 360 grammes ; ventouses sèches sur la colonne vertébrale ; looch avec sirop d'ipécacuanha 30 grammes, et oxymel scillitique 15 grammes ; 60 centigrammes de gomme-gutte dans une potion.

Le 6, plus de céphalalgie ; la raideur de la tête et du cou persiste ; il se plaint d'être courbaturé, d'avoir des douleurs dans tout le corps. On le fait lever ; il marche dans un état très remarquable de rigidité, il semble que toute la partie supérieure de son corps soit d'une seule pièce ; il marche cependant encore avec énergie. Le purgatif a produit de nombreuses évacuations ; il dit ne pas ressentir de coliques : il a rendu deux vers lombrics hier. Tisane ordinaire ; on le laisse reposer.

Le 7, le malade se plaint de vertiges, de bluettes. L'état de rigidité de la colonne vertébrale est toujours aussi considérable ; la percussion exercée dans cette région ne lui fait éprouver aucune douleur. Le pouls est vite et petit. La respiration se fait encore très incomplétement ; on entend dans le côté droit, en avant, du râle sous-crépitant bien caractérisé. La langue est sèche, la soif vive. Il urine bien, et a eu cinq selles hier. La céphalalgie est assez considérable. Looch blanc avec kermès, 10 centigrammes ; sirop d'ipécacuanha et oxymel scillitique, de chacun 15 grammes.

Les jours suivants l'état général s'améliore.

Le 10, la face a perdu de sa coloration, la céphalalgie a disparu complétement, la raideur tétanique du tronc, et surtout de la tête a considérablement diminué ; le bruit respiratoire se perçoit dans toute l'étendue de la poitrine ; il y a encore un peu de toux ; la respiration se fait certainement mieux, bien qu'elle ne soit pas encore revenue à toute sa pureté ; le malade ne ressent plus aucune douleur dans les membres. Gomme édulcorée, looch avec sirop d'ipécacuanha, deux bouillons et un potage.

Les 11, 12 et 13 l'amélioration se soutient et fait même des progrès ; la respiration seule tarde encore à revenir à son état complètement normal ; il éprouve de temps en temps quelques douleurs vagues dans le thorax ; la raideur a presque complétement disparu ; le malade reprend sa force. Gomme édulcorée, potion avec ipécacuanha et oxymel scillitique, 15 grammes de chaque.

Même médication et disparition graduelle des derniers symptômes pendant les jours suivants, jusqu'au 21, époque à laquelle le malade demande son *exeat*. Il sortira de l'hôpital ces jours-ci.

— Il est un point de ces observations qui, selon nous, présente un intérêt réel en pratique, en ce sens que c'est un élément de diagnostic qui nous paraît souvent négligé, et dont on peut pourtant tirer d'immenses lumières pour reconnaître certaines affections du cerveau, et principalement la première période de la méningite ; nous voulons parler de l'examen du malade pendant la station et la progression. La première des deux observations dont nous venons de rapporter les détails, est une preuve frappante de l'extrême importance que peut avoir cet examen dans certains cas de méningite aiguë simple.

Personne n'ignore qu'il n'est aucun des symptômes observés pendant la première période de cette maladie, qui ne puisse se rapporter aussi bien à toute autre affection : la chaleur de la peau est presque naturelle, la tête seulement est un peu plus chaude ; le malade éprouve de la céphalalgie, des bouffées de chaleur lui montent à la face au moindre mouvement ; la soif est peu vive, la langue humide ; il y a souvent des vomissements, des douleurs dans les membres, dans l'abdomen ; le pouls est lent, irrégulier, intermittent ; la respiration se fait très inégalement. Tels sont à peu près les divers phénomènes du début de la méningite ; phénomènes qui peuvent, on ne saurait le nier, jeter de grands doutes dans l'esprit, puisqu'il n'est pas de maladie où l'on ne puisse les observer, si ce n'est réunis, du moins chacun en particulier et quelquefois plusieurs en même temps. Nous disons donc que dans cette première période, dans laquelle l'affection ne se dessine point encore d'une manière nette et tranchée, on tirera souvent de l'observation du malade, pendant la marche, des signes qui ne permettent plus le doute sur la nature de la maladie, et nous disons de plus que, sans cet examen des phénomènes qui accompagnent la station et la progression, on est exposé à commettre les erreurs les plus graves dans l'opinion qu'on émettra sur l'état d'un sujet pris de méningite aiguë.

M. Cruveilhier nous a rendu cette vérité palpable, pour ainsi dire, en faisant lever et marcher devant nous le nommé Marzet, de la première observation. Il était impossible, en examinant avec le plus grand soin, minutieusement même et en interrogeant le malade, il était impossible de se faire une idée exacte de la gravité de son état ; il se plaignait de céphalalgie, à la vérité, mais le pouls était normal, la langue bonne, les yeux calmes, le visage un peu animé mais dépourvu de cette expression de souffrance qui accompagne la méningite : en un mot, il y avait tout lieu de penser que l'on avait affaire à une indisposition et non à une maladie sérieuse. Mais si l'on venait à faire lever et marcher cet homme, il se passait un changement dont il faut avoir été témoin pour bien comprendre tout ce qu'il avait d'extraordinaire. On peut dire littéralement que ce n'était plus le même malade ; ses yeux prenaient cette expression que nous avons décrite ; il serait tombé, s'il n'eût été soutenu ; enfin, tout alors faisait penser à une affection grave du cerveau. Sitôt qu'il était recouché il y avait un peu d'abattement pendant quelques minutes, puis son visage reprenait sa sérénité et ses yeux leur expression habituelle.

Le sujet de la seconde observation, sans nous offrir des symptômes semblables, nous a convaincu encore de l'utilité de l'examen sur lequel nous insistons. Le phénomène le plus marqué chez lui était une rigidité très considérable de la tête et de la partie supérieure du tronc ; rigidité que l'on appréciait mal, le malade étant au lit, mais qui devenait frappante, si, après l'avoir fait lever, on lui commandait de faire quelques pas. La tête semblait alors soudée au tronc dans une position un peu fléchie en arrière.

Nous appelons l'attention des praticiens sur ces faits, nous engageant à publier tous ceux que nous observerons et qui pourraient jeter un nouveau jour sur la valeur qu'on doit attacher à l'examen de la station et de la progression dans certaines maladies du cerveau.

Dr PAJOT.

Chronique.

Il n'y a peut-être pas de pays aussi peu reconnaissant pour les gloires médicales que la France. Au milieu de cette immense capitale, cherchez, par exemple, non pas un monument, mais une pierre, mais une inscription qui rappelle la mémoire d'une de nos illustrations, vous chercherez en vain. Et cependant les services de ces hommes ont-ils été moins importants pour la cité que ceux de tant d'autres dont elle n'a pas voulu que le souvenir pérît ? La vie de Fernel, d'Ambroise Paré, de Bichat, de Dupuytren, a-t-elle été moins glorieuse et moins utile à l'humanité ? Celle de ce dernier surtout passée en si grande partie à l'Hôtel-Dieu de Paris, au service des pauvres, ne méritait-elle pas de la part de la cité un souvenir reconnaissant ?

Eh bien ! non loin de cet Hôtel-Dieu, s'est élevé le somptueux palais de la Cité, le Louvre du peuple et de la bourgeoisie. Sur son immense façade on a voulu que les statues de ceux dont les vertus, les belles actions, les beaux travaux ont illustré Paris, fussent érigées pour perpétuer leur mémoire. On voit là de saints évêques, des commerçants élèbres, des avocats fameux, des chanceliers, des marchands, des échevins, des magistrats ; cherchez-y un médecin ! Il n'y en a pas un seul.

Il nous semble que la statue d'un célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu n'aurait pas figuré trop mal à côté de celle de Saint-Landry, le fondateur de ce pieux asile. Douze niches sont encore vacantes ; nous en demandons deux en l'honneur des médecins dont la ville de Paris a connu les services ; est-ce donc trop ?

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 MARS 1843.

(16e ANNÉE.)

N. 37, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES HÉMORRHOIDES ET SUR LEUR TRAITEMENT;

PAR J. LISFRANC.

Les hémorrhoïdes sont très anciennement connues; il n'est peut-être pas d'ailleurs de sujet qui ait exercé davantage la sagacité des médecins : je vais traiter seulement ici de quelques-unes des sommités de cette vaste et importante question; mais avant tout je jetterai un coup-d'œil rapide sur les vaisseaux sanguins du rectum; je prouverai encore que l'anatomie et la physiologie sont les bases solides sur lesquelles repose la bonne pathologie et la saine thérapeutique; que sans elles le médecin et le malade sont voués à une aveugle routine, à un empirisme meurtrier.

Les artères du dernier intestin sont : 1° l'hémorrhoïdale supérieure fournie par la mésentérique inférieure; 2° la moyenne sortant de l'hypogastrique; 3° l'inférieure, prenant son origine dans la honteuse interne. Parvenues sur la face externe de la membrane muqueuse, ces artères forment un réseau dans lequel elles offrent des anastomoses, des rameaux et des ramuscules innombrables; leur terminaison a des communications faciles avec l'origine des veines; on en trouve la preuve incontestable dans le passage très libre de la matière des injections, des premiers de ces vaisseaux dans les seconds, et *vice versâ*; la très grande fréquence des congestions et des fluxions sanguines n'étonnera plus lorsqu'on connaîtra les faits anatomiques que je viens d'énoncer. Le vagin est loin de présenter les mêmes dispositions anatomiques; aussi les mêmes phénomènes pathologiques y sont-ils assez rares.

Les veines qui s'anastomosent avec l'iliaque interne et la petite mésaraïque, constituent contre la face externe de la membrane musculeuse du rectum un plexus inextricable appelé hémorrhoïdal; il forme autour de l'ouverture anale un anneau irrégulier et souvent bosselé; l'insufflation, pratiquée dans les veines rectales, occasionne l'emphysème du pourtour de l'anus, et les injections noires faites dans ces vaisseaux s'infiltrent dans le tissu cellulaire de ce même point.

Les veines du vagin sont infiniment moins nombreuses; ainsi s'explique parfaitement, d'après les belles expériences de M. Magendie, l'immense facilité d'absorption qui existe dans la partie inférieure du canal intestinal, et le défaut presque absolu de cette importante fonction dans le canal utéro-vulvaire. On trouvera dans le second volume de mon ouvrage de *Clinique chirurgicale*, les expériences comparatives et nombreuses que j'ai faites à l'hôpital de la Pitié sur ce point important de physiologie; il serait inutile d'indiquer ici les applications heureuses de thérapeutique que nous en avons obtenues.

Les veines qui partent du plexus veineux hémorrhoïdal manquent de valvules; le sphincter anal y gêne la circulation et peut l'étrangler; sa position déclive, la station bipède, la pression des matières stercorales, la pesanteur de la colonne du liquide situé dans les mésaraïques, dans les veines portes; les obstacles qu'apportent à la circulation les engorgements de la rate et du foie, expliquent suffisamment d'ailleurs la fluxion, la congestion, la tuméfaction de la partie inférieure du rectum.

Lorsque je conçus le projet de la possibilité d'extirper l'extrémité inférieure de cet intestin devenue carcinomateuse, je dus m'occuper d'abord très sérieusement de l'examen des vaisseaux de cet organe, puisque c'était la crainte des hémorrhagies qui avait fait rejeter par Desault et par Morgagni une opération que j'ai été assez heureux de tenter avec succès, et qui fait maintenant partie du domaine de la médecine opératoire. Toujours guidé par l'idée que l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique et les inductions tirées des faits analogues, sont la boussole qui doit diriger le chirurgien quand il médite une opération nouvelle, je m'assurai par de nombreuses dissections que chez les vieillards ces vaisseaux sont et plus volumineux et plus multipliés que sur les adolescents et sur les adultes, et qu'on les rencontre infiniment plus déliés et moins nombreux chez les enfants; ainsi l'étude de l'anatomie des âges, à laquelle M. Serres s'est livré avec tant de succès, nous donne encore la solution d'un problème pathologique, maintenant trop facile à saisir pour m'y arrêter plus long-temps.

Passons à l'examen rapide des hypothèses émises sur la nature des hémorrhoïdes.

Stahl, Hoffmann, etc., admettent la dilatation veineuse.

Abernethy prétend que la maladie est produite par du sang épanché, qui se convertit quelquefois en tissu érectile nouveau.

Béclard, Laënnec, Delpech, pensent que les tumeurs hémorrhoïdales sont dues à un tissu érectile composé d'une infinité d'artérioles et de veinules logées au milieu d'un canevas fibreux.

Richter croit que les hémorrhoïdes sont le plus ordinairement déterminées par un épanchement de sang sous la membrane muqueuse du rectum; elles forment les parois du kyste qui contient peu de liquide sanguin et qui est même quelquefois entièrement vide et paraît constitué par une simple membrane. Cet auteur ne rejette pas l'existence des tumeurs hémorrhoïdales variqueuses, mais il les a observées beaucoup moins souvent.

M. Récamier ne trouve dans les hémorrhoïdes véritables que des kystes érectiles, pouvant être multiloculaires : suivant lui il ne s'agit ni d'un fongus, ni de veines dilatées.

Cullen veut que les tubercules hémorrhoïdaux soient causés par un épanchement de sang siégeant dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de l'intestin rectum.

M. Delaroque n'a trouvé que du tissu cellulaire et des kystes ordinairement multiples et nombreux. Quand une seule de ces petites poches existe, qu'elle renferme du sang, sa face interne est légèrement rougeâtre; ce liquide manque-t-il? elle est constamment lisse et blanchâtre.

Suivant M. Ribes, la formation des hémorrhoïdes tient à des varices, à l'extravasation du sang d'un vaisseau dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou sous-cutané de l'extrémité inférieure du rectum.

Chaussier voit dans les hémorrhoïdes des tumeurs dont les parois constituent des kystes remplis de sang noir et visqueux : il a injecté les artères du rectum; il a distendu les hémorrhoïdes qui sont, dit-il, des ecchymoses à leur début.

Kirby n'a jamais observé la dilatation des veines; il a toujours vu des prolongements du tissu cellulaire un peu induré et entouré de vaisseaux.

M. Andral admet les varices, le tissu érectile et les hémorrhoïdes celluleuses enkystées.

Selon de Montègre, les hémorrhoïdes ne sont qu'une fluxion sanguine semblable à celle qui s'établit sur l'utérus aux époques menstruelles.

Les hypothèses que nous venons d'exposer nous semblent, en général, trop exclusives; les auteurs qui les ont émises, ont suivi les errements des médecins trop nombreux qui n'ont pas malheureusement appliqué aux sciences médicales les méthodes rigoureuses d'observation dont les autres sciences nous fournissent un si bel exemple; espérons que, grâces aux progrès toujours croissants des études physiques et mathématiques, et au frottement des hommes qui les cultivent avec tant de succès, le vœu de Delaplace sera entièrement réalisé.

J'ai fait manœuvrer pendant vingt ans à peu près sur le cadavre la médecine opératoire à un grand nombre d'élèves et de jeunes chirurgiens; j'ai rarement laissé échapper l'occasion d'examiner la nature intime des hémorrhoïdes; je n'ai presque jamais trouvé le tissu érectile : ne sait-on pas d'ailleurs que la maladie paraît et disparaît alternativement à plusieurs reprises. Peut-il en être ainsi de ce tissu? Il ne se comporte certainement pas de cette manière dans les autres localités où il siège si souvent : ne voit-on pas aussi très fréquemment les tumeurs hémorrhoïdales se flétrir complètement et par les seuls efforts de la nature : ce phénomène est excessivement rare pour le tissu érectile : quand ce tissu est ulcéré, il donne presque constamment du sang; il produit presque toujours bientôt des végétations, des champignons fongueux; les choses se passent autrement en général, s'il s'agit des hémorrhoïdes; chez la plupart des sujets il reste ordinairement stationnaire, abstraction faite des fluxions temporaires plus ou moins périodiques; cette circonstance ne se voit guère dans les autres parties de l'économie occupée par le tissu érectile, donc ce tissu doit être excessivement rare.

Les arguments que je viens d'exposer sont très consolants pour les hémorrhoïdaires; ils avaient échappé pour la plupart aux investigations des chirurgiens.

La dilatation des veines me paraît peu commune; un grand nombre d'anatomo-pathologistes distingués ne l'ont pas vue; je ne l'ai jamais trouvée, défalcation faite des cas fort rares dans lesquels les varices compliquaient les hémorrhoïdes : si ces varices constituaient le tissu hémorrhoïdal, on les suivrait par la dissection dans ce tissu et à sa circonférence; il en serait de même des cordons résultant de l'oblitération des vaisseaux veineux.

Mais l'on comprend aisément que dans les fluxions, dans les congestions sanguines de la partie inférieure du rectum, qui sont très souvent périodiques, le tissu cellulaire augmente de volume et qu'il peut s'y former de petites bosses sanguines. Ces phénomènes existent presque toujours; je les ai presque

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Je ne trouve pas d'expression plus modeste que celle de *causeries* qui puisse donner au lecteur une juste idée de ce que promettent mes forces pour remplir ce vaste et périlleux espace consacré au *Feuilleton*. Acceptez-les ces causeries comme je les donne, sans prétention, sans apprêt, sans nulle envie de faire oublier l'ingénieux et spirituel écrivain qui trop tôt pour nos plaisirs communs s'est retiré du monde, et surtout sans la ridicule ambition d'imiter sa bonhomie malicieuse et sa naïveté si fine et si narquoise : vous comprenez tous que je parle de notre bien-aimé confrère, le docteur Lyrac, dont la disparition a été aussi soudaine et inattendue que le fut son apparition; véritable comète du feuilleton médical, qui en a eu tout l'éclat et l'imprévu, et qui brille pour disparaître et à la place de laquelle vous n'allez plus trouver qu'une pâle nébuleuse.

Ce dont on cause le plus en ce moment à Paris, c'est certainement la candidature des chirurgiens à l'Académie des sciences. Ces difficultés, les embarras de cet enfantement académique ont dépassé toutes les prévisions. Depuis trois semaines l'Académie n'a presque pas eu de séance publique; l'immense correspondance qui arrive de tous les points du monde n'a pu être dépouillée, toutes les affaires scientifiques ont été suspendues. Je parlais de comète tout à l'heure; eh bien! celle qui brille, ou plutôt qui ne brille guère en ce moment, a fort mal choisi son temps d'apparaître juste à l'instant où les astronomes de l'Institut ont bien autre chose à faire qu'à braquer leur télescope. La lithotritie a obscurci toutes les lunettes de l'Observatoire, aussi depuis le 14 mars l'astre parcourait-il sa course incalculée, que les Lalande et les Cassini de l'époque ne s'en doutaient pas plus que de la fin du monde; ils supputaient les chances de la lithotritie, et il a fallu qu'un brave officier d'Auxonne leur donnât le charitable avis de cette apparition soudaine pour que les lunettes fussent enfin mises en mouvement. A quoi tiennent les destinées humaines! Et qu'on nie maintenant l'influence des astres! La section d'astronomie est actuellement furieuse contre la lithotritie; c'est à elle qu'elle doit d'avoir été devancée de quatre jours par un soldat en faction; aussi est-ce pitié de voir la baisse de la lithotritie à mesure que l'astre fait son ascension. A chaque observation dans la lunette, c'est un remords de plus et une voix de moins, et l'on raconte qu'à l'entour de l'Observatoire, à chaque éclaircie du ciel on entend tous les soirs une voix plaintive qui chante ces mots :

> Encore *un vote* qui file,
> Qui file, file et disparaît!

En revanche, les chances de la chirurgie que malicieusement on a nommée dogmatique, encyclopédique, paraissent avoir beaucoup grandi. La section qui, par des motifs dont nous donnerons un jour l'explication, avait rejeté dans le quatrième plan un candidat que tout le monde s'attendait à voir figurer dans les premiers, a été vigoureusement combattue par le dernier membre élu dans cette section, qui faisait partie de la minorité. Appelé à exprimer son opinion, il l'a fait avec plus de netteté et d'énergie qu'on n'aurait osé l'espérer de son caractère réservé et presque timide. Mais comme tous les hommes de ce tempérament qui, une fois lancés, vont souvent plus loin qu'il ne faudrait, on assure que dans cette circonstance, l'honorable académicien dont nous parlons aurait un peu dépassé les limites de l'éloge. Il aurait posé son candidat érudit et savant comme Haller, éloquent et disert comme Delpech, clinicien et professeur comme Dupuytren. Il y a certainement du vrai dans tout cela, toutes ces facultés on les retrouve dans le candidat dont il est question, mais sur une échelle plus petite, dans des proportions moins grandioses, ce qui rend la comparaison évidemment exagérée.

Du reste, si jamais candidature académique ne donna lieu à plus de difficultés dans les choses purement scientifiques, jamais aussi l'intrigue ne s'est agitée plus effrontément, plus honteusement. C'est à faire frémir tout ce qui se dit à ce sujet. De porte en porte académicienne on a vu la médisance et la calomnie allant jeter leur venin sur la vie privée, sur les actes les plus secrets, les plus intimes; s'occupant des affaires, de la position, de la fortune, du caractère, des mœurs; établissant en un mot une prétendue enquête morale, fort immorale, selon nous; portant les accusations les plus formidables et montrant les candidats, l'un après l'autre, comme tout ce qu'il y a de plus abject et de plus impur dans la société. L'un est voleur, l'autre assassin, celui-ci proxenète, celui-là se vautre dans la plus dégoûtante débauche; c'est à faire dresser les cheveux, c'est à faire dire aux membres de l'Académie : qu'on nous chasse tous ces vauriens-là.

S'ils ne l'ont pas dit, ils l'ont pensé, et nous savons de bonne source que l'Académie a été vivement et douloureusement impressionnée de ce déchaînement incroyable d'atroces calomnies. Chose bien triste à dire! un membre de l'Académie, professeur de la Faculté, et comme tel ayant dû rester au moins dans une convenable réserve, s'est montré un des plus acharnés courtiers de ces méchancetés. Que quelques candidats aient voulu ternir la dignité de leur caractère et de leur profession par des manœuvres aussi coupables, il faut les plaindre et en gémir; on sait d'ailleurs que partout où se trouvera mêlé un de ces candidats, l'horizon deviendra noir de bile et de calomnie; mais qu'un académicien, un juge descende à de pareils moyens, voilà qui est infâme et dont tout cœur honnête est soulevé d'indignation.

Je quitterai ce triste sujet en racontant l'anecdote suivante : Un candidat en cours de visites chez les membres de l'Académie, se trouvait en présence d'un académicien qu'il croyait décidé à lui donner sa voix. Il supputait les chances diverses des autres candidats, et disait : Celui-ci aura tant de voix, celui-là tant d'autres. Dans ses calculs, il avait oublié un de ses compétiteurs. L'académicien le lui fait remarquer, en lui disant : Et M..., quelles voix lui donnez-vous? — Oh! celui-là, il aura la voix de M. tel, de M. tel, et voilà tout. — Vous vous trompez, dit l'académicien, et vous qui comptez si bien, vous en avez oublié une, c'est la mienne.

Qui fut penaud?... ce n'est pas l'académicien.

L'Académie de médecine est grosse aussi d'une candidature. On sait qu'il a été décidé que le nouveau membre à élire entrerait dans la section de pathologie médicale. Plusieurs candidats ont déjà adressé leur

constamment observés jusqu'aujourd'hui. J'ai eu occasion de faire beaucoup d'autopsies sur des sujets dont l'état hémorrhoïdal volumineux et enflammé paraissait être récent. En extirpant la maladie sur le vivant, et lorsqu'elle était très développée, je n'ai pas vu le paquet hémorrhoïdal fournir du sang comme le tissu érectile, même dans les points où il n'était pas induré.

Occupons-nous de quelques considérations sur le traitement des hémorrhoïdes : Lorsque les pertes sanguines déterminées par cette affection morbide sont convenablement traitées, elles exposent assez rarement les malades à de grands dangers ; mais on doit redouter l'accroissement des tumeurs hémorrhoïdales, les accidents graves qu'il occasionne et les opérations qu'il pourrait exiger ; on doit craindre encore la dégénérescence cancéreuse trop avancée, dont l'instrument tranchant peut seul faire justice. C'est à prévenir ou à combattre ces accidents, c'est à éviter des opérations sanglantes et trop souvent terribles que nous nous sommes plus spécialement attaché ; car si la chirurgie est brillante quand elle opère, elle l'est encore bien davantage lorsque, sans faire couler le sang, sans mutiler les malades, sans les exposer à perdre la vie, elle en obtient la guérison : nos travaux sur la fistule et sur la tumeur lacrymale, sur les maladies de l'utérus, sur les fractures compliquées, sur les plaies graves d'armes à feu, sur les engorgements d'articulations (tumeurs blanches), sur les fistules des membres, sur les tumeurs indurées des paupières, sur les engorgements blancs en général, et en particulier sur le squirrhe du sein, etc..., viennent à l'appui de cette consolante idée ; ils fournissent la preuve des résultats avantageux obtenus par l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie, encore trop négligée même de nos jours.

La présence des hémorrhoïdes un peu développées exige impérieusement qu'on pratique de temps en temps le toucher dans le rectum, afin de s'assurer s'il n'y existe pas quelque altération dangereuse naissante qui pourrait s'y développer d'une manière pour ainsi dire latente, et qui, négligée, pourrait aussi commander une opération grave, ou bien encore parvenir à un tel degré d'accroissement qu'elle serait au-dessus des ressources de l'art. En suivant au contraire le principe que nous établissons, en attaquant de bonne heure cette altération, on la guérit presque toujours ; si, contre l'attente du chirurgien, et sous l'influence d'une exception extraordinairement rare, elle débordait tous les moyens thérapeutiques, on ne laisserait pas échapper le moment de l'opérer : j'insiste sur tous ces préceptes, car bien qu'ils soient très simples, ils sont trop souvent négligés ; l'affection morbide fait de grands progrès, et bientôt le malade en est la victime ; nous en voyons de fréquents exemples à l'hôpital de la Pitié, sur des sujets qui viennent de l'extérieur.

Le flux hémorrhoïdal modéré doit être respecté ; c'est une espèce d'exutoire dont la nature se sert très avantageusement ; il lui est ordinairement indispensable, soit pour combattre, soit pour prévenir des affections morbides très graves ; mais le sang est souvent fourni en trop grande quantité, il faut alors la diminuer.

Si le sujet est fort, on pratique au bras une saignée spoliative de 360 grammes (12 onces). Suivant les indications, on a recours, le soir même ou le lendemain, à une ou bien à deux phlébotomies révulsives ; on la pratique sur le même point ; elle est de 90 à 120 grammes (3 ou 4 onces). Le malade garde le repos absolu, il est couché sur un matelas de crin ; on le couvre peu ; on le soumet à la diète absolue ; il prend des boissons émollientes et des hémostatiques ; le bassin est maintenu plus élevé que le tronc.

Quand le sujet est faible, on fait abstraction de l'émission sanguine spoliative ; on se retranche sur la dérivative, à moins qu'il n'existe un molimen hémorrhagique un peu prononcé ; l'alimentation est douce et légère : d'ailleurs, mêmes moyens. Sous le rapport de l'exercice, le malade suit les conseils que nous venons de donner : la médication que nous avons exposée suffit ordinairement.

Il est des cas dans lesquels l'hémorrhagie est rebelle ; on l'attaque d'après les principes que nous avons établis dans le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié* (v. le chapitre ayant pour titre *Ménorrhagie*). J'ai vu, d'ailleurs, l'administration d'un quart de lavement fait avec la décoction de quinquina produire les plus heureux effets, si le sujet peut le garder. En touchant légèrement dans une plus ou moins grande étendue le bourrelet hémorrhoïdal avec le nitrate d'argent fondu, porté même dans l'intérieur du rectum, on diminue ou l'on arrête souvent les pertes rouges fournies par les hémorrhoïdes. Enfin on a recours, au besoin, soit au double tampon de J.-L. Petit, soit au tamponnement de Desault ; on les fait soutenir par la main d'un aide, car, sans cette précaution, les épreintes auxquelles les malades sont soumis les déplaceraient dans la plupart des cas et pourraient les chasser de l'intestin.

Les écoulements sanguins provenant des hémorrhoïdes peuvent encore être combattus par une alimentation froide et peu abondante, par l'usage de la glace ingérée dans l'estomac ; le bassin est alors maintenu plus élevé que le tronc.

Si les hémorrhoïdes ne sont pas graves, on les abandonne aux soins de la nature, car, en les détruisant, on s'exposerait à nuire essentiellement ; il faut néanmoins les surveiller, nous le répétons. Suivant les besoins de l'économie, on est souvent obligé de les exciter. On combat les inflammations par les antiphlogistiques et par les narcotiques associés aux saignées spoliatives ou dérivatives, suivant les indications ; dans beaucoup de cas, ces deux espèces d'évacuations sanguines sont employées. Nous rejetons les bains de siége, les demi-bains ; ils ont l'inconvénient d'attirer le sang dans les régions sous-diaphragmatiques. Nous proscrivons les sangsues mises à la marge de l'anus ; elles réussissent quelquefois, elles congestionnent au contraire dans la plupart des cas : ce précepte est sanctionné par l'expérience.

Lorsque la phlegmasie est nulle ou légère, on cautérise les solutions de continuité, et presque toujours la cicatrisation en est obtenue lorsqu'elles sont simples. On est moins souvent heureux si elles sont douteuses, ou si le cancer est superficiel et pour ainsi dire dépourvu d'indurations.

L'hypertrophie indurée est traitée par les antiphlogistiques ou par les fondants, selon que l'élément inflammatoire existe ou qu'il a disparu : ces méthodes de traitement sont fréquemment suivies de succès. La compression établie dans le rectum, soit avec une mèche de charpie dont on augmente graduellement le volume, soit avec une bougie en cire ou en gomme élastique, est un moyen très puissant, surtout lorsqu'on lui associe l'iodure de potassium administré à l'intérieur. J'ai vu ces deux agents thérapeutiques produire des guérisons, sur lesquelles on ne comptait point ; mais on n'oubliera pas que si les tissus sont encore enflammés, on les irrite ordinairement trop en les comprimant.

On a conseillé de faire sur les tumeurs hémorrhoïdales des incisions multiples avec une lancette ; ce moyen peut réussir, mais il expose à augmenter beaucoup l'inflammation et à la rendre fort dangereuse ; je m'en suis convaincu souvent dans le commencement de ma pratique.

Les hémorrhoïdes s'étranglent ; on les réduit à l'aide du taxis ; leur séjour dans l'intestin détermine fréquemment de violentes épreintes ; le malade se livre à de grands efforts de défécation ; il les chasserait de l'intérieur du rectum malgré l'application du bandage, si un aide ne le soutenait pas avec la main : l'intestin s'accoutume bientôt à la présence des tumeurs hémorrhoïdales ; elles diminuent de volume dans sa capacité, où elles reprennent leur droit de domicile.

Il est des cas où les malades ont le dévoiement ; les selles sont fréquentes ; le paquet hémorrhoïdal ressort très souvent ; on le réduit chaque fois ; n'oublions pas de faire observer qu'il est des circonstances dans lesquelles un débridement est indispensable pour obtenir la réduction ; on le pratique sur la partie postérieure de l'anus.

L'étranglement hémorrhoïdal occasionne quelquefois la gangrène : on a observé des malades chez lesquels elle remonte à une grande hauteur dans le bassin, et détermine un événement funeste. L'usage des antiseptiques, l'ablation de l'escharre, quand elle n'est pas trop profonde, m'ont réussi.

Des tumeurs hémorrhoïdales persistent à l'extérieur, ou bien elles sortent du rectum avec plus ou moins de douleur, toutes les fois que le malade se livre à la défécation ; elles y restent plusieurs heures, pendant lesquelles le sujet est obligé de garder le repos absolu dans la position presque horizontale, la maladie résiste à la thérapeutique ordinaire ; et bien qu'elle n'offre d'ailleurs ni indurations, ni solutions de continuité, on la soumet ordinairement à une opération dont personne ne conteste la gravité ni les dangers.

Lorsque l'inflammation est presque éteinte, ou bien quand elle n'existe plus, je fais pratiquer au bras une et quelquefois plusieurs saignées dérivatives ou spoliatives, suivant la constitution du sujet ; il est des cas dans lesquels on associe ces deux évacuations sanguines : on dirige sur l'anus et à son pourtour, d'abord des douches simples peu chaudes et en arrosoir, puis des douches d'eau de Barèges ; enfin on a recours à la douche à jet unique, on la porte au besoin dans l'intérieur du rectum : ces moyens sont héroïques ; je les ai vus rarement échouer dans les cas qui nous occupent ; ainsi les opérations dangereuses ont été épargnées.

Je possède un grand nombre d'observations de succès obtenus par les moyens que je viens d'indiquer. J'en citerai seulement deux.

M. C....., âgé de trente ans, d'un tempérament sanguin, était affecté d'hémorrhoïdes depuis vingt-deux mois environ ; d'abord simples, ces tumeurs qui n'avaient jamais flué, augmentèrent de volume, et constituèrent un bourrelet de la grosseur d'un œuf de poule ; il se montrait à l'extérieur chaque fois que le malade allait à la selle ; il était douloureux ; il ne rentrait ordinairement qu'une ou deux heures après sa sortie de l'intestin. M. C... ne pouvait pas parvenir à le réduire par le taxis ; il n'existait d'ailleurs aucune induration, aucune solution de continuité ; l'exercice à pied, et surtout à cheval, augmentait beaucoup les douleurs ; l'introduction du doigt indicateur dans l'anus, faisait cruellement souffrir : on y sentait une espèce d'anneau formé par des tubercules hémorrhoïdaux soumis ordinairement à une subinflammation.

Singulièrement tourmenté par la maladie, et privé pour ainsi dire de pouvoir marcher, M. C..... était venu à Paris pour subir une opération que beaucoup de chirurgiens lui conseillèrent.

Je fus consulté ; je fis pratiquer au bras une saignée de trois cent soixante grammes (douze onces) ; exercice modéré, repos absolu des organes génitaux, alimentation douce, légère, et plus spécialement végétale. Tous les matins un lavement simple, entier, et presque froid ; on administra trois fois par jour et à des intervalles égaux, un quart de ce remède qui ne fût pas rendu ; deux septénaires suffirent pour dissiper presque entièrement la subinflammation ; on donna alors sur l'anus et à son pourtour des douches d'abord simples en arrosoir et presque froides ; on les remplaça ensuite successivement par des douches de Barèges de la même espèce, par des douches ascendantes et à jet unique ; tous les quinze jours on répétait l'usage d'une saignée révulsive pratiquée au bras ; elle était, suivant les indications, tantôt de cent vingt, tantôt de cent quatre-vingts grammes (quatre ou six onces). Si j'avais craint les congestions sanguines dans la boîte osseuse du crâne ou dans la poitrine, j'aurais donné la préférence à la phlébotomie spoliative : je n'ai pas besoin de dire que les émissions de sang auraient été au moins inutiles si le sujet avait été faible ; il guérit en six semaines : les hémorrhoïdes ne le faisaient nullement souffrir ; elles ne sortaient pas lorsqu'il allait à la garde-robe ; sa santé générale était très bonne ; il se livra à l'exercice du cheval sans le moindre inconvénient. Soustrait à une opération grave, il a continué à faire des exercices violents ; la guérison s'est soutenue ; mais afin d'éviter la récidive de la maladie et les congestions sanguines qui auraient pu se développer sur quelques viscères, on a pratiqué au bras, tous les deux mois environ, une saignée spoliative de deux cent quarante à trois cent soixante grammes (huit ou douze onces), suivant les indications. La phlébotomie est d'autant plus utile, que le flux hémorrhoïdal est supprimé.

M. D... portait des hémorrhoïdes depuis une dizaine d'années ; un bourrelet hémorrhoïdal du volume d'une pomme de reinette existait à l'extérieur, où sa présence datait de trois mois environ ; il ne présentait d'ailleurs aucune induration ni

---

demande ; les visites ont commencé et les dîners aussi, d'après quelques mauvaises langues. On raconte qu'un candidat, amphitryon célèbre, après avoir entendu le rapport qui déclarait la vacance dans la section de pathologie médicale, dit douloureusement à un de ses amis : Helas ! il est trop tard ; les truffes s'en vont, et je perdrai vingt voix. » Aussi profite-t-il à force de l'arrière-saison ; ce sont tous les jours galas nouveaux. Mais qu'il y prenne garde ; qu'il hâte la nomination « la reconnaissance de l'estomac est peu durable » ; c'est un aphorisme de Brillat-Savarin.

De la Faculté rien ne se dit ; elle fait la morte. Il est certain que si les choses continuent comme elles se sont passées dans le dernier semestre, la Faculté n'aura bientôt plus besoin d'ouvrir les portes de son grand amphithéâtre. Les deux tiers au moins des cours n'ont pas été suivis. Les cours d'anatomie, de médecine légale, de pathologie interne, plusieurs cliniques ont été presque entièrement abandonnés, quelques autres n'ont eu qu'un petit nombre d'auditeurs ; deux ou trois seulement ont été fréquentés. On le lui a dit souvent, la Faculté subit en ce moment la peine de ses fautes. Qui aurait pu prévoir, par exemple, que dans cette Ecole, qui a dû toute sa puissance à l'impulsion qu'elle imprima aux études anatomiques, il arriverait que le professeur chargé d'enseigner cette importante partie de la science ne pourrait pas réunir autour de sa chaire abandonnée une douzaine d'auditeurs ? Et cette désertion totale tiendrait-elle, comme l'amour-propre blessé ose le dire, à la diminution dans le nombre des élèves ou à leur indifférence actuelle pour l'anatomie ? Non, c'est une vaine excuse ; voyez les cours bien faits ; ils regorgent d'auditeurs ; passez près des amphithéâtres de l'Ecole pratique, où vingt jeunes professeurs particuliers enseignent cette science que vous ne savez pas professer, tout est plein et déborde d'une jeunesse studieuse qui vous fuit et que vous calomniez.

A la première représentation de *Charles VI*, quelqu'un fut fort étonné de voir deux *princes* de la science se promenant très familièrement bras dessus, bras dessous, dans le foyer. C'était le *prince* de la toxicologie, et le *prince* de la syphilographie. — Pourquoi vous étonner ? répondit une autre personne, ne savez-vous pas que l'arsenic a beaucoup d'affinité pour le mercure ?

Mon cours d'Orfila date de trop loin pour assurer que ce mot soit aussi juste que joli.

Aux représentations *des Burgraves*, vous remarquerez un jeune homme très remarquable en effet par son exaltation et son énergie d'opposition contre la *trilogie* de Victor Hugo. Sans que vous soyez le moins du monde connu de lui, il vous arrêtera dans les couloirs, dans le foyer, en vous criant : C'est absurde ! c'est barbare ! c'est Ostrogoth ! Malheureusement tout le monde est de son avis ; ce dont il enrage ; car ce pauvre jeune homme aurait besoin d'un contradicteur pour épancher une bonne fois toute sa colère. Cet infortuné jeune homme est un de nos confrères qui s'est délassé du service d'Esculape en courtisant Melpomène (style du foyer du Théâtre-Français), qui, plus simplement, a une tragédie reçue. Or *les Burgraves* lui ont pris son tour, et sa tragédie en a été indéfiniment reculée. Vous comprenez maintenant toute cette colère.

Puisque je parle théâtre et tragédie, devinez, je vous prie, qui en a fait une ? qui en récite des fragments dans les salons les plus littéraires ? qui a eu les honneurs d'une lecture chez madame R... r, à l'Abbaye-aux-Bois ?.... C'est encore un confrère..... un des plus haut placés..... un membre de l'Institut, Académie des sciences.... un membre de l'Académie de médecine.... le plus fleuri de l'endroit... qui fait le mieux la période cicéronienne..... Allons, y êtes-vous ? — Et qui cela peut-il être, sinon le secrétaire perpétuel ? — Oui, lui-même.

On m'en a promis quelques fragments pour une de mes prochaines *causeries*.

S'il est un nom que la patrie dût entourer de respects et d'hommages, c'est assurément celui d'Ambroise Paré. S'il existe une famille qui eut droit à quelque munificence du pouvoir, c'est assurément celle du père de la chirurgie française, du créateur de la chirurgie militaire, de cet homme à qui l'antiquité païenne eût élevé des temples comme à un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité, et dont la France chrétienne connaît à peine le nom.

Ce nom pour la première fois, sans doute, vient de retentir à la Chambre des des Députés. Une descendante de ce grand homme, la seule et la dernière, madame Paré de Montémont, pauvre et accablée par l'âge, a présenté une pétition à la Chambre pour obtenir une pension viagère dont elle ne fixait pas le chiffre. Par un hasard que cette dame était en droit de considérer comme fort heureux, c'était précisément un médecin-député, M. le docteur Terme, qui était chargé du rapport. Le rapport a été défavorable ; M. le docteur Terme a conclu pour l'ordre du jour, ce que la Chambre s'est empressée d'adopter.

Il est vrai que par compensation, dans la même séance, la Chambre a renvoyé au ministre de la justice une pétition tendant à la conservation des lièvres et des perdrix, et qu'elle en a rejeté une autre ayant pour but d'améliorer le sort des enfants dans les manufactures.

NOUVELLES.

— Le docteur Guggenbuhl a fondé en Suisse, sur l'Abendberg, montagne de l'Aberland, un établissement spécial pour les crétins. C'est après deux années d'études au milieu des vallées où le crétinisme sévit plus particulièrement que M. Guggenbulh a créé cet établissement dans un site admirable, et qui offre les conditions hygiéniques les plus favorables. Il y a deux habitations, l'une d'*été*, située à 5,000 pieds au-dessus du niveau de la mer ; l'autre d'*hiver*, à 2,000 pieds plus bas. Les exercices, les bains, les frictions aromatiques, et un régime convenable, sont mis en usage pour modifier la constitution physique des crétins, en même temps qu'on développe leur intelligence par un système d'instruction qui se rapproche de celui des sourds-muets. Une maison de travail est annexée à l'établissement, et on y apprend des métiers à ceux chez lesquels le crétinisme n'existe qu'à un faible degré. Le refuge de l'Abendberg a été créé pour les malades. Nous espérons, dans l'un de nos prochains numéros, pouvoir donner des détails plus étendus sur la méthode employée, et les résultats obtenus par le docteur Guggenbuhl.

(*Annales medico-psychologiques.*)

— La saison des bains de Bourbonne s'ouvre le 15 avril et se ferme à la mi-octobre. M. Le Molt, médecin-inspecteur des eaux, nous l'annonce.

aucune solution de continuité ; on voulait le réséquer ; je ne partageai pas cette opinion ; j'eus recours au traitement indiqué dans l'observation précédente. J'obtins en quatre-vingt-dix jours une entière guérison.

Les hémorrhoïdes redevenues internes et peu volumineuses n'ont pas fait souffrir, elles ont flué à l'ordinaire ; elles ne sont plus sorties L'emploi de la saignée, destiné à soutenir la guérison et à prévenir les congestions sanguines sur les viscères, a été inutile, puisque la maladie n'a pas discontinué de fournir du sang à des époques plus ou moins régulières.

J'ai montré à l'hôpital de la Pitié des malades chez lesquels des paquets hémorrhoïdaux et peu ou point enflammés ont été singulièrement atrophiés et sont rentrés dans le rectum après avoir été soumis plusieurs fois, sans les ulcérer, à une cautérisation légère faite avec le nitrate d'argent fondu et aidé par la compression, qui, établie à l'extérieur, ne réussissait pas seule.

L'alimentation est douce et légère lorsque les hémorrhoïdaires sont forts ; elle est tonique et non excitante quand ils sont faibles.

Mais les indurations, les ulcérations et les douleurs résistant à tout l'appareil des moyens destinés à les combattre, la faiblesse augmente, elle inspire de sérieuses inquiétudes, l'opération devient alors indispensable.

Lorsque la maladie constitue une espèce d'exutoire destiné à fournir aux besoins de l'économie, on laisse subsister quelques hémorrhoïdes ; on opère d'ailleurs à une époque assez éloignée de leur périodicité.

Après les avoir attirées à l'extérieur, s'il est nécessaire, à l'aide d'un tampon engagé dans le rectum, ou bien avec une érigne de Muzeux ; on a conseillé la rescision ; ce mode opératoire ne réussit guère ; il expose à la phlébite. On peut l'employer lorsque les tumeurs sont isolées et flétries.

Dupuytren rejette la compression d'une manière trop absolue. Nous l'avons déjà dit, elle compte des succès lorsqu'elle peut être tolérée.

Personne n'ignore les dangers attachés à l'application du feu ; il serait inutile de nous y arrêter.

Quel que soit le procédé à l'aide duquel on met la ligature en usage, les observations recueillies par MM. Breschet, Dance, Travers, Briquet, démontrent qu'elle peut être mortelle ; Kirby cite un cas de tétanos. Des événements funestes arrivés à des malades soignés par J.-L. Petit l'ont fait renoncer à cette méthode. Boyer a vu un sujet succomber, quoique la ligature fût coupée pour arrêter les accidents. Quand on pratique l'excision, ce dernier auteur donne le précepte, s'il existe plusieurs tumeurs, de retenir à l'extérieur, à l'aide d'un fil passé dans leur épaisseur les dernières à retrancher, afin de les empêcher de remonter.

Sous le rapport de l'hémorrhagie ou des inflammations occasionnées par le tamponnement et par l'application du feu, cette opération est considérée par tous les praticiens comme excessivement grave ; on sait que des malades opérés par les chirurgiens les plus distingués sont morts d'hémorrhagie. J'ai proposé et mis en usage une méthode opératoire qui met à l'abri de ces dangers ; la voici :

Je cerne le bourrelet hémorrhoïdal par deux incisions semi-lunaires qui se réunissent par leurs extrémités ; j'incise complètement ce bourrelet sur un point de sa circonférence ; je le maintiens à l'aide d'érigues fixées dans son épaisseur ; au lieu de les enlever en un ou quelques coups de ciseaux, comme on le conseille, je le détache en coupant successivement de petites étendues. A mesure que les vaisseaux sont ouverts, ils ne peuvent pas remonter, puisque le rectum continue d'être soutenu ; il devient ainsi très facile de les lier ou de les tordre. Lorsque je suis presque arrivé au point de la circonférence du bourrelet hémorrhoïdal d'où je suis parti, je saisis avec le pouce et le doigt indicateur le reste des tissus que je dois réséquer, afin de m'assurer s'ils ne renferment pas quelque artère qu'il serait aisé de découvrir pour s'en rendre maître. Je coupe d'ailleurs ensuite très lentement, par petites parties, en achevant mon opération.

Lorsque la plaie pénètre dans le rectum, on y introduit une mèche le premier jour de l'opération. Je rejette cette pratique ; la solution de continuité est récente ; elle est presque toujours le siége d'une sensibilité très vive ; il reste d'ailleurs quelques hémorrhoïdes susceptibles d'être excitées ; le corps étranger qu'on place dans l'anus a donc l'inconvénient de produire beaucoup d'irritation, d'où naissent de vives douleurs, des épreintes, des rétentions ou des incontinences d'urine, ou bien encore des envies très fréquentes de vider la vessie ; je panse à plat pendant cinq ou six jours. A cette époque les tissus dénudés sont moins irritables ; c'est alors seulement que je suis le principe généralement admis, et que je viens de rejeter. Mais on m'objectera que la surface de la plaie étant en contact avec elle même, l'orifice inférieur du rectum n'étant pas dilaté, cet orifice devra se rétrécir. J'ai constamment jusqu'aujourd'hui évité cet inconvénient en glissant tous les jours mon doigt indicateur dans l'intestin ; je ne produis qu'une douleur légère, momentanée, et je détruis avec la plus grande facilité les cicatrices très récentes et très molles qui ont pu se former ; ainsi les accidents que je viens de signaler sont évités.

Si, comme l'avancent quelques chirurgiens, la cicatrisation de la plaie peut être obtenue en quinze ou vingt jours, il est au contraire beaucoup de malades chez lesquels, quand elle remonte surtout un peu haut dans le canal intestinal, elle se cicatrise très lentement ; la mèche volumineuse employée pour empêcher le rétrécissement retarde la guérison en dilatant l'intestin, en s'opposant au rapprochement des bords de la surface dénudée, en sorte qu'il faut alors que le tissu inodulaire se forme de toutes pièces dans une grande étendue, circonstance qui exige nécessairement un temps bien plus long : les mêmes praticiens qui me paraissent n'avoir pas souvent fait l'opération qui nous occupe, ne craignent pas la diminution de la capacité de l'anus à la suite de cette opération ; ils commettent une très grave erreur, attestée malheureusement par un trop grand nombre de faits ; il est même indispensable, si l'on veut éviter d'être obligé d'élargir plus tard par des incisions et quelquefois par des ablations des tissus cicatrisés la partie inférieure du rectum, de continuer l'usage des corps dilatants pendant au moins quinze ou vingt jours après la cicatrisation de la plaie ; ensuite ce corps dilatant est seulement appliqué la nuit durant deux ou trois mois ; on s'oppose ainsi suffisamment au raccourcissement qu'éprouve la cicatrice à mesure qu'elle vieillit et qu'elle s'organise mieux.

En suivant ces préceptes, je n'ai jamais encore vu les opérés être soumis à la moindre incommodité ; toujours, au contraire, ils ont joui de tous les bénéfices de l'opération.

J. Lisfranc.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Fouquier.

Plusieurs cas d'ictère essentiel. Considérations sur l'étiologie et le traitement de cette affection.

Nous avons observé depuis quelque temps dans le service de M. Fouquier une proportion considérable de cas d'ictère. Bien que la fréquence momentanée de ces affections dans les salles de la Charité ne paraisse être qu'un fait de pure coïncidence, étranger à toute influence constitutionnelle, il ne sera pourtant pas sans intérêt de rapprocher quelques-uns de ces cas, dont le rapprochement germettra, à raison même des causes différentes dont ils dépendent, de faire ressortir les caractères de leur diagnostic différentiel.

Première observation. — *Ictère essentiel survenu à la suite d'un emportement de colère. Résolution spontanée.*

Un jeune homme placé au n° 19 de la salle Saint-Charles, est entré à l'hôpital le quatrième jour environ de sa maladie. Ce jeune homme avoue être très enclin à la colère ; il attribue sa maladie actuelle à une émotion vive, une contrariété qui a excité chez lui un de ses mouvements de colère habituels. Voici les premiers symptômes qu'il dit avoir éprouvés :

Douleur de tête, éblouissements, inappétence, chaleurs alternant avec des frissons, rétention des selles, urines foncées et rares. Le jour où il est entré à l'hôpital, il offrait une teinte jaune de la peau, bien caractérisée surtout à la face et aux conjonctives ; la langue est humide, le ventre souple, sauf au-dessous des fausses côtes droites, où l'on sent un peu de tension et de rénitence, mais sans douleur ni sensibilité marquée à la pression. Langue blanche, humide ; anorexie, constipation, un peu de chaleur à la peau et d'accélération du pouls ; urines rouges, troubles, ne déposant point par l'acide nitrique. Il n'a été fait aucun traitement. On ordonne un lavement purgatif et la limonade tartrique.

Le surlendemain même état ; constipation ; un peu de fréquence du pouls ; légère douleur à la pression sur la région du foie, bien que cet organe ne paraisse pas notablement augmenté de volume. Nouveau lavement purgatif et limonade.

Le troisième jour les symptômes commencent à diminuer ; la sensibilité est moindre dans l'hypochondre ; la température de la peau est normale, le pouls à peine un peu plus accéléré qu'à l'état normal.

Au bout de huit jours l'ictère commençait à se dissiper.

Deuxième observation. — *Ictère survenu spontanément. Légers symptômes de gastro-hépatite.*

Un homme d'environ trente-cinq ans est entré à l'hôpital, éprouvant des nausées, de l'anorexie, de la constipation, de la céphalalgie et un léger mouvement fébrile. On lui administra un purgatif. Dès le lendemain la peau avait pris une teinte jaune ; à partir de ce jour, la jaunisse devint de plus en plus prononcée ; ses urines étaient rouges, les matières fécales étaient décolorées, grisâtres ; en même temps la fièvre tomba et l'appétit revint. Le malade éprouvait cependant encore un peu de sensibilité à l'épigastre, de la tension dans la région hypochondriaque droite. Sangsues à l'épigastre ; limonade tartrique.

Le troisième jour les urines présentaient un précipité verdâtre. La sensibilité de l'épigastre et de l'hypochondre droit était diminuée.

Le jour après, les urines commencèrent à se décolorer.

Les septième et huitième jours la jaunisse était entièrement disparue.

Troisième observation. — *Chagrin habituel, emportement de colère ; ictère avec symptômes d'hépatite. Guérison rapide.*

Une femme habitant Paris depuis neuf mois, était depuis assez long-temps en proie à un chagrin profond. Elle éprouva, il y a huit jours, une contrariété vive et eut un emportement de colère. Le lendemain sa peau et ses conjonctives avaient pris une teinte jaune prononcée ; l'appétit était supprimé ; elle eut quelques vomissements et elle éprouvait des lourdeurs de tête. Elle voyait les objets colorés en jaune ; les urines étaient foncées ; point de selles. Lorsqu'elle entra à l'hôpital elle offrait une teinte safranée générale ; la peau était chaude, le pouls un peu animé, la langue blanche, la bouche amère. La région du foie était sensible à la pression, mais cet organe ne paraissait point avoir augmenté de volume. Point de matité anormale. Sangsues sur la région du foie ; lavement purgatif.

Le lendemain la malade avait eu plusieurs selles. La sensibilité du foie était diminuée.

Deux jours après il ne restait plus aucune trace de la maladie.

— Voilà trois cas de jaunisse, dont l'un a eu lieu sans aucune affection concomitante, et deux sont liés à une légère inflammation du foie ; on peut très bien, malgré cette concomitance, considérer l'un de ces deux derniers cas, ainsi que le premier, comme un cas d'ictère essentiel. Son essentialité est constituée en effet par la circonstance étiologique qui lui a donné naissance, circonstance étiologique qui a été la même chez deux de ces malades et qui est commune à tous les cas d'ictère essentiel ; cette circonstance c'est un sentiment de colère, une émotion vive, surtout lorsque ce sentiment de colère ou cette émotion surviennent chez des sujets déjà prédisposés, soit par l'influence de chagrins et d'impressions morales pénibles habituels et prolongés, soit par le tempérament. L'influence du tempérament bilieux sur la production de l'ictère est constante. On a nié l'existence de ce tempérament, mais c'est à tort ; il est très réel, et son influence se fait remarquer surtout dans les pays méridionaux où le tempérament bilieux est beaucoup plus commun que sous le climat de Paris. Aussi les maladies du foie, soit aiguës, soit chroniques, sont-elles beaucoup plus communes dans ces pays que dans le nôtre. L'influence des températures élevées sur l'état du foie ne saurait un instant être mise en doute. Presque tous les Européens qui sont transportés dans les Indes deviennent très sujets aux affections du foie, bien que leur tempérament primitif souvent ne paraisse nullement les y prédisposer ; c'est qu'ils se trouvent, par le seul fait de leur translation dans un pays chaud, placés dans des conditions analogues à celles des sujets à tempérament bilieux ; il semble que la chaleur ait pour effet de développer chez eux un tempérament bilieux artificiel.

Quant à la part qu'a pu avoir la phlegmasie du foie, elle est évidente dans la deuxième observation ; elle paraît même avoir été dans ce cas l'unique condition de l'ictère. Dans la troisième observation, ses caractères ont été beaucoup moins manifestes. Y a-t-il eu seulement inflammation des canaux biliaires ? C'est ce qu'on pourrait être porté à croire d'après la légère réaction fébrile qu'a éprouvée le malade, et la douleur sub-inflammatoire dont le foie était le siége. Il est très difficile d'ailleurs de déterminer le degré de cette inflammation ; nous ne possédons pas de moyen précis pour une semblable appréciation. Cependant, toutes les fois qu'il existe de la douleur avec un peu de fièvre, on doit considérer l'existence d'une phlegmasie comme très probable ; l'absence de la tuméfaction ne serait pas une raison pour repousser l'idée d'une phlegmasie, car celle-ci peut être bornée aux canaux biliaires seulement, sans s'étendre au parenchyme du foie, comme on voit dans les bronchites la phlegmasie bornée à la muqueuse des bronches sans se propager au tissu pulmonaire. La phlegmasie des conduits biliaires suffirait, dans ce cas, pour produire la jaunisse. Or, on aurait tout lieu de soupçonner l'existence de cette phlegmasie toutes les fois qu'avec l'ictère on trouvera de la sensibilité dans la région hépatique, sans tuméfaction et une réaction fébrile plus ou moins prononcée. Il est bien entendu que ce ne serait toutefois qu'en l'absence de tout signe manifeste d'une lésion organique du foie ou d'une hépatite complète, qu'on pourrait porter un semblable diagnostic.

Il y a aussi une autre espèce d'ictère qui paraît indépendante de la phlegmasie du foie ; c'est celle qu'on observe assez fréquemment chez les femmes hystériques et qu'à cause de cela on a appelée ictère spasmodique, comme si l'ictère était le résultat d'un spasme des canaux biliaires. Mais ce n'est le cas d'aucun des malades dont il est actuellement question.

L'ictère essentiel, disions-nous, est occasionné, tantôt par un emportement de colère, tantôt par l'influence prolongée de chagrins habituels, d'autres fois enfin par ces deux causes réunies. C'est ici le cas de la femme qui fait l'objet de la troisième observation. Elle était en proie depuis long-temps à des chagrins qui avaient pu déjà la prédisposer à cette affection, lorsqu'elle eut en dernier lieu un vif emportement de colère. Dès le lendemain la jaunisse est apparue, accompagnée de courbature, d'anorexie, de vomituritions, etc. Il n'y a point eu chez cette malade de tuméfaction du foie, point d'inflammation réelle, franche ; mais cependant un certain degré d'irritation gastro-hépatique, qui a nécessité une application de sangsues dont le bon effet s'est promptement manifesté.

Cette malade a vu les objets colorés en jaune. Cette vision des objets en jaune est un fait qui est devenu presque proverbial, et qui est cependant très rare. Il est même surprenant que ce phénomène ne se reproduise pas plus souvent ; car il est certain que chez quelques sujets le cristallin prend une teinte jaune, et on concevrait dès lors assez aisément que les objets vinssent se peindre sur la rétine avec cette couleur. Ce fait paraît avoir été signalé pour la première fois par Hoffmann, qui a paru croire que c'était le cas le plus ordinaire. Il est possible qu'Hoffmann ait observé une épidémie de jaunisse dans laquelle ce phénomène aurait été constant, et qu'il ait pu par induction supposer qu'il en était ainsi dans la majorité des cas, tandis que ce n'est au contraire qu'une exception et même une exception assez rare.

Le traitement de l'ictère essentiel a pour mécanisme d'attirer la bile dans ses conduits naturels ; c'est ce que l'on fait par les purgatifs, les lavements laxatifs et les boissons acidules. Les purgatifs et les laxatifs ont, en outre, pour avantage de combattre la constipation qui est un des symptômes les plus constants de la jaunisse, ce qui tient sans doute à ce que les intestins manquent de leur stimulant habituel. Les évacuations sanguines locales sont indiquées, lors même qu'il n'existe point de symptôme bien manifeste de phlegmasie hépatique, par la sensibilité, soit de l'épigastre, ou de la région du foie. Lorsque l'ictère paraît dépendre d'un état de spasme, ce qui a plus spécialement lieu chez les femmes nerveuses, et surtout chez les hystériques, les bains peuvent avoir de l'avantage, non-seulement comme moyen d'atténuer la sensibilité de la peau qui accompagne assez souvent l'ictère, mais encore pour combattre et détruire l'état de spasme qui entretient et peut même dans certains cas produire à lui seul l'ictère.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que lorsque la jaunisse dépend d'une hépatite bien confirmée ou d'une lésion organique aiguë, ou chronique du foie, les indications que nous ve-

nons de poser le cèdent aux indications fournies par l'état morbide principal et primitif.

Lumbago à la suite d'un effort. Rupture probable de quelques fibres musculaires. Quelques considérations sur les différentes causes qui peuvent produire les douleurs lombaires, et sur leur diagnostic différentiel.

Un malade âgé de quarante-trois ans, grand, fort, brun, bien musclé, et sanguin, est entré à la Charité pour une douleur très aiguë siégeant à la région lombo-sacrée, des deux côtés, mais principalement du côté gauche. Ce malade dit avoir éprouvé des douleurs semblables il y a un an. Celles-ci sont survenues à la suite d'un effort violent du tronc. Ces douleurs sont continues; elles sont exaspérées par la pression et par les mouvements, au point que tout mouvement un peu étendu est presque impossible. On n'observe d'ailleurs dans cette région aucune tuméfaction, ni aucun changement de couleur à la peau. Point de fièvre, aucun trouble général notable.

Bien que ce ne soit là qu'un état morbide local fort simple et sans aucune gravité, il n'est pas sans quelque importance cependant de chercher à bien déterminer la nature des douleurs auxquelles on a affaire, à raison du grand nombre de causes différentes qui peuvent donner lieu à des douleurs dans cette région, et de la gravité de quelques-unes d'entre elles. Les douleurs lombaires sont en effet très communes; le plus souvent elles sont dues à un rhumatisme localisé dans les muscles de cette région; quelquefois elles sont le résultat d'une rupture des fibres musculaires. J'ai vu et ouvert des malades qui avaient les intersections des muscles déchirées, en même temps qu'on voyait tout autour des épanchements de sang considérables. Ces effets ont été observés plusieurs fois à la suite de violents mouvements ou d'efforts brusques du tronc. Cependant c'est à tort qu'on veut établir aujourd'hui que toutes les fois que ces efforts sont suivis de douleurs, celles-ci indiquaient une rupture musculaire. J'ai vu plusieurs fois des douleurs de ce genre survenir après un effort, se déplacer, puis revenir à leur premier siége, pour se déplacer encore sur un autre point, offrant en un mot toute la mobilité de certaines douleurs rhumatismales, d'où j'ai été conduit à admettre que les efforts agissant comme cause accidentelle d'incitation, donnent lieu, chez des personnes prédisposées aux rhumatismes, à des douleurs offrant les caractères des douleurs rhumatismales. De sorte qu'il ne suffit pas de la circonstance d'un effort ayant précédé l'invasion de la douleur pour faire prononcer sur son caractère, car il pourrait arriver, si l'on s'en tenait à ce seul renseignement, qu'on méconnût complètement la nature des douleurs que l'on a à combattre. Il faut encore consulter soit les symptômes et signes locaux, soit les antécédents qui peuvent éclairer le diagnostic.

Les douleurs lombaires reconnaissent d'autres causes; ce sont des altérations des vertèbres, surtout l'altération tuberculeuse; ce sont des tumeurs développées dans l'épaisseur des parties molles, des abcès idiopathiques ou symptômatiques. Il n'y a qu'à indiquer ces différentes causes pour rappeler les caractères qui peuvent en révéler l'existence et empêcher qu'on ne confonde les douleurs qui en dépendent avec les douleurs rhumatismales, le lumbago proprement dit, ou celles qui résultent d'une rupture des fibres musculaires des lombes. Un exercice prolongé à cheval donne lieu aussi momentanément à des douleurs lombaires; mais elles sont superficielles et de peu de durée; il suffit aussi d'une constipation un peu opiniâtre pour faire naître des douleurs lombaires souvent très intenses, et qui en imposeraient pour un état morbide réel, si l'on n'était prévenu de la circonstance dont elles peuvent dépendre. Les douleurs lombaires se montrent encore dans d'autres circonstances qu'il faut aussi avoir présentes à l'esprit afin d'éviter des erreurs grossières; elles se font sentir pendant la période d'incubation des fièvres éruptives, et en particulier de la variole, dont elles sont un des symptômes précurseurs. On a même remarqué, à ce sujet, que leur intensité était en général proportionnée à l'intensité de la maladie qui les suit, et que c'est surtout dans les varioles très graves que les sujets éprouvent pendant la période prodromique des douleurs lombaires très vives.

Ces douleurs pourraient enfin être confondues avec les douleurs rénales qui siégent dans la même région. On sera porté à soupçonner l'existence de ces dernières par l'absence des caractères du rhumatisme ou des diverses circonstances étiologiques dont il vient d'être question, surtout si la douleur est latérale ou qu'elle ne siége que d'un seul côté, et si elle est indépendante de tout mouvement et de toute pression. Mais ce ne sont là que des caractères négatifs en quelque sorte et qui ne peuvent que faire présumer l'existence d'une affection des reins. L'examen des urines viendra dans ces cas confirmer le diagnostic.

Chez le malade en question on ne pouvait avoir à hésiter qu'entre une douleur rhumatismale ou une rupture musculaire. Il est inutile de déduire tous les motifs qui doivent nécessairement faire éloigner l'idée de toute autre affection. Or, tout fait présumer qu'il s'agit plutôt d'une rupture; la circonstance d'un effort violent qui a été suivi immédiatement de la douleur, l'intensité de cette douleur contrastant avec le calme parfait du pouls et l'absence de toute réaction fébrile, le développement même du système musculaire et la force de la constitution de cet homme, tout concourt à faire admettre plutôt une rupture qu'un rhumatisme. L'absence d'une ecchymose à la peau ne serait nullement une raison à faire valoir contre cette présomption, parce que les aponévroses sont trop fortes et trop épaisses dans cette région pour qu'il puisse se former des ecchymoses sur la peau. Il n'y aurait qu'une seule raison qui pourrait jusqu'à un certain point militer en faveur du rhumatisme, ce serait la circonstance d'une douleur à peu près semblable que le malade dit avoir éprouvée l'année dernière. Quoiqu'il en fût, et dans tout état de cause, les indications étaient à très peu de chose près les mêmes; soit qu'il s'agît d'un rhumatisme ou d'une rupture, il y avait ici un élément inflammatoire qu'il faut tout d'abord s'attacher à combattre; c'est ce que l'on a fait. On a appliqué le premier jour huit ventouses scarifiées; on a fait des frictions avec le baume tranquille, donné un bain.

Les mêmes moyens ont été répétés les deux jours suivants: on y a joint des onctions narcotiques pour atténuer les douleurs, et des lavements purgatifs comme moyen de révulsion. Dès le troisième jour, les douleurs étaient en effet sensiblement diminuées, et tout faisait penser qu'à l'aide du repos seul elles se dissiperaient complétement en peu de temps.

Cas de rupture du cœur.

Un homme âgé de 43 ans prenait un bain de vapeur; il y était resté à peine quelques minutes, qu'il se plaignit d'éprouver une chaleur trop forte, et aussitôt il perdit connaissance et se laissa tomber. Huit heures après il avait cessé d'exister.

A l'ouverture du corps, on trouva le cerveau légèrement injecté, les poumons gorgés de sang et le péricarde distendu par une grande quantité de sang. Le sang s'était échappé d'une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du ventricule gauche du cœur. Ce dernier organe n'offrait, d'ailleurs, aucune autre lésion de tissu qui fût appréciable.

(*Schmidt's Jahrbuecher.*)

La petite vérole exerce depuis long-temps ses ravages dans l'arrondissement de Neufchâtel. Ce que l'on aurait peine à croire, c'est la quantité de personnes qui, soit par apathie, soit par suite de sots préjugés, négligent de faire vacciner eux ou les leurs. Parmi les victimes se trouvent un grand nombre d'adultes. Une famille des environs de Forges, composée de trois frères de trente à quarante ans, se trouve réduite à un seul, et le survivant était seul vacciné. Un pareil exemple devrait pourtant ouvrir les yeux aux plus récalcitrans.

— M. Delestre a commencé, le lundi 27 courant, un nouveau Cours clinique, théorique et pratique des affections des dents; tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu tous les jours de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches, quai Conti, 5.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants. — M. P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater du mois d'avril, *les visites* à sept heures et demie.

Les jeudis, leçons et opérations, de sept heures et demie à dix heures.

Les consultations, tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche.

Une maison de santé a été fondée à Auteuil en 1839 par le docteur P. Chéneau. Elle est destinée surtout aux maladies chroniques ou nerveuses. C'est une idée utile que celle de fonder un établissement tout à la fois à proximité de la capitale, et dans lequel les personnes atteintes de ces affections, ou en convalence, puissent respirer l'air pur de la campagne, moyen si puissant de réparer une constitution affaiblie, et sans lequel échouent si souvent les traitements les mieux coordonnés.

Les soins prodigués aux malades par les chefs de l'établissement, ont attiré l'attention particulière des premiers médecins de la capitale. Parmi ceux qui leur accordent et leur ont accordé leur appui spécial, on peut citer MM. les docteurs:

Fouquier, premier médecin du roi, professeur de l'Ecole de médecine;
Marjolin, chirurgien du roi, professeur de l'Ecole de médecine;
Guersant père, médecin du roi, médecin de l'hôpital des Enfants;
Blandin, chirurgien du roi, professeur de l'Ecole de médecine;
Blache, médecin du comte de Paris et de l'hospice Cochin;
Hervez de Chégoin, médecin de la maison du roi et de l'hôpital du faubourg Saint-Denis;
Deleau jeune, médecin spécial pour les maladies de l'oreille, lauréat de l'Institut;
Maisonneuve, chirurgien des hôpitaux;
Delpech, Troussel, Nauche, Berlin, etc.

D'aussi hautes protections ne servent pas seulement à vivifier une maison, elles l'honorent.

Cette maison est située à l'entrée du bois de Boulogne; elle est composée de deux corps de bâtiments formés d'une trentaine de chambres qu'on peut réunir en appartements, selon la fortune du malade. Une magnifique terrasse, dont la vue s'étend à près de deux lieues, sert de promenoir à ceux qui ne veulent pas quitter leur appartement; enfin un parc parfaitement ombragé et entouré lui-même de parcs d'une grande étendue, procure un calme qu'on ne peut trouver qu'à une distance considérable des villes.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 MARS 1843. 16e ANNÉE. N. 38, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 29 MARS 1843.

Académie de médecine. — Sécrétion urinaire dans l'empoisonnement par l'arsenic.

Toutes les questions qui de près ou de loin touchent à l'arsenic, sont comme autant de volcans mal éteints qui menacent de faire éruption chaque fois que l'on vient à agiter la cendre qui les recouvre. Aussi n'est-ce pas sans une certaine difficulté que le président est parvenu à maintenir dans les bornes parlementaires la discussion qui s'était élevée dans la dernière séance de l'Académie de médecine, à propos d'un rapport de M. Lecanu sur un mémoire de M. Delafond, mémoire dans lequel ce savant vétérinaire s'était proposé de rechercher si la sécrétion urinaire était ou non suspendue lorsque les animaux étaient sous l'influence toxique de l'arsenic. Pour comprendre toute l'importance de cette question, il faut se rappeler que M. Orfila ayant observé que les chiens empoisonnés par l'arsenic, qui pissaient abondamment, échappaient presque tous à la mort, tandis que ceux qui pissaient peu ou point succombaient, fonda de grandes espérances sur le traitement par les diurétiques. Les expériences thérapeutiques qu'il entreprit pour vérifier cette idée, réalisèrent, selon lui, ses prévisions, et vinrent lui démontrer que les diurétiques, quand ils agissaient comme diurétiques, produisaient les résultats les plus avantageux. — MM. Flandin et Danger ont contesté non-seulement l'efficacité de ce traitement, mais encore sa rationnalité, se fondant sur ce que la sécrétion de l'urine est suspendue chez les animaux qui sont actuellement sous l'influence toxique de l'arsenic. L'Académie, dans le jugement qu'elle avait porté sur le mémoire de MM. Flandin et Danger, ne s'était pas crue suffisamment éclairée sur cette question, et, en l'absence de documents positifs, avait évité de se prononcer d'une manière catégorique.

Les expériences de M. Delafond, entreprises exclusivement dans le but d'éclairer ce point important, méritaient donc toute l'attention de l'Académie; aussi la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Delafond ne s'est-elle point contentée de critiquer les expériences de ce professeur, et a-t-elle elle-même institué de nouvelles, lesquelles ont confirmé pleinement les résultats de M. Lafond. Ces expériences, au nombre de quatre, faites sur des chiens et des chevaux, ont démontré que l'urine continuait à être sécrétée après qu'on avait administré à ces animaux une dose d'arsenic suffisante pour produire la mort dans l'espace de une heure et demie à trois heures. Ces expériences ont été faites avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur. Ainsi les commissaires ont eu soin de vider préalablement et d'une manière complète, la vessie des animaux soumis aux expériences; après que la vessie était vidée, on administrait le poison, on liait l'urètre, et l'on ouvrait la vessie aussitôt après la mort; ils trouvaient alors dans cet organe une petite quantité d'urine arsénicale. Telle était la question fort simple que M. Delafond et les commissaires de l'Académie s'étaient proposés de résoudre, et sur laquelle ils avaient obtenu des résultats précis et identiques. Il semblait donc qu'il n'y avait plus, en présence de pareils faits, qu'à les enregistrer dans la science s'ils étaient vrais, ou à demander des éclaircissements s'ils paraissaient douteux, c'est-à-dire, à accepter ou à rejeter les conclusions du rapport. Mais c'était là une chose éminemment simple, et certains membres, parmi lesquels il faut bien placer nommément l'honorable M. Castel, semblent avoir pris pour spécialité d'embrouiller par des digressions fort inopportunes, les questions qui sont les plus simples possible, lorsqu'on sait se renfermer dans les limites qu'elles comportent. C'est ainsi que l'honorable membre s'est efforcé de démontrer clairement par des considérations physiologiques, qui n'ont pas paru elles-mêmes très claires à tout le monde, comme quoi il était impossible que la sécrétion urinaire fût suspendue dans l'empoisonnement par l'arsenic, et comme quoi il était inutile d'instituer des expériences pour établir cette vérité. Cette manière d'argumenter était assurément peu flatteuse pour l'auteur du mémoire, et pour la commission qui avait cru devoir répéter ses expériences; mais heureusement pour M. Delafond et pour les commissaires, que l'Académie n'en a pas jugé exactement comme M. Castel, et qu'elle n'en a pas moins reçu avec un très grand intérêt et une reconnaissance non moins grande, les faits contenus dans le mémoire et dans le rapport.

Est venue ensuite, de la part de M. Delens, une objection plus grave portant sur ce que les paroles de MM. Flandin et Danger n'avaient pas été exactement interprétées. Suivant l'honorable académicien, ces auteurs n'auraient pas affirmé d'une manière absolue que la sécrétion urinaire était supprimée, mais seulement diminuée dans l'empoisonnement arsenical. Séance tenante il a été établi, par la vérification du travail de MM. Flandin et Danger, que ces auteurs avaient prétendu que chez les animaux qui sont actuellement sous l'influence de l'empoisonnement par l'arsenic, l'urine ainsi que toutes les autres sécrétions sont suspendues jusqu'à ce que la réaction vitale soit rétablie, si toutefois elle devient possible. Or, comme dans les expériences de M. Delafond et dans celles des commissaires de l'Académie les animaux sont morts très peu de temps après l'administration du poison, il est évident qu'il n'y a pas eu de réaction possible et que l'opinion de MM. Flandin et Danger se trouve formellement condamnée.

Les conclusions naturelles à tirer de tous ces faits, sous le rapport thérapeutique, c'est qu'il faudrait, autant que possible, si, bien entendu ils demeurent avérés, dans les cas d'empoisonnement provoquer la sécrétion urinaire après qu'on aurait employé les moyens ordinaires pour empêcher l'absorption d'une nouvelle quantité de substance vénéneuse.

Comme on pouvait s'y attendre, ç'aurait été trop dans une séance de deux discussions soutenues avec intérêt; aussi l'Académie a-t-elle laissé passer sans réclamations les conclusions des rapporteurs qui ont succédé à M. Lecanu. L'un de ces rapports cependant, celui de M. Villeneuve sur la version podalique dans les cas de présentation de l'épaule, était bien digne d'une discussion approfondie qui eût mieux fait ressortir les avantages et les inconvénients de cette manœuvre que la lecture rapide d'un rapport dont les conversations empêchent toujours de saisir la majeure partie. Nous avons regretté de voir que M. Capuron, qui prend souvent la parole dans des occasions moins opportunes, n'ait pas cru devoir en user dans cette circonstance.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme; recueillies par M. le docteur A. BESSIÈRES.

(Deuxième leçon.)

Nous avons à nous occuper aujourd'hui des signes sensibles ou physiques des maladies des organes génitaux de la femme. Ces signes s'obtiennent par l'application attentive de quatre sens, que le séméïologiste a le plus ordinairement l'occasion d'appliquer; le toucher, la vue, l'odorat et l'ouïe. Comme ce n'est que dans des cas extrêmement rares que le médecin est appelé à faire usage, dans les maladies qui nous occupent, des sens de l'olfaction et de l'audition, nous les négligerons en ce moment, renvoyant à vous en parler alors que nous ferons l'étude des affections qu'ils servent à diagnostiquer.

Nous allons donc ne nous occuper aujourd'hui que des signes que fournissent le toucher et la vue, soit lorsqu'on emploie chacun de ces sens séparément, soit lorsqu'on les met ensemble en action.

Application du sens du toucher. Selon que s'effectue cette opération, elle reçoit deux noms différents: palpation, toucher proprement dit. La palpation diffère du toucher en ce qu'elle se pratique sur les parties superficielles ou sur les parties profondes, à travers les parties superficielles, avec une main ou avec les deux, la plupart des doigts étant mis en action. La palpation est souvent aidée du sens de la vue. Dans le toucher proprement dit, un ou deux doigts tout au plus sont portés dans les profondeurs du vagin ou du rectum; de là, deux variétés du toucher le vésical et le rectal.

De la palpation et de l'examen des malades à découvert. Pour que la palpation soit convenablement pratiquée, il faut que certaines conditions soient remplies: 1° Position de la malade et du chirurgien; 2° état des mains du chirurgien; 3° ordre à observer dans la palpation des parties; 4° vacuité de la vessie et du rectum.

Reprenons une à une chacune de ces conditions. La position de la malade doit être celle-ci: sur un matelas ferme, élevé et disposé en pente légère dans le sens de la tête aux pieds, la femme étendue sur le dos, dans une situation un peu déclive, a la tête penchée vers la poitrine et soutenue dans cette position par un oreiller; elle a le bassin avancé et placé sur le bord du matelas; les membres pelviens, maintenus écartés le plus possible, sont fléchis, les cuisses vers l'abdomen, les jambes à angle droit vers les cuisses, de façon que les parties à explorer soient présentées le plus convenablement sous les yeux et les mains du chirurgien, qui a eu soin de se placer dans l'espace laissé libre par l'écartement des membres abdominaux de la malade.

L'état des mains du chirurgien est chose très importante. Il faut qu'elles soient propres, exemptes de toutes souillures; leur chaleur doit être ramenée à celle ou à peu près à celle des parties à explorer; elles doivent être placées à plat, la droite sur la face interne de la cuisse gauche, la gauche sur la face correspondante de la cuisse droite, les deux pouces en bas, les autres doigts en haut.

Voici maintenant l'ordre dans lequel les parties doivent être palpées: les deux mains du chirurgien, placées comme nous venons de le dire, explorent, en remontant vers le bassin, la partie interne et antérieure des cuisses; puis les deux pouces écartant l'entre-fesses, mettent à découvert l'anus et sa région; manœuvre qui permet de s'assurer s'ils sont ou non affectés. De là, les mains remontant le long du pli des aines, à la partie supérieure et externe des cuisses, explorent l'état des flancs, des régions hypogastriques, sus-inguinales, pubienne, inguinales; elles redescendent le long des grandes lèvres; à leur partie inférieure elles visitent la fourchette; écartant ces grandes lèvres, elles s'assurent de l'état de l'entrée du vagin, examinent les restes de la membrane hymen, ou caroncules myrtiformes; puis vient le tour des nymphes, au dedans et au dehors; ensuite celui de l'entrée de l'urètre; enfin celui du clitoris, dont il faut même, dans un grand nombre de cas, découvrir, mais non sans beaucoup de précaution, l'extrémité libre.

En procédant ainsi, il sera presque impossible qu'une sensibilité plus grande des parties, qu'une angéïoleucite des organes externes de la génération, que des tumeurs, des ganglions engorgés, des kystes, des abcès, des déchirures, des ulcérations, des chancres très peu apparents, de simples éruptions même, de tout petits abcès cachés dans les poils, de dégoûtants insectes, échappent à votre investigation.

Vous venez de m'entendre placer en dernier lieu l'examen du clitoris; ce n'est pas sans une raison majeure que j'ai agi ainsi; et ce sera me dispenser de vous énumérer les motifs nombreux qui nous imposent cette conduite, si vous voulez vous rappeler l'exquise sensibilité de cet organe. Soyez certains que, si vous commenciez par lui votre recherche, les sensations que vous éveilleriez, souvent même chez des personnes peu impressionnables, sensations qui se traduisent par des émotions, la rougeur et des mouvements involontaires, vous mettraient plus d'une fois dans une position telle qu'il pourrait ne pas vous être possible de terminer votre opération, et cela même sans tenir compte de la vive contrariété qu'aurait éprouvée la malade de n'avoir pu dissimuler ces sensations. Ce n'est que bien rarement, soyez-en sûrs, que vous n'auriez point à vous repentir de n'avoir pas suivi le précepte que je vous recommande. Donc, si, malgré les inconvénients que pourrait amener la manœuvre que je viens de vous signaler, j'insiste sur la nécessité d'examiner le clitoris et son enveloppe chez les femmes soupçonnées d'être atteintes de la syphilis, c'est que ces organes sont assez fréquemment le siége d'écoulements, de chancres et de végétations qui, sans cet examen particulier, seraient passés inaperçus.

Enfin, il se faut assurer, avons-nous dit, avant de commencer votre exploration, de la vacuité de la vessie et du rectum; si vous y aviez manqué, le résultat de cette exploration que vous auriez faite serait nécessairement douteux et, dès lors, à recommencer.

Je vais maintenant faire passer sous vos yeux quelques malades dont les affections confirmeront pleinement l'importance des principes que je viens de poser.

Première malade. Voici une jeune fille atteinte de deux petits chancres sur les nymphes et qui porte un engorgement ganglionnaire dans l'aine du côté droit, engorgement qui échapperait à l'examen si l'on ne palpait avec le plus grand soin toute l'étendue de la région inguinale: parce que, d'une part, cette malade ayant un grand embonpoint, la tumeur est ensevelie dans le tissu cellulo-adipeux; de l'autre, la tumeur est placée beaucoup plus en dedans que ne le sont d'ordinaire ces sortes d'engorgements; et que, malgré son volume qui égale celui d'une petite noix, elle ne forme aucun relief que l'œil puisse apprécier.

Deuxième malade. Elle porte un chancre primitif dans l'ouverture de l'anus. Ce chancre a déterminé dans l'aine gauche un bubon considérable qui serait ou pourrait être pris, sans l'examen attentif de l'anus, pour un engorgement ganglionnaire essentiel.

Troisième malade. Ici existe une tumeur enkystée du volume d'une noix, placée dans l'épaisseur de la grande lèvre du côté gauche; tumeur qui, vous voyez, n'a en rien altéré la configuration et l'aspect de cette partie, et qui serait méconnue si l'exacte palpation de la lèvre qui la renferme ne mettait sur la voie de son existence.

Quatrième malade. Vous ne soupçonneriez pas dans cette grande lèvre droite un abcès circonscrit? Le mode d'exploration que je vous ai recommandé va vous le faire reconnaître.

Cinquième malade. Elle porte un chancre extrêmement étroit, de cinq millimètres à peine d'étendue, masqué par une caroncule myrtiforme à la base et en dehors de laquelle il est placé. Ce chancre eût été méconnu, malgré la présence d'un bubon inguinal gauche, si nous n'avions pris la précaution de

palper et de minutieusement examiner l'état de l'entrée du vagin.

Du toucher proprement dit. Le toucher vaginal (*exploratio vaginalis, exploratio per vaginam uteri*) n'avait été pratiqué par Delamotte, Deventer et Malacarne que dans la pratique des accouchements ; et, dans leurs ouvrages, ils ne cherchent à en faire sentir l'importance que sous le rapport obstétrical. C'est à Boyer, à M. Lisfranc, à Dupuytren que nous devons l'application du toucher vaginal au diagnostic des maladies chirurgicales des organes génitaux.

Le toucher a des lois et des règles qu'il faut observer, et que nous allons vous exposer. C'est, en général, dans la vacuité des réservoirs qu'il faut toucher la malade ; cependant vous sentirez qu'il n'est pas inutile ici, comme terme de comparaison, d'explorer aussi le rectum et la vessie dans leur état de plénitude, parce que certaines antéversions ou rétroversions de l'utérus sont déterminées par l'accumulation des urines dans la vessie ou des matières fécales dans l'intestin.

Je m'étendrai peu, surtout après ce que je vous ai dit à la palpation, sur la position de la malade dans le toucher ; il faudrait en partie me répéter : d'ailleurs, vous trouverez ces préceptes parfaitement décrits dans tous les traités pratiques de l'art des accouchements. Je me borne donc uniquement à vous indiquer ces diverses positions : 1° debout et en face du chirurgien ; 2° à demi-fléchie en avant, la tête plus basse que le bassin, présentant les ischions à l'opérateur ; 3° assise sur une chaise, les jambes légèrement élevées et fortement écartées ; 4° couchée horizontalement ; 5° au lit, accroupie sur les genoux et sur les coudes, présentant au chirurgien les ischions, comme dans la deuxième position. Ce n'est que par exception, et dans des cas que nous allons vous indiquer plus bas, que vous ferez usage de ces deux positions qui répugnent à la femme et que vous devez lui épargner autant que possible.

Vous sentez de reste, sans que j'aie besoin de le dire, que la position du chirurgien devra varier comme variera celle de la malade. Je ne m'étendrai pas non plus davantage sur la préparation des mains de ce dernier ; il suffira de vous énumérer sans commentaires, les conditions qu'elles doivent présenter : vous en compléterez aisément le simple énoncé. Elles doivent être propres, sans bagues aux doigts ; les ongles coupés et émoussés. Elles doivent être élevées à une douce chaleur, et le doigt explorateur convenablement graissé.

Je m'arrêterai plus long-temps sur le manuel de l'opération. Ce manuel comprend, pour nous, cinq temps distincts.

Dans le premier temps, qui consiste à porter la main jusqu'aux organes génitaux, il est des précautions à prendre, et qu'il ne faut pas perdre de vue. Parmi ces précautions, je vous recommanderai celles-ci : Ne découvrir la malade que le moins possible ; se garder de salir ses vêtements en les touchant avec le corps qui graisse votre doigt, ce qui aurait un double inconvénient dont vous vous garantirez en tenant la main et les doigts dans la position suivante : l'indicateur graissé, vous tenez la main aux deux tiers ouverte et de façon que cet indicateur se tienne à distance égale du pouce et du médius, dans l'intervalle qui les sépare. Le pouce sert à écarter les vêtements et les empêche d'enlever le corps qui graisse l'indicateur et d'en être salis. Le médius, auquel sont joints les deux derniers doigts, appuyés tous trois sur la partie interne de la cuisse, glissent sur cette même partie jusqu'aux organes à explorer. Si la main a été régulièrement conduite, c'est-à-dire si le principe que je formule a été convenablement suivi, l'indicateur doit être arrivé sur la pointe ou peu s'en faut du coccyx. De là, il faut ramener ce doigt d'arrière en avant sur la ligne médiane ; il rencontre d'abord l'orifice du rectum, passe outre et arrive sûrement sur une ouverture nouvelle qui est celle du vagin.

Permettez-moi quelques mots sur les inconvénients de suivre une autre manière d'agir.

Si le doigt, non ainsi guidé et protégé, se porte au hasard vers les organes génitaux, il est très rare que son extrémité arrive et se présente juste au centre de l'ouverture du vagin. Le plus souvent le doigt se fourvoie ; s'il est porté trop en avant, il rencontre le clitoris ou le bord inférieur des pubis ; trop de côté, il tombe dans le pli crural ou entre les grandes et les petites lèvres et fait de vains efforts pour pénétrer. S'il est porté trop en arrière, il peut rencontrer l'anus et s'engager dans le rectum. Cette erreur est facile à commettre chez les femmes maigres et chez celles qui, ayant eu de vicieuses habitudes, ont souvent la région anale en infundibulum. Le chirurgien dont le doigt s'égare ainsi, a la confusion de sentendre dire : Vous vous trompez, Monsieur ; ce n'est pas là... Il revient alors vers la région antérieure, où il continue des tâtonnements qui impatientent et fatiguent la malade. Trouve-t-il enfin l'ouverture vaginale, il n'y peut souvent pénétrer ; les sensations et les contrariétés que la femme a éprouvées ont amené une contraction du sphincter du vagin qui quelquefois vous forcera de renoncer à votre opération, ou tout au moins en gênera les manœuvres.

Je vous laisse à juger, après un tel résultat, du degré de confiance que la malade pourra conserver à son médecin.

Cela dit, je reviens à ce moment où, par la manière d'opérer que je vous ai décrite, le doigt explorateur est arrivé à l'ouverture du vagin.

Ici commence le deuxième temps de notre manuel opératoire, qui consiste dans l'introduction du doigt graissé dans l'orifice inférieur du vagin. Pour que cette introduction soit le plus profitable possible au diagnostic, il faut faire subir à la main un changement de position. Le pouce, qui a cessé de protéger l'indicateur contre l'action des vêtements et ceux-ci contre le contact du corps gras, est ramené dans la paume de la main ; le médius, l'annulaire et le petit doigt viennent alors s'infléchir sur lui. Dans cette nouvelle disposition, la main peut aisément effectuer des mouvements de rotation qui favorisent singulièrement l'action du doigt lorsqu'il est introduit.

Je préfère de beaucoup ce procédé à celui dont se servent quelques praticiens, et qui consiste à introduire le doigt, la main ayant la disposition suivante : tous les doigts sont portés dans l'extension, le pouce le plus possible écarté de l'index, l'index des trois autres doigts, de façon qu'à peine l'introduction faite, le pouce allant se heurter contre le pubis, vient souvent, quelques précautions que l'on prenne, toucher le clitoris, ce que l'on doit toujours chercher à éviter, et le médius, s'appuyant par son bout latéral externe sur le coccyx, empêchent le doigt explorateur de pénétrer profondément dans les organes surtout chez les femmes grasses et interdisent à la main tout mouvement de pronation et de supination. Désormeaux, qui d'abord faisait usage de cette dernière pratique, y renonça après avoir reconnu les inconvénients que je viens de vous signaler, et s'attacha au procédé que nous suivons.

Le troisième temps du manuel opératoire que je vous décris, consiste dans l'exploration du vagin. Que le doigt introduit avance lentement, que ce soit en décrivant des spirales qu'il avance (Lisfranc) ; de cette manière il reconnaîtra l'état des parois vaginales, celui du rectum, de l'urètre et de la vessie, et il sera presque impossible que s'il existe dans ces organes quelques lésions, le doigt, ainsi circonscrit ne les reconnaisse pas, surtout si le chirurgien a soin, ce qu'on ne doit jamais oublier de faire, s'il soin, dis-je, de suivre la marche inverse lorsqu'il l'en retirera.

L'exploration de l'utérus constitue le quatrième temps de notre manuel opératoire. Cette exploration est faite ordinairement avec un doigt ; il est nécessaire de la faire quelquefois avec deux, dans certaines circonstances même avec la main entière.

Etudions avec un doigt seul, avec l'indicateur, cette exploration d'abord sur le col de l'utérus, ensuite sur le corps de cet organe.

Une fois arrivé, sans efforts, sur le col de l'utérus, le doigt explore en le contournant sa surface externe : il reconnaît avec facilité si ce col est plus volumineux, si ses bords sont renversés en forme de champignon ; s'il y existe ou non quelque tumeur, quelque dépression. Dans le même esprit de recherche, il explore ensuite la lèvre antérieure, puis la postérieure, s'efforce, quoique avec le plus grand ménagement, de dilater l'orifice, d'y pénétrer et de reconnaître sa cavité.

L'exploration du corps de l'utérus s'effectue de la manière suivante : La femme est invitée à pousser en bas, comme si elle avait à satisfaire certain besoin, en même temps que soi-même on pousse le doigt en haut et en avant. Dès qu'il est parvenu à cette sorte de cul-de-sac formé par la muqueuse vaginale au point où elle se contourne sur l'utérus, il peut, en exerçant des mouvements latéraux de va-et-vient, reconnaître l'état des deux tiers au moins du corps de cet organe ; porté en arrière et y exécutant la même manœuvre, il pourra en atteindre le tiers et souvent même davantage.

Un embonpoint excessif, une longueur considérable du vagin, un rétrécissement circulaire ou valvulaire de l'extrémité supérieure de cet organe, enfin l'adhérence de la matrice à la masse intestinale, peuvent faire obstacle à l'exploration de ce viscère. Dans cette exploration on n'aura pas négligé de s'assurer de la chaleur, de la sensibilité, de la consistance, du poids, de la direction, de la fixité et de la mobilité de l'utérus. Il ne faut pas sortir du conduit utérin sans s'être également assuré de l'état des ligaments larges et des ovaires ; les uns et les autres peuvent être enflammés, peuvent être le siége de tumeurs plus ou moins volumineuses et de nature différente. La vessie doit être aussi examinée avec attention. Soyez prévenus que quelquefois, chez les femmes qui ont eu des enfants la vessie, comme vous le montre cette pièce pathologique, est développée non en hauteur, mais en largeur latérale ; si bien que de chaque côté, elle contourne en partie le vagin ; de façon que, dans l'état de plénitude, on sent une fluctuation évidente sur la nature de laquelle on pourrait être trompé, et concevoir des inquiétudes, si la vessie vidée ne venait vous éclairer, vous rassurer, en la faisant disparaître.

Le retrait du doigt des organes génitaux constitue le cinquième temps de notre manuel. Nous avons déjà dit qu'il fallait le retirer en lui faisant décrire des spirales dirigées en sens contraire de celles qui ont été exécutées dans l'introduction. Avant que l'indicateur sorte de l'orifice, il doit explorer en dedans les grandes et petites lèvres, pendant que le pouce, qui s'est rapproché de lui, les explore en dehors ; puis, au moment que l'index quitte l'orifice, on le remplace par le pouce ; alors celui-ci explore à l'intérieur les grandes et les petites lèvres, pendant que celui-là les explore à l'extérieur.

Je ne dois pas terminer ces considérations générales du toucher vaginal sans vous prévenir que ce genre d'exploration ne met pas toujours le praticien sur la voie de la lésion existante, et que dès lors il peut être insuffisant ; comme dans les cas où l'utérus est trop haut, adhérent aux intestins, à la face postérieure de la vessie ; s'il contient du pus, de petits abcès dans l'épaisseur de ses parois, quelque corps fibreux, quelque polype situé à la partie antérieure ; s'il y a hydropisie commençante des ovaires, etc. Ce n'est pas tout que cette insuffisance, le toucher peut encore avoir des inconvénients, parce qu'en outre de ce qu'il ne met pas toujours, comme nous venons de le dire, au courant de la maladie, il exalte chez certaines femmes la sensibilité des organes explorés, et, à tel point, qu'il a pu quelquefois amener des accidents graves, la mort même, comme le prouve le fait rapporté par M. Lisfranc, de cette femme atteinte d'un cancer de l'utérus, et qui fut prise d'une métro-péritonite rapidement mortelle, après avoir été touchée, quoique avec ménagement, par quatre praticiens exercés.

Il est des cas de rétroversions considérables et d'antéversions exagérées, des cas de lésions de la paroi postérieure de l'utérus, où pour bien apprécier l'état et du corps et du col de l'organe, il est nécessaire de recourir au toucher rectal. Voici la plus simple manière d'en exécuter le manuel : Le doigt graissé se dirige de bas en haut, et d'arrière en avant d'abord, ensuite d'avant en arrière dans le sens de la concavité du sacrum ; il arrive ainsi bientôt, sans obstacle et sans effort, à la hauteur de l'utérus ; et là, par des mouvements ascendants dirigés en zigzags, il reconnaît l'état de cet organe. Le doigt peut encore, plus facilement par cette voie que par tout autre, juger du poids et de la mobilité de l'utérus, ainsi qu'apprécier l'état de la paroi postérieure du vagin et des tumeurs développées dans l'épaisseur de la cloison recto-vésicale.

Dr A. Bessières.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

Tétanos traumatique. Traitement par la méthode antiphlogistique, la cautérisation avec le fer rouge, les opiacés. Guérison.

L'observation qui va suivre vient ajouter un succès de plus aux cas de guérison, malheureusement trop rares, malgré les modes de traitement si variés qui ont été dirigés contre le tétanos traumatique. Elle parle en faveur de la méthode antiphlogistique, à laquelle déjà plusieurs malades doivent leur salut.

Le nommé Allaige (Auguste), âgé de trente-quatre ans, maçon, d'une forte constitution, fut pris, le 13 janvier 1843, au milieu de ses travaux, d'un étourdissement, et il tomba à la renverse, d'une hauteur de cinq à six mètres, sans se faire aucun mal, son corps, à la fin de la chute, s'étant enfoncé dans un tas de plâtre qui se trouvait à terre. Il ne porte aucune trace de plaie ni de contusion ; mais sa figure ayant frappé contre une solive, deux incisives de la mâchoire inférieure ont été brisées.

Peu d'instants après l'accident il se releva seul et continua à travailler jusqu'à la fin du jour, et le lendemain jusqu'à deux heures de l'après-midi. Il éprouvait une grande lassitude, de la difficulté à respirer, de la céphalalgie, des tintements d'oreille ; sa vue était troublée comme par un brouillard.

Depuis le moment où il était tombé, il écartait difficilement les mâchoires l'une de l'autre, et il faisait des efforts pénibles pour articuler les sons. L'ouïe était aussi devenue plus dure.

Le 15 janvier, deux jours après l'accident, il entre dans les salles, présentant l'état suivant.

Les mâchoires sont tellement serrées l'une contre l'autre, qu'il est impossible, même avec de grands efforts, d'abaisser l'inférieure, et le malade accuse dans les parties latérales de la face des douleurs occasionnées, sans aucun doute, par la tension des temporaux, des massêters et des ptérygoïdiens. La figure grimace, la physionomie présente cet état qu'on remarque chez les personnes qui viennent à rire au milieu de leurs pleurs. La bouche est pincée, les paupières sont rapprochées l'une de l'autre ; le peaucier se dessine sous la peau. La prédominance d'action des muscles extenseurs est manifeste ; la tête est portée entre les épaules ; le tronc est renversé en arrière ; les muscles intercostaux sont immobiles ; les droits, obliques et transverses de l'abdomen présentent une grande dureté. Les mouvements des jambes et des bras ont à peu près conservé leur intégrité. La respiration ne s'effectue que par le diaphragme ; elle est notablement accélérée. Le pouls est plein et sans fréquence. Le malade ne parle et n'avale qu'avec une extrême difficulté : ces deux actes augmentent l'état convulsif. La soif est assez vive, l'appétit nul. Il n'y a point eu de garderobes depuis l'accident. Les facultés intellectuelles n'ont subi aucune altération. Saignée de cinq palettes, qui se couvre d'une couche épaisse de couenne inflammatoire.

Le 16, l'état du malade n'est en rien modifié ; il éprouve même une grande difficulté à mouvoir ses jambes. Les muscles de l'abdomen sont plus tendus et ne cèdent pas à une forte pression. Deux saignées de cinq palettes chacune, une le matin et l'autre le soir ; la couenne inflammatoire forme une couche moins épaisse que la veille ; 15 ventouses scarifiées à la région cervicale, le long de la colonne vertébrale.

Le 17, il n'y a point d'amélioration sensible. Lavement purgatif ; saignée de 4 palettes (point de couenne inflammatoire) ; 10 centigrammes d'extrait d'opium divisés en pilules, à prendre toutes les deux heures.

Le 18, la rigidité des muscles est moins grande. Le malade écarte un peu les mâchoires et prend quelques bouillons, dont la déglutition est cependant très difficile. D'après son aveu, et au rapport des malades qui l'entourent, il y a dans la journée une détente très marquée ; mais aussitôt que le chirurgien approche de son lit, les muscles entrent en convulsion et tous les symptômes se reproduisent avec la même intensité. 15 ventouses le matin, 50 sangsues le soir ; 10 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 19, les jambes sont dures et raides ; si on les soulève, elles retombent comme des masses inertes. Cautérisation sur les deux côtés et tout le long du rachis avec le fer rouge ; saignée de 3 palettes ; 10 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 20, le pouls est petit et très fréquent. La tête et le tronc sont moins fortement renversés en arrière ; mais les muscles des mâchoires et de l'abdomen offrent toujours une grande tension. Saignée de quatre palettes ; potion avec eau, 128 grammes, tartre stibié, 15 centigrammes, sirop diacode, 15 grammes. Pas de vomissements. La constipation, qui avait résisté aux lavements purgatifs, cède enfin. Quatre garde-robes abondantes dans la journée.

Le 21, amélioration notable ; détente générale, peu marquée, il est vrai, mais qui procure cependant du soulagement au malade. Les mâchoires s'écartent plus facilement ; les parois du ventre sont un peu moins dures, les jambes moins raides. Bouillons ; 10 pilules d'extrait d'opium de 1 centigramme chacune ; chiendent avec sel de nitre, 4 grammes.

Le 22, sueurs abondantes, urines rares. Pas de changement sensible dans la contraction musculaire. Pouls à 105 pulsations, offrant plus de force, plus de résistance que les jours

précédents. Saignée de 4 palettes ; 15 centigrammes d'extrait d'opium ; chiendent avec 6 grammes de nitre ; huile de ricin, 64 grammes.

Le 23, le malade a beaucoup transpiré toute la nuit. Les urines ont été néanmoins très copieuses. Les muscles sont moins tendus, la mâchoire inférieure s'abaisse plus facilement, il y a moins de rigidité dans les muscles du cou ; ceux de l'abdomen sont aussi moins contractés, les muscles droits exceptés ; ils conservent le même degré de tension. Le pouls a perdu de sa fréquence (90 pulsations) ; il est régulier, mais il offre de la plénitude. Le malade se plaint de la faim. Soupes ; 15 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 24, les muscles semblent plus tendus que la veille. Le malade parle moins facilement que les jours précédents. Pendant le courant du jour il a eu deux accès de suffocation, comme si les mouvements d'élévation et d'abaissement du diaphragme ne s'exécutaient plus dans leur ordre normal. Ce phénomène, qui s'est reproduit pendant la visite, a été chaque fois de peu de durée. Le pouls est plus fréquent, plus petit. Saignée de 3 palettes ; 10 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 25, l'écartement des machoires permet d'introduire le pouce entre les arcades alvéolaires. Les jambes ont recouvré à peu près toute l'étendue de leurs mouvements. (Nous rappelons que les membres supérieurs ont toujours conservé la liberté de leurs mouvements.) Le pouls marque 80 pulsations. On administre l'opium sous une autre forme, le malade attribuant aux pilules l'agitation et les rêves qui troublent son sommeil, ainsi que les secousses involontaires dont les muscles des mâchoires sont le siége. La langue chassée entre les dents qui la mordent, présente vers sa pointe quelques traces de déchirure et de contusion. Trois lavements avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham dans chaque ; saignée de 3 palettes. Depuis la quatrième saignée, le sang n'a pas présenté de couenne inflammatoire ; le caillot est fibrineux et toujours volumineux, par rapport à la quantité de sérum.

L'appétit se développe de plus en plus. La déglutition est moins pénible. la respiration est plus libre ; la tête commence à exécuter quelques mouvements de rotation et de flexion.

Le 26, relâchement très manifeste de tous les muscles. La constipation persiste. Trois lavements avec 10 gouttes de laudanum dans chaque ; chiendent avec nitre, 2 grammes.

Le 27, même état que la veille. Saignée de 2 palettes ; 3 lavements avec 10 gouttes de laudanum dans chaque ; 10 centigrammes d'extrait d'opium en pilules. Pouls régulier (120 pulsations). Le malade demande des aliments. Soupes, bouillons. Déglutition et articulation des sons plus faciles. Le tronc n'est plus renversé en arrière ; les parois abdominales sont plus souples ; la respiration se fait par le diaphragme et les muscles intercostaux.

Le 28, malgré l'amélioration qui continue, on prescrit une saignée de 3 palettes, 8 ventouses à la nuque, des lavements avec le laudanum, et sous l'influence de cette médication la raideur tétanique diminue de jour en jour.

Le 29, les progrès vers la guérison sont plus sensibles. Saignée de 2 palettes ; mêmes pilules ; mêmes lavements.

Le 30, les urines ont été rendues en grande abondance. Les selles sont toujours rares, et ne sont obtenues qu'au moyen de lavements. Tous les mouvements deviennent plus faciles ; les mâchoires s'écartent comme dans l'état normal ; le malade tire sans peine la langue hors de la bouche. Pilules et lavements.

Le 31, on continue les pilules et on prescrit deux portions d'aliments solides. La déglutition s'exécute sans efforts, et toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité. On suspend alors tout traitement mais on exige le repos au lit.

Le 7 février, survient un dévoiement qui dure deux jours, et qu'on arrête au moyen de la tisane de riz et des lavements amylacés. Les forces reviennent peu à peu, la faim se fait vivement sentir. A partir du 12 février, le malade se lève et se promène dans les salles, et il quitte l'hôpital, parfaitement guéri, le 27 février 1843.

Résumé du traitement employé. — 1° Douze saignées, formant un total de 43 palettes, qui équivaut à 5 kilogr. 325 gr. de sang.

2° Cinquante trois ventouses scarifiées.

3° Cent sangsues.

4° Un gramme 4 décigrammes d'extrait aqueux d'opium sous forme pilulaire.

5° Cent-quatre-vingt-six gouttes de laudanum de Sydenham qui équivalent à 6 décigrammes d'extrait aqueux d'opium.

6° Tisanes avec addition de nitrate de potasse.

7° Huile de ricin et lavements purgatifs.

8° Une potion émétisée.

9° Cautérisation avec le fer rouge le long du rachis.

Camille LAURÈS,
Interne des hôpitaux.

HOTEL - DIEU. — M. BLANDIN.

Hydrocèle simple. Traitement par l'électro-puncture. Guérison incomplète.

Au n° 36 de la salle Saint-Jean, est couché un homme d'une forte constitution, âgé de quarante-cinq ans environ, portant une hydrocèle simple. Ce cas, qui n'offre d'ailleurs rien de particulier, est digne d'intérêt à cause du traitement nouveau auquel nous avons soumis ce malade. Les traitements qu'on emploie ordinairement contre cette affection ont pour but, ainsi que tout le monde le sait, de déterminer une inflammation adhésive dans la tunique vaginale, inflammation qui fait adhérer cette membrane avec les testicules ; c'est par ce mécanisme que la guérison a lieu. On a remarqué cependant qu'à la suite de l'injection la tumeur disparaît quelquefois sans qu'il se soit formé d'adhérence entre la séreuse pariétale et la séreuse testiculaire, et que le testicule conserve sa liberté de mouvement dans le sac qui le renferme ; mais c'est là un cas exceptionnel. Le plus ordinairement, l'adhérence qui se forme entre les deux feuillets de la séreuse rend impossible tout mouvement du testicule. C'est, à notre avis, un très grand inconvénient auquel il importerait beaucoup d'obvier, car cet organe, ne pouvant plus glisser dans son sac, échappe beaucoup plus difficilement aux chocs extérieurs auxquels il est exposé. De là la nécessité de faire porter un suspensoir ou tout autre appareil protecteur aux malades opérés d'hydrocèle. Il y aurait donc un très grand avantage à guérir, s'il était possible, cette maladie par tout autre procédé que celui de l'injection. Jusqu'ici on a échoué dans toutes les tentatives faites dans ce but. Ainsi, on a employé successivement les vésicatoires, les frictions avec certaines pommades, les ponctions répétées, mais le tout en vain ; la maladie disparaissait quelquefois momentanément, mais pour se reproduire au bout de quelque temps.

M. Le Roy-d'Etiolles a songé au moyen d'employer l'électricité, en introduisant dans les bourses deux épingles à l'aide desquelles on met en rapport les deux pôles d'une pile voltaïque, espérant par ce moyen décomposer le liquide ou rendre sa résorption plus facile. On avait déjà fait de semblables essais, mais sans succès. M. Le Roy a imaginé, dernièrement, d'introduire l'une des aiguilles, en rapport avec le pôle zinc, dans la tunique vaginale, et l'autre aiguille, en rapport avec le pôle cuivre, dans le tissu cellulaire sous-cutané des bourses. Quelques-uns des heureux résultats qui paraissent avoir été obtenus par cette méthode nous ont engagé à l'employer sur notre malade.

L'opération a été très peu douloureuse ; elle a produit un changement notable dans la tumeur : la sérosité est passée presque entièrement de la tunique vaginale dans le tissu cellulaire sous-cutané ; les bourses sont devenues œdémateuses ; puis une partie du liquide a été résorbée, et la tumeur a sensiblement diminué de volume. On a répété à huit jours de distance l'application du même moyen. La tumeur n'a pas sensiblement diminué de volume après cette seconde application, mais elle est très molle et ridée ; le sac vaginal paraît entièrement vide. Au reste, aucune espèce d'accident n'est survenu. Le malade n'a presque pas souffert.

L'application de l'électro-puncture a été faite une troisième fois ; cette fois la tumeur a encore notablement diminué de volume. La résorption de la sérosité se fait évidemment, mais avec beaucoup de lenteur.

Après un mois environ de traitement, le malade est sorti de l'hôpital avec une diminution notable de l'hydrocèle ; mais non entièrement guéri.

— Un second malade opéré de la même manière a présenté de tous points les mêmes phénomènes et le même résultat satisfaisant, mais incomplet.

— Bien que ces deux applications n'aient pas donné un résultat complet, il n'en est pas moins remarquable. Il paraît positif, d'après ces faits, qu'on parvient par l'électro-puncture à obtenir la résorption du liquide épanché dans la séreuse vaginale, au moins momentanément. Comment ce résultat se produit-il ? Je ne crois pas que l'électricité décompose par son action le liquide contenu dans la tunique vaginale, puisqu'un seul des pôles de la pile est introduit dans l'intérieur de cette séreuse ; mais il me semble que, par ce moyen, on établit un courant qui traverse la tunique même et qui doit porter une excitation générale dans les bourses, et favoriser par là l'absorption de la sérosité vaginale.

Est-ce un effet analogue à celui de l'endosmose ? Ce serait possible, mais il n'y a pas de preuves directes. Il est probable que l'électricité favorise le passage du liquide de la tunique vaginale dans le tissu cellulaire des bourses, et de là dans l'organisme. C'est ainsi, du moins, que les choses ont paru se passer. Toujours est-il qu'il y a là un fait remarquable de l'action de l'électro-puncture, et qu'en tout état de cause c'est un moyen qu'on peut employer sans qu'il y ait à craindre aucune espèce de danger ni d'inconvénient sérieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mars. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. J. Pelletan envoie sa demande de candidature pour la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— *M. Bricheteau*, comme secrétaire-rapporteur de la section de pathologie médicale, est chargé de proposer à l'Académie de porter à six le nombre des compétiteurs qui figureront sur la liste de présentation.

Cette proposition est adoptée.

— *M. Lecanu* lit un rapport sur un travail de M. Delafond, professeur à l'école d'Alfort, relatif à l'influence de l'acide arsénieux sur la sécrétion urinaire.

On sait que, contrairement à ce qu'avait soutenu M. Orfila, MM. Danger et Flandin présentèrent à l'Académie un mémoire dans lequel ils émettaient cette opinion, que pendant que les animaux étaient soumis à l'action de l'acide arsénieux l'urine était supprimée.

C'est pour s'éclairer sur ces opinions contradictoires que M. Delafond a institué des expériences qui ont été répétées par la commission, et desquelles il résulte que l'opinion de MM. Danger et Flandin serait contraire aux faits observés, et que celle de M. Orfila serait conforme aux résultats de ces expériences. En effet, les chevaux et les chiens sur lesquels M. Delafond et la commission ont expérimenté, et sur lesquels avant l'empoisonnement on avait vidé la vessie, ont toujours et quelle que fût la dose du poison, sécrété une quantité plus ou moins considérable d'urine. En outre, ces animaux avaient été privés de toute boisson, et, malgré cette circonstance, la vessie a toujours contenu de l'urine, mais en proportion moindre que dans l'état normal ; cette diminution a été dans quelques cas jusqu'aux 4/5, dans quelques autres jusqu'aux 5/6.

En présence des faits observés par M. Delafond et de ceux que la commission a observés elle-même, il lui paraît évident que la sécrétion urinaire n'est pas empêchée par l'empoisonnement par l'arsenic, que tout au plus on pourrait dire qu'elle est diminuée, si encore il ne fallait pas tenir compte de la privation de boissons imposée aux animaux empoisonnés.

La commission propose d'insérer le mémoire de M. Delafond dans le Bulletin de l'Académie.

M. Desportes. Je suis fort à l'aise pour faire la question que je vais adresser à M. le rapporteur, car nul mieux que lui ne peut être en mesure d'y répondre. L'empoisonnement par l'arsenic altère le sang ; en quoi consiste cette altération, et sur quels matériaux immédiats du sang porte-t-elle ?

M. Lecanu. Cette question est trop complexe ; elle exige des recherches trop multipliées et trop longues pour que la commission, à l'occasion du mémoire de M. Delafond, ait cherché à la résoudre. Elle n'avait pas cette mission ; elle a dû s'en abstenir. Je répondrai cependant, et pour mon propre compte, que je ne connais pas de solution possible à cette question dans l'état actuel de la science.

M. Delens. La commission s'est-elle assurée que MM. Danger et Flandin ont réellement dit que la sécrétion urinaire était suspendue dans l'empoisonnement par l'arsenic ? Cette remarque est d'autant plus nécessaire, que dans les expériences de M. Delafond la sécretion a été notablement diminuée.

M. Lecanu. J'ai cité les propres paroles de M. Delafond, qui est un homme trop honorable pour avoir altéré le texte de ces messieurs. M. Delens doit remarquer d'ailleurs que les animaux soumis aux expériences n'ont pris aucune boisson.

M. Delens. La sécrétion urinaire n'est jamais entièrement supprimée par la privation des boissons. Il peut se faire qu'il y ait ici malentendu, et que MM. Flandin et Danger aient dit ou voulu dire seulement que les animaux n'urinaient pas ; ce qui ne présage rien sur la sécrétion urinaire dont la diminution serait la substance de la non excrétion.

M. Caventou. Je crois me rappeler qu'une des propositions de MM. Danger et Flandin est ainsi conçue : « Les animaux en proie à un empoisonnement aigu par l'arsenic, n'urinent pas. Les urines, ainsi que les autres sécrétions ne se rétablissent que lorsque commence la période de réaction, si celle-ci peut s'établir. » Le sens de ces paroles me semble très clair ; il est évident que ces messieurs ne croient ni à l'émission ni à la sécrétion de l'urine ; or c'est précisément le fait contraire qu'établit le mémoire de M. Delafond.

M. Chevallier. Pour répondre à la question de M. Desportes, il fallait des expériences comparatives que la commission n'a pu ni voulu faire. Je signalerai seulement ce fait curieux que nous avons observé dans nos expériences, c'est qu'à l'autopsie des animaux empoisonnés nous avons trouvé des traces à peine appréciables d'arsenic dans le sang, tandis que dans le foie il y en avait des quantités énormes : on aurait dit que tout le poison s'était réfugié dans cet organe.

M. Castel. Il n'était pas besoin de l'expérimentation pour prouver que l'empoisonnement par l'arsenic ne pouvait pas tarir la sécrétion urinaire, la simple induction physiologique devait conduire à ce résultat. Dans quelles maladies la sécrétion urinaire est-elle complètement tarie ? Dans aucune. Cette fonction peut être augmentée ou diminuée comme nous l'avons vu dans l'épidémie de 1832, mais jamais entièrement anéantie. Je le répète, l'expérimentation était ici inutile pour faire admettre le résultat.

M. Dupuy. Dans quelques empoisonnements c'est sur la fibrine du sang que portent les altérations ; c'est elle qui, pour ainsi dire, tue le sang avant que l'animal ne soit tué.

M. Barthélemy fait remarquer que la commission a fait une omission, involontaire sans doute, en ne proposant pas de voter des remerciements à l'auteur, qui sont toujours dans les usages de l'Académie.

M. Delens insiste pour qu'on vérifie le texte de MM. Danger et Flandin.

M. Gueneau de Mussy. Il y a un moyen bien simple de sortir de cette difficulté, c'est de se rappeler ce que l'Académie entendit faire en votant sur le mémoire de MM. Danger et Flandin. Or, il est certain qu'elle fit ses réserves sur la proposition relative à la non-sécrétion des urines. Elle fit bien alors de ne pas adopter l'opinion de ces messieurs, car les expériences de M. Delafond et de la commission la renversent.

M. Gerdy. Il y eut effectivement discussion et opposition sur ce point ; mais je me rappelle très bien que MM. Danger et Flandin me dirent, à cette époque, qu'ils n'avaient voulu parler que de la non-émission de l'urine, et non de la non-excrétion.

M. le rapporteur déclare que pour élucider le débat, il va prendre des renseignements aux Archives relativement au texte de MM. Danger et Flandin.

La discussion est interrompue jusqu'au retour de la commission.

— *M. Villeneuve* lit un rapport sur un mémoire de M. Camille Bernard, médecin à l'Hôtel-Dieu d'Apt, intitulé : Version podalique modifiée dans les présentations de l'épaule.

Conclusions : Remercîmens à l'auteur, insertion du mémoire dans le Bulletin. (Adopté.)

— *M. Boullay*, en son nom et au nom de M. Henry, lit un mémoire sur l'état de combinaison du soufre dans les eaux minérales des Pyrénées, suivi d'une analyse de l'eau de Barzun près Barèges.

Dans ce mémoire, les auteurs combattent les opinions de M. Fontan, pour faire prévaloir celle d'Anglada.

Sur la demande de quelques membres, ce travail est renvoyé au comité de publication.

— *M. Ollivier* (d'Angers), membre de la commission qui a examiné le travail de M. Delafond, dont il est question plus haut, annonce qu'après vérification, le texte de la proposition de MM. Danger et Flandin est tel que l'avait indiqué M. Caventou. Il paraît par conséquent démontré que ces messieurs croient à la suspension de la sécrétion de l'urine, fait qu'ils avaient voulu établir contradictoirement à l'opinion de M. Orfila, laquelle se trouve aujourd'hui parfaitement exacte.

M. Husson ajoute que dans toutes les expériences dont M. Orfila l'a rendu témoin, il a toujours vu la vessie pleine d'urine.

M. Castel reproduit son argumentation sur l'inutilité des expériences.

M. Chevallier. Les animaux empoisonnés par l'arsenic sécrètent-ils oui ou non de l'urine ? voilà ce que la commission avait à rechercher ; et vous voulez qu'elle se fût volontairement privée de la précieuse ressource des expériences ? Cela n'est pas soutenable. La commission a vérifié les faits de M. Delafond ; ces faits sont clairs comme le jour, toutes les précautions ont été prises ; la vessie des animaux était vidée de l'urine qu'elle pouvait contenir avant l'expérience, en un mot rien ne paraît plus légitime que les conclusions que l'on doit en tirer.

M. Caventou. Ceci a d'autant plus d'importance, que M. Orfila a établi toute une thérapeutique de l'empoisonnement par l'arsenic sur ce fait, savoir : que les urines contiennent du poison, et qu'il faut favoriser par les diurétiques l'élimination de l'agent toxique qui tend à s'opérer par l'émonctoire rénal. La proposition de MM. Danger et Flandin détruisait de fond en comble cette thérapeutique, car ils disaient que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinaient pas, que ce n'était pas dans l'urine, qui n'existait pas, qu'il fallait chercher des traces du poison, mais bien dans les fèces qui en contenaient toujours des quantités notables. Le travail de M. Delafond vient justifier les opinions de M. Orfila.

M. Delens n'est pas convaincu que MM. Flandin et Danger aient positivement exprimé leur opinion sur la non-sécrétion des urines. Il relit le passage de ces auteurs, le commente et y voit des motifs de doute.

M. Barthélemy croit au contraire que cette opinion y est exprimée de la manière la plus explicite, opinion que détruit le travail de M. Delafond.

Après quelques nouvelles observations de M. Castel, les conclusions avec la modification demandée par M. Barthélemy, sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Deschamps*, de Meuluse, lit un mémoire intitulé : Du signe de la mort réelle de l'homme et des vertébrés supérieurs.

Les conclusions de ce travail sont : 1° que la couleur verte des téguments est le seul signe de la mort réelle ; 2° que cette couleur

verte paraît à une époque indéterminée ; 3° que le lieu d'élection de cette coloration est le ventre ; 4° que l'enterrement des morts ne devrait avoir lieu qu'après son apparition.

Commissaires : MM. Royer Collard, Adelon, Ollivier (d'Angers).

— *M. Bérard* communique les pièces pathologiques d'un individu qui vient de succomber à une pleuro-pneumonie après avoir été opéré, il y a six mois, du pied-bot par la section du tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée. Le tendon présente une cicatrice formée par une substance de nouvelle formation, selon M. Bérard, fort résistante et présentant une solidité extrême. Ce tissu, du reste, est fort analogue à celui du tendon lui-même.

M. Rochoux, qui a eu occasion d'observer au microscope quelques pièces semblables, pense que l'analogie n'est jamais complète. La disposition et l'arrangement des fibres du tissu nouveau établissent des différences remarquables.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Académie des sciences.— La séance de lundi a été tout entière consacrée à la discussion en comité secret de la liste des présentations des chirurgiens.

La nomination aura lieu lundi prochain.

FAITS DIVERS.

Cas d'empoisonnement par les amandes amères; observation recueillie par M. le dr Schlesier, de Peitz.

On avait donné par mégarde un sac d'amandes amères au lieu d'amandes douces à un petit garçon de deux ans et demi, qui, après en avoir mangé la plus grande partie, et probablement parce que l'amertume finissait par l'en dégoûter, offrit le restant à sa sœur âgée de cinq ans.

La mère, qui ne présumait rien de suspect dans ces amandes, apprécia le contenu du sac à cent grammes environ.

Immédiatement après l'ingestion des amandes, les deux enfants éprouvèrent un changement si grand et si rapide dans leur apparence extérieure, que les parents alarmés envoyèrent sans retard réclamer les soins de M. Schlesier.

Le garçon, qui gambadait encore un quart d'heure auparavant, était couché dans le coin d'une causeuse, pâle, la face grippée, les traits défigurés, la pupille dilatée, la respiration suspirieuse ; il y avait somnolence continuelle, et un relâchement remarquable de tous les membres. Il venait d'éprouver plusieurs vomissements spontanés qui avaient procuré l'expulsion d'une grande quantité d'amandes amères grossièrement mâchées, et dont la nature était facilement reconnaissable à l'odeur prononcée d'acide cyanhydrique qu'elles exhalaient.

La petite fille qui en avait mangé une moindre dose, était atteinte des mêmes symptômes que son frère, mais à un degré moindre.

Outre l'emploi de lotions vinaigrées froides que l'on fit pratiquer sur toute la surface du corps des deux malades, on leur administra un fort vomitif par doses répétées de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce que la totalité des matières contenues dans l'estomac eût été entièrement rejetée, et que l'eau beurrée qu'on faisait boire en grande quantité pour faciliter l'action du vomitif fût rendue pure et sans aucune odeur d'amandes amères. Alors, on fit prendre à plusieurs reprises de l'eau sucrée avec quelques gouttes d'ammoniaque liquide. On exposa les petits malades au contact du grand air ; et, au bout de quelques heures, ils se trouvaient parfaitement rétablis.

Plusieurs évacuations alvines liquides, dues à l'action secondaire du vomitif, ne présentèrent aucune trace de l'odeur qui est propre à l'acide cyanhydrique. (*Casper's Wochenschrift*, etc.)

Développement de cheveux sur la surface de la langue; observation recueillie par M. le docteur Beer, de Bruenn.

Le malade qui fait le sujet de cette observation se plaignait d'un sentiment de malaise dans tout le corps, et particulièrement à la région de l'estomac ; sa bouche était continuellement baignée par un liquide visqueux, sa langue était chargée, et le sens du goût était complètement aboli ; enfin, on remarqua que des cheveux poussaient à la surface de la langue.

Un vomitif ayant été administré, ces cheveux disparurent, et la langue se nettoya ; mais, au bout de quelque temps, les cheveux commencèrent à repousser, et finirent par atteindre une longueur de trois centimètres environ.

Malheureusement ce malade s'est éloigné de M. Beer, qui n'en a plus entendu parler. (*Oester med. Wochenschrift.*)

Cas de maladie de Bright sans urine albumineuse; observation recueillie par M. le docteur Graves.

M. Graves a communiqué à la Société de médecine de Dublin un fait fort curieux observé par lui ; c'est celui d'un homme âgé de cinquante ans, qui mourut hydropique, et chez lequel le rein gauche présenta au plus haut degré l'altération particulière signalée par Bright. Cependant, malgré l'existence de cette lésion organique si bien caractérisée, le symptôme spécial auquel elle donne ordinairement lieu avait manqué pendant toute la durée de la maladie, car l'urine du sujet avait été constamment normale, et n'avait jamais fourni à l'analyse la plus petite proportion d'albumine. (*The Dublin Journ.*, janv. 1843.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement du rachitisme et de l'ostéomalacie. Note extraite d'un Mémoire de M. R.-F. Marchand, sur la composition chimique des os.

La composition des os dans différentes maladies nous est peu connue, bien que nous sachions qu'ils éprouvent, dans quelques cas, des altérations très essentielles. Les maladies qui ont la plus grande influence sur la composition des os, sont les affections scrofuleuses ; et, parmi celles-ci, il faut placer au premier rang à cet égard le rachitis et l'ostéomalacie. Dans ces deux affections, la substance terreuse des os diminue, et ces organes deviennent, comme ceux qui ont été traités par l'acide chlorhydrique, mous, flexibles, incapables de servir de soutien au corps ; ils plient sous la charge, se courbent peu à peu, et peuvent se briser : la traction exercée par les muscles suffit même pour courber ces os : aussi, est-il ordinairement facile de les plier, et peut-on, notamment chez les enfants, placer les jambes sur le dos, etc.

Le cartilage a subi lui-même, dans ce cas, une altération tout à fait essentielle ; car il n'est plus possible de le transformer en gélatine par l'ébullition, comme celui des os sains. Il ne fournit pas non plus la substance semblable à la gélatine, que le cartilage sain donne par l'ébullition avant l'ossification, et qu'on nomme *chondrine*.

L'étonnante diminution de la matière terreuse des os, qui n'existe plus ici que dans une proportion si extraordinairement faible, s'explique par le passage du phosphate de chaux dans l'urine ; car M. Marchand, qui a eu l'occasion, chez un enfant dont il a examiné les os, de pouvoir également en analyser l'urine peu de jours avant la mort, a trouvé dans cette sécrétion cinq à six fois plus de phosphate de chaux qu'elle n'en contient habituellement à l'état normal.

Ici, une question se présente naturellement à l'esprit : Comment est-il possible que ces sels insolubles, qui, dans l'état de santé, ne sont excrétés qu'en si faible quantité, le soient subitement en proportion aussi considérable ? Le phosphate de chaux possède, ainsi que M. Berzélius en a déjà fait la remarque, la propriété de se dissoudre avec une grande facilité dans l'acide lactique. Cherche-t-on, par exemple, à purifier de l'acide lactique coloré en brun par l'ébullition avec du charbon d'os, on est obligé de priver préalablement ce dernier du phosphate de chaux qu'il renferme, en le traitant par l'acide carbonique : si on néglige cette précaution, on trouve la totalité de ce sel dissoute par l'acide lactique. Or, cet acide se montre bien à l'état normal de l'organisme dans tous ses liquides, mais en très faible quantité ; c'est là la cause du passage continuel de la substance terreuse des os dans l'urine, et on retrouve aussi l'acide lactique lui-même dans ce liquide. Si, par quelque circonstance, la quantité de cet acide augmente dans le corps, il doit aussi dissoudre et éliminer de l'organisme une plus grande proportion de la substance terreuse des os, tandis qu'il est impossible d'en ingérer assez pour réparer cette perte.

On connaît la transformation de quelques substances végétales, entre autres du sucre de lait, du sucre de raisin, de l'amidon, de la gomme, en acide lactique par la membrane muqueuse de l'estomac. Cette transformation, qui ne s'opère que lentement à l'état sain de l'estomac et de la digestion, peut prendre un accroissement extraordinaire. Les substances se métamorphosent promptement et complétement en acide lactique ; cet acide exerce alors une action dissolvante très énergique sur la matière terreuse des os, mine continuellement ces organes, et passe lui-même avec la dissolution dans l'urine.

La maladie ne paraît donc pas être originairement une affection des os ; mais elle semble être la conséquence d'un vice dans la digestion et la nutrition. Ainsi, il est inutile de diriger le traitement contre l'os lui-même ; mais il faut le rapporter aux organes digestifs et à la modification des aliments. Aucun de ces derniers ne doit naturellement contenir des substances capables de se transformer en acide lactique ; ils ne doivent pas, par conséquent, consister en matières végétales, ni en substances contenant du sucre, de l'amidon, de la gomme, ni en lait (on voit très souvent le rachitisme se manifester chez les enfants dont l'allaitement a été prolongé outre mesure), mais en d'autres substances de nature animale, qui soient en même temps riches en phosphate de chaux, et qui puissent du moins de cette manière réparer tant soit peu la déperdition de ce dernier. Il semble donc tout à fait absurde de vouloir employer dans le traitement de cette maladie des remèdes qui agissent directement sur le système osseux, par exemple, la garance à laquelle on suppose une puissance curatrice dans ce cas, par cette raison seulement qu'elle colore les os en rouge.

(*Journ. de pharm. et de chim.*)

Eau gazeuse iodurée ; par M. le docteur Mialhe.

Tous les praticiens s'accordent à considérer l'iodure de potassium comme constituant l'un des plus puissants modificateurs de l'économie dont la chimie moderne ait enrichi la thérapeutique. Cette manière de voir est entièrement conforme aux idées que les recherches chimiques de M. Mialhe, ayant rapport à l'art de formuler, ont fait naître en lui sur le mode d'action de ce précieux composé salin. L'iodure de potassium est, en effet, suivant ce pharmacien, l'un des agents médicaux les plus aptes à enrayer le travail de la plasticité organique : il appartient à la classe de ses *fluidifians*, dont il constitue un des plus énergiques ; aussi doit-il être administré avec un sage discernement, car il ne convient certainement pas à toutes les époques des maladies au traitement desquelles il est journellement appliqué.

A l'intérieur, l'iodure de potassium ne doit jamais être prescrit que sous la forme liquide et jamais en pilules, sous peine de lui voir produire des douleurs gastriques assez intenses. Il convient de l'administrer en dissolution dans une boisson mucilagineuse assez étendue et convenablement sucrée, afin de dissimuler autant que possible la saveur âcre et salino-alcaline qui lui est propre ; chacun sait, d'ailleurs, que c'est là la méthode généralement adoptée par les praticiens. Toutefois, ce mode d'emploi, tout rationnel qu'il est, offre encore quelque chose à redire par rapport à la saveur du produit administré, qui est toujours assez désagréable et difficilement supportée par certains malades.

Voici la formule de cette préparation, que M. Mialhe a eu l'occasion de voir prescrire avec succès, et qui lui paraît réunir tous les avantages désirables :

Pr. Iodure de potassium,	50	centigrammes.
Bicarbonate de soude,	250	id.
Acide sulfurique étendu de son poids d'eau,	250	id.
Eau pure,	320	grammes.

On fait dissoudre les deux composés salins dans l'eau, on filtre, on introduit le produit de la filtration dans une demi-bouteille à eau gazeuse, puis on ajoute l'acide sulfurique étendu ; on bouche immédiatement, et on assujétit convenablement le bouchon.

Cette eau gazeuse iodurée renferme cinq centigrammes d'iodure alcalin par chaque trente grammes de véhicule.

(*Journ. des conn. méd. prat.*)

Efficacité de la médication antiphlogistique dans un cas d'amaurose congestive spontanée ; observation recueillie par M. le docteur Pague, de Deyme.

Une blanchisseuse en dentelle, âgée de vingt-cinq ans, ayant passé une soirée tout entière à épingler jusqu'à onze heures et demie ou minuit, se réveilla le lendemain matin complétement avengle.

M. Pague, appelé immédiatement, vit une jeune fille, fortement constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant la face excessivement animée ; la conjonctive des deux yeux était infiltrée ; la pupille très dilatée, mais bien régulièrement arrondie. La malade dit qu'elle était bien réglée, mais en très petite quantité, qu'elle était sujette à des accès de céphalalgie, et qu'elle éprouvait fréquemment des tournoiements de tête, des éblouissements contre lesquels elle n'avait employé que des bains de pieds simples ou avec des cendres ; que la veille enfin elle avait eu plusieurs fois des éblouissements, et s'était senti la tête plus lourde qu'à l'ordinaire, mais qu'il lui avait été impossible de se déranger pour prendre le bain de pieds accoutumé.

Une large saignée, d'un kilogramme environ, fut immédiatement pratiquée, et renouvelée presque aussi copieuse au bout de six heures : déjà, après ces deux émissions sanguines, la malade commençait à distinguer la lumière. Le soir, le mieux se prononça davantage encore. Une application de trente sangsues à la marge de l'anus et un bain de pieds furent prescrits.

Dès le lendemain, la malade avait presque entièrement recouvré la vue ; seulement, les pertes de sang considérables qu'elle avait supportées l'avaient excessivement affaiblie et jetée dans cette espèce de délire qui suit les émissions sanguines abondantes et la diète prolongée. Un régime, rendu de plus en plus tonique, mais dont on prévit les mauvais effets vers le cerveau par l'emploi des pédiluves fortement sinapisés et par l'administration de deux ou trois purgatifs, acheva en quatre ou cinq jours de dissiper tous les accidents.

Une année plus tard, et à peu près à la même époque (en juin 1834), cette jeune fille éprouva une seconde attaque du même genre. Les mêmes moyens furent employés et avec un égal succès.

(*Journ. de Méd. et de Chir. de Toulouse.*)

NOUVELLES.

La section de pathologie médicale à l'Académie de médecine, dans laquelle existe une place vacante, a décidé, à une majorité de sept contre cinq, que la liste de présentations des compétiteurs serait dressée par ordre de mérite et non par lettre alphabétique, comme cela s'est pratiqué depuis un certain nombre d'élections.

— M. le docteur Pajot commencera son cours public d'accouchements pour les élèves sages-femmes, le lundi 3 avril, à six heures du soir, et le continuera tous les jours à la même heure, rue Vaugirard, 35.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er AVRIL 1843. (16e ANNÉE.) N. 39, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 31 MARS 1843.

De la morve et du farcin chroniques (1).

Dans notre numéro du 25 mars, nous avons fait connaître les différences locales qui existent entre la morve et le farcin. Ces différences de forme et non de nature étant établies, nous allons donner une esquisse rapide du travail de l'auteur, en insistant principalement sur les points qu'il importe surtout aux praticiens d'avoir présents à l'esprit toutes les fois que la morve se présente à leur observation.

M. Tardieu commence son travail par une description générale de la maladie chez les solipèdes. Nous glisserons sur cette première partie afin d'arriver promptement à l'histoire de la même affection chez l'homme. Nous indiquerons seulement le fait du développement spontané de la morve et du farcin chroniques chez les animaux ; ce développement dont les causes n'ont pas jusqu'ici été suffisamment bien appréciées, paraît cependant pouvoir être rapporté principalement aux mauvaises conditions hygiéniques, et particulièrement à une nourriture malsaine ou insuffisante. Le chapitre consacré à l'étude du traitement n'est guère que l'historique des tentatives infructueuses faites par divers vétérinaires pour combattre une affection si cruelle. Le chlore, l'iode, l'arsenic, la poudre de cantharides, le soufre, sont successivement passés en revue, et à cette dernière substance seule l'auteur semble devoir attribuer quelque efficacité. Il met d'ailleurs, et à juste titre, en première ligne, l'observation des règles d'une bonne hygiène.

Sur 43 observations de morve et de farcin chroniques rassemblées par l'auteur, 33 ont offert la forme farcineuse, et 10 la forme morveuse; premier résultat important en ce qu'il montre que le farcin détermine souvent la mort avant d'arriver à la morve chronique, qui paraît être, d'après cela, plutôt un état plus avancé de la maladie qu'une maladie différente.

Les symptômes que présentent ces deux formes de maladie ont été heureusement résumés par l'auteur dans la définition qu'il donne de chacune d'elles.

« Le *farcin chronique* chez l'homme, dit-il, est un état morbide résultant de la transmission de la morve ou du farcin des solipèdes, caractérisé principalement par des abcès multiples dégénérant en ulcères fistuleux, des douleurs articulaires et musculaires, des angioleucites spécifiques et une altération profonde de la constitution, et se terminant ordinairement par la morve aiguë.

» La *morve chronique* chez l'homme est une maladie résultant de la transmission de la morve ou du farcin des solipèdes, caractérisé par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aériennes, des douleurs articulaires ou musculaires, et des symptômes généraux de cachexie, accompagné le plus souvent de farcin, et se terminant par la morve aiguë ou la mort. »

On voit, d'après ces définitions mêmes, que la morve chronique n'est guère que le farcin chronique, plus, des ulcérations des fosses nasales et des voies aériennes, c'est-à-dire une altération plus profonde, plus générale, en quelque sorte, de l'économie. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de pouvoir suivre dans leurs détails l'excellente description que l'auteur donne de chaque ordre de lésions en particulier, nous insisterons d'une manière particulière sur le diagnostic, duquel découle l'application de toutes les autres parties de l'art. Dans un chapitre consacré au diagnostic différentiel, et qui peut, à juste titre, être cité comme un modèle, surtout en ayant égard aux difficultés que l'auteur avait à surmonter, la morve et le farcin chroniques sont successivement comparés à la morve et au farcin aigus, à l'ozène, à la syphilis, à l'affection tuberculeuse, aux scrofules et aux différentes sortes d'abcès multiples. Dans ce chapitre, l'auteur ne place nulle part le diagnostic à la pointe d'une lancette ou dans l'observation d'un symptôme, d'une lésion isolée quelconque, comme on a tant de disposition à le faire de nos jours; mais, comprenant toujours plus philosophiquement sa question, il ne perd jamais de vue l'ensemble de la maladie, d'où peut résulter exclusivement la physionomie, le caractère qui la sépare nettement de toutes les autres. C'est en suivant cette marche si naturelle, si logique, que les praticiens éviteront constamment ces erreurs si familières à ceux qui adoptent une voie différente.

La confusion ne paraît possible, entre la forme aiguë et la forme chronique de la morve et du farcin, que dans le cas où le farcin chronique débute par des symptômes aigus; mais dans ce cas encore le peu de gravité des symptômes et la courte durée de la fièvre, comparées à ce que l'on observe dans l'état aigu, suffiront pour garantir de toute erreur.

L'ozène simple pourrait, à la rigueur, être confondu avec la morve chronique; mais lorsqu'on se rappellera que la morve coïncide toujours avec une altération générale et profonde de l'économie, qu'elle succède presque constamment au farcin, et constamment à une contagion médiate ou immédiate d'homme à homme, ou de cheval à homme, on restera convaincu que cette confusion est le plus souvent impossible. Elle ne le sera pas moins dans les cas d'ozène syphilitique, qui peut se présenter sous deux formes; la première, très rare, mais non point hypothétique, comme l'auteur est presque autorisé à le dire, par le manque de bonnes observations, est primitive, et coïncide, le plus souvent, avec la blennorrhagie ; la seconde est consécutive, et coïncide ou est précédée constamment d'autres lésions syphilitiques caractéristiques, et en particulier des ulcères au voile du palais ; la considération des antécédents lèvera d'ailleurs tous les doutes s'il en existait encore après l'inspection des lésions.

Quant à la phthisie, ses symptômes physiques, aujourd'hui si bien connus depuis le début jusqu'à la terminaison, ne laisseront jamais long-temps dans l'incertitude un médecin instruit.

Les individus scrofuleux qui offrent des lésions comparables, jusqu'à un certain point, à celles du farcin ou de la morve chronique (abcès et ulcères de la peau, altérations des fosses nasales), offrent en même temps d'autres signes qui rendent le diagnostic même exempt de difficultés. Ce sont, comme le dit M. Rayer, des engorgements des ganglions lymphatiques (rares dans le farcin et la morve de l'homme, quoique communes chez les chevaux), des ophthalmies et blépharites chroniques, des engelures, des tumeurs blanches, etc. Ajoutez à cela que ces symptômes datent toujours de la première enfance, et vous puiserez dans cette considération les bases d'un jugement non équivoque.

Une affection dont le diagnostic n'est pas toujours aussi facile que celui des maladies qui précèdent, et qui peut être confondue avec le farcin chronique, est celle qui se caractérise par la formation d'abcès sur différentes parties du corps. Ici la distinction n'est pas toujours facile, et nous laissons parler l'auteur à ce sujet :

« J'avoue qu'il est difficile de trouver dans l'aspect physique et dans la formation de ces collections purulentes, des caractères qui les distinguent des abcès farcineux ; mais on peut en trouver dans leur marche et dans leur terminaison. La marche des abcès non farcineux est toujours beaucoup plus rapide, et lorsqu'ils sont ouverts ils ne dégénèrent pas en fistules ou en ulcères rebelles. La terminaison de la maladie ne peut laisser subsister le doute que lorsqu'elle ne consiste pas dans le développement de la morve aiguë ou chronique (1), et lorsque la mort a lieu directement ; aussi la considération de la cause ne doit-elle jamais être négligée dans des cas pareils. Un très bon caractère est encore celui tiré des propriétés non virulentes du pus fourni par les abcès multiples non spécifiques. En effet, celui qui provient des tumeurs farcineuses peut presque toujours, lorsqu'il est inoculé, reproduire la morve ou le farcin. Cependant ce caractère n'est pas aussi absolu qu'on pourrait le croire, car il n'est pas constant....

(1) Voyez *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars.

(1) Mais lors même que cette terminaison a lieu, n'est-ce pas un peu tard quand elle arrive pour établir le diagnostic ? (*N. du R.*)

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier MÉDECINE LÉGALE.

I. *Cas de monomanie homicide chez un épileptique.*

Jean Baptiste Roegiers est âgé de trente ans, d'une constitution athlétique et d'un tempérament éminemment sanguin ; sa tête est très bien conformée. Il est né de parents sains ; ses frères et ses sœurs sont tous bien portants. A l'âge de sept ans, il faisait déjà le métier de colporteur d'images, et c'est dans une de ces excursions à la campagne qu'un chien se jeta inopinément sur lui ; ce qui lui fit éprouver une frayeur excessive. Dès le lendemain il fut atteint d'un premier accès d'épilepsie, auquel il en succéda bientôt un second, puis un troisième, de telle sorte qu'au bout de quelque temps les accès se répétèrent avec une fréquence vraiment effrayante, et en augmentant chaque fois d'intensité et de durée, à ce point qu'ils finirent par dégénérer en véritable rage. Ses parents le mirent vainement en apprentissage; on le renvoya de tous les ateliers, tant on eut peur de lui, car malheur à celui qui voudrait s'opposer à l'exécution de sa volonté lorsqu'il est sous l'empire du malaise avant-coureur d'un accès ; alors, tout ce qui lui tombe sous la main doit céder, il ne reconnaît personne, il se précipite sur ses plus proches parents. Cependant, et cela dans le principe, il a le pressentiment de l'approche d'un accès, et il en prévient ceux qui l'entourent.

Cette furie épileptique passée, il perd le souvenir de tout ce qui a eu lieu, et revient à son état normal, qui est celui d'un homme calme et pacifique, quoique d'une irascibilité extrême; c'est, d'ailleurs, ce qu'attestent tous les patrons chez lesquels il a travaillé.

Les accès de cet homme se reproduisent particulièrement la nuit ; ils s'annoncent de la manière suivante : Sa figure s'anime et devient d'un rouge pourpre, ses yeux brillent comme une glace et semblent vouloir sortir des orbites ; bientôt sa vue se trouble, tout est confusion autour de lui, sa tête s'alourdit et devient douloureuse, les veines du cou se gonflent, et jusqu'au moment où l'accès, parvenu à son apogée, le jette dans un état d'insensibilité complète, il se débat comme un furieux, et se porte à toutes sortes d'actes dangereux, si on n'a pas eu le soin de prendre les précautions nécessaires pour les prévenir.

Roegiers avait eu des démêlés avec un nommé Baeklandt. Traduit devant le tribunal de première instance de Courtray, il fut condamné à quelques mois d'emprisonnement. Il avait soutenu opiniâtrément qu'il était innocent du fait dont on l'accusait; néanmoins, en sortant du tribunal, il donne une poignée de main au sieur Baekland, en l'assurant qu'il ne lui en voulait pas pour cela, attendu qu'il n'y allait pas de sa faute si le tribunal avait mal jugé.

Quoi qu'il en soit, à quelque temps de là, il veut assassiner Baeklandt, et, dans ce but, le jour même où il tente de commettre cet attentat, on le voit, pendant quelques heures et sans discontinuer, repasser tranquillement un couteau sur la meule, en répétant sans cesse : *je t'aurai bien*. Il sort en plein jour, le couteau à la main ; il court chez Baeklandt, qui habite un quartier très populeux, et il entre hardiment dans sa maison. Mais Baeklandt le voyant arriver armé d'un couteau, se sauve par une porte de derrière : Roegiers le poursuit, porte un coup de couteau à la sœur qui cherche à défendre son frère, l'atteint enfin et se rue sur lui comme un tigre. Il lui fait une profonde entaille à la gorge, et y enfonce ses ongles pour l'aggrandir.

Une foule immense accourut aussitôt ; mais les plus braves, les plus audacieux reculèrent devant l'idée de voler au secours du malheureux Baeklandt, et ce ne fut que lorsque l'assassin tomba de lui-même qu'on put s'assurer de sa personne en le garottant sur une brouette.

Par suite de ces faits, J.-B. Roegiers fut traduit devant la Cour d'assises de la Flandre-Occidentale comme prévenu d'avoir porté volontairement plusieurs coups de couteau à un de ses voisins, desquels il était résulté des blessures qui avaient entraîné une incapacité de travail de plus de vingt jours. A toutes les questions que lui adressa le président de la Cour, et en réponse à tous les détails qu'on lui rappela sur son crime, il ne répliqua que cette seule phrase : « Puisque vous me le dites, Monsieur, je dois bien le croire, mais je l'ignore complétement. »

Le président posa la question suivante à un médecin, M. G..., que le hasard avait amené le premier sur le lieu du sinistre : « Roegiers, au » moment de la perpétration du crime, jouissait-il de toute la pléni» tude de sa raison, ou bien a-t-il obéi à l'influence d'une cause à la» quelle il ne pouvait se soustraire ? » M. G... répondit affirmativement à la première de ces questions, et négativement à la seconde.

En conséquence, Roegiers fut condamné à la peine de mort. Toutefois, cette peine fut commuée en celle des travaux forcés à perpétuité, précédée d'une heure d'exposition. Tandis qu'il était exposé, il fut saisi de convulsions tellement violentes, que l'exécuteur des hautes-œuvres fut obligé de le placer sur une chaise où l'on eut beaucoup de peine à le maintenir.

A cette occasion, et tout en s'abstenant de faire le moindre commentaire sur le jugement rendu dans l'espèce, M. le docteur Crommelinck recommande aux praticiens l'étude de la question suivante : « Tout en » agissant sous l'empire d'une impulsion à laquelle ils ne peuvent ré» sister, ne voit-on pas les aliénés maniaques ou monomaniaques se » porter comme par instinct contre les personnes auxquelles, à tort » ou à raison, ils imputent des griefs, ou dont ils ont naguères été gra» vement préoccupés ? »

Cette question est d'une haute gravité, car chacun comprendra qu'en écartant la circonstance aggravante de la préméditation, on ramène l'acte inculpé dans la catégorie de ceux qui ne peuvent être atteints par le Code pénal. (*Annales médico-légales belges.*)

II. *Opération césarienne pratiquée par un curé.*

Le 1er mars 1842, M. le docteur E. Thirion, médecin à Namur, fut requis par M. le juge d'instruction attaché au tribunal de première instance de cette ville, d'examiner les pièces relatives à une opération césarienne pratiquée par M. D..., curé à L..., province de Namur, sur la femme F..., du même pays, et d'en dresser un rapport. En conséquence de ce réquisitoire, M. Thirion examina les dépositions des témoins appelés dans cette cause, et spécialement celles de MM. T... et M..., docteurs en médecine, et de M. F..., accoucheur, lesquels avaient été appelés pour secourir la susdite femme F... Cet examen lui démontra que, dans cette mission délicate, il y avait évidemment deux questions fondamentales à résoudre : 1° M. le curé D... était-il légalement autorisé à pratiquer une semblable opération ; 2° la femme F... se trouvait-elle dans le cas de devoir subir l'opération césarienne ? La seconde de ces deux questions devait seule occuper le médecin expert, la première étant du domaine exclusif des magistrats.

Malgré cette ligne de démarcation, et afin d'examiner le plus exactement possible une affaire médico-légale d'une aussi haute gravité, M. Thirion a cru utile de procéder par propositions, et celle qui s'est présentée la première et le plus naturellement à l'esprit a été de savoir *si la femme F... était réellement morte par suite d'une hémorrhagie utérine quand M. le curé fit la section césarienne, ou bien si elle n'était qu'en syncope ?*

Les preuves de la mort de la femme F..., qui ont guidé M. le curé D..., d'après son second interrogatoire, sont le froid du corps, l'absence du pouls et de la respiration, ainsi que les traits contractés. Mais, en science médicale et d'après les faits connus, tels ne sont pas les signes certains de la mort réelle ; et comme si ce prêtre eût voulu l'établir, il déclare avoir consulté sur ce point les personnes qui entouraient cette malheureuse.

Ce qui prouve encore l'incertitude de M. D... sur ce point important, c'est son dire qu'il n'a été appelé qu'au moment où, épuisée, la femme F... était tombée en syncope (premier interrogatoire). Dans cette alternative, et en se fondant sur les faits consignés dans les archives de la science, au sujet de la mort apparente, on est en droit de se deman-

L'expérience ne doit donc être regardée comme décisive que pour l'affirmative ; encore faut-il tenir compte de l'expérience de MM. Renault et H. Bouley (1), qui ont vu la morve aiguë suivre l'inoculation du pus non farcineux. Cependant ce fait est encore unique, et paraît trop exceptionnel pour devoir modifier la règle commune. »

Que de réserve, mais aussi que de sagesse dans un semblable passage !.

L'auteur mentionne ensuite l'*yaws*, maladie que l'on observe dans l'Inde ; l'*éléphantiasis* et la *radésyge*, toutes maladies obcures, et sur lesquelles le défaut de documents précis empêche de se prononcer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Empoisonnement par l'acide sulfurique ; action locale. Guérison.

Un jeune homme a été amené à l'hôpital présentant des symptômes d'empoisonnement à la suite d'une tentative de suicide. Cet individu avait avalé l'avant-veille la valeur d'un demi-verre d'acide sulfurique : après quoi il s'était jeté dans la Seine ; mais on parvint par de prompts secours à le retirer de l'eau, et il fut de suite transporté à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée il éprouvait des douleurs vives avec sensation de brûlure à la gorge, le long de l'œsophage, s'étendant jusqu'à l'épigastre, accompagnées de vomissements répétés et d'une grande difficulté d'opérer la déglutition. On lui a administré de suite de la magnésie, du sous-carbonate de soude et de l'eau en abondance.

Le lendemain le malade allait mieux, aucun accident ne s'était développé du côté de l'estomac ; la déglutition était devenue plus facile ; il ne restait plus qu'un peu de gêne à la gorge.

Le surlendemain le mieux allant croissant, on commença à donner quelques aliments. Au bout de six jours il est sorti, ne conservant plus qu'un peu de sensibilité à la gorge.

Y a-t-il eu chez ce malade un véritable empoisonnement, ou bien seulement une cautérisation de certaines parties internes qui ont été en contact avec l'acide. Cette question est subordonnée à l'idée que nous nous faisons de l'empoisonnement en général. Cet accident de la brûlure ou de la cautérisation tiennent à la nature du caustique employé, et à la nature des parties sur lesquelles ce caustique a agi.

Ce ne sont là que des phénomènes purement locaux, et qui ne constituent point l'empoisonnement proprement dit. Ce qui caractérise l'empoisonnement par ces mêmes substances, ce sont les symptômes généraux qui se développent ultérieurement et qui ne dépendent pas du point du corps sur lequel a été appliquée la substance toxique, ni des lésions locales qu'elle a pu produire sur le lieu de son passage. Ainsi, que l'introduction du poison ait eu lieu à travers la surface du derme dénudé à l'aide d'un vésicatoire, qu'il ait été ingéré par la bouche ou dans le rectum au moyen d'un lavement, les symptômes de l'empoisonnement seront toujours les mêmes ; peu importe la voie par laquelle le poison a pénétré dans l'économie, cette circonstance est indifférente pour la manifestation des effets de l'empoisonnement. Il n'en est pas de même, on le conçoit aisément, pour ce qui regarde les symptômes de brûlure ou de cautérisation, où tout se passe immédiatement et sur un point plus ou moins circonscrit. Ainsi, chez notre malade, il manque les symptômes d'un véritable empoisonnement ; il n'y a que ceux de la brûlure. Au point de vue de la médecine légale, la chose doit être considérée tout autrement ; mais au point de vue de la nosologie, on ne saurait confondre ces deux états. Ainsi, nous ne voyons ici qu'une cautérisation produite sur une portion de la muqueuse du tube digestif par le contact d'une substance caustique ; mais nous ne voyons pas d'empoisonnement.

Examinons maintenant quels sont les effets locaux de l'acide sulfurique. Ces effets sont différents, suivant le degré de concentration de l'acide et l'état de pureté plus ou moins grande dans lequel il arrive sur les parties internes. Une goutte de cet acide placée sur la langue produit un sentiment de cuisson qui est suivi immédiatement d'un afflux considérable de salive, car les glandes salivaires sont fortement surexcitées par cette substance. Une certaine quantité produirait la cautérisation et la destruction de la partie de la langue sur laquelle on la déposerait. Mais cette activité corrosive de l'acide sulfurique sur les tissus diminue à mesure qu'il est mis en contact avec des parties de plus en plus profondes du tube intestinal. La raison en est que dans la bouche même il commence déjà à se mêler avec la salive ; puis, à mesure qu'il dépasse la bouche et qu'il avance dans les voies digestives, il se mêle et se combine successivement avec les mucosités gutturales, les mucosités œsophagiennes, et enfin avec le suc gastrique une fois arrivé dans l'estomac ; de sorte que si l'acide n'a été pris qu'en petite quantité, il arrivera à l'estomac tellement étendu et affaibli, qu'il n'aura presque plus aucune action. C'est à peu près là ce qui est arrivé chez notre jeune, homme chez lequel les phénomènes de la cautérisation ne semblent pas dépasser l'œsophage, et ne se font qu'à peine sentir dans l'estomac. Mais si la quantité d'acide ingéré est plus considérable, qu'elle soit de la valeur d'un verre, par exemple, l'acide pourra arriver alors pur ou presque pur jusqu'à l'estomac et jusque même dans l'intestin ; il cautérisera profondément ces parties, il les désorganisera et donnera lieu à des accidents plus ou moins graves, et le plus souvent même à la mort.

Ces désorganisations ont des caractères particuliers ; les parties mortifiées sont d'une couleur noirâtre, ecchymotiques ; les ecchymoses sont plus ou moins considérables, assez profondes et siégeant ordinairement le long du trajet des vaisseaux, car le sang de ces vaisseaux se coagulant oblitère leur calibre, ou s'épanche au dehors ; puis il se forme des escharres plus ou moins profondes.

Quand la cautérisation est légère, et la désorganisation des parties cautérisées peu considérable, il se manifeste quelques symptômes de réaction fébrile, et peu à peu tout rentre dans l'ordre, ainsi qu'il arrive à la suite de l'action de la chaleur ou de tous les caustiques qui agissent avec une force limitée.

Si la cautérisation est plus vive, qu'il y ait instantanément formation d'escharres, les fonctions des parties lésées sont interrompues ou troublées ; un travail inflammatoire d'élimination des escharres se développera. Ce travail est irrégulier, dans ce sens que les escharres étant parsemées çà et là et à différents degrés, il doit nécessairement y avoir aussi dans ces différents points des degrés variables de réaction inflammatoire éliminatrice. Quand les malades succombent avant que le travail éliminatoire soit achevé, on trouve des escharres éraillées, les unes encore intactes, les autres détachées. Il s'est fait aussi souvent un épanchement consécutif de sang à la suite de la chute des escharres. Cette espèce d'élimination successive moléculaire des parties lésées et mortifiées a quelquefois un certain avantage, c'est qu'on n'a pas affaire dans ce cas à une inflammation considérable et générale du tube digestif, mais à une inflammation limitée à quelques points seulement. Les escharres s'éliminent peu à peu, et les parties se rétablissent à la longue dans leur état normal, pourvu toutefois que l'inflammation ne soit pas trop profonde. Si la chose se passait autrement, si toute la surface intestinale sur laquelle le caustique a passé était cautérisée et recouverte d'escharres, il en pourrait résulter, lors de leur chute, une occlusion complète du canal, par suite des adhérences que contracteraient entre elles les surfaces saignantes, et de là la mort. Aussi doit-on s'attacher avec un grand soin à faire boire souvent les malades, afin de prévenir ces oblitérations des parties mortifiées.

Quant à la plupart des autres poisons, on est vraiment surpris de la presque innocuité de leur contact avec la muqueuse gastrique. Nous avons vu dernièrement dans notre service un individu qui avait avalé une certaine quantité de bleu de Prusse, et qui en fut quitte qui pour un peu de douleur à l'épigastre, qui dura encore dix à douze jours, au bout desquels il sortit parfaitement guéri.

Si le caustique s'est trouvé en assez grande quantité dans l'estomac pour qu'il ait pu opérer une cautérisation profonde, il en résulte alors des accidents graves tels que ceux qu'on a vu arriver dans certaines circonstances, par exemple, une perforation des parois de l'estomac avec épanchement des liquides ingérés dans le péritoine, et une péritonite mortelle. Quelquefois l'acide pénètre dans le sang et donne lieu à sa coagulation, à l'oblitération de quelques points des vaisseaux, à la suite des inflammations partielles qui s'y développent. Dans ce cas, la vie est encore mise en danger. Le pronostic des lésions consécutives à ces accidents est donc toujours subordonné à la quantité d'acide introduite dans l'économie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Nous avons dans notre premier article parlé longuement des fractures de la clavicule, des complications qu'elles peuvent présenter, et du traitement qui leur est applicable ; nous allons aujourd'hui faire connaître les opinions émises par M. Velpeau sur les fractures des côtes et celles de l'humérus, à propos de plusieurs malades actuellement dans les salles, et présentant ces sortes de lésions.

Fractures des côtes. Sans être tout à fait aussi fréquentes que celles de la clavicule, les fractures des côtes doivent être comptées au nombre de celles que l'on observe souvent. Les causes qui les produisent peuvent, comme pour les précédentes, être rangées en deux classes, les causes directes et les causes indirectes. Mais pour ce genre de fracture, les causes directes occupent la plus large part dans leur production, tandis que nous avons vu le contraire avoir lieu pour celles de la clavicule. Cependant les causes indirectes, elles aussi, sont très susceptibles d'amener les fractures des côtes, et le malade couché au n° 18 nous en offre un exemple. Si l'on veut chercher à se rendre compte de la manière dont agit chacune de ces causes, on ne tarde pas à en comprendre le mécanisme ; les côtes sont des arcs osseux, mobiles de haut en bas, d'avant en arrière, jouissant d'une très grande élasticité, d'une souplesse qu'on ne retrouve dans aucune autre partie osseuse ; ce sont, en un mot, des os tout à fait exceptionnels ; de plus, ces arcs si élastiques, si mobiles dans leur dyaphyse, ne jouissent que de mouvements peu étendus à leurs extrémités. Ces propriétés étant connues, qu'on examine ce qui se passera quand ces os seront contraints par une violence exté-

(1) Nous avons parlé de cette expérience dans une note de notre premier article. (*N. du R.*)

---

der si, quand la section césarienne a été faite, la femme F... ne continuait pas à être en syncope ?

La quantité de sang perdue par la femme F.... peut être invoquée en faveur de la syncope comme en faveur de la mort réelle, et la pratique des accoucheurs est riche en preuves sur la première de ces suppositions. Mais dans l'espèce il convenait, dans l'intérêt de la vérité, d'apprécier cette quantité de sang perdue, comparativement à la force corporelle de la femme, etc., et il aurait fallu, comme contre-épreuve, chercher, par une autopsie cadavérique soignée, à reconnaître la quantité de sang restant dans le corps de la femme F...

En cherchant toujours à rester dans les termes de la vérité, M. Thirion invoque, d'un autre côté, le but que se proposait M. D.... en vertu de ses obligations ecclésiastiques, et il trouve naturellement que c'était celui de baptiser l'enfant. Or, et puisqu'il était là quand la femme F.... venait de tomber en syncope, qu'il a encore attendu *une heure* avant d'opérer sans qu'on puisse supposer que cette syncope avait cessé, il faut admettre qu'il a cru à la vie de l'enfant jusqu'au moment de l'opération, et dès lors on est autorisé à croire que, pendant cette heure d'attente, la vie fœtale était entretenue par la vie organique de la mère, encore capable peut-être de ranimer la vie de relation, la vie générale.

Soit dans la crainte de tronquer les faits, soit de peur de métamorphoser une erreur en vérité, M. Thirion croit devoir encore faire remarquer toute l'inexactitude qui règne dans la déposition des témoins par rapport au temps où l'opération a été pratiquée.

MM. les docteurs T...., et M.... sont arrivés vers *cinq heures* du soir.

M. F..., accoucheur, est arrivé à sept heures et un quart, et, d'après les docteurs sus-indiqués, M. F..... était avant eux chez la malade.

La veuve M... a déclaré que la syncope durait depuis environ trois-quarts d'heure quand M. le curé opéra, et que les médecins sont arrivés un quart d'heure après l'opération.

D'après Henri S..., l'opération fut faite une heure après la syncope. Mêmes dires d'Alexandrine D....., de Ferdinande G....., et de M. le curé.

Dieudonné D... déclara que, vers *cinq heures*, la femme F.... était morte, et que M. D.... a opéré une heure après, ou une demi-heure d'après son premier interrogatoire.

Quelle que soit la manière d'envisager cette question, quelle que soit la face sous laquelle on se représente la position de la femme F....., l'idée d'une syncope se reproduit irrésistiblement à l'esprit ; et surtout, quand on place à côté de cette pensée l'absence des signes principaux de la mort, les faits nombreux consignés dans les annales de la science sur la mort apparente, et enfin les tergiversations que l'on rencontre dans toutes les circonstances de cette affaire, on frémit malgré soi à l'idée que la femme F... n'était peut être qu'en état de syncope, lorsque l'ardeur trop précipitée du prêtre est venue lui enlever, avec l'instrument tranchant, l'action organique qui devait présider à la réaction vitale.

Un homme de l'art pouvait-il opérer l'accouchement par les voies naturelles ?

Cette question ne peut être résolue qu'affirmativement, puisque les docteurs T... et M... déclarent que le bassin de la femme F... était bien conformé, et que la tête de l'enfant était descendue dans l'excavation de ce bassin. Dans ce cas, une application de forceps aurait promptement terminé l'accouchement. Or, si, au lieu de s'entourer de personnes ignorantes et de suivre leurs conseils peut-être, on eût demandé plus tôt les gens de l'art, probablement la femme F... aurait été conservée à sa famille, tandis que sa mort laisse des repentirs et des doutes.

D'après les diverses circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi la mort, il est impossible, dit M. le docteur Thirion, d'échapper aux conclusions suivantes :

1° Que, vu l'insuffisance des signes invoqués pour établir la mort réelle, on est autorisé à penser que la femme F... pouvait encore être en syncope quand on a pratiqué sur elle la section césarienne ;

2° Qu'en raison de l'hémorrhagie utérine qui a précédé la mort, il serait possible d'admettre que cette perte de sang aurait donné lieu à une syncope mortelle ;

3° Que, pour admettre avec certitude ce dernier genre de mort, il manque des données indispensables sur la quantité de sang perdue, comparée à la force constitutionnelle de la femme ;

4° Enfin, que, d'après ces motifs contradictoires, on peut aussi bien croire que la femme F... était morte quand le prêtre a pratiqué l'opération césarienne, que penser qu'elle n'était qu'en syncope.

Cette grave affaire s'est terminée par un arrêt de la chambre du conseil, qui a décidé qu'il n'y avait pas lieu à poursuivre. (*Ibidem.*)

III. *Empoisonnement par l'arsenic.*

Le nommé Claude Barbe, balayeur des rues à Marseille, vivait avec sa femme et les père et mère de celle-ci, mais la bonne harmonie était loin de régner parmi eux, et des menaces de mort avaient été proférées à plusieurs reprises contre lui. Au mois de juin dernier, il se plaignit tout à coup de coliques et de vomissements ; il dit à plusieurs personnes que ces accidents avaient commencé après qu'il eut mangé une soupe préparée par sa femme ; enfin, cinq jours plus tard il expira au milieu d'horribles convulsions.

De vagues rumeurs circulèrent bientôt sur les causes de la mort presque subite de cet homme jeune encore et d'une constitution robuste. On apprit qu'un pharmacien avait refusé de livrer à la femme Barbe une quantité considérable de laudanum. Bref, le mot d'empoisonnement fut prononcé, la justice intervint, et le surlendemain de l'enterrement, l'exhumation fut ordonnée pour faire procéder à l'autopsie. M. le docteur Rousset, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, fut chargé de cette opération. Le corps était celui d'un homme de belle stature, et paraissait avoir eu une constitution vigoureuse ; la peau du visage et du tronc était partout verdâtre et soulevée par un boursoufflement emphysémateux ; les traits étaient donc très déformés ; en un mot, le cadavre était déjà dans un état de putréfaction avancée.

L'examen des organes digestifs démontra que le sujet avait succombé à une violente inflammation gastro-intestinale. M. Rousset recueillit et renferma dans des bocaux le cœur, l'estomac, le foie et une partie des intestins. Ces matières recueillies furent, par suite d'une ordonnance du juge d'instruction l'objet d'un examen particulier auquel le même expert se livra plus tard, conjointement avec MM. de Lasouchère et Meynier, professeurs de chimie, en présence de M. le commissaire de police. Les premières recherches eurent pour but, d'après les indications qui avaient été données, de rechercher dans le corps de Barbe, la présence du laudanum ; mais, sur ce point, on n'arriva à aucun résultat positif. On remarqua qu'en procédant à cette première opération, on fut assailli par une grande quantité de mouches qui tombaient mortes à l'entour des bocaux.

A cette occasion, M. Rousset se rappela qu'en procédant à l'autopsie il avait été également assailli par un nombre prodigieux de ces insectes, qui avaient trouvé la mort en se précipitant sur les matières extraites du cadavre. Cette circonstance fit supposer aux experts que le cadavre pouvait contenir de l'arsenic qui est, comme on le sait, la base du poison connu sous le nom de *mort aux mouches.* En conséquence, ils se livrèrent à de nouvelles recherches ayant pour but la découverte de l'arsenic, et ils se servirent, à cet effet, de l'appareil de Marsh, avec les modifications qui ont été apportées à sa construction depuis son invention, et en se conformant aux prescriptions de l'Institut. Des résultats qu'ils ont obtenus, ils ont conclu :

Sur la première question : *Les liquides contenus dans les bocaux 1 et 2, provenant de l'estomac et du gros intestin renferment-ils du laudanum ?*

Rien n'autorise à répondre affirmativement.

Sur la seconde question : *Y a-t-il dans les liquides une autre substance vénéneuse ? Est-elle en quantité suffisante pour donner la mort ?*

Oui, il y a de l'arsenic, en quantité suffisante pour affirmer que la mort a été causée par cette substance.

rieure, soit à se redresser, soit à exagérer encore leur courbure, il est de toute évidence que si l'exagération dans l'un de ces deux mouvements est portée trop loin, les os se rompront nécessairement. Quand un corps grave tombe sur le thorax, par exemple, il tend à redresser la courbure des côtes, et ce redressement forcé et soudain peut amener la fracture, qui aurait lieu dans ce cas par cause directe; qu'un homme se trouve pris entre une voiture et une muraille, de telle façon que le devant et le derrière de la poitrine supportent une pression considérable, la courbure des côtes pourra être portée jusqu'à un degré incompatible avec l'élasticité de l'os, et la fracture se produira sous l'influence d'une cause indirecte. Telle est la manière d'agir de ces deux causes.

Il faut noter que les premières côtes et les dernières se fracturent assez rarement; c'est le plus souvent dans les moyennes qu'on observe des lésions de continuité, et la raison en est simple, les premières sont assez bien protégées par la clavicule, l'omoplate, l'épaule enfin, et les dernières étant, comme on le dit, *flottantes*, offrent peu de prise aux chocs extérieurs, et jouissent en outre d'une élasticité plus considérable que les autres. Cependant on rencontre de ces fractures; le malade que nous venons de citer a eu les côtes supérieures brisées; mais toujours est-il que ce sont, en général, plutôt les côtes qui occupent la région moyenne que les premières ou les dernières qui sont exposées aux conséquences des chocs extérieurs.

Selon que la cause agissaute aura porté directement ou indirectement, son action pour opérer le brisement de l'os, et les complications auxqnelles sera exposé le malade seront différentes; ainsi, l'observation et la théorie démontrent que les causes directes produisent plus spécialement l'emphysème, la pneumonie, l'épanchement, le pneumo-thorax, conséquences du redressement forcé de l'arc osseux sous l'effort d'une puissance quelconque portant toute entière sur un même point; au contraire, lorsque sous l'iufluence d'une cause indirecte, les parois thoraciques tendront à marcher l'une vers l'autre; ou en d'autres termes, quand la partie antérieure de la poitrine sera sollicitée à se rapprocher de la partie postérieure au point de produire la fracture; on aura plutôt à redouter une déchirure du cœur, des gros vaisseaux, ou une blessure quelconque de ces organes, qui se trouvent précisément dans un espace tendant d'autant plus à s'amoindrir, que les parois tendront davantage à se rapprocher. Nous disons quand la paroi antérieure se rapprochera de la postérieure, parce que c'est là ce qui arrive le plus communément; cependant le contraire a lieu aussi quelquefois.

Non-seulement on doit diviser les fractures des côtes selon la cause qui les produit, mais on peut encore les distinguer selon leur degré de simplicité ou de complication. Ainsi parmi les fractures simples, on rangera les fractures qui ne porterout que sur un seul os, et qui ne seront point accompagnées des lésions diverses que nous avons énumérées : on placera encore dans cette classe celles qui, bien que comprenant plusieurs côtes, ne donneront lieu ni à une blessure du poumon, ni à une déchirure des vaisseaux, etc. Les fractures compliquées présentent aussi plusieurs catégories, qui peuvent elles-mêmes être divisées en un assez grand nombre de variétés. D'abord les fractures comminutives, c'est-à-dire celles dans lesquelles la côte sera brisée en plusieurs endroits, et l'on comprend que pour celles-ci, il pourra se présenter des variétés, selon que la même côte sera fracturée en plusieurs points, ou que plusieurs côtes seront brisées en des endroits divers, et les différentes combinaisons que l'esprit peut entrevoir. Après les fractures comminutives, viennent celles dont la complication est l'emphysème; c'est principalement quand la cause a agi directement que l'on rencontre l'infiltration de l'air; pour peu, en effet, qu'un fragment ait pénétré dans le poumon et que quelques cellules aient été ouvertes, on voit survenir l'emphysème; et bien qu'on ait dit que cela n'avait lieu que quand l'air s'épanchait dans une cavité formée par une pleurésie précédente, qu'autrement il survenait un pneumo-thorax, M. Velpeau pense que cela peut s'observer sans adhérences pleurétiques antérieures.

Au nombre des complications qui accompagnent les fractures par cause indirecte, on pourrait encore ranger l'emphysème; mais cet accident est plus rare après ces sortes de fractures qu'à la suite des précédentes; on observe plutôt le pneumo-thorax, et, selon M. Velpeau, cela tiendrait au défaut de parallélisme qui existe ordinairement entre les diverses déchirures, quand la cause qui les a produites a agi indirectement: l'air est alors retenu dans la cavité de la plèvre. Cependant, il est vrai que l'on rencontre et l'emphysème et le pneumo-thorax à la fois, consécutivement aux fractures de côtes par cause indirecte. Après l'emphysème, une complication qui se présente aussi souvent que lui, peut-être, c'est la déchirure du poumon; grave accident, non par lui-même, car il ne porte pas atteinte à la vie du malade, mais par les suites qu'il peut entraîner. Cette déchirure est, pour ainsi dire, une porte par laquelle vont pouvoir entrer une série d'accidents fâcheux, conséquences du premier. L'inflammation s'emparera, peut-être, de la portion de poumon déchiré. Si cette inflammation est limitée, les choses se passeront bien; mais si elle devient le noyau d'une pneumonie, on comprend combien de gravité acquiert sur-le-champ cette complication. Il se peut encore qu'il se forme du pus. Cette déchirure deviendra donc l'origine d'un empyème. Elle peut donner lieu à une pleurésie et à ses suites; elle peut être la cause d'un hémothorax ou épanchement de sang dans la poitrine, et c'est là, sans aucun doute, quelque chose de fort grave.

Quant aux ruptures ou déchirures des autres organes, le cœur, les gros vaisseaux, les bronches, la trachée-artère, etc., comme le malade ne survit pas ordinairement, il n'est pas nécessaire de s'en occuper; pourtant il est utile de savoir que ces divers accideuts ne peuvent pas être occasionnés par toutes les fractures de côtes. Si on peut les observer, ainsi que l'anatomie l'indique, dans les lésions de continuité des côtes supérieures, il n'en est pas de même pour les trois ou quatre dernières; elles ne peuvent devenir la cause ni de l'emphysème, ni des lésions du cœur et des gros vaisseaux, puisque ni le poumon, ni les autres organes ne descendent jusque-là. Il est bien vrai qu'on peut rencontrer l'emphysème après les fractures des dernières côtes; mais il faudrait bien se garder de penser, sous peine de commettre une grave erreur, que cet emphysème soit dû alors à une lésion du parenchyme pulmonaire. L'épanchement d'air, dans ce cas, est très probablement fourni par une lésion du tube intestinal, et il ne faut pas ignorer quelle immense différence doit exister entre le pronostic de cet accident et celui qu'on peut porter sur l'emphysème produit par une déchirure du poumon. La lésion d'une portion du tube intestinal est en effet promptement mortelle.

Il va sans dire que, selon le point du tronc auquel correspondra la fracture des côtes, tel ou tel organe sera plus ou moius susceptible d'être lésé. Dans les six dernières côtes droites, par exemple, la blessure du foie sera plus à craindre que partout ailleurs. Sans doute, le poumon pourra aussi être atteint, mais il arrivera souvent qu'il fuira, pour ainsi dire, au-devant du fragment prêt à l'entamer; tandis que le foie, si dense, si concret, si fragile, se laissera mieux pénétrer. Ce que nous disons à droite pour le foie, sera vrai à gauche pour la rate; en général, du lieu occupé par la fracture pourront surgir des lumières propres à faciliter le diagnostic. Nous pouvons dire, en résumant, que ces fractures méritent toute l'attention du praticien pour bien distinguer les cas qui présenteront de vrais dangers, de ceux qui permettront un pronostic favorable. Quant à la gravité de l'emphysème comme complication des fractures des côtes, elle n'est pas extrême; c'est mécaniquement, plus que toute outre manière, que cet accident apporte obstacle aux fonctions des organes. Le n° 18, cet homme qui nous a été apporté avec un emphysème, des signes d'écrasement du thorax, une fracture de clavicule et des côtes, est un exemple de cette assertion. D'ailleurs, et c'est une questiou agitée en ce moment, ce n'est pas par sa nature que l'air introduit dans nos organes devient un irritant redoutable. Il y a autre chose là-dessous que nous ne connaissons pas encore; mais certainement, ce n'est pas par sa composition seule que le fluide atmosphérique agit sur les plaies. Le pneumo-thorax disparaît aussi assez facilement au bout de huit à quinze jours; du reste, la ponction de la poitrine avec un troisquart est une opération qui ne nous paraît pas avoir de grands dangers dans ce cas.

Les bandages qu'on a imaginés pour le traitement des fractures de côtes, se divisent en deux catégories. Dans la première, il faut ranger toutes les machines qui, certainement, sont plus nuisibles qu'utiles. Les appareils de la seconde espèce devront être distingués en deux genres, selon que les fragments feront ou non saillie à l'extérieur. Dans les fractures avec saillie des fragments, on applique des linges pliés, des compresses multiples, puis un bandage de corps qui comprime la poitrine avec une force suffisante pour que la respiration s'exécute par le diaphragme. Quand il n'y a pas de saillie des fragments en dehors, un simple bandage de corps est tout ce dont il est besoin; c'est un appareil simple et suffisant, et les malades guérissent parfaitement en n'employant rien autre chose.

Le n° 18, qui sort aujourdhui (24 mars), avait été pressé entre deux voitures, et il présentait, comme nous l'avons dit, une fracture de la clavicule, des côtes, etc. Ces fractures sont guéries; seulement il sort avec la clavicule dans un état assez singulier; il y a un croisement de quatre à cinq centimètres, et l'os, dans sa totalité, n'offre qu'un raccourcissement d'un centimètre à peu près, ce qui est tout à fait incompréhensible, il faut que l'os ait été brisé très obliquement, ce qui donne aux fragments l'apparence d'une position qu'ils n'ont probablement pas. Mais revenons aux fractures des côtes et à leur traitement.

Un chirurgien de Paris a pensé que dans ces fractures les fragments tendaient sans cesse à déchirer les tissus pulmonaires, et il a appliqué, pour y remédier, un monceau de compresses graduées, de manière à repousser ces fragments le plus possible, et à éviter la lésion que, selon lui, ils ne manqueraient pas de produire. Nous pensons que cela est inutile, et même nuisible. Ce chirurgien est resté avec la pensée, fausse selon nous, que les fractures des côtes étaient très dangereuses; et, partant de ce point, il en a critiqué tous les traitements connus, et a émis l'opinion qu'ils devaient varier selon l'espèce. Nous avons vu réussir celui dont on se sert à la Charité.

Fractures de l'humérus. — On divise les fractures de l'humérus en trois classes principales :

1° Les fractures du corps de l'os;

2° Les fractures du col, qui se subdivisent en deux genres, les fractures du col anatomique, les fractures du col chirurgical;

3° Les fractures de l'extrémité inférieure de l'os.

Les fractures du corps sont, de toutes les espèces, la plus

Sur la troisième question : *Le poison existait-il dans la masse intestinale recueillie dans le bocal n° 3 ?*

Oui, il existe dans ces intestins, et, de plus, on a extrait de l'arsenic de l'un des reins, de la vessie et de la rate du cadavre.

A l'appui de ces réponses, se trouvent diverses assiettes de porcelaine contenant des taches arsenicales, et deux tubes de verre dans lesquels ont été recueillies des portions d'arsenic métallique qui s'y sont condensées sous forme d'anneaux.

Les experts ayant eu, d'ailleurs, la précaution de réserver une partie des pièces de conviction, telles que le foie, et une portion de la rate, de l'estomac et des intestins de la victime, M. le président a ordonné que pendant les débats, ces diverses matières seraient soumises à une nouvelle analyse, et il a nommé à cet effet, pour assister les trois premiers experts de Marseille, MM. Garcin, pharmacien, et Coquard, professeur de Géologie et de chimie à Aix. Il est résulté de cette nouvelle expérimentation, qu'il a été trouvé dans les matières soumises à l'analyse une grande quantité d'arsenic, et que, d'après la conviction profonde des experts, Claude Barbe est mort par suite de l'ingestion de ce poison.

A la suite du réquisitoire de M. l'avocat-général et de la plaidoirie de MM. Cohen et Tardif, chargés de la défense, l'un des trois accusés, le nommé Tissot, cabaretier à Marseille et beau-père de Claude Barbe, a été déclaré non coupable; mais les deux autres, la femme Tissot et sa fille, la veuve Barbe, sage-femme à Marseille, ont été déclarées coupables d'empoisonnement, l'une sur la personne de son mari, l'autre sur la personne de son gendre, avec des circonstances atténuantes, et toutes deux ont été condamnées aux travaux forcés à perpétuité et à l'exposition.

IV. *Accusation d'assassinat.*

Le 5 novembre dernier, vers dix heures du soir, M. Monglset, propriétaire du Mouliu de Madame, sur le Lot, à environ vingt minutes en aval du pout de Villeneuve-d'Agen, s'aperçut que l'une des meules tournait plus lentement que de coutume; il força le moteur en donnant plus d'eau, et la meule tournait toujours lentement. Il pensa que quelque corps étranger devait s'être introduit dans la cuve qui renferme le rouet, et il donna aussitôt l'ordre d'en faire la visite le lendemain matin. La cuve fut en effet visitée, et on y trouva un cadavre que l'on sut être celui d'un sieur Etienne Daubert, débitant de tabac à Villeneuve, qui avait disparu la veille de son domicile vers huit heures du soir.

Dès que l'autorité judiciaire fut informée de cet événement, elle chargea deux médecins de procéder à l'autopsie, afin de rechercher quelle pouvait être la cause de cette mort violente. Les hommes de l'art trouvèrent le cadavre dans un état horrible. Tout le côté gauche était affreusement mutilé; la cuisse et le bras gauche avaient été emportés; les cavités abdominale et thoracique étaient ouvertes, et laissaient les viscères à nu. Toutes ces lésions, d'ailleurs pâles et exemptes d'ecchymoses, avaient évidemment été produites par le mouvement des roues du moulin. Ce n'était pas dans ces mutilations qu'on pouvait rechercher si la mort de Daubert était le résultat d'un crime. Mais les médecins remarquèrent une autre lésion qui fixa spécialement leur attention : c'était une large ecchymose, sans altération de la peau, s'étendant depuis la partie supérieure de la tête jusque sur les deux yeux, et ayant occasionné un gonflement énorme des deux paupières, surtout de la droite. Toute cette partie, disséquée avec soin, présentait partout du sang extravasé et coagulé dans le tissu cellulaire par couches plus ou moins épaisses, et qu'un lavage à grande eau ne pouvait faire disparaître. A ces divers caractères, les médecins reconnurent d'une manière à peu près certaine que cette plaie avait dû être faite par un instrument contondant, un quart d'heure avant la cessation de la vie.

L'existence de cette large ecchymose, dit l'acte d'accusation, écartait toute idée de suicide; comment admettre, en effet, que Daubert se fût frappé lui-même avec tant de violence à l'aide d'un corps contondant ? D'un autre côté, on ne pouvait attribuer cette contusion à un choc que Daubert aurait reçu en tombant dans la rivière, par la rencontre d'un objet quelconque; car, dans ce cas, la submersion et l'asphyxie ayant eu lieu presque immédiatement, auraient empêché le développement de l'ecchymose.

D'autres circonstances, d'ailleurs, paraissant rendre impossible la supposition d'un suicide, on ne vit dans le fait dont il s'agit qu'un assassinat, et trois personnes furent mises en prévention, un lieutenant-colonel de don Carlos et deux femmes.

Mais, lors des débats ouverts devant la Cour d'assises d'Agen, les détails furent bien loin de justifier l'accusation dans ses diverses parties; car le premier devoir de l'accusation était d'établir le corps du délit, et cette première justification n'a pu être faite complétement : les deux médecins qui avaient procédé à l'autopsie du cadavre, n'ont pas, dans leur déposition orale, été d'accord sur la nature et les causes de la mort de la victime. L'un disait que l'ecchymose remarquée à la partie supérieure de la tête avait dû être faite à l'air libre, et qu'il était impossible, à raison de son étendue, de la disposition et de la coagulation du sang dans le tissu cellulaire, qu'elle eût été produite dans l'eau. L'autre, moins explicite, bien moins absolu, disait au contraire qu'il n'était pas impossible que l'ecchymose se fût produite dans l'eau. Ainsi, selon ce dernier, Daubert aurait pu se jeter du haut du pont dans la rivière et rencontrer dans sa chute un corps dur, se frapper à la tête et donner lieu à l'ecchymose : le suicide était donc possible. Deux autres médecins de la ville, entendus en vertu du pouvoir discrétionnaire, ont adopté cette dernière opinion. Ainsi, sur quatre hommes de l'art, un seul pensait qu'il y avait plus de probabilités pour le crime que pour le suicide ou la mort par accident. Selon les trois autres, il y avait doute profond et autant de probabilités d'une part que d'autre.

D'après la science, le corps du délit n'était donc pas justifié; il n'était pas constant qu'il y eût crime, et par conséquent il pouvait y avoir suicide. Les dépositions des témoins sont en outre venues en aide à cette supposition, et, après les plaidoyers des défenseurs, le jury a prononcé un verdict d'acquittement.

§ II. POLICE MÉDICALE.

Somnambulisme magnétique et exercice illégal de la médecine.

Il y a quelque temps, une demoiselle Lecomte mourut à la suite d'une courte maladie. Averti de sa mort et de la nature des moyens curatifs mis en usage pendant la maladie, le commissaire de police du quartier se transporta au domicile de la défunte, et fit une perquisition qui amena la découverte d'une ordonnance écrite par une dame Dignet, dont le mari est graveur, et qui lui avait été signalée comme exerçant illégalement la médecine à l'aide du somnambulisme magnétique. Une instruction eut lieu, et se termina par une ordonnance qui renvoya devant le tribunal de police correctionnelle de la Seine les époux Dignet et M. D..., docteur en médecine, chargé de signer les consultations données par la somnambule.

A l'audience, la prévention a été soutenue par M. Mahon, avocat du roi, même contre M. D..., bien que ce dernier fût pourvu d'un diplôme, et eût par conséquent le droit d'exercer la médecine sans pouvoir être taxé d'illégalité dans l'exercice de cet art. Mais le tribunal, après en avoir délibéré, a renvoyé le docteur D... des fins de la plainte, et a condamné les époux Dignet chacun à quinze francs d'amende et aux dépens.

La chambre des pairs a discuté dans sa dernière séance un projet de loi qui intéresse le public médical. Le gouvernement avait proposé et la chambre a adopté un article par lequel à l'avenir les inventions pharmaceutiques et les remèdes secrets ne sont plus susceptibles de brevets d'invention.

Cette disposition met en harmonie la législation qui régit les remèdes secrets et évitera à l'avenir les conflits qui s'élevaient souvent à cette occasion.

simple; elles ont ordinairement lieu en travers, rarement elles sont obliques, sont suivies de peu de déplacement et presque jamais de difformité. Ce qu'on voit le plus communément dans ces fractures, c'est un déplacement quant à l'axe de l'os; mais alors même que les fragments présenteraient une obliquité considérable, le chevauchement n'en serait pas moins peu marqué, la position et le poids du membre neutralisant en partie l'action musculaire, tout se réunit donc pour que, dans tous les cas, le déplacement selon la longueur du membre, ne soit pas étendu. La fracture du corps de l'humérus est facile à reconnaître, et généralement peu grave quand elle n'est pas accompagnée de plaie ou d'autres complications.

Le traitement est aussi des plus simples; un bandage roulé est appliqué sur le bras, depuis les doigts jusqu'à la partie supérieure, et terminé par un spica sur l'épaule; quatre attelles sont ordinairement placées sur les quatre faces du membre, puis un bandage roulé et une écharpe complètent l'appareil. Ce bandage est certainement bon, mais il a cependant l'inconvénient d'être fatigant et peu solide; il se dérange souvent, et il faut alors le renouveler. Celui qu'on emploie à la Charité consiste en un bandage roulé comme précédemment; mais M. Velpeau place ensuite deux attelles de carton, et après avoir fait mettre un coussin sous l'épaule, il applique une bande dextrinée par dessus le tout. Le malade reste l'espace d'un mois à quarante jours dans cet appareil, qui a l'avantage de ne pouvoir se relâcher. Les bandages mécaniques sont encore ici complètement inusités.

Il n'est pas nécessaire, du reste, d'insister davantage sur cette fracture ni sur son traitement, qui est d'une extrême simplicité. Il s'en faut qu'il en soit de même des fractures du col et de l'extrémité inférieure de l'humérus, dont nous allons nous occuper maintenant.

Fractures du col de l'humérus. — Comme nous l'avons dit en commençant l'histoire des fractures de l'humérus, on divise les fractures du col en deux variétés, selon qu'elles ont leur siége au col anatomique ou au col chirurgical. Celles du col anatomique sont, il faut l'avouer, assez difficiles à comprendre. On se demande s'il est possible que la tête puisse se séparer de la diaphyse de l'os; ce doute est d'autant mieux fondé qu'on a été long-temps à en trouver des exemples; car ces fractures sont rares; mais aujourd'hui des faits ne permettent plus la moindre hésitation à cet égard; on a rencontré ces sortes de fractures chez des vieillards, chez des sujets détériorés par des maladies antérieures, telles que le scorbut, la syphilis, des affections générales, en un mot; ces fractures ne sont pas fréquentes cependant, et elles sont le plus souvent difficiles à constater, surtout si l'on prend pour guides les signes qu'on en donne dans les livres ou les articles classiques, signes qui sont généralement fautifs.

Ainsi, on a avancé que le fragment inférieur est déplacé en dedans, tandis que le fragment supérieur est déplacé en dehors; d'autres disent précisément le contraire; mais tout cela n'est évidemment pas exact, puisque dans un assez grand nombre de cas, il n'y a pas du tout de déplacement.

L'on comprend, en effet, assez mal comment ces fractures, qui ont lieu dans la capsule de l'articulation peuvent être suivies d'un dérangement quelconque entre les fragments; d'ailleurs, comme c'est toujours au corps même de l'os que s'insèrent les muscles, la fracture n'exerce véritablement aucune influence dont il puisse résulter une puissance plus considérable d'un côté, moins forte d'un autre, qui solliciterait les fragments à se porter dans telle ou telle direction. A proprement parler, la fracture du col anatomique ne change presque rien aux rapports réciproques des organes qui entourent l'articulation.

M. Velpeau a vu deux cas de fracture du col anatomique de l'humérus, l'un qui n'a laissé aucun doute, puisqu'on fit l'autopsie du sujet, l'autre qui fut suivi de guérison, moins certain par conséquent, mais dans lequel on observa tous les signes qui peuvent faire penser à une fracture de cette espèce. Dans ces deux cas, il n'y avait pas de déplacement, ce qui fit penser à quelques personnes que la maladie n'était autre chose qu'une érosion des cartilages inter-articulaires; d'autres eurent l'idée d'une luxation; ces deux cas présentèrent des caractères assez identiques, et dans l'un on trouva la tête de l'os séparée du corps. Nous avons dit que ces fractures étaient rares, et il est vraiment fort heureux qu'il en soit ainsi, car nous ne pensons pas qu'il y ait d'exemple authentique de leur consolidation.

Si l'on réfléchit à ce qui se passe dans les fractures intra-capsulaires au fémur, où la consolidation paraît déjà impossible, on comprend difficilement qu'elle puisse survenir à l'humérus. La tête du fémur possède encore quelques liens qui la rattachent aux parties environnantes, le ligament rond est encore un point de contact, de communication, entre le tissu osseux et le tissu intra-capsulaire; mais à l'humérus il n'y a rien d'analogue, la tête humérale est parfaitement libre dans la cavité qui la loge, et le fragment supérieur de l'os, après la fracture, devient un véritable corps étranger dans l'intérieur de l'articulation; c'est une portion osseuse transformée en masse inerte du moment où elle est séparée du corps de l'humérus. Comment après cela comprendre la consolidation? Cependant les malades ont presque toujours guéri à la suite des fractures du col anatomique. On a donné à ceci une explication ingénieuse et que l'observation vient confirmer. On a dit que le fragment osseux, devenu corps étranger, se laisse creuser par la portion supérieure de l'humérus avec laquelle il est en contact, de manière à être transformé au bout d'un certain temps en une espèce de capsule, de calotte, emboîtant l'extrémité humérale, comme une seconde cavité glénoïde. Nous disons que l'observation vient confirmer cette théorie, car sur le malade observé par M. Velpeau, et qui succomba, on observa le travail dont nous parlons; il fut facile de voir que la tête avait été creusée, et que l'humérus, si le malade eût vécu, aurait fini par se constituer là une sorte de cavité articulaire.

Le traitement de ces fractures est encore très simple. Nous avons vu qu'il n'y avait presque pas de déplacement; l'indication à remplir est donc de faire garder au membre une immobilité complète, ce qu'on obtient au moyen d'un bandage inamovible. Peu à peu on permet l'usage des mouvements qui ordinairement finissent par revenir en grande partie. Nous le répétons, cette fracture est du reste très rare.

Il n'en est pas de même de la fracture du col chirurgical de l'humérus, qui est fréquente et mérite par conséquent d'être étudiée avec soin. Le col chirurgical comprend, comme on le sait, depuis la tête cartilagineuse de l'os jusqu'à l'insertion des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, et même, pour quelques personnes, il s'étend jusqu'à l'insertion deltoïdienne. C'est donc dans cet espace que se produit la fracture dont nous nous occupons. Comme les précédentes, elle reconnaît, quant à son étiologie, des causes directes, indirectes, et de plus qu'elles une troisième espèce de cause qu'on trouve dans l'action musculaire.

La réalité de cette dernière cause de fracture a été révoquée complètement par quelques chirurgiens, mise en doute par quelques autres; mais les exemples en sont assez nombreux aujourd'hui pour qu'il ne soit plus permis de ne pas les admettre.

M. Velpeau en a vu, pour sa part, quatre à cinq exemples. L'un concernait un individu qui s'était fracturé en lançant une pierre avec force, une autre personne en jouant à la raquette, un troisième avait pour sujet un militaire qui se cassa le bras en donnant un soufflet à un de ses camarades qui lui avait fait une injure; un autre encore, c'était un ménuisier, à Tours, auquel pareille chose arriva en lançant un coup de bâton qui frappa l'air seulement, l'adversaire l'ayant évité; enfin M. Velpeau eut encore l'occasion de constater l'influence de cette cause chez une fraîche et forte fille qui voulut retenir la corde d'un puits qu'un sceau plein d'eau entraînait. Les chirurgiens qui n'admettent pas que la contraction musculaire puisse devenir la cause productrice de la fracture du col huméral, opposent à ces faits cette raison, à savoir : que les sujets chez lesquels cela a pu être observé, portaient une maladie des os. Il est vrai qu'une affection générale existait chez quelques-uns de ces individus, l'un offrait la cachexie cancéreuse, l'autre un ensemble de symptômes scorbutiques et un autre encore, une femme, portait un cancer; mais le menuisier et la fille étaient d'une excellente constitution et d'une santé parfaite, tellement excellente qu'ils guérirent parfaitement tous deux. Il est donc important, dans l'appréciation de la contraction musculaire, comme cause de fracture, de tenir compte des maladies générales dont peuvent être atteints les sujets présentant des fractures qu'on peut attribuer à cette cause.

Nous étudierons prochainement les signes, le pronostic et le traitement des fractures du col chirurgical.

Dr PAJOT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

La discussion sur la liste de présentation des candidats au fauteuil de Larrey, a été close lundi dernier. Les débats ont été très animés, des interpellations très vives oot été adressées à plusieurs membres de la section de médecine.

Nous ne donnerons aucun détail sur ces faits. Lundi prochain, nous l'espérons, la nomination mettra fin à ces luttes infiniment trop prolongées, et dans lesquelles l'amour-propre et la jalousie ont dépassé toutes les limites du possible.

NOUVEL APPAREIL ELECTRO-MEDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotioos sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.* R.

La dix-huitième livraison du *Compendium de Médecine Pratique*, de MM. Monneret et Fleury, vient d'être mise en vente chez l'éditeur. Parmi les articles que renferme cette importante publication, on remarque particulièrement ceux qui traitent de l'inflammation, des fièvres intermittentes et des maladies produites par les insectes. Il suffit de citer ces articles pour faire comprendre tout l'intérêt qui se rattache à l'ouvrage que nous annonçons.

Le succès obtenu par le baume résolutif de Deibl, pharmacien, rue du Temple, 50, prouve de la manière la plus incontestable combien ce médicament est efficace dans le traitement de la goutte et des douleurs rhumatismales; aussi nous ne saurions trop le recommander au public.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 55, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 10 MAI 1843.

Etrange séance à laquelle nous avons assisté hier mardi à l'Académie de médecine! Et que ce qui s'y est dit bien propre à réveiller parmi nous l'esprit de concorde et les sentiments de dignité! Il s'agissait de la patente des médecins; M. Gerdy, au nom de la commission nommée dans la dernière séance sur sa proposition, est venu annoncer qu'une majorité de quatre sur sept avait déclaré qu'elle trouvait convenable et opportune une pétition de la part de l'Académie en faveur de la suppression de la patente. Pour abréger les choses et pour que cette pétition arrivât en temps utile, elle proposait en outre que le bureau réuni à une commission spéciale nommée *illicò*, se chargeât du soin de rédiger, de discuter et de faire parvenir cette pétition à qui de droit.

Ce projet était simple, facile, avait l'immense avantage d'économiser le temps de l'Académie, et de lui éviter une discussion oiseuse. En outre, c'était une démarche directe, une intervention marquée de l'Académie dans une question toute d'actualité et pour laquelle cette intervention pouvait être éminemment utile. Aussi l'Académie l'a-t-elle rejeté après une discussion des plus pénibles, dans laquelle les principes les plus étranges ont été professés; aussi l'Académie indécise, égarée dans cette discussion sans élévation et sans portée, a-t-elle fait passer à l'ordre du jour qui, du reste, équivalait à peu près à la mesure étroite et mesquine qu'elle a adoptée, espèce de faux-fuyant normand qui ne dit ni oui ni non, véritable mesure de *juste-milieu* qui n'engage personne, ni l'Académie comme corps, ni les académiciens comme individus.

La meilleure part de ce triomphe revient de droit à M. Royer-Collard, au discours duquel nous avons cherché à conserver dans notre compte-rendu toute sa force et toute sa puissance. Ce jeune médecin, arrivé par un concours de circonstances aussi heureuses qu'inouïes à un des postes les plus éminents de notre profession, ce professeur qui perçoit par an dix mille francs sur le budget et *qui ne paie pas patente*, ne peut pas comprendre comment ses nombreux et très nombreux confrères élèvent des récriminations contre l'impôt. Est-ce par dignité? Mais qui pourrait se sentir humilié de payer une patente que paient des députés, des pairs de France, des ministres? Les médecins réclament pour eux des droits politiques; la patente peut les leur octroyer, et ils récriminent contre elle! C'est intolérable, c'est illibéral, c'est aristocratique.

Voilà en quelques mots la substance de ce discours étrange, qui a trouvé faveur auprès d'un certain nombre d'académiciens.

Le croira-t-on? Personne ne s'est rencontré à l'Académie pour répondre à cette excentrique argumentation, ou du moins pour y répondre d'une manière convenable. Personne pour lui dire qu'il s'agit moins ici d'une question de dignité, que d'une question de justice; que si le député, le pair, le ministre paient patente, c'est qu'ils font un commerce si lucratif que ce commerce les a placés dans la position élevée qu'ils occupent, que la patente est l'impôt du commerce et de l'industrie; que la médecine n'est ni un commerce, ni une industrie, que c'est un art libéral, et que seule de tous les arts libéraux elle est soumise à cet impôt.

Personne pour lui dire, à lui, M. Royer-Collard, auteur d'une proposition qui tend à convertir l'Académie en un parquet de procureur du roi, et en conseil de discipline: que c'est précisément cette assimilation faite par la loi entre la médecine et le commerce, qui jette tant de nos confrères dans une voie dont gémissent l'honneur et la dignité de notre profession; que le jeune médecin, au début de sa carrière, frappé d'un impôt exorbitant qu'il ne peut payer avec les seules ressources de son art, est souvent obligé de faire de son art un commerce, de sa profession une industrie dans le mauvais sens du mot; que c'est le fisc qui fait un grand nombre de charlatans; que c'est le fisc qui rend improbes quelques médecins.

Personne pour lui dire: Mollement assis sur votre chaise professorale, vivant, grâce au budget, d'une vie de plaisir et de luxe, vous n'avez nul souci, nulle pitié de l'immense majorité de vos confrères de la ville et de la campagne, à qui leur profession rapporte à peine de quoi vivre décemment, à qui le fisc enlève souvent ce qui serait nécessaire à leur famille. Eloigné d'eux, vivant loin de leurs habitudes, de leurs mœurs, de leurs souffrances, il vous est permis peut-être de les ignorer, mais il ne vous était pas permis de les ridiculiser.

Personne enfin pour lui dire: Les droits politiques que réclament les médecins, ils n'ont jamais entendu les obtenir ou les acheter par une question d'argent. Plus libéraux, moins aristocratiques que vous, c'est en invoquant le principe de la capacité, de l'intelligence, seul principe vraiment démocratique, qu'ils ont demandé leur admission à l'exercice de ces droits que leurs lumières, leur connaissance du cœur humain, de ses erreurs et de ses faiblesses, les rendent plus aptes à remplir que qui que ce soit parmi les patentés.

Soyons justes, néanmoins; MM. Velpeau et Londe ont, par quelques paroles fort sensées, ramené la discussion sur son terrain véritable. Mais aussitôt M. Adelon est venu en aide à M. Royer-Collard, en soutenant d'abord que l'Académie n'avait pas le droit de s'occuper de ce sujet. Nous ne savions pas que l'Académie eût été mise hors la Charte, qui dit positivement que tout individu a le droit d'adresser une pétition aux chambres. M. Velpeau avait vainement cité l'exemple des autres sociétés médicales de France; l'exemple bien plus concluant et plus direct de l'Académie de médecine de Bruxelles, qui en pareille circonstance a vu son intervention couronnée de succès. M. Adelon a été sourd, et ne voyant pas dans le réglement un article positif à ce sujet, il a demandé bravement l'ordre du jour.

Hélas! il faut le dire, cette motion a été appuyée par une minorité assez nombreuse. C'est à désespérer de l'Académie de médecine. Enfin, en désespoir de cause, cette minorité s'est rejetée sur le faux-fuyant dont nous parlions plus haut, et cette intervention de l'Académie qui promettait d'être solennelle et efficace, se bornera à ceci: Le bureau sera chargé d'écrire au ministre pour le prier de mettre sous les yeux de qui de droit l'opinion de l'Académie sur la patente exposée dans le rapport de M. Double, discuté et adopté il y a sept ou huit ans.

Voilà comment s'est terminée cette discussion dans laquelle l'Académie, pour la première fois, pouvait honorablement témoigner de sa sympathie pour les intérêts du corps médical. Cette solution nous afflige sans nous étonner; il y a long-temps que nous savons le compte qu'on doit faire de la plupart de ces égoïstes et de ces indifférents qui se trouvent malheureusement placés à la tête de nos institutions.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Pleuro-pneumonies aiguës. — Quelques réflexions sur le diagnostic de cette affection dans l'enfance. — Emploi du kermès.

Première observation. — Au n° 5 de la salle Saint-Jean est couché le nommé Edouard W..., âgé de quatre ans, d'une assez forte constitution.

Cet enfant, entré aux teigneux le 3 janvier de cette année, en est sorti le 30 mars pour passer dans le service des maladies aiguës, pour se faire traiter d'une affection intercurrente contractée pendant son séjour dans l'hôpital.

Il y a trois ou quatre jours, sans cause apparente, l'âge du malade d'ailleurs s'opposant à ce que l'on puisse obtenir les moindres renseignements, il commença à tousser assez fréquemment, surtout le soir et pendant la nuit. Il se plaignait d'une douleur dans la poitrine, vers la partie externe du côté droit; en même temps, chaleur brûlante de la peau. Pas de crachats. Ces symptômes ne s'étant pas amendés sous l'influence des boissons gommeuses, on le fit entrer dans le service de M. Guersant, et voici l'état qu'il présentait le 1er avril:

Visage animé, pommettes colorées; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage. L'enfant se plaint presque continuellement; interrogé s'il a mal quelque part, il indique la partie externe du côté droit de la poitrine. Toux assez fréquente, sans expectoration; pouls fréquent, à 124, assez développé pour l'âge du sujet; peau chaude, sudorale; langue humide, blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe. Il y a eu quelques vomissements bilieux pendant la nuit, et ce matin.

Résonnance bonne partout en avant, des deux côtés; en arrière, résonnance bonne ainsi que la respiration, dans toute l'étendue du poumon gauche. Quelques bulles de râle muqueux ou sous-crépitant tout à fait en bas.

A droite, résonnance beaucoup plus faible dans les deux tiers inférieurs, où la respiration est accompagnée de râle crépitant bien distinct, à bulles fines, sans souffle; les bulles sont plus grosses et plus humides vers la base du poumon. Au niveau de l'épine de l'omoplate, matité complète; absence de respiration, qui est remplacée par du souffle bronchique. Cinq ventouses scarifiées sur le côté droit du thorax, en arrière; mauve sucrée; julep gom. avec kermès, 0,05; diète.

Le 3 avril, résonnance toujours bonne en arrière à gauche. La respiration est accompagnée en haut de râle sibilant; quelques bulles de râle muqueux en bas. A droite, la résonnance est meilleure en haut; le souffle a diminué d'intensité, quoique bien manifeste encore. Persistance du râle crépitant fin depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Mauve sucrée; looch avec kermès, 0,10; pédiluve; diète.

Le 4, mieux. Le pouls est à 104; la respiration moins fréquente; la résonnance est beaucoup meilleure à droite; le souffle a complétement disparu, pour faire place à un râle crépitant, plus marqué à la partie supérieure qu'en bas. Mêmes boissons; looch kermès, 0,10; un bouillon coupé.

Le 6, même état que la surveille. Mauve; looch kermès, 0,05; sinapisme sur le côté droit du thorax; pédiluve sinapisé.

Le 8, de mieux en mieux. Encore quelques bulles de crépitation à droite. Pouls à 84. Looch kermès, 0,10; deux bouillons.

Le 12, l'état du petit malade est tout à fait satisfaisant. Quelques bulles de râle muqueux à la base des deux poumons. Pouls à 80. Pas de toux, si ce n'est à de très rares intervalles. Mauve sucrée; une portion.

L'enfant sort le 16 avril, parfaitement guéri.

Deuxième observation. — Au n° 6 de la salle Saint-Thomas est couché le nommé Aunet, âgé de deux ans et demi, d'une faible constitution, entré le 10 avril 1843.

Cet enfant a été apporté hier à l'hôpital, sans que ses parents aient donné aucun renseignement sur les antécédents de la maladie. On a su seulement qu'il était malade depuis trois ou quatre jours environ, et qu'il avait eu deux ou trois vomissements.

Visage animé; toux assez fréquente, sans expectoration; peau chaude, sèche; résonnance bonne partout, excepté à la partie postérieure du côté droit où elle est plus faible; souffle bronchique vers l'angle inférieur de l'omoplate; râle crépitant à la base du poumon. Mauve sucrée; huit sangsues sur le côté droit de la poitrine, en arrière; pédiluve sinapisé; diète.

Le 11 avril, râle crépitant à la base du poumon droit. Le souffle a peut-être un peu diminué. Pouls à 116-120, petit, peu développé. Mauve; looch oxyde d'antimoine, 1 gramme.

Le 13 avril, persistance du râle crépitant à droite. Le souffle a presque entièrement disparu. Pouls à 112. Peau moins chaude. Respiration facile. Mêmes boissons; looch oxyde blanc d'antimoine, 1 gramme; diète.

Le 15 avril, le souffle a tout à fait disparu; persistance du râle crépitant à droite; toux encore assez fréquente. Vésicatoire à droite en arrière; looch avec kermès, 0,10; diète.

Le 17 avril, mieux sensible; pouls à 100. Le râle crépitant moins intense, quoique bien distinct encore à droite en arrière. Looch kermès, 0,10; mauve sucrée; un bouillon.

Le 20 avril, tout à fait bien. Cependant, on entend encore à la base du poumon droit quelques bulles de râle muqueux fin. Pouls à 88; toux peu fréquente. Deux bouillons. Soupe.

Le looch kermétisé est continué pendant quelques jours encore, après lesquels on le supprime, et l'enfant est mis au huitième d'aliments.

— La pleuro-pneumonie aiguë est loin d'être aussi facile à traiter chez les enfants que chez les adultes, et cela pour plusieurs raisons aisées à concevoir. D'abord, bien que les signes physiques recueillis par l'observation et perceptibles aux sens soient suffisants pour porter un diagnostic et souvent un pronostic, sinon tout à fait infaillible, au moins se rapprochant grandement de la vérité, il n'en est pas moins certain, et l'expérience de tous les jours le prouve, que les renseignements donnés par les malades sur la durée de la maladie, les causes auxquelles ils croient pouvoir rapporter son développement, l'état dans lequel ils se trouvent, la douleur qu'ils éprouvent, etc., sont des plus précieux et souvent indispensables au médecin qui traite la maladie. Dans tous les cas, ils sont toujours extrêmement utiles; eh bien! chez les enfants qui n'ont pas encore atteint un certain âge, ces renseignements manquent tout à fait, et l'on est obligé de s'en passer, ou de s'en rapporter pour quelques-uns, comme la durée de la maladie, aux dires des parents, souvent intéressés à déguiser la négligence qu'ils ont mise à surveiller leurs enfants, ou ignorant en réalité ce qui s'est passé, et depuis combien de temps leurs enfants sont malades.

Une seconde raison qui augmente aussi les difficultés, c'est l'absence d'expectoration. On sait que les enfants au-dessous d'un certain âge ne crachent point, où, si l'on parvient à les faire cracher, ne rendent ordinairement qu'un peu de salive, n'offrant aucun des caractères symptômatiques si importants pour le diagnostic de la maladie qui nous occupe en ce moment. L'absence d'expectoration à la suite de la toux dans la pleuro-pneumonie aiguë, est donc encore un signe dont est privé l'observateur, et l'on sait que dans certaines pneumonies centrales où il n'existe que quelques points d'inflammation du parenchyme pulmonaire éloignés de la circonférence de l'organe, les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation étant fort obscurs, c'est souvent aux crachats que l'on en est réduit pour porter le diagnostic. Or, chez les enfants, cette forme de pneumonie lubulaire, de pneumonie centrale, est plus commune incontestablement que chez l'adulte, et les caractères en sont beaucoup plus difficiles à établir, les sujets ne se prêtant pas docilement, quand on peut leur faire comprendre ce que l'on exige, à faire des inspirations plus amples, plus rapides, à tousser, comme le médecin peut le faire comprendre aux adultes.

Dans les deux observations rapportées ci-dessus, l'absence de renseignements d'une part, et de l'autre l'absence d'ex-

pectoration, ont prouvé la vérité de l'assertion que nous venons d'émettre relativement aux circonstances qui rendent le diagnostic plus difficile.

Quant à la douleur, l'enfant qui fait le sujet de la première de ces deux observations, âgé de quatre ans, put à des interrogatoires répétés, répondre qu'il ressentait une douleur dans le côté droit. L'indication donnée par les enfants dans des cas pareils, doit toujours être néanmoins soumise à un sévère examen; car ils ne sont point capables de distinguer le point de côté proprement dit, la douleur pleurétique, de l'endolorissement général qui survient dans les parois de la poitrine à la suite des quintes de toux violentes et fréquemment répétées; endolorissement général, qui a été si bien décrit par les auteurs anciens dans toutes les maladies accompagnées de toux, par Sydenham, entre autres; par Lieutaud, etc. Il faudra donc, en pareil cas, examiner avec soin si les symptômes locaux fournis par les méthodes physiques d'exploration s'accordent avec le renseignement donné par l'enfant malade; ce que l'on n'a pas manqué de faire dans le fait dont il s'agit ici.

Une autre circonstance, et qui est peut-être plus importante encore que les précédentes, quant à la difficulté du traitement de la pneumonie chez l'enfant, c'est, et la chose est commune à toutes les maladies aiguës de cet âge, que la constitution étant toujours faible et délicate, il est impossible d'opposer à une maladie aussi grave et aussi intense chez l'enfant qu'elle l'est chez l'adulte, un traitement proportionnellement aussi énergique dans le premier âge que dans le second.

Si une expérience de plus de vingt années a démontré de la manière la plus péremptoire que les émissions sanguines, telles que les pratiquait Broussais, ou telles que les pratiquent ses élèves, chacun faisant éprouver à sa méthode de légères modifications, mais respectant le principe fondamental, si disons-nous, une longue expérience a prouvé que les émissions sanguines tant générales que locales sont la meilleure méthode à mettre en usage dans le traitement de la pneumonie aiguë chez l'adulte, on ne peut pas dire qu'il en soit de même pour cette inflammation quand elle se développe chez des enfants auxquels l'on ne pourrait faire subir des pertes de sang assez abondantes et assez multipliées pour enrayer la maladie. On courrait risque, si l'on insistait sur un traitement proportionnellement aussi énergique, d'affaiblir le sujet a un point tel qu'une réaction devînt impossible, et de le faire tomber dans un état adynamique d'où il serait impossible de le tirer ensuite. On a donc dû, comme nous en voyons des exemples dans les deux faits précédents, faire éprouver au traitement de sérieuses modifications, sur lesquelles nous allons bientôt revenir.

Les deux sujets dont nous avons raconté l'histoire, ont présenté des symptômes de cette affection que Stoll désignait sous le nom de *pneumonie bilieuse*, et qui n'est autre chose qu'une forme de la pneumonie compliquée d'un peu d'irritation des voies digestives dans la partie supérieure du tube intestinal. Ces phénomènes ne constituent pas, à vrai dire, une affection particulière; ils ne se rencontrent le plus souvent que dans la pneumonie du côté droit, et la chose s'explique aisément par la propagation de l'inflammation du parenchyme pulmonaire et de la plèvre viscérale avec la plèvre diaphragmatique, et de là au foie, séparé des organes malades par l'épaisseur si peu considérable de la paroi musculaire qui limite les deux grandes cavités séreuses du thorax et de l'abdomen. N'y eût-il que cette raison, et nous avons démontré que chez les enfants elle n'était pas la seule, elle suffirait pour justifier l'emploi des préparations antimoniales, sur lesquelles M. Guersant a insisté ici. En effet, outre l'action presque spécifique, si nous osons nous servir de ce mot, que quelques auteurs reconnaissent à l'antimoine et à ses préparations dans la pneumonie, on doit encore tenir compte de l'action révulsive bien manifeste qu'elles exercent sur le tube digestif. Or, cette révulsion n'est pas moins utile pour la guérison de l'affection principale que pour celle des symptômes secondaires qui viennent la compliquer.

Les préparations antimoniales qui ont été mises en usage, sont l'oxyde blanc d'antimoine et le kermès (ou oxy-sulfure d'antimoine hydraté). Nous parlerons principalement de cette dernière préparation, l'oxyde blanc n'ayant été employé que chez un de nos deux malades et pendant trois jours seulement.

Bien qu'administré par un grand nombre de médecins, le kermès est loin d'être considéré parmi tous ceux qui l'emploient comme un médicament aussi énergique et aussi utile par les uns que par les autres.

Suivant un professeur célèbre de thérapeutique, le kermès ne le cède en rien à l'émétique, et présente même sur ce dernier l'avantage d'être beaucoup moins irritant, de causer bien plus rarement des phlegmasies de la bouche et du pharynx, caractérisées par de petites pustules et des pseudo-membranes blanchâtres, et ces inflammations gastro-intestinales qui ne permetmettent pas toujours de continuer l'usage du tartre stibié aussi long-temps qu'il serait nécessaire pour amener à bien une pneumonie et pour s'opposer à toute récidive.

Selon d'autres auteurs, le kermès n'est qu'un médicament secondaire beaucoup moins actif que l'émétique; il est tout à la fois moins utile et moins dangereux que lui. Pendant son administration, disent-ils encore, on voit les symptômes locaux et généraux suivre le plus ordinairement leur marche propre et s'accroître ou diminuer suivant la période à laquelle est parvenue la phlegmasie. Il est juste de dire que ces auteurs ajoutent avoir vu des cas dans lesquels on n'aurait pu se refuser à admettre une certaine action produite par le kermès à dose un peu élevée.

Dans les deux cas que nous venons de décrire, l'administration du kermès fut suivie de résultats bien manifestes. Dans le premier, le pouls à 124 au moment de l'entrée, n'était plus qu'à 104 quatre jours après, à 80 - 84 le huitième jour. Chez le second, le pouls à 116 le jour de l'entrée, et qui s'était maintenu assez élevé malgré l'oxyde d'antimoine pendant quatre ou cinq jours encore, commença à diminuer manifestement trois ou quatre jours après le moment où l'on commença l'administration du kermès, et tomba à 84-88. Chez le premier de ces deux sujets, on doit tenir compte évidemment de l'émission sanguine locale qui fut pratiquée le jour de l'entrée au moyen de sangsues sur le côté droit de la poitrine.

Sous son influence aussi, le nombre des inspirations diminua sensiblement et les symptômes locaux s'amendèrent d'abord et finirent par disparaître complètement. Aucun accident ne suivit l'emploi de ce remède, ni diarrhée, ni vomissements. Il est vrai de dire que M. Guersant ne l'employa qu'à de faibles doses à la fois; 5 centigrammes le premier jour, 10 centigrammes seulement les jours suivants. Il pense que l'on ne doit pas employer chez les enfants de l'âge de ceux qui font le sujet des deux observations précédentes, le kermès à dose trop forte. On sait qu'il y a des médecins qui le donnent à la dose de 80 centigrammes, et même 1 gramme dans les vingt-quatre heures, dans une potion gommeuse. Nous croyons, avec M. Guersant, qu'il faut être plus prudent dans l'emploi de ce médicament, et qu'il ne faut pas dépasser 15 ou 20 centigrammes chez les enfants au-dessous de 5 ou 6 ans.

Quant à l'époque à laquelle on doit commencer à le donner, M. Guersant pense que l'on doit l'administrer dès le début, concurremment avec l'emploi des émissions sanguines. Ni chez l'un ni chez l'autre on ne fut obligé de l'associer à l'opium. La tolérance s'établit facilement et le kermès ne détermina aucun accident gastrique, ce qui démontre clairement que l'intensité de l'action des antimoniaux n'est pas en raison directe des accidents qu'ils déterminent, et qu'ils ne sont pas d'autant plus utiles qu'ils sont plus difficilement tolérés, comme l'ont dit quelques auteurs.

L'oxyde blanc d'antimoine, dont nous dirons un mot avant de terminer ces réflexions, peut être administré à des doses beaucoup plus fortes que le kermès. Ainsi nous le voyons dans un des faits précédents, administrer à la dose d'un gramme dans les vingt-quatre heures à un enfant de deux ans et demi. On s'accorde généralement à penser maintenant que c'est une des préparations antimoniales dont l'action est la moins marquée et la moins certaine; l'influence de l'oxyde blanc d'antimoine paraît être à peu près nulle sous le pouls, non pas que nous prétendions juger ce médicament sur un seul fait, et on fait dans lequel on ne l'a mis en usage que pendant fort peu de temps; mais l'expérience est venue prouver ce résultat négatif. Les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance, disent en général en avoir retiré peu d'avantages, mais n'avoir non plus jamais remarqué d'accidents à la suite de son emploi.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. MALGAIGNE.

Excision de la cornée.

Au n° 8 de la salle des hommes est couché un malade âgé de trente-sept ans, qui travaillait à une mine. Un jour le feu avait été mis à la poudre, et l'explosion tardait de se faire entendre. Impatient de ce retard, il veut en savoir la cause, s'approche, regarde, et tout à coup l'explosion part, le bloc de pierres éclate avec fracas. En conséquence il perdit l'avant-bras gauche et les deux yeux. L'accident date du 7 juin 1842. L'avant-bras fut amputé et guérit; l'œil droit se vida complètement; l'œil gauche enfin fut un peu moins abîmé.

La cornée de ce côté a été coupée par moitié dans toute son étendue; à cette solution de continuité produite par un éclat de pierre, a succédé une cicatrice qui, sous forme d'une plaque épaisse, opaque, fibreuse et blanchâtre, recouvre toute la partie antérieure de l'œil et se confond, par sa circonférence, avec la sclérotique. A la partie supérieure, la cicatrice, moins épaisse, laisse pénétrer quelques rayons lumineux qui lui permettent plutôt de deviner la lumière que de l'apercevoir; car il ne peut distinguer aucun objet ni même se conduire. L'impression produite par cet œil exposé à la lumière, lui fait éprouver une sensation analogue à celle que nous éprouvons nous-mêmes quand, au jour, la paupière supérieure recouvre le globe oculaire. Quelques faibles qu'ils soient, ces rayons le consolent un peu dans son infortune, comme il le dit lui-même.

Il y a six mois qu'il quitta Avranches et vint à Paris pour subir une opération et recouvrer la vue s'il était possible. Il consulta plusieurs chirurgiens distingués des hôpitaux, et tous lui firent cette désespérante réponse: Il n'y a rien à faire.

C'est alors qu'il retourna dans son pays. Depuis il consulta nombre de médecins anglais, nombre de charlatans; en un mot tous ceux dont on lui vantait le talent.

Ennuyé d'essayer sans aucun avantage toute sorte de remèdes prétendus infaillibles, il résolut de venir à l'hôpital de l'Ecole pour prier qu'on l'opérât. Il entre à cet hôpital le 18 mars 1843.

Le 11 avril, M. Malgaigne se décide à tenter l'ablation de ces taches opaques. A une plaque épaisse et très opaque, il espère en substituer une autre plus mince et moins opaque. On va donc procéder à l'opération.

Le malade est couché sur le lit d'opération, la tête un peu plus élevée que le reste du corps; un aide est chargé de relever avec l'indicateur de la main gauche la paupière supérieure, l'inférieure restant libre. D'autres aides sont chargés de fixer la tête et les membres. A un autre est confié le soin d'étancher avec de petits morceaux d'une éponge très fine le peu de sang qui doit s'écouler.

Alors le chirurgien, placé au côté droit du malade, saisit de la main gauche une petite érigne très fine, l'enfonce dans la partie de la cicatrice située au-dessous du point par lequel le malade perçoit quelques rayons de lumière; puis, la main droite armée d'un ténotome, il incise légèrement la membrane de cicatrice. Un vaisseau assez développé et situé à la partie interne, laisse écouler quelques gouttelettes de sang; on les étanche avec une éponge imbibée d'eau froide. L'opérateur dépose la petite érigne, prend une petite pince à dent de souris, saisit la lèvre inférieure de la petite incision, et le ténotome, conduit parallèlement à la convexité de l'œil, le tranchant dirigé en bas et un peu en avant, afin de ne pas pénétrer dans la chambre antérieure (ce qui, du reste, n'aurait aucun accident fâcheux, comme on peut en juger dans la première opération de cette espèce faite à la Clinique), détache une première lamelle arrondie et de 7 millim. environ de diamètre. Un peu de sang recouvre immédiatement la solution de continuité.

On enlève de la même manière une deuxième lamelle moins épaisse et moins étendue que la première; puis, en râclant pour ainsi dire cette solution de continuité avec le ténotome, on la nettoie et on finit par obtenir une surface arrondie de la grandeur de la cornée, un peu moins opaque, qui permet au malade d'apercevoir la lumière un peu mieux et dans une plus grande étendue, et au chirurgien de se reconnaître au milieu de ces tissus dégénérés et de distinguer ce à quoi il a affaire.

Ainsi, le malade affirme y voir mieux que tout à l'heure, et le chirurgien reconnaît une teinte noire bleuâtre là où il a enlevé déjà deux lamelles opaques.

On enlève encore, et de la même manière, une troisième lamelle, avec tous les soins possibles, sur la partie centrale de la solution de continuité. Ce n'est qu'alors que l'opérateur ne doute plus de ce qu'il n'avait pu que prévoir et craindre après l'ablation de la deuxième lamelle.

Il n'existe plus de pupille; l'iris blessé a éprouvé une solution de continuité dont la cicatrisation a oblitéré la pupille ou l'a réduite à un diamètre si petit qu'elle ne peut plus livrer passage à une quantité de rayons lumineux suffisante pour produire la sensation de lumière.

On renvoie le malade à son lit après lui avoir mis un bandeau sur l'œil, et l'on prescrit deux potages gras.

— M. Malgaigne fait remarquer que si cette opération n'avait point donné tout le résultat désirable, elle avait servi au moins à éclairer le diagnostic, qu'elle n'avait été suivie d'aucun accident immédiat et imprévu; que l'épanchement de sang ne méritait point le nom d'hémorrhagie, que c'était plutôt une sorte de transsudation sanguine.

Si la cicatrice qui doit succéder à cette solution de continuité n'augmente point en opacité ni en épaisseur, il restera une dernière ressource pour lui rendre la vue. Alors, de même qu'en avant l'on vient d'enlever le voile cutané, de même en arrière on déchirera le voile de l'iris; en un mot, on pratiquera une pupille artificielle.

Le jour de l'opération, le malade n'a aucunement souffert ni à la tête, ni à l'œil.

Le lendemain, 12 avril, on lève pendant une minute le bandeau, et voici ce que l'on observe:

Au centre, surface brune, bleuâtre, correspondant à l'iris; rougeur de la conjonctive, sans gonflement; cette rougeur, due à l'extravasation sanguine, s'arrête brusquement à la circonférence des lamelles qui ont été enlevées. Du reste, point de trace d'inflammation, point de sang à la surface de la solution de continuité. Ajoutons que le malade affirme, avec une satisfaction inexprimable, qu'il aperçoit le jour bien mieux qu'auparavant. Il demande à manger; deux soupes, deux portions, trois laits.

Quinze jours se sont écoulés depuis l'opération; aucun accident n'est encore survenu.

Dans un prochain numéro nous donnerons quelques détails sur les suites de cette opération.

Luxation du quatrième métartasien; nouvelle méthode de réduction.

Au n° 31 de la salle des hommes, se trouve un malade, âgé de trente et un ans, qui a toujours joui d'une parfaite santé. Peintre de profession, il travaillait sur une échelle à vingt-cinq pieds environ du sol, quand il sentit l'échelle se briser sous lui; aussitôt il s'élance sur le côté, et tombe sur la partie antérieure de la plante du pied gauche, puis sur le flanc du même côté, sans avoir perdu connaissance; il ne put se relever seul.

On l'apporta immédiatement à l'hôpital, le 29 mars 1843. Toutes les parties du corps étaient intactes, excepté le pied gauche. On constate à la face dorsale de ce pied, une saillie assez prononcée et située vers la partie postérieure du quatrième métatarsien. Du reste, le gonflement très considérable qui existe ne permet pas de préciser l'état des parties. Le malade n'accuse de la douleur que sur le dos du pied, surtout au niveau de la saillie.

On pratique une forte saignée, puis compresses imbibées d'eau blanche sur le pied.

Le 31, l'état du patient est à peu près le même; cependant le gonflement a diminué. Le malade éprouve à peine de la douleur. La saillie de la partie postérieure du quatrième métatarsien existe toujours. On soupçonne une fracture de cet os avec déplacement d'un des fragments. De plus, on pense, en raison de ce déplacement, qu'il pourrait y avoir en même temps luxation de la tête postérieure de l'os.

Le malade se trouve bien, et demande à manger. Deux portions; eau blanche.

Le 5 avril, le gonflement est disparu, et l'on constate alors que la saillie sentie à travers la peau est manifestement formée par l'extrémité tarsienne du quatrième métatarsien qui s'est luxée en haut; car on reconnaît au toucher les facettes articulaires et les angles qui constituent cette tête articulaire.

— Si la luxation du métatarse en totalité est une affection

rare, celle du quatrième métatarsien seul l'est encore bien autrement; il n'en existe encore aucun cas que nous sachions.

Si l'on consulte Boyer sur ces affections, voici ce que l'on trouve :

« Les articulations des os du métatarse sont trop serrées, et ces os trop peu mobiles pour qu'ils puissent se luxer. »

Cependant, quand on examine avec soin la disposition des os du métatarse et du tarse, on conçoit comment les premiers peuvent se luxer dans leurs articulations tarso-métatarsiennes. La pratique n'en avait offert aucun exemple authentique, quand Dupuytren en observa deux cas consignés dans ses leçons orales.

Quant aux luxations partielles des os du métatarse, aucun auteur n'en parle.

Si la luxation du quatrième métatarsien n'était point réduite, la saillie osseuse gênerait beaucoup le malade, car elle est tout à fait sous la peau ; en conséquence, la chaussure pressant continuellement sur cette peau, l'ulcérerait ou produirait un durillon.

Dans ces deux cas, le pronostic est grave. Les moyens d'obvier à ces dangers méritent peu la confiance du chirurgien.

M. Malgaigne essaiera à la fois, et la pression sur la saillie avec le pouce, et l'extension de l'orteil correspondant ; mais il doute fort que ces moyens lui réussissent. Ensuite, il tentera la pression de la saillie osseuse à l'aide d'une pointe ou d'un poinçon. Enfin, si tous ces moyens échouent, il se décidera peut-être à extraire le métatarsien.

On essaie avec les pouces de faire rentrer la tête du métatarsien dans sa cavité, en même temps qu'un aide tire sur l'orteil ; mais tous les efforts échouent, quoiqu'une rougeur très vive atteste que la pression a été portée fort loin.

Alors M. Malgaigne prend un poinçon un peu mousse, l'enfonce perpendiculairement à travers la peau jusqu'à la tête de l'os, et presse ainsi de manière à la porter vers sa cavité. La réduction ne pouvant se faire, on retire le poinçon et on l'enfonce une seconde fois, mais obliquement, afin de pousser la tête d'arrière en avant et de la porter au niveau de sa cavité naturelle ; ce mouvement est encore favorisé par l'extension exercée sur l'orteil. Après quelques tentatives, la tête rentre avec bruit dans sa cavité, et la saillie que l'on sentait si manifestement a complètement disparu. Appareil contentif; compresses imbibées d'eau blanche; trois portions.

Le 7, aucun accident inflammatoire n'est survenu à la suite de l'emploi du poinçon. Rougeur très légère autour des piqûres; point de douleur, point de gonflement; légère déchirure à la peau, sans aucune trace de pus.

Le malade demande la permission de se lever ; on la lui refuse.

Le 10, on défait l'appareil ; les divers mouvements que l'on fait exécuter au pied, la pression même, ne lui font éprouver aucune douleur ; une simple bande entoure le pied. On le fait lever pour la première fois pendant une heure. Il marche seul et sans soutien, et n'éprouve ni douleur, ni gêne. Il n'est survenu aucun gonflement dans le membre inférieur.

Le 11, il reste debout toute la journée et marche beaucoup, et n'éprouve ni douleur, ni gonflement.

Il sort enfin parfaitement guéri le 12 avril 1843, après quatorze jours seulement de séjour à l'hôpital.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Guéneau de Mussy lit un rapport sur deux mémoires, l'un de M. Mélier, intitulé : Expériences et observations sur les propriétés toniques du sulfate de quinine ; l'autre de M. Briquet, sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose; et sur une lettre de M. Maillot, relative à l'emploi de ce sel dans les fièvres intermittentes de l'Algérie.

Dans la première partie de son rapport, l'honorable membre reproduit par une analyse étendue les opinions contradictoires de MM. Mélier et Briquet. Nous les avons fait connaître nous-mêmes d'une manière assez complète, pour que nous soyons dispensé d'y revenir.

Dans la seconde partie, M. le rapporteur expose les opinions propres de la commission, opinions conformes à celles de M. Mélier, et à celles que nous avons exprimées nous-mêmes plusieurs fois. Elles se réduisent à ceci : Les faits cliniques et l'expérimentation physiologique prouvent que le sulfate de quinine à haute dose peut occasionner les plus graves accidents. Que s'il n'en est pas toujours ainsi, cela peut provenir de plusieurs causes, dont les principales sont la susceptibilité individuelle, cette mystérieuse, mais incontestable influence désignée sous le nom d'idyosyncrasie ; l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac, cette circonstance surtout s'il contient ou non des acides ; l'état de composition du médicament lui-même, c'est-à-dire s'il est à l'état neutre ou acide, et la forme de son administration en poudre ou en solution. En supposant que ces circonstances puissent jeter quelque incertitude sur les dangers de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, on n'en serait pas moins blâmable de dire, avec M. Briquet, que cette médication est tout aussi sûre, tout aussi exempte de dangers que la médication par l'opium ou le tartre stibié. La commission croit au contraire qu'on doit apporter la plus grande circonspection dans l'emploi de cette médication, dont on ne doit faire usage que dans le but de remédier à un danger plus grand que celui que l'on ferait courir au malade par cette médication. Peut-on d'ailleurs mettre en parallèle les altérations pathologiques dans lesquelles l'opium et le tartre stibié sont employés à haute dose avec celle contre laquelle M. Briquet préconise le sulfate de quinine à haute dose ? Le tetanos, la péritonite aiguë peuvent-ils être comparées au rhumatisme articulaire aigu ?

Dans une troisième partie, M. le rapporteur examine si ces doses énormes de sulfate de quinine sont nécessaires. Il passe en revue les opinions de Torti, Borsérius, Trnka, et arrive à l'analyse de l'ouvrage de Haygarthz, médecin anglais, qui a publié en 1801 un livre sur le rhumatisme, pour préconiser son traitement par le quinquina. Ce médecin a traité 104 cas de rhumatisme aigu par le quinquina, et 96 fois avec le plus grand succès. Or les doses qu'il employait étaient infiniment petites, 15, 18, 20 grains de quinquina. Si Haygarthz est arrivé à d'aussi nombreux succès avec d'aussi petites doses, il en faut conclure que les énormes doses de M. Briquet ne sont pas nécessaires.

Quant à la lettre de M. Maillot, elle ne se rattache pas directement au sujet en litige, et la commission termine son travail par les trois propositions suivantes :

1° Renvoi aux archives de la lettre de M. Maillot ;

2° Insertion au Bulletin, du mémoire de M. Mélier ;

3° Renvoi du mémoire de M. Briquet à la commission déjà nommée pour examiner un précédent mémoire du même auteur sur le même sujet.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

— *M. Gerdy*, au nom de la commission nommée dans la précédente séance, fait un rapport sur la question de savoir s'il est convenable et opportun que l'Académie adresse une pétition aux chambres pour demander la suppression de la patente des médecins.

La commission s'est assemblée samedi dernier ; sept membres sur neuf étaient présents. Quatre ont voté pour un projet de pétition, trois se sont opposés à toute manifestation de la part de l'Académie sur cette question par des motifs divers. La majorité s'étant prononcée pour un projet de pétition, la commission déclare en conséquence : 1° qu'il y a convenance et opportunité à le faire ; 2° pour perdre le moins de temps possible et pour empêcher que le projet de pétition passe sous les verges de la discussion, elle propose de charger le bureau de rédiger ce projet et de le soumettre à une commission nommée par l'Académie, laquelle le transmettrait immédiatement aux chambres.

M. Royer-Collard. Je commence par déclarer que je ne suis pas l'ennemi de la patente. Je ne me sens nullement humilié par elle, et quand je vois des députés, des pairs de France, des ministres payer l'impôt de la patente, mon amour-propre de médecin n'est nullement blessé d'être assimilé à toutes ces personnes éminentes. Je pense que c'est une prétention illibérale, aristocratique, intolérable, de vouloir être quelque chose par la seule dignité de sa profession, aujourd'hui que tout le monde invoque et avec raison le principe du mérite personnel comme la seule condition pour acquérir une position sociale. Je pense que la patente, loin de nous abaisser, nous élève en nous donnant des droits politiques après lesquels nous aspirons tous ; je pense que cet impôt est le seul moyen que nous ayons, au moins la grande majorité d'entre nous pour les acquérir.

Je pourrais m'en tenir là pour légitimer mon opposition à la proposition qui vous est faite ; je veux cependant vous présenter quelques autres considérations. D'abord, l'Académie ne peut pas écrire aux chambres, mais seulement au ministre : ainsi le veut le règlement. Il y a ensuite une question de dignité personnelle pour un grand nombre de membres de l'Académie, qui me paraît importante. Plusieurs d'entre nous, en effet, paient l'impôt de la patente ; est-il convenable, est-il digne, qu'ils prennent partie dans une cause où ils sont intéressés ? Quoique vous fassiez, et quelque célérité que vous apportiez dans ce travail, il est très probable que votre pétition n'arrivera pas à temps. Vous ne pouvez pas, en effet, adopter ce qu'on vous propose, de charger le bureau du soin de rédiger cette pétition. Quelque confiance que vous inspire le bureau, et cette confiance, je la partage assurément, vous ne pouvez cependant vous mettre pieds et poings liés à sa discrétion ; vous ne pouvez pas vous soustraire à la discussion de ce projet de pétition. Or, pendant que vous rédigerez, pendant que vous discuterez, le rapport sur la loi nouvelle sera fait à la Chambre, car le rapporteur est prêt, et dans deux ou trois jours il déposera son travail. Vous ne pourrez donc fournir au rapporteur, qui du reste vous est favorable, aucune lumière nouvelle ; votre travail arrivera trop tard, et l'Académie aura fait une démarche inutile et presque ridicule.

Enfin, dans le cas où l'Académie déciderait qu'elle doit intervenir dans cette question, elle a un moyen qui ne compromet pas sa dignité et qui ne viole en rien son règlement, de faire connaître son opinion aux Chambres. Il y a quelques années, l'Académie fut consultée par le ministre sur un projet d'organisation médicale, et c'est à cette occasion que M. Double fit le beau rapport que vous savez. Dans ce rapport, qui a été adopté, il fut longuement question de la patente, et le rapporteur conclut dans le sens que vous demandez aujourd'hui. Je propose que l'Académie se borne à extraire de ce rapport les pages consacrées à la patente, et qu'elle les envoie aux Chambres, comme l'expression des sentiments de la Compagnie. (Appuyé, appuyé.)

M. Velpeau. Je demande pardon à M. Royer-Collard de n'être pas aussi honoré que lui par l'impôt de la patente, et je ne vois rien qui m'honore dans les prétentions du fisc. Je n'entrerai pas dans la discussion des mille motifs légitimes invoqués pour la suppression de cet impôt ; je répondrai seulement quelques mots à l'argumentation de M. Royer-Collard. L'argument tiré de la dignité de l'Académie me paraît peu valable ; l'intérêt social doit passer avant toute autre considération. On vous a dit que l'Académie n'avait pas le droit de pétition ; ceci est au moins contestable. Il y a des antécédents qui sont tout à fait contraires à cette opinion. Dans un pays voisin du nôtre, l'Académie de médecine a adressé une pétition au gouvernement pour demander l'abolition de la patente des médecins, et le gouvernement a accédé à sa demande. Ces choses se sont passées tout récemment en Belgique. Quant à ce qui vous a été dit du temps nécessaire à la rédaction et à la discussion du projet de pétition, temps pendant lequel le rapporteur à la Chambre aurait déposé son travail, cette considération est peu importante, car le travail du rapporteur n'est pas tout ; la discussion est quelque chose assurément, et notre travail pourrait arriver à temps pour éclairer la Chambre. Cette pétition venant en aide à celles des autres Sociétés médicales de France, à celles des associations, etc., aurait probablement une grande influence sur la Chambre. Mais pour ne pas perdre de temps, et convaincu d'ailleurs que pourvu que l'Académie manifeste son opinion, peu importe la manière, j'adopte la proposition de M. Royer-Collard relative au rapport de M. Double.

M. Rochoux. Il faut adopter les principes de gouvernement sous lequel on vit. Le principe de notre gouvernement est l'égalité devant la loi. Or, c'est cette égalité qu'il faut réclamer, et non pas un privilége. Les avocats sont exempts de la patente par un raisonnement fallacieux, par un mensonge ; il faut les faire rentrer dans l'égalité, et non pas demander pour nous une suppression qui est contraire aux principes. Après les réclamations des médecins, viendraient celles des pharmaciens, et ainsi de suite. Je vote contre le projet de pétition.

M. Chervin. Quand l'Académie, lors du rapport de M. Double, vota le chapitre relatif à la patente, elle fut unanime, excepté moi. Je persiste dans cette opinion et je me range à l'avis de MM. Royer-Collard et Rochoux. La suppression serait un privilége, et nous aspirons vers la destruction de tous les priviléges. Je tiens d'autant plus à la patente, que par elle seule la plupart de nos confrères deviennent électeurs ou éligibles.

M. Londe. On invoque l'égalité devant la loi pour soutenir l'impôt de la patente, c'est cette égalité que nous invoquons aussi pour la combattre. Qu'est-ce que cette égalité qui frappe le médecin d'un droit universitaire énorme pour acquérir son diplôme, et qui le poursuit d'un impôt exorbitant dès qu'il l'a obtenu. Y a-t-il chose semblable dans aucune autre profession ?

M. Honoré présente quelques observations que le bruit nous empêche d'entendre.

M. Adelon. Dès qu'une profession rapporte suffisamment pour entretenir soi et sa famille, il faut qu'elle contribue aux charges de l'état. Mais je ne veux pas entrer ici dans des considérations générales. Je veux dire seulement que l'Académie est en ce moment en violation complète avec son règlement. L'Académie est instituée pour s'occuper de science et non de questions politiques. Vous n'avez ni mission ni mandat pour traiter ce dont il s'agit. La discussion d'ailleurs, qui dure depuis une demi-heure, prouve qu'elle ne peut mener à rien. Je propose donc l'ordre du jour, et tout ce qu'on peut faire, c'est de prier le bureau de mettre sous les yeux du ministre l'opinion qu'exprima l'Académie lors du rapport de M. Double.

M. Barthélemy appuie l'ordre du jour.

M. Gerdy se livre à des considérations philosophiques sur les divers degrés de la considération qui est due aux diverses professions. La médecine, par la longueur, le danger et le dégoût des études qu'elle nécessite, doit jouir de la plus haute estime. Les conditions nouvelles d'aptitude au doctorat, la sévérité plus grande dans les réceptions, diminuent tous les jours le nombre des docteurs. Si la loi leur inflige encore un impôt onéreux, il n'y aura bientôt plus assez de médecins.

Après cette allocution, *M. Roux*, qui a remplacé au fauteuil du président M. P. Dubois, cherche vainement ce qu'il doit mettre aux voix. Les uns veulent que ce soit la proposition de la commission, les autres celle de M. Adelon. Une confusion extrême règne dans l'assemblée. Enfin, les amendements ayant la priorité, l'ordre du jour proposé par M. Adelon est mis aux voix et rejeté par une assez forte majorité.

La seconde proposition de M. Adelon, à laquelle adhère M. Royer-Collard, et qui consiste à charger le bureau de prier le ministre de mettre sous les yeux de la Chambre l'opinion exprimée par l'Académie sur la patente dans le rapport de M. Double, cette proposition est mise aux voix et adoptée à la presque unanimité, moins M. Adelon, l'auteur de la proposition..

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 mai 1843. — Présidence de M. Dumas.

Procédé autoplastique destiné à remédier aux occlusions, et à rétablir le cours de certains liquides, comme dans la grenouillette. — *M. Jobert* (de Lamballe) adresse un mémoire sur ce sujet, dont nous extrairons les passages suivants :

Tous les chirurgiens qui ont essayé de détruire les occlusions congénitales ou acquises, placées à l'orifice des cavités muqueuses, savent combien il est difficile d'obtenir une guérison complète et surtout durable. Après le débridement simple et les pansements les plus méthodiques, comme après la cautérisation successive de l'angle de la plaie, les bords de la nouvelle solution de continuité ont une telle tendance à se réunir, et les tissus à se rétracter, que tôt ou tard l'occlusion reparaît, et que l'on est obligé de recourir à une nouvelle opération. Tout en rendant justice aux efforts tentés par les chirurgiens pour arriver à des résultats plus satisfaisants, j'ai imaginé un procédé qui, si je ne m'abuse, remédie à la cause principale des insuccès, et dont les applications peuvent être nombreuses et fécondes pour d'autres cas analogues. En voici la description détaillée :

Quel que soit l'orifice muqueux sur lequel on pratique cette opération, on peut toujours la diviser en trois temps principaux.

Dans le premier, on procède au débridement des parties réunies ou accollées. Ce débridement a lieu dans l'étendue nécessaire, et se fait, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri. Par suite de ce débridement, on obtient deux plaies transversales, superposées l'une à l'autre, unies ensemble dans un seul point à l'aide d'un angle aigu, et dont les bords sont limités en dedans par la muqueuse, en dehors par la peau.

Le deuxième temps consiste à enlever sur le bord externe des lèvres de ces deux plaies une portion plus ou moins étendue, et plus ou moins profonde des tissus qui les forment, de manière à élargir aux dépens de la peau les surfaces saignantes produites par le débridement. Ce temps de l'opération se pratique avec des ciseaux ou à l'aide du bistouri, mais en dédolant de la même manière que si l'on rafraîchissait les bords d'une ancienne solution de continuité.

Au troisième temps, appartient le nouveau mode de suture à l'aide de laquelle on pratique la réunion des parties divisées.

Cette suture peut s'opérer avec des épingles sur lesquelles on place ensuite des anses de fil, ou bien avec des aiguilles chargées de ligatures qu'on rapproche ensuite comme dans les cas ordinaires. Dans les deux circonstances, les épingles ou les aiguilles chargées doivent être conduites dans les tissus, ainsi qu'il va être indiqué.

Je prends pour exemple le cas où l'on se sert d'une épingle : Celle-ci est présentée à la muqueuse de *dedans en dehors*, et la traverse ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux dans l'épaisseur d'une ligne seulement ; puis, se reversant toujours dans le même sens, en décrivant un mouvement de bascule, elle passe au-dessus de la plaie, vient s'implanter à son bord externe dans le tissu cellulaire qui longe la peau, et pénètre profondément dans les chairs de manière à sortir de nouveau par la muqueuse, mais *de dehors en dedans*, à deux ou trois lignes du point par lequel elle y était primitivement entrée. Elle supporte et semble former ainsi un bourrelet charnu, dont le bord externe offre réunies ensemble les lèvres libres de la muqueuse et de la peau. Dans cette manœuvre, en effet, la muqueuse a été modérément attirée en dehors, pour recouvrir la perte de substance opérée dans le deuxième temps, et les bords saignants de cette muqueuse et de la peau se trouvent affrontés.

On dispose ainsi le nombre nécessaire d'épingles ou de points de suture, et on termine l'opération comme dans les cas de ce genre.

Il est bon de placer une épingle perpendiculairement à l'angle de la plaie, afin de la réunir le plus parfaitement possible.

Le but de l'opération, dans cette méthode, est d'opposer d'abord, dans l'espace produit par le débridement, deux surfaces qui n'aient pas de tendance à se réunir. Ici ce sont deux feuillets de la muqueuse saine qui vont jouer, pour ainsi dire, l'un sur l'autre, comme les faces internes des lèvres buccales. En second lieu, il s'agit de remplacer la peau par la muqueuse, et cela sans tiraillement violent et sans qu'aucun décollement n'ait été opéré sur elle artificiellement ou involontairement. Il suit de là que la portion de muqueuse placée au dehors et soustraite aux conditions habituelles de sa vitalité, perd peu à peu ses propriétés primitives pour redevenir une véritable peau cutanée, de la même manière que la peau renversée dans une cavité tapissée d'une membrane muqueuse, en revêt aussi peu à peu les caractères et les propriétés. Ici l'on n'a pas, comme dans le procédé de M. Dieffenbach, qui consiste à décoller la muqueuse, à la réappliquer sur les parties dénudées et à la réunir à la peau par des points de suture ; on n'a pas, dis-je, à redouter la déchirure, l'inflammation, la gangrène de cette membrane. En effet, la muqueuse est simplement attirée vers la peau ; elle y est fixée munie encore de tous ses éléments de nutrition ; et le mode de suture qui produit cet accollement favorise sa réunion d'une manière toute particulière. De plus, et comme conséquence de ce dernier fait, on n'a plus à craindre que la suture se rompe, si l'on a présente à l'esprit la manière dont l'épingle a successivement traversé la muqueuse d'abord, puis l'épaisseur des chairs, pour sortir de nouveau non loin du point par lequel elle avait primitivement pénétré, on verra qu'elle a pour ainsi dire noué et suturé elle-même les parties ensemble ; et les fils qui s'opposent à la sortie, en rendant la pression plus énergique, opèrent invinciblement l'accollement des lèvres de la plaie.

Mais cette opération n'est pas une pure utopie chirurgicale. Je l'ai déjà mise en pratique, et elle m'a donné de très beaux résultats.

Suivent trois observations relatives la première à une atrésie incomplète de la vulve, la seconde à un rétrécissement de la bouche à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse, la troisième enfin relative à un cas de grenouillette. Dans tous ces cas le procédé opératoire a été suivi de succès.

Taches de la cornée. — *M. Magne* adresse une lettre en réponse à celle de M. Desmarres sur la curabilité des taches de la cornée. Cette lettre se termine par les conclusions suivantes :

1° L'opacité produite par un leucoma est incurable, parce qu'en voulant attaquer une cicatrice cornéale, le seul résultat serait la perforation de la cornée.

2° L'opacité produite par un albugo, si celui-ci est peu étendu et n'occupe que les lames superficielles, peut être guérie ou notablement diminuée par l'azotate d'argent.

3° L'instrument tranchant est applicable aux taches de même nature

occupant une grande partie des lames de la cornée.

4° Dans ces deux derniers cas, on substitue à l'albugo une cicatrice transparente.

5° L'opacité occupe toute l'étendue de la cornée; le chirurgien ne pouvant par conséquent connaître la profondeur de l'albugo, est encore autorisé à se servir de l'instrument tranchant, parce qu'en admettant que cette opacité occupe toute l'épaisseur des lames, le seul inconvénient serait d'obtenir un leucoma opaque à la place de l'albugo.

Influence de l'asphyxie sur la sécrétion de la bile. — *M. le professeur Bouisson*, de Montpellier, adresse une lettre qui prouverait que l'*asphixie lente* en produisant la congestion veineuse du foie, loin de diminuer la sécrétion biliaire, comme l'avait annoncé Bichat, l'augmente au contraire notablement; que l'opinion d'après laquelle le sang veineux est considéré comme la source de la sécrétion de la bile, est fondée; qu'indépendamment de l'augmentation de la quantité de bile, celle-ci se modifie dans les caractères, puisqu'elle prend une couleur foncée, sanguinolente ou même noirâtre, et une plus grande consistance, apparences physiques qui appartiennent à la bile très carbonée; que l'asphyxie lente en produisant l'inaction graduelle du poumon, développe l'action supplémentaire du foie, et que l'impossibilité d'une exhalation suffisante de carbone par la surface pulmonaire est compensée par l'élimination d'un même corps au moyen de la bile.

Fonctions de la peau et des vaisseaux lymphatiques. — M. *Robert Willis* adresse un mémoire très étendu sur ce sujet dont la proposition principale est celle-ci : La fonction de la peau consiste dans l'élimination d'eau simple, et les matières solides et gazeuses que la sueur contient ne sont qu'accidentelles. Les glandes sudipares et le système lymphatique sont les organes qui préparent cette sécrétion et qui y président.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'opium comme antipériodique; par M. le docteur Jaumes.

A l'exemple de Lorry, M. Jaumes distingue les fièvres intermittentes en nerveuses par atonie et en nerveuses par éréthisme : les premières, accompagnées d'une simple perturbation nerveuse, sont celles qui réclament l'emploi du quinquina ou de ses alcaloïdes; les secondes, au contraire, loin d'être arrêtées par cette médication, s'aggravent à la suite des doses même médiocres de quinquina, tandis qu'elles cèdent admirablement à l'opium, substance qui a tenu jadis et pendant plusieurs siècles, dans la thérapeutique des pyrexies périodiques, la place que l'écorce du Pérou y occupe aujourd'hui. Aussi, en raison de la difficulté qu'éprouve parfois le praticien à discerner la nature réelle de la fièvre intermittente soumise à son observation, M. Jaumes conseille-t-il d'associer constamment l'opium au quinquina, par exemple de joindre 10 centigrammes d'extrait gommeux aux 40 ou 60 centigrammes de sulfate de quinine qu'on emploie ordinairement dans les cas simples : l'opium joue alors le double rôle de correctif et de fébrifuge lui-même; il prévient les mauvais effets possibles du quinquina sur le genre nerveux, et il accroît la vertu antipériodique de cette substance.

Lorsque l'indication de l'opium a été bien établie dans les cas dont il s'agit ici, M. Jaumes a recours habituellement au laudanum liquide de Sydenham ou à l'extrait gommeux. La dose, pour les adultes, est de 5 centigrammes d'extrait ou de 25 à 30 gouttes de laudanum; mais cette dose doit augmenter lorsqu'on a lieu de croire que l'état d'éréthisme est plus prononcé; ainsi, il est bon de prescrire une quantité un peu plus forte, par exemple 7 à 10 centigrammes d'extrait ou 30 à 40 gouttes de laudanum, quand la période de froid est longue et intense, dans les fièvres anciennes et surtout dans les quartes.

Le médicament doit être pris sous forme de pilule pour l'extrait, et étendu dans une tasse d'infusion aromatique chaude (tilleul, feuilles d'oranger) pour le laudanum; le moment le plus convenable pour son ingestion est la deuxième heure qui précède l'invasion présumée de l'accès. Mais, comme on n'est pas toujours sûr de l'époque précise de cette invasion, il arrive assez souvent que l'on donne l'opium un peu trop tôt; alors, pour en soutenir l'effet, on administre, une heure après, 25 milligrammes d'extrait ou 10 à 12 gouttes de laudanum. On peut enfin poser comme règle générale, que toutes les doses doivent être prises, autant que possible, une heure environ avant l'apparition probable des symptômes.

Il est bon, d'ailleurs, que le sujet n'ait pas mangé depuis trois heures au moins lorsqu'il prend ce narcotique, et que, immédiatement après son ingestion, il se tienne bien couvert et bien tranquille, ou mieux encore, pour peu que la saison l'exige, qu'il se mette dans son lit préalablement chauffé.

On répète la même médication, toujours avec les mêmes précautions, deux heures avant l'époque présumée de l'accès suivant, et lorsque l'opium a été administré convenablement deux fois de suite aux époques exigées par le type de la fièvre, il est rare qu'on soit obligé de recommencer cette médication une troisième fois; on peut même dire qu'on n'est alors dans l'obligation d'y revenir que si quelques sensations morbides, se rattachant à l'état qui vient d'être combattu, annoncent que le retour à la santé n'est pas complet.

Les contre-indications de l'opium, dans les cas de ce genre, sont, d'après M. Jaumes, les mêmes que celles qui s'opposent ordinairement à son emploi. Toutefois, ce praticien signale une difficulté qui se présente de temps en temps, c'est la suivante. Le narcotique n'étant vraiment fébrifuge que lorsqu'il est placé de manière que l'organisme se trouve sous l'influence de son action au moment où le paroxysme doit arriver, il en résulte qu'il est difficile de le faire prendre bien à propos quand les accès varient pour l'heure et pour le jour; dans les cas de cette nature, lorsqu'on ne peut réussir à régulariser le retour de la fièvre, il vaudrait peut-être mieux s'abstenir que de s'exposer à agir inutilement; cependant, comme les doses indiquées sont modérées, il n'y aurait pas, en général d'inconvénient grave à redouter si l'on se trompait sur le moment de l'invasion de l'accès. Toutefois, le médecin ne doit pas oublier qu'alors l'opium produirait ses effets narcotiques ordinaires, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il est ingéré en temps opportun.

(*Journ. de méd. prat. de Montpellier.*)

Emploi avantageux du galvanisme contre certaines affections du système nerveux; observations recueillies par M. Person.

Première observation. — Une petite fille, âgée de douze ans, était depuis sa sixième année atteinte d'une épilepsie que l'on rapportait à une vive frayeur qu'elle avait éprouvée à cette époque. Les accès, d'abord légers et très éloignés les uns des autres, avaient peu et par degrés augmenté de fréquence et d'intensité, à ce point de se répéter enfin tous les jours.

M. Person ayant été consulté, soumit la jeune malade à l'action de la galvano-puncture. Deux aiguilles furent introduites, l'une à la région épigastrique, l'autre au niveau de la première vertèbre cervicale, puis mises en contact avec les deux pôles d'une pile à auges. Cette application ayant été faite au moment même d'un accès, les accidents se dissipèrent aussitôt, et la connaissance revint de suite.

Le galvanisme fut continué le lendemain, et pendant les sept jours qui suivirent l'épilepsie ne se rencontra pas; mais le huitième jour, une attaque violente et d'une grande longueur eut lieu, et, huit jours après, elle se répéta de nouveau. M. Person, appelé trop tard pour arriver pendant la durée de ces deux attaques, ne put faire de nouvelle application du galvanisme. Il prit alors le parti de faire venir la petite malade dans la maison qu'il habitait, et, de cette manière, il put, à diverses reprises, arrêter à leur début quelques accès qui se déclarèrent encore. Enfin, un mois entier s'écoula sans accidents, puis survint une attaque qui fut arrêtée comme les précédentes; ce fut la dernière. Depuis lors, six mois se sont écoulés, et la guérison s'est maintenue.

Deuxième observation. — Une jeune femme, malade d'une gastrite chronique, était depuis deux ans tourmentée par un hoquet qui revenait quotidiennement et persistait chaque jour pendant une heure. Cette maladie, dont aucune médication n'avait enrayé la marche jusqu'alors, fut soumise à l'influence de la galvano-puncture, et le résultat des deux premières applications de ce moyen fut tellement favorable, que la malade se crut guérie tout à fait, et pensa, aussitôt qu'elle n'avait plus besoin de continuer le traitement pendant plus long-temps. Mais au bout de cinq jours, le hoquet revint. Le galvanisme fut donc appliqué de nouveau, et cette fois pendant une huitaine, ce qui suffit pour s'en rendre maître. Quinze jours plus tard, retour des accidents, qui, ayant été abandonnés à eux-mêmes pendant deux ou trois jours, reprirent leur ancienne durée et leur intensité primitive. On reprit dès lors l'usage de la galvano-puncture, qu'on soutint pendant cinq semaines entières, et le hoquet céda enfin pour ne plus reparaître.

Troisième observation. — Chez une jeune fille qui était affectée depuis six mois d'un hoquet survenu à la suite d'une fièvre typhoïde, les deux premières applications du galvanisme ne firent que diminuer l'intensité des secousses; mais les trois suivantes en amenèrent la disparition complète. Toutefois, la malade ayant suspendu trop tôt la médication, il y eut, comme dans les cas précédents, une récidive huit ou dix jours plus tard, et la guérison ne se montra solide qu'après avoir soutenu l'emploi du moyen pendant quinze jours consécutifs.

(*Journ. des conn. méd.-chir.*)

Pommade anti-herpétique.

Pr.	Cérat soufré,	30 grammes.
	Turbith minéral,	1 gramme.
	Goudron du nord,	4 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

M. le docteur Ricord prescrit, avec un avantage marqué, cette préparation contre les éruptions sèches de la peau, telles que le pytyriasis, l'ichthyose, le lichen, la lèpre vulgaire, la lèpre syphilitique, et dans les autres formes d'éruption qui finissent par se rapprocher des précédentes.

On l'emploie en frictions légères, répétées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, sur toutes les surfaces qui sont envahies par l'affection cutanée.

(*Revue scientifique*, 1843.)

Une Institution précieuse pour les familles a été fondée en Provence, par le docteur Dépierris, qui utilise avec succès l'influence salutaire du beau climat du midi et des bains de mer, unis aux moyens en usage, dans le traitement des difformités et des maladies lymphatiques des enfants des deux sexes. Dans cet établissement, qui est *un Pensionnat de santé*, les enfants, tout en recevant une éducation supérieure, changent bientôt leur tempérament par les conditions topographiques favorables où ils se trouvent. La faiblesse de constitution, le ramollissement des os, les tournures de la taille, les tendances à la phthisie disparaissent; et les enfants sont alors rendus aux familles bien portants et instruits.

Les conditions d'admission sont modérées. S'adresser, pour traiter, au docteur Dépierris, directeur de l'Institut orthopédique du château de Malbousquet, à Toulon. (*Affranchir.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 56, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

CAUTÉRISATION DES ULCÉRATIONS SIMPLES DU COL DE LA MATRICE;

Par M. LISFRANC.

Les ulcères non cancéreux de la matrice peuvent guérir sans qu'on ait besoin de recourir à l'usage des caustiques; pourquoi n'en serait-il pas ainsi, puisqu'on obtient assez souvent ailleurs la cicatrisation de semblables ulcères sans employer la cautérisation? Personne n'ignore qu'on voit aux jambes, par exemple, des solutions de continuité, même assez anciennes, disparaître sans qu'on les soumette à l'action soit du nitrate d'argent fondu, soit du proto-nitrate acide liquide de mercure: on sait d'ailleurs que dans ces derniers temps j'ai obtenu par des pansements simples, et par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur, des cicatrisations entières extraordinairement promptes et presque inespérées, sur de très larges et très profonds ulcères atoniques siégeant sur les membres pelviens. Je dirai d'ailleurs en passant, que j'ai été assez souvent aussi heureux par l'usage de cet iodure, quand la maladie siégeant sur le col de l'utérus offrait une gravité presque désespérante; mais il est évident, car l'expérience l'a prouvé à tous les bons observateurs qui ne fondent pas leur opinion sur un trop petit nombre de faits, que les solutions de continuité récentes ou anciennes de la matrice ne guérissent pas ordinairement sans qu'on ait recours à la cautérisation; je soutiens même, d'après les observations très multipliées que je fais depuis vingt ans, que sans cette cautérisation la guérison de ces solutions de continuité est assez rare, parce que, 1° il faut le répéter, les mouvements, les frottements auxquels l'organe est soumis, s'y opposent; 2° parce que le tissu utérin ne cède guère aux tractions que la cicatrice exerce sur les bords de la plaie pour les ramener de la circonférence au centre, et que cette cicatrice se forme pour ainsi dire de toutes pièces; 3° parce que les matières de sécrétion coulant sur cette plaie et baignant la surface, ils l'irritent d'abord trop et la ramollissent ensuite.

Mais les empiriques vont nous reprocher de ne pas toujours cautériser; il serait plus commode, en effet, de ne pas rechercher les indications; on ne serait pas obligé de fatiguer son faible jugement; on pourrait impunément manquer d'une sage expérience, qui apprend à guérir; ces empiriques reproduiront sans doute la fameuse objection banale que voici: Lorsqu'on temporise pour cautériser les ulcères de la matrice, on s'expose à les voir augmenter en surface et en profondeur; souvent alors toutes les ressources de l'art deviennent inutiles. Cette objection serait fort sérieuse, si nous faisions nous-mêmes de l'absurde, du trop funeste empirisme; si, en d'autres termes, nous n'étions pas en garde contre le terrible accident dont on nous menace; mais nous surveillons la solution de continuité, nous l'examinons tous les trois ou quatre jours quand la cicatrice commence; quand elle fait des progrès, nous insistons sur notre méthode de traitement: lorsque au contraire la plaie prend de l'accroissement, il n'a pas la rapidité de l'éclair; nous employons sur-le-champ le caustique, et les malades sont loin d'avoir perdu leur chance de guérison; nous suivons la même conduite, lorsqu'après quinze ou vingt jours de l'emploi de nos médications l'état stationnaire persiste: ainsi se trouve détruit un argument futile, fruit de l'inexpérience et d'un faux raisonnement.

Mais toujours les idées préconçues, l'esprit d'exagération ont voyagé dans toutes les directions; en voulez-vous encore une preuve? vous la trouverez dans quelques écrits modernes, heureusement éphémères, où l'on ne veut point que la cautérisation soit pratiquée comme s'il n'était pas indispensable de toucher la plupart des ulcères avec le nitrate d'argent fondu, par exemple, pour en obtenir la cicatrisation. Nous sommes dans un siècle chirurgical vraiment étonnant.

La cautérisation ne doit pas être faite, en général, lorsque les ulcères sont accompagnés d'une trop forte irritation; car l'expérience a démontré que non-seulement alors ce moyen pouvait échouer, mais qu'il pouvait aussi produire des accidents inflammatoires quelquefois très graves; je pourrais citer ici un grand nombre d'exemples, dont on ne se vante pas; nous le répétons, on attend donc ordinairement pour cautériser que l'éréthisme ait disparu ou beaucoup diminué. Les empiriques rejettent encore ce précepte; ils prétendent qu'il faut appliquer le caustique dans tous les cas; ils pensent qu'en temporisant on donnera à la solution de continuité le temps de faire des progrès, qui la rendront incurable; mais nous venons d'établir un principe général, que nous avons soumis dès le commencement de notre pratique aux exceptions suivantes. Nous appliquons le spéculum tous les trois ou quatre jours, et aussitôt, ce qui est fort rare, que nous voyons l'ulcération augmenter malgré l'emploi des antiphlogistiques, des narcotiques et des petites saignées révulsives pratiquées au bras, nous nous hâtons de recourir à la cautérisation; alors nous n'avons rien perdu, parce que la maladie ne peut pas marcher avec une rapidité telle que son accroissement la mette en aussi peu de temps au-dessus des ressources de l'art. Nous cautériserons sur-le-champ dans tous les cas, si nous craignons les progrès latents de l'ulcère situé dans l'orifice du museau de tanche; nous avons encore recommandé de recourir au caustique lorsque l'ulcération, étant douteuse, demeurait à l'état stationnaire pendant quinze ou vingt jours. Or, l'objection que nous combattons doit être considérée comme non avenue.

On essuie doucement le col de la matrice avec de la charpie ou du coton porté dans le fond du spéculum; car si les mucosités n'étaient pas enlevées, elles se combineraient à la substance cautérisante qui ne pourrait pas alors agir sur l'ulcération; les autres matières de sécrétion fourniraient le même inconvénient. En général, on touche ensuite légèrement la solution de continuité une fois ou deux, aussi rapidement que s'écoule une seconde; on se sert d'un très petit pinceau en cheveux chargé de proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre, abstraction faite des cas graves que nous allons immédiatement indiquer: nous cautérisons plutôt dans l'intention de modifier la vitalité des tissus, que dans le but de les désorganiser. Si l'ulcération est profonde, si elle est couverte de végétations, s'il existe un engorgement très dur, si l'ulcère est douloureux et qu'on soupçonne l'existence d'un cancer, on cautérise davantage, et l'on emploie encore le même instrument; car il faut bien se garder d'imiter les chirurgiens inexpérimentés qui mettent sur le col de l'utérus, et y laissent séjourner plusieurs minutes, un tampon imbibé de caustique; il détermine souvent des accidents très graves et quelquefois même funestes: telles sont des inflammations plus ou moins violentes du vagin, de la matrice, du péritoine, etc.; des ulcérations du canal utéro-vulvaire, des perforations de ce canal et de la membrane séreuse de l'abdomen. Nous avons observé tous ces malheurs sur des malades qui, traitées en ville, ont été ensuite transportées dans notre hôpital. Nous avons vu des femmes qui avaient été soumises à d'autres soins que les nôtres, et chez lesquelles le vagin s'était tantôt plus ou moins rétréci, et tantôt entièrement oblitéré. Les cautérisations pratiquées contre les préceptes de l'art ont porté bien à tort quelques praticiens, parmi lesquels on en compte de très distingués, à rejeter complétement l'application des caustiques sur les ulcérations de l'organe gestateur.

Immédiatement après la cautérisation, on coule de l'eau presque froide dans le spéculum, afin d'empêcher que quelques parcelles de la substance cicatrisante ne se répande sur le vagin, où elle détermine des souffrances très violentes et souvent de très longue durée. Nous cautérisions une malade, nous la chargeâmes de maintenir l'instrument explorateur en place; elle le laissa descendre dans le canal utéro-vulvaire; quoique employé en très petite quantité, le proto-nitrate acide liquide de mercure s'étendit sur la partie supérieure de ce canal. Je me hâtai de faire une injection émolliente, mais il n'en survint pas moins d'horribles souffrances; elles persistèrent une grande partie de la journée, bien que tous les moyens propres à les combattre fussent mis en usage; une vaginite subaiguë se développa. Nous pourrions citer quelques autres faits de ce genre; nous en avons consigné un dans le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié* (*V.* le chapitre intitulé: *Traitement général de la métrite chronique, des engorgements et des ulcérations de l'utérus*). Nous laissons donc à un professeur de clinique de Paris, le soin de rejeter les injections émollientes presque froides faites dans le spéculum immédiatement après que le caustique a été appliqué sur le col utérin.

On rencontre des femmes chez lesquelles presque aussitôt que les ulcérations sont mises à découvert à l'aide du spéculum, elles fournissent un suintement sanguin; on peut le prévenir, ou bien même l'arrêter, en se hâtant de cautériser. S'il survenait, s'il continuait, on coulerait de l'eau froide dans l'instrument; elle réussit souvent. Il est des cas dans lesquels, quelque précaution qu'on emploie, il faut néanmoins remettre la cautérisation à un autre jour.

J'ai observé que le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre produit la salivation une fois sur deux cents; j'ai d'ailleurs toujours vu jusqu'aujourd'hui cet accident très faible et de courte durée. Le médicament dont nous nous occupons est extraordinairement avantageux; je le crois, en général, supérieur à tous les autres caustiques, qui n'ont pas comme lui la propriété d'agir très long-temps sur les tissus. Il m'est tombé quelquefois sur la main une gouttelette de ce médicament; je l'ai immédiatement essuyée, j'ai éprouvé pendant vingt-cinq ou trente minutes une cuisson vive; elle a été ensuite remplacée par un sentiment léger de chaleur et de tension sur la partie cautérisée, qui s'est prolongé six ou huit heures.

Lorsqu'il s'agit d'une érosion, d'une excoriation; qu'il n'y a pas d'engorgement ou qu'il est très léger, et qu'il n'existe pas de végétations trop développées, on touche la solution de continuité avec le nitrate d'argent fondu, qui a, quoi qu'on en ait dit, l'inconvénient de déterminer assez souvent un écoulement sanguin. J'en ai donné la preuve incontestable à ma clinique de l'hôpital de la Pitié; on le remplace alors par le proto-nitrate acide liquide de mercure (*Bulletin général de thérapeutique*, 1842). Mes élèves ont signalé beaucoup de faits de ce genre dans leurs écrits. Si les ulcères présentent des conditions différentes de celles que nous venons d'indiquer, la pierre infernale échoue ordinairement; je m'en suis souvent convaincu dans le commencement de ma pratique.

Nous avons dit que des brides se forment quelquefois à la partie supérieure du vagin; elles sont produites par les phlegmasies chez les jeunes femmes; chez les vieilles, l'époque critique les détermine. Ces brides peuvent gêner dans l'application du spéculum et rendre la cautérisation difficile; on essaie de les contourner avec le pinceau qui porte le caustique.

Le rétrécissement du canal utéro-vulvaire n'est pas excessivement rare, surtout chez les personnes âgées de quarante à cinquante ans et au-delà. (*Voy.* dans le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, le chapitre intitulé: *Anatomie chirurgicale des organes génitaux de la femme.*) Ce rétrécissement, qui peut être suivi d'une oblitération complète, peut aussi réduire à deux ou cinq millimètres (une ligne ou deux) la largeur du vagin; il est impossible de le franchir avec le doigt indicateur; si l'on met en usage le spéculum, la vue ne peut pas pénétrer sur le col de l'utérus, ou bien le chirurgien n'aperçoit qu'un point très limité de sa surface. Présume-t-il alors qu'elle est altérée? il y porte un pinceau mince en charpie auquel il imprime des mouvements de bascule dans tous les sens; il pratique ainsi des frictions capables de produire un suintement sanguin. S'il existe une solution de continuité, la certitude de sa présence est acquise quand l'instrument est retiré taché de sang, les règles ou bien une perte rouge n'ayant pas lieu. On se servira de cet instrument pour pratiquer la cautérisation, mais il sera en cheveux; on le promènera légèrement sur la surface dénudée afin de préserver le point rétréci du canal utéro-vulvaire de l'action du caustique, il serait facile de glisser le pinceau dans une canule conductrice qui servirait d'ailleurs à faire pénétrer plus aisément les injections faites immédiatement après la cautérisation.

Malgré toutes les précautions que j'ai prises, il m'est arrivé souvent, dans le cas qui nous occupe, de toucher le vagin avec le proto-nitrate acide liquide de mercure; la douleur a été nulle ou presque nulle; j'attribue ce phénomène vraiment extraordinaire, qui n'est peut-être pas constant, aux modifications que ce canal a éprouvées sous l'influence de sa coarctation. Je ne tiens pas d'ailleurs à cette explication. Le procédé de cautérisation que je viens de décrire m'a souvent réussi; je crois inutile d'en citer ici des observations. J'en ai consigné une dans le second volume de la *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié.* (*Voyez* le chapitre ayant pour titre: *Anatomie chirurgicale des organes génitaux de la femme.*) Quand l'ulcération est cicatrisée, le pinceau de charpie introduit et manœuvré comme nous l'avons dit, est à plusieurs reprises, et à des jours différents, ramené à l'extérieur sans être taché de sang.

On ne cautérise pas cinq ou six jours avant ou après les règles; pendant leurs cours point de cautérisation; nous avons dit ailleurs qu'on devait toucher avec le caustique des ulcérations qui causaient la ménorrhagie.

La première application du caustique doit être très faible; il est des cas très rares dans lesquels, sans cette précaution, il pourrait survenir des accidents assez sérieux. Chez quelques femmes, en effet, l'utérus s'irrite facilement sous l'influence de la cautérisation ordinaire; il faut donc tâter la sensibilité; car si elle s'exaltait trop, on toucherait l'ulcère le plus rarement possible; il est même des cas communs dans lesquels une ou deux applications de caustique suffisent pour que la solution de continuité marche plus ou moins franchement vers la guérison; alors on n'en fait pas d'autre.

Le vagin peut être affecté d'une irritabilité tellement vive, que l'application du spéculum est excessivement douloureuse et presque intolérable; on doit alors suivre le précepte que nous venons d'indiquer, soit pour la fréquence, soit pour le nombre des cautérisations.

On ne voit presque jamais l'application du nitrate d'argent fondu ou du proto-nitrate acide liquide de mercure, sur les ulcérations de la matrice, faire souffrir immédiatement les malades. On n'en sera pas surpris quand on se rappellera que les femmes n'ont pas la conscience de la morsure des sangsues sur le col utérin, qui peut d'ailleurs être réséqué sans douleur. J'ai donné le premier la preuve de ce dernier fait à l'hôpital de la Pitié.

La cautérisation détermine ou bien augmente ordinairement les écoulements blancs. Dans la plupart des cas elle produit, au bout d'une demi-heure ou d'une heure environ, un

peu de chaleur, et quelquefois une douleur légère presque toujours d'une courte durée.

Lorsqu'on ne connaît pas encore l'idiosyncrasie de la malade, on lui fait garder le repos absolu après l'avoir cautérisée; elle prend un bain entier chaud à l'eau de son le jour de l'application du caustique.

Si la cautérisation occasionnait des douleurs qui inspirassent quelques inquiétudes, on emploierait un ou plusieurs quarts de lavement laudanisé, on insisterait sur le repos absolu, sur les bains entiers chauds, on pratiquerait au bras une saignée révulsive de 90 grammes (3 onces); on appliquerait sur l'hypogastre un cataplasme émollient peu chaud; il serait entre deux linges fins, ou mieux encore dans de la gaze; on l'arroserait avec le laudanum de Sydenham; afin de l'empêcher de se refroidir on le couvrirait avec de la flanelle sur laquelle on mettrait du taffetas gommé; on multiplierait les injections émollientes presque froides; les soins hygiéniques ne seraient pas oubliés. Lorsqu'il survient une recrudescence inflammatoire, on suspend l'usage du caustique, à moins que l'ulcère ne fasse de rapides progrès.

En général, on répète la cautérisation tous les huit jours environ; on la pratique deux et même trois fois par semaine lorsqu'on veut détruire des végétations, quand la solution de continuité siége sur des tissus très durs et fort difficiles à exciter, quand il s'agit d'une ulcération muqueuse. (*Voyez*, dans le premier volume de la *Clinique chirurgicale de la Pitié*, pour le diagnostic de cette ulcération, le chapitre ayant pour titre : *De l'ulcère simple dit atonique*.)

Lorsque la cautérisation est très avancée on éloigne plus ou moins l'application du caustique, mais on surveille l'ulcère; on ne cautérise pas si la cicatrice s'élargit. Si, au contraire, la solution de continuité s'aggravait, on se hâterait de la toucher avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre. On suivrait la même conduite dans le cas où elle serait demeurée stationnaire durant deux et trois septenaires environ.

Il est des femmes chez lesquelles, sans que d'ailleurs les ulcérations présentent ordinairement un mauvais caractère, quinze, vingt, trente cautérisations n'ont guère réussi; il n'est pas très rare alors de les voir échouer complètement. On suit les derniers préceptes que nous venons d'énoncer. J'ai observé un grand nombre de cas dans lequels on obtenait ainsi de nombreux et quelquefois de rapides succès.

J'ai dit ailleurs (*voyez*, dans le premier volume de ma *Clinique*, le chapitre intitulé : *De l'esthiomène, ou dartre rongeante*) qu'en touchant avec le proto-nitrate acide liquide de mercure un point de solution de continuité, l'action avantageuse du caustique se faisait également sentir sur toute l'étendue de la surface dénudée, j'ai ajouté qu'en cautérisant un seul ulcère, l'effet salutaire de la cautérisation pouvait même se propager sur les ulcérations voisines; ce fait, tout extraordinaire qu'il est, n'en est pas moins incontestable, puisque l'expérience l'a sanctionné.

Les conséquences pratiques qui découlent des dernières idées dont nous venons de nous occuper, sont les suivantes :

1° Sur les femmes dont la matrice est très irritable, la cautérisation pourra être très limitée, mieux réussir et moins exposer à des accidents :

2° Il pourra aussi devenir inutile, surtout dans le même cas, d'appliquer le caustique sur plusieurs ulcères.

J'ai cautérisé un très grand nombre de femmes depuis une vingtaine d'années, je n'ai jamais vu, jusqu'aujourd'hui, la cautérisation faite avec les précautions que je viens d'indiquer occasionner des accidents sérieux, à moins que, dans quelques circonstances excessivement rares, les malades n'aient commis beaucoup d'imprudences, malgré les conseils réitérés qu'on leur avait donnés. Ces accidents n'ont pas d'ailleurs résisté aux moyens appropriés. Si les préceptes que nous avons établis ne sont pas suivis, il arrive souvent des événements fâcheux et quelquefois même funestes; nous en avons eu malheureusement la preuve à l'hôpital de la Pitié sur des personnes qui avaient été traitées ailleurs.

Lorsque l'ulcération non cancéreuse du col utérin augmente pendant la grossesse, quand on craint les progrès latents de la solution de continuité siégeant dans l'orifice du museau de tanche, il faut mettre en usage la cautérisation suivant les indications que nous avons posées. J'ai très souvent eu recours à ce moyen, toujours jusqu'aujourd'hui, il m'a parfaitement réussi. Mais devrait-on l'employer si l'ulcère, situé à l'extérieur, demeurait stationnaire? Le raisonnement paraît démontrer que l'excitation qu'il occasionne pourrait à la rigueur produire l'avortement; il me semble plus prudent de temporiser, avec l'indispensable précaution de surveiller attentivement la surface dénudée, afin de l'attaquer par le caustique aussitôt qu'elle commencerait à s'étendre. Il devient inutile de recommander de ne pas cautériser quand la cicatrisation fait des progrès assez rapides.

Il sera peut-être utile de répéter que dans les cas où la cautérisation est suspendue, comme lorsqu'on ne l'aura pas encore pratiquée et qu'il n'y a pas trop d'irritation, les injections toniques, astringentes, excitantes, stimulantes favorisent le développement et la formation de la cicatrice. Nous nous sommes expliqué dans ce chapitre sur les avantages et sur les inconvénients de ces moyens. Je répète que je mets en première ligne, d'abord l'infusion et ensuite la décoction de quinquina, c'est le topique que j'ai vu le plus souvent réussir; mais il est encore des indications à saisir; les voici :

Dans la crainte de trop exciter, on met d'abord en usage l'infusion d'écorce de Pérou. Guidé par la même idée, on commence par les injections qui ne doivent pas rester dans le vagin. Si au bout de quelques-unes, elles n'excitent pas trop, on les pratique la malade étant couchée en supination et le bassin maintenu plus élevé que le tronc. Pour qu'elles parviennent au but qu'on se propose d'atteindre, il faut qu'elles produisent pendant dix minutes ou un quart d'heure seulement un peu de chaleur, ou une cuisson ou bien un prurit léger. Ces effets manquent-ils? on fait séjourner le liquide. Ne détermine-t-il encore aucune excitation? on passe à la décoction de quinquina, dont l'emploi est dirigé d'après les mêmes principes. Mais si les phénomènes d'irritation dont nous nous occupons se soutiennent au-delà du terme que nous venons d'indiquer, si surtout il se prolonge quelques heures ou pendant une partie de la journée et même davantage, il est indispensable de tempérer l'action du médicament par l'addition d'une certaine quantité d'eau; car sans cette précaution le médicament serait trop actif, il exposerait à une inflammation dont il serait inutile d'indiquer les dangers. Voilà comment nous comprenons la thérapeutique, voilà comme on ne la fait guère malheureusement dans la plupart des livres, dans les cours où il semble que la guérison des malades n'est pas en définitive le but que doivent atteindre toutes les études médicales. Les préceptes que nous établissons à l'occasion des injections faites dans le vagin avec l'infusion ou la décoction de quinquina s'applique à tous les liquides toniques, astringents, excitants, stimulants, portés dans la capacité du vagin et sur le col de l'utérus; nous recommandons d'ailleurs de concentrer davantage la décoction de quinquina lorqu'elle n'est pas assez active.

Nous avons déjà avancé plusieurs fois qu'il ne devenait pas toujours facile de distinguer les cicatrices récentes, les ulcérations superficielles quand on a recours aux moyens ordinaires d'investigation; nous redirons donc qu'en exerçant avec un pinceau de charpie des frictions sur des points douteux du col de la matrice, la présence d'une surface dénudée fournit à un suintement sanguin dont l'existence est constatée par le pinceau lorsqu'il est retiré taché de sang. Le tissu inodulaire siégeant sur le museau de tanche peut se rompre comme dans toutes les autres localités, mais cette rupture est d'autant plus facile sur l'extrémité inférieure de l'utérus que souvent il y a encore de l'engorgement sur l'organe gestateur, que cet engorgement y amène des congestions sanguines et y produit quelquefois de l'inflammation, que lors même qu'il n'en existerait, pas la maladie a donné pour ainsi dire à la matrice l'habitude de se fluxionner, qu'il y siége d'ailleurs souvent encore après la guérison un reste de stimulus qu'occasionne le même effet, que le col utérin est soumis à des frottements, à des compressions nuisibles, que les matières irritantes de sécrétion coulent sur les points cicatrisés, les baignent assez fréquemment et peuvent ainsi en déterminer la déchirure. Nous avons exposé avec soin toutes ces causes de récidives parce qu'elles n'ont pas été indiquées, parce qu'il était important de fixer très spécialement sur elles l'attention du praticien; il suffit en effet de bien les connaître pour savoir en éviter quelques-unes et pour avoir appris à combattre les autres.

Quand les ulcérations du col de l'utérus auront disparu on n'oubliera donc pas d'examiner la cicatrice tous les huit jours, à l'aide du spéculum, car, si au moment où l'ulcère se rétablit on le touche suivant les indications avec le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre, il est extraordinaire qu'une ou deux cautérisations ne suffisent pas pour le cicatriser de nouveau; tandis que si le médecin, s'endormant sur la foi des traités le laisse s'accroître et surtout vieillir un peu, il pourra lui donner beaucoup de tablature et devenir quelquefois dangereux et peut-être même incurable.

Répétons que les douleurs nerveuses de la matrice sont assez fréquemment enlevées comme par enchantement, pour ainsi dire, par l'application du proto nitrate acide liquide de mercure : je possède un très grand nombre de faits de ce genre.

On voit dans certains cas les premières cautérisations diminuer la source des écoulements blancs après les avoir d'abord augmentés pendant un ou deux jours; il n'est pas rare d'observer des femmes chez lesquelles le caustique guérit la leucorrhée, et elle peut d'ailleurs subsister au même degré malgré la guérison de l'ulcère quand il y a surtout un engorgement utérin.

Les douleurs peuvent persister, augmenter, diminuer ou même disparaître après la cicatrisation des solutions de continuité de l'utérus.

Quoiqu'il existe un engorgement utérin même très développé, la santé générale s'améliore assez fréquemment beaucoup quand la surface dénudée est entièrement guérie.

Les cicatrices du col de la matrice blanchissent ordinairement avec une grande rapidité; je les ai presque toujours vues ressembler au bout de huit ou quinze jours à du tissu inodulaire ancien.

Nous répétons que les caustiques les plus avantageux pour combattre les ulcères non cancéreux de la matrice sont, suivant nous, le nitrate d'argent fondu et le proto-nitrate acide liquide d'hydrargyre.

Le fer rouge exposerait à de grands dangers s'il était mis en usage contre les ulcérations dont nous nous occupons. Quelques chirurgiens l'appliquent sur les cancers utérins : nous nous expliquerons bientôt sur ce point de thérapeutique.

La potasse caustique est très énergique; elle produit des escharres trop profondes : nous la rejetons.

Nous proscrivons pour ce motif les acides sulfurique, nitrique, hydro-chloro-nitrique concentré; ce dernier contient en dissolution huit décigrammes (seize grains) d'or ou de platine pour trente grammes (une once) de liquide. Nous faisons le même reproche au chlorure d'antimoine et à celui de zinc.

La pâte arsenicale me paraît aussi trop active; son application est d'abord susceptible de déplacement dangereux.

On a dit que la créosote produisait facilement la détersion des ulcères, et qu'elle hâte beaucoup la cicatrisation. J'ai quelquefois employé ce moyen; il m'a paru trop irritant. Je ne saurais trop le répéter, le proto-nitrate acide liquide de mercure est infiniment préférable : immédiatement après l'application de ce dernier caustique, la surface dénudée blanchit.

J. LISFRANC.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Erysipèle de la face avorté.

Au n° 33 de la salle Sainte-Anne est couchée une femme âgée de trente et quelques années, infirmière, qui porte un de ces ulcères dartreux de la face, connus sous le nom de *lupus*. Cette femme a déjà eu un érysipèle à la face au mois d'octobre dernier. Elle était malade depuis cinq jours lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Elle a éprouvé dès le début de l'anorexie, du dégoût, de la céphalalgie et un malaise général. Avant de s'aliter elle a pris une bouteille d'eau de Sedlitz. Lors de son entrée dans nos salles elle éprouvait les mêmes symptômes; le pouls était égal, régulier, mais un peu fréquent; la peau chaude, la face rouge, enflée; la rougeur s'étendait jusqu'aux oreilles; céphalalgie gravative; langue humide, un peu sale; ventre indolent; quelques selles liquides; fonctions respiratoires intactes. Limonade, lavement laxatif.

Le lendemain il y avait encore un peu de fréquence du pouls, de la céphalalgie et de l'anorexie; mais la rougeur érysipélateuse de la face était dissipée. Nouveau lavement laxatif.

Le troisième jour les symptômes généraux s'étaient notablement amendés, et la malade était convalescente.

Voilà un érysipèle avorté qui a été accompagné de phénomènes fébriles obscurs, et précédé, comme le sont toutes les autres affections exanthémateuses, de quelques jours de fièvre; frisson unique marquant le début de la maladie, suivi de chaleur avec exacerbation pendant plusieurs jours, puis éruption érysipélateuse. Pouvait-on, d'après les symptômes initiaux de la maladie, prévoir cette éruption? Et en général une éruption érysipélateuse peut-elle être soupçonnée pendant la période des prodrômes? Non, à moins que l'on ne se trouve sous l'influence d'une épidémie d'érysipèle. Dans ce dernier cas cette prévision devient facile en effet, surtout lorsqu'il existe au début cet état gastrique ou bilieux qui complique si souvent les érysipèles épidémiques, ceux du printemps, par exemple. Cette circonstance n'existait pas ici; les phénomènes bilieux étaient à peine prononcés, les phénomènes inflammatoires eux-mêmes étaient peu intenses, de sorte que rien, sous ce rapport au moins, ne pouvait faire prévoir quelle serait l'issue de la maladie. Cependant il existait, d'un autre côté, des précédents et des circonstances individuelles qui pouvaient, jusqu'à un certain point, faire soupçonner l'existence prochaine de cette maladie. Cette femme avait déjà eu un érysipèle l'année précédente; elle porte en outre une dartre à la face. Or, tout le monde sait qu'il est des personnes qui ont une tendance particulière à contracter des érysipèles, et que cette tendance est surtout très commune chez les sujets affectés d'une diathèse dartreuse, chez lesquels on voit souvent survenir ces érysipèles d'une manière périodique et à certaines saisons de l'année.

Cet érysipèle a été remarquable par sa marche rapide, presque avortée. La durée totale de la maladie a été de huit jours; celle de l'érysipèle de trois à quatre jours seulement. Il est d'opinion vulgaire qu'un érysipèle dure ordinairement neuf jours. Cette durée n'a, en réalité, rien de fixe; elle est de plus ou moins de neuf jours, suivant que l'érysipèle chemine et s'étend aux parties voisines, ou qu'il reste stationnaire. Dans le premier cas, il serait impossible de lui assigner un terme; car cette progression de la maladie n'est, en réalité, qu'une succession de plusieurs inflammations dont la durée est nécessairement indéterminée. Mais lorsque l'érysipèle est fixe et limité au point qu'il a envahi de prime-abord, lorsqu'il est circonscrit à la face, par exemple, il dure ordinairement huit jours. Il se forme ordinairement à cette époque, soit de petites vésicules qui ne tardent pas à se dessécher, soit une desquammation simple immédiate; cette terminaison est la plus fréquente. On ne doit point s'effrayer, toutefois, lorsqu'on voit survenir les vésicules en question qui ne sont qu'une des formes de l'érysipèle, et qu'il ne faut pas confondre avec les vésicules gangréneuses, On sait, en effet, qu'il existe de ces érysipèles très graves qui se terminent par gangrène; mais il existe alors des symptômes généraux tels que la prostration, des évacuations fétides, le dessèchement de la langue, délire, coma, etc., qui ne permettent pas un seul instant de s'y méprendre. La maladie dans ce cas n'est pas seulement locale, mais elle est compliquée d'un état général typhoïde, d'une véritable fièvre putride. Ce n'est que dans les épidémies qu'on voit l'érysipèle se présenter sous cette forme grave.

Phthisie tuberculeuse compliquée de grossesse. — Réflexions sur ce cas.

Au n° 4 de la salle Sainte-Anne, est entrée une jeune femme âgée de dix-huit ans, affectée d'une phthisie tuberculeuse et enceinte. Sa mère et une de ses sœurs sont mortes phthisiques; deux de ses frères sont morts à l'âge de six semaines, sans qu'on ait pu savoir la cause de leur mort. Cette jeune femme a craché le sang depuis l'âge de quatorze ans; elle est d'un embonpoint médiocre; elle a été réglée à quinze ans, et l'a toujours été régulièrement depuis; elle a eu, il y a quelques années, une fluxion de poitrine avec point de côté à gauche, survenue à la suite d'un refroidissement. Depuis cette époque elle a toujours craché le sang, et n'a pas cessé de tousser, et a graduellement maigri. Depuis sept mois qu'elle est enceinte, elle est beaucoup plus malade; la toux n'a fait qu'augmenter; il est survenu de l'oppression, des vomissements; depuis deux mois une fièvre continue et une diarrhée fréquente. Vers le milieu de ce mois elle a ressenti une vive douleur à la région sous-ombilicale; les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents, et ils ont lieu même sans être précédés de toux. Actuellement enfin elle offre l'état suivant : Chaleur à la peau, léger refroidissement vers trois heures de l'après-midi, suivi de sueurs; décoloration habituelle de la peau; bouche mauvaise, anorexie, vomissements, selles, douleur à l'ombilic; orthopnée; le thorax est sonore à

droite, sauf sous la fosse sous-épineuse où l'on sent de la matité; gargouillement dans ce point, ainsi que dans le point correspondant du côté gauche, où il est plus prononcé et à plus grosses bulles; expectoration caractéristique.

L'hérédité est ici une circonstance fatale, bien qu'en général elle se manifeste beaucoup moins fréquemment des mères aux filles que des pères aux filles et réciproquement des mères aux fils. Cependant la circonstance de la mort d'une sœur qui a succombé à la même maladie que sa mère, doit faire fortement présumer ici l'influence héréditaire.

Cette malade est depuis long-temps sujette à des crachements de sang très abondants. Ce seul signe devait déjà donner l'idée d'une phthisie pulmonaire; car si l'expuition d'une petite quantité de sang est un phénomène sans conséquence, il n'en est pas de même lorsque le sang est rejeté sous forme de vomissement ou de véritable hémoptysie; il ne saurait alors y avoir aucun doute sur la gravité de ce symptôme. Elle a toussé depuis le moment du refroidissement; le refroidissement n'est pas évidemment la cause, mais l'occasion seulement du développement de la phthisie à laquelle la malade était déjà prédisposée, car le refroidissement ne peut produire tout au plus qu'un rhume. Il peut arriver d'ailleurs qu'un simple rhume dégénère ensuite sous l'influence de diverses causes déterminantes en une véritable phthisie. Enfin l'amaigrissement graduel et rapide, joint aux précédents symptômes, n'aurait laissé aucun doute sur la nature de la maladie, dont le diagnostic a été confirmé par la constatation de cavernes dans le sommet des deux poumons.

J'ai dit aussi que les crachats que rend cette malade sont caractéristiques. Il y a trois sortes de crachats chez les phthisiques : quelquefois les crachats sont d'abord purement muqueux, comme ceux du rhume, de la bronchite; mais à une période plus avancée, ils deviennent globuleux, en forme de boulettes ou de flocons nageant dans le fluide salivaire. Un peu plus tard ils sont constitués par de la matière purulente ou puriforme sous forme de stries dans le liquide excipient. Notre malade en est à la seconde période, celle où les crachats sont floconneux. Il y a enfin une autre espèce de crachats d'un gris verdâtre ou gris pâle qui ne se montre que dans les derniers temps de la vie. J'ai dans plusieurs circonstances pronostiqué d'après l'aspect de ces crachats, une mort imminente : ils sont ordinairement rejetés un jour ou trente-six heures avant la mort.

Il y a chez cette malade une circonstance malheureuse, c'est la ténacité des vomissements. Ces vomissements dépendent quelquefois de la grossesse; mais ici ils sont en même temps liés à la phthisie. L'estomac est en général doué d'une très grande susceptibilité chez les phthisiques; il y en a qui vomissent pour avoir avalé des crachats; chez d'autres le vomissement est provoqué par la toux; d'autres, enfin, vomissent spontanément sans y être provoqués par la toux ni par les crachats : cette disposition s'observe surtout dans les premiers temps de la maladie. Il faut du reste, dans l'appréciation de ce symptôme, tenir compte de l'âge des malades; il a des époques de la vie qui influent sur cette disposition; ainsi les asthmatiques ne vomissent pas, tandis que les enfants qui ont la coqueluche vomissent fréquemment et avec une grande facilité. On a employé chez cette malade l'eau de Seltz et l'eau de Vichy pour combattre ce symptôme, mais sans aucun succès. Cette femme est dans un état très grave; elle est vouée à une mort inévitable.

Nous ferons remarquer à cette occasion que la grossesse n'a pas eu l'influence heureuse qu'on lui attribue dans cette circonstance. Quelques médecins, infatués de cette idée, conseillent le mariage aux jeunes filles menacées ou atteintes de phthisie; mais on ne fait par là que reculer le moment de la mort tout au plus, et l'on s'expose, pour acheter un avantage aussi équivoque, à procréer une génération de phthisiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 avril 1843. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance. — *M. Rouvin* demande un congé pour cause de santé.— Accordé.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

1° Compte-rendu des travaux de la Société médicale de Tours;

2° Mémoire sur l'idiotie, par M. Belhomme;

3° Mémoire sur la peste, écrit en italien;

4° Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne, et sur la surdité qui en est la suite; par M. Hubert-Valleroux;

5° Pétition à la Chambre des députés, sur les patentes; par la Société royale de médecine de Marseille.

M. Pertus est surpris des assertions émises dans la dernière séance par M. Fl. Léger, à l'occasion des cataplasmes. Il pense tout l'opposé, c'est-à-dire que les cataplasmes de graine de lin les plus émollients sont ceux qui contiennent de l'huile.

M. Fl. Léger n'a point dit que les cataplasmes chargés d'huile étaient moins émollients. L'huile seule a des propriétés émollientes assez connues. Il a dit que cette huile était sujette à devenir rance; et, par suite, à rendre les cataplasmes irritants; il a ajouté que c'était là, à son avis, la cause des érythèmes cutanés, dont l'usage de ces cataplasmes est fréquemment suivi.

M. Tanchou avait dit dans la dernière séance (voir le compte-rendu du 2 mars), que l'usage des cataplasmes vaginaux était répandu anciennement.

M. Guillon s'élève contre cette assertion. Il dit être le premier qui ait introduit ce mode de traitement dans la thérapeutique.

M. Duhamel a la parole pour une communication :

« Au mois de juillet 1843, dit-il, je fus appelé près de M. B..., âgé de cinquante-cinq à soixante ans, pour une pleuro-pneumonie très grave, que je combattis par les saignées copieuses et l'émétique à haute dose. Le malade se rétablit assez bien, sauf une toux qui persista pendant l'automne et l'hiver suivant; il reprit ses occupations au mois de janvier. M. B. fut atteint, sans cause connue, d'une nouvelle pleuro-pneumonie moins grave que la précédente, mais dont la durée fut plus longue. J'employai le traitement anti-phlogistique avec moins d'énergie, et j'insistai davantage sur l'émétique à haute dose et sur les révulsifs cutanés. La maladie se termina moins franchement cette fois que la première; il n'y eut même qu'une apparence de convalescence, pendant laquelle le malade restait levé quelques heures dans la journée; il y avait peu d'appétit, point de sommeil, et une toux opiniâtre très fatigante. L'examen attentif de la poitrine, par la percussion et l'auscultation, ne donnait aucun signe de tubercules. Cependant le malade maigrissait; il perdait ses forces; l'expectoration était abondante, de nature purulente; quelquefois striée de sang. Un confrère, appelé en consultation, pensa qu'il existait des tubercules disséminés dans le poumon, lesquels n'étaient point accessibles à nos sens : toutefois, deux symptômes importants manquaient pour caractériser le dernier degré de la phthisie pulmonaire auquel le malade semblait arrivé; les sueurs et la diarrhée colliquatives.

Vers les premiers jours du mois de mars, à la suite d'une violente quinte de toux, le malade rendit par l'expectoration un corps étranger solide qui frappa les parois de la cuvette dans laquelle il expectorait, et qu'il sépara des matières purulentes et sanguinolentes d'une extrême fétidité qui avaient été rendues en même temps et aussitôt après. M. B... expectora encore pendant quelques heures des matières puriformes et des espèces de fausses membranes; puis la toux diminua considérablement, l'appétit revint ainsi que le sommeil et les forces. Aujourd'hui le malade est à peu près rétabli, sauf la toux qui persiste encore; il sort, et tout fait espérer qu'il pourra reprendre bientôt ses occupations. »

Le corps étranger dont il s'agit est mis sous les yeux de la Société; il est de la grosseur d'un haricot, arrondi, dur, léger, d'une couleur brune, d'apparence calculeuse.

M. Fouquier a vu des calculs à peu près semblables, mais plus inégaux.

M. Fl. Léger. J'ai rencontré un fait à peu près analogue chez une dame de dix-neuf ans, à qui je donnai des soins pour une pneumonie du côté gauche. Elle se rétablit; mais je remarquai, en auscultant la poitrine, qu'il restait de l'obscurité dans le bruit respiratoire, et que l'air pénétrait difficilement au sommet du poumon, comme s'il y avait eu un obstacle en cet endroit. Elle se rétablit assez bien. Un an après, elle fut encore prise d'une pneumonie semblable, du même côté, dont elle se rétablit également. Ces deux maladies n'avaient pas porté d'atteinte bien sensible à la santé de cette dame; elle avait conservé de l'embonpoint et de la fraîcheur, malgré une toux assez opiniâtre qui avait persisté. Deux mois après la dernière pneumonie, elle rendit, par la toux, une concrétion inégale, du volume d'un gros noyau de cerise, très irrégulière, de nature de pierre meulière; plus tard, elle en rendit encore deux autres. Malgré cela, elle continua à tousser, et elle mourut de phthisie au bout de deux ans.

M. Pertus. Je donnais des soins à un homme de quarante ans, qui toussait par quintes; j'examinai la poitrine avec attention, il n'y avait rien. Le malade se plaignait de la gorge, elle était douloureuse et les amygdales étaient hypertrophiées; en les regardant avec soin, je vis qu'une concrétion faisait saillie dans l'une d'elles. Cette concrétion fut expulsée dans un violent accès de toux, et le malade fut dès lors délivré des souffrances et de la toux qui l'avaient tourmenté jusqu'à ce moment, et qu'un examen peu attentif aurait sans aucun doute fait attribuer à tout autre cause. Peut-être le calcul que M. Duhamel nous a montré, a-t-il la même origine.

M. Fouquier. L'exemple cité par M. Duhamel appartient à la phthisie calculeuse de Bayle; c'est une maladie assez rare, que j'ai eu cependant occasion d'observer plusieurs fois. Je reçus dans mes salles une jeune fille qui offrait les signes d'une phthisie avancée; un jour elle rendit par l'expectoration une hydatide, puis une autre, et enfin une dernière plus volumineuse. A partir de ce moment sa santé s'améliora, et elle guérit. C'était une phthisie hydatique, plus rare que la calculeuse.

M. Tanchou. Les phthisies calculeuses sont assez fréquentes, si j'en juge par ma propre expérience; j'en ai vu plusieurs. Mais je ne crois pas que le fait de M. Duhamel appartienne à cette catégorie; la concrétion que notre honorable confrère nous a présentée me paraît plus légère que les calculs venant du poumon, elle n'a pas leur couleur ni cet aspect de pierre meulière qu'ils ont ordinairement. Je ne pense pas que ce corps soit un véritable calcul; il me paraît formé d'un amas de pus et de sang concrétés.

M. Souberbielle, consulté par un malade qui se plaignait de la gorge, découvrit un corps pointu dans une de ses amygdales; il le saisit avec une pince et parvint à l'extraire : c'était une concrétion qui avait quelque ressemblance avec celle de M. Duhamel, mais elle était moins volumineuse.

M. Tanchou. On m'amena, il y a deux ans, une dame qui avait de violents accès de toux depuis qu'elle avait mangé de la perdrix. Je ne compris pas d'abord le rapport qu'il pouvait y avoir entre cet aliment et la maladie, et je croyais n'avoir affaire qu'à une simple coïncidence; mais en examinant la gorge attentivement, je vis qu'une des amygdales était enflammée et tuméfiée, et j'y découvris un petit corps étranger que je saisis avec une pince : c'était une plume. La malade se trouva immédiatement guérie. Je me demandai à cette occasion ce qui fût arrivé, si ce corps étranger s'était engagé dans une partie hors de la portée de la vue.

M. Pédélaborde. Je puis malheureusement vous donner quelques explications sur la production des calculs dans les amygdales, car c'est une affection dont j'ai long-temps souffert. J'ai rendu un assez grand nombre de ces petits corps, à diverses reprises; lorsqu'ils étaient volumineux, ils déterminaient des amygdalites, puis des abcès, et ils étaient expulsés avec le pus. Alors la toux disparaissait. Quelques mois après, la même série de symptômes survenait, et se terminait de la même manière. Je me fis exciser les amygdales par M. Velpeau; depuis, j'ai encore éprouvé quelques amygdalites, mais je n'ai plus rendu de calculs. Ceux que je rendais avaient beaucoup de ressemblance avec celui qu'on vient de mettre sous vos yeux, mais ils étaient moins gros.

M. *Guersant* entretient la Société de deux extirpations de cancer de l'œil chez deux enfants qui ont succombé à la récidive. Il fait voir sur des pièces anatomiques provenant de l'un des opérés que la matière encéphaloïde, qui constituait la maladie, étendait ses ramifications dans les sinus frontaux, qu'elle remplissait l'orbite et qu'elle avait détruit totalement l'ethmoïde; mais elle ne pénétrait pas dans le crâne, et elle n'avait point envahi le cerveau, comme il l'avait redouté; circonstance qui fait presque regretter à M. Guersant de n'avoir pas tenté une nouvelle opération. M. Guersant attribue la récidive presque constante de cette maladie à ce qu'elle prend ordinairement racine dans la cavité du crâne. L'observation qu'il vient de rapporter lui semble surtout remarquable sous ce point de vue; car s'il était démontré que la matière encéphaloïde ne commence pas à la base, l'opération offrirait plus de chances de réussite.

M. Pertus. Je lus il y a quelque temps, dans le compte-rendu des travaux de la Société médicale d'émulation, l'observation d'une femme en couches à qui étaient survenus des accidents graves par suite de l'administration du sulfate de potasse. Un de mes confrères m'a communiqué également un fait dans lequel ce médicament, donné dans les mêmes circonstances, avait failli entraîner la perte de la malade. Ces deux observations m'en ont rappelé une troisième qui m'est particulière, et qui me paraît digne de votre attention. J'avais accouché une dame de son troisième enfant; l'accouchement avait été heureux, et les suites avaient leur cours naturel; elle allait bien. Le cinquième jour, je lui prescrivis trois paquets de sulfate de potasse, de 8 grammes chaque, à prendre par intervalle; deux heures après le second paquet, la malade éprouve des besoins de garderobes; elle se met sur le vase, tombe en défaillance, et meurt. Appelé à la hâte, j'arrivai trop tard; il n'y avait plus signe de vie. J'attribuai à cette époque la mort à la rupture de quelque gros vaisseau; mais les deux cas rapportés ci-dessus ont modifié mes conjectures, et depuis, je ne donne le sulfate de potasse qu'avec beaucoup de réserve.

MM. Sorlin et Duhamel attribuent la mort à une falsification du sel. — *M. Duhamel* a l'occasion de voir beaucoup d'Anglaises qui se purgent immédiatement après leurs couches avec de l'huile de ricin, et il n'en a jamais vu résulter d'accidents.

Plusieurs membres pensent néanmoins que les purgatifs donnés peu de temps après l'accouchement peuvent occasionner des accidents, et M. Moret a vu mourir une femme purgée par Gardien, le cinquième jour.

M. Nauche fait remarquer que le sel de duobus qu'on donnait si fréquemment autrefois comme anti-laiteux, n'était pas préparé de la même manière que le sulfate de potasse dont on se sert actuellement. Il est probable que le nouveau mode de préparation a dû en altérer les propriétés.

Le secrétaire annuel Éguisier.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Caustique de Vienne solidifié; par M. le docteur Filhos.

Plusieurs chirurgiens ont été déjà frappés du mauvais effet que produit, dans le traitement des affections de l'utérus, l'application trop souvent répétée des caustiques, et l'on sait que c'est dans le but de parer aux graves inconvénients qui en résultent que M. le docteur Amussat, à l'exemple de notre illustre Dupuytren, a eu l'idée de recourir à l'usage de la potasse caustique dont l'action est assez vive pour escharrifier rapidement tous les tissus altérés, et pour n'exiger par conséquent qu'un petit nombre d'applications avant que la guérison soit complète. Mais, de son côté, la potasse elle-même n'est pas exempte d'inconvénients; ainsi, elle se liquéfie avec une grande vitesse, et elle peut alors fluer derrière le spéculum et s'étendre sur la face postérieure du vagin, en y produisant des escharres assez profondes pour perforer quelquefois la cloison recto-vaginale.

C'est pour éviter d'aussi graves accidents, dont on ne peut, dans l'état actuel des choses, se garantir qu'à l'aide des plus minutieuses précautions, que, sur l'invitation de M. Amussat, M. le docteur Filhos a entrepris une série d'expérimentations et de recherches qui l'ont amené à la préparation du composé suivant :

Pr.	Potasse caustique,	200 grammes.
	Chaux vive,	100 grammes.

On met ces deux substances dans une grande cuiller de fer, et on les soumet à l'action d'un feu très vif; la fusion de la potasse ne tarde pas à avoir lieu; celle de la chaux ne s'opère qu'un peu plus tard. Lorsque la totalité des deux corps est liquéfiée, on mêle bien intimement, puis on coule le mélange dans une lingotière qu'on a eu la précaution de chauffer à l'avance, et dont on ne retire ensuite les cylindres qu'après leur entier refroidissement.

Ces cylindres, qui sont excessivement durs, absorbent promptement l'humidité de l'air, et se recouvrent ainsi d'un hydrate de chaux mêlé de potasse. Pour les préserver de toute altération et pour pouvoir les conserver pendant un temps indéterminé, on peut les revêtir d'une lamelle de plomb, ou mieux encore, en suivant le procédé conseillé par M. le professeur Duméril pour le nitrate d'argent fondu, d'une couche mince de cire à cacheter; on les renferme ensuite dans des tubes de verre que l'on bouche avec soin.

Ce caustique joint dans la pratique, aux avantages de la potasse, celui de ne point se liquéfier comme elle lorsqu'on vient à s'en servir. Voici le mode d'application auquel M. Filhos conseille de recourir :

On place la malade sur le bord d'un lit élevé, les jambes appuyées sur des chaises et le dos assez relevé pour que le vagin soit dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette position permet aux liquides qui pourraient s'écouler du col de l'utérus, de se porter directement dans le spéculum, au lieu de fluer entre cet instrument et le conduit vaginal. Si le jour n'éclaire pas bien le chirurgien, il se sert de bougies allumées.

Le spéculum plein, ou à trois valves, est celui qui mérite la préférence pour cette opération. Après l'avoir huilé et introduit tout doucement, il faut s'attacher à bien découvrir le col utérin. On éponge ensuite avec le plus grand soin la partie affectée, après quoi on introduit un petit bourdonnet de charpie ou de coton ouaté retenu par un long fil, au-devant de l'extrémité antérieure de la valve inférieure du spéculum, immédiatement au-dessous du col de la matrice. Ce bourdonnet est là pour garantir les parties du vagin placées au-dessous du point qui doit être cautérisé. Avec un peu d'habitude, on peut, dans les cas ordinaires, se dispenser de l'emploi de ce dernier moyen, qui prolonge un peu l'opération. On applique ensuite le cylindre, soit à l'aide d'un porte-caustique, soit en le fixant à l'extrémité du tube de verre qui le renferme. La cautérisation terminée, on s'empresse d'essuyer l'escharre avec des boulettes de charpie, saisies avec la pince placée à l'une des extrémités du porte-caustique; puis on retire promptement, si l'on en a fait usage, le bourdonnet de charpie au moyen du fil qui le retient, et on fait deux injections d'eau froide, ou mieux d'eau légèrement vinaigrée, qu'on a bien soin de faire parvenir jusque sur le col de l'utérus. L'eau acidulée possède ici l'avantage de neutraliser le peu de caustique qui aurait pu rester adhérent à l'escharre. Après l'injection, il est nécessaire de placer dans le vagin un petit morceau de bande dont l'extrémité inférieure sorte un peu entre les grandes lèvres, afin de pouvoir le retirer facilement. La malade est alors replacée dans son lit.

Le cylindre de caustique destiné à l'opération ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. S'il avait déjà servi, et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère croûte de carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever préalablement avec un grattoir. On pourrait, au besoin, rendre plus énergique l'action du caustique en le trempant légèrement dans une liqueur spiritueuse, telle que l'alcool, l'eau-de-vie, l'eau de Cologne. Après la cautérisation, il faut essuyer avec soin le cylindre avant de le replacer dans le tube de verre où il doit être conservé. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Cas d'hydrophobie par rétrocession de la gale; observation recueillie par M. le docteur Hirz, de Kempen.

Une jeune paysanne âgée de vingt et un ans, d'une taille élancée, régulièrement menstruée, n'avait eu d'autres maladies que la gale, dont elle avait été affectée à plusieurs reprises. La dernière fois qu'elle avait contracté cette affection, elle l'avait conservée pendant deux années, après lesquelles on l'avait guérie en peu de jours de son éruption par le moyen d'une pommade préparée avec le bioxide de mercure. Depuis ce temps, il survint un changement remarquable dans le maintien de cette fille; son caractère devint inquiet, triste, morose; elle rechercha la solitude et l'obscurité; le contact des objets extérieurs et le bruit déterminaient chez elle une vive frayeur; aussi recherchait-elle avec soin les recoins les plus isolés pour s'y réfugier : le cœur battait avec violence.

Après ces accidents précurseurs, les symptômes de l'hydrophobie éclatèrent tout d'un coup : la malade était allée le matin à l'église, où elle était tombée en syncope, et avait ensuite été prise de convulsions.

M. Hirz fut appelé le lendemain, et reconnut dès l'abord tous les symptômes caractéristiques de l'hydrophobie; toutefois, ni la malade, ni les assistants ne purent lui donner le moindre renseignement sur l'existence antérieure d'une morsure faite par un animal enragé. La jeune fille était tourmentée incessamment par une soif des plus violentes; mais lorsqu'on lui présenta à boire, elle repoussa le vase avec

horreur, et fut prise de convulsions dans la partie supérieure du corps. Bientôt après la connaissance revint, et la malade se plaignit de lassitude et toujours de la soif inextinguible qui se faisait sentir ; mais une nouvelle approche d'un liquide suffit pour ramener les mouvements convulsifs qui, cette fois, envahirent tout le corps : la jeune fille mordait autour d'elle ; elle voulait sauter hors du lit, et faisait entendre par instants des sons inarticulés ; enfin, l'accès cessa, et fut remplacé par de l'abattement, et la malade se plaignit particulièrement de douleurs dans la poitrine.

M. Hirz pense avec raison que la trop brusque disparition de la gale était l'unique cause à laquelle pussent être rapportés les accidents observés ; et, dans cette supposition que la rétrocession de cette affection s'était opérée sur les membranes de la moelle épinière et sur les racines des nerfs qui partent des régions cervicale et dorsale, il prescrivit des frictions sèches que l'on pratiqua avec une brosse à habit sur toute l'étendue de la colonne vertébrale. A ce moyen furent associés des bains sulfureux artificiels, dans lesquels on fut contraint d'abord de maintenir la malade de force, mais dans lesquels elle ne tarda pas à pouvoir rester sans difficulté. Des vésicatoires furent ensuite appliqués tout le long du rachis, et à l'intérieur on administra du calomelas associé au sulfate de strychnine.

Sous l'influence de ce traitement, la guérison fut obtenue dans l'espace de trois jours.

M. Hirz eut l'occasion, deux ans plus tard, de revoir la jeune fille qui fait le sujet de cette observation, et il apprit avec plaisir que, depuis cette époque, sa santé n'avait pas éprouvé la moindre altération.

(*Casper's Wochensch. fuer die gesammte heilkunde*, 1842.)

Sur le traitement du charbon; par M. le Dr Meyer, de Creutzburg.

Après avoir donné plusieurs observations de charbon recueillies par lui pendant l'été de 1841, M. Meyer résume de la manière suivante le traitement qu'il emploie contre cette redoutable affection, et dont il dit avoir obtenu des succès éclatants, même dans les cas les plus désespérés.

Il ne croit pas nécessaire de recourir aux scarifications ni à l'excision ; jamais, dans les cas nombreux qui ont été soumis à son observation, il n'a eu besoin de pratiquer cette dernière, et ce n'est même que très rarement qu'il a mis les premières en usage.

Dans la plupart des cas, il s'est servi de la potasse caustique pour obtenir la destruction des parties mortifiées, et pour déterminer une réaction vitale dans les tissus sous-jacents.

Des cataplasmes, des applications chaudes, tantôt émollientes, tantôt aromatiques, tantôt enfin préparées avec le quinquina ou l'écorce de chêne, et plus tard des onguents irritants et suppuratifs, sont utiles et suffisants pour amener à guérison la maladie locale.

Quant au traitement interne, M. Meyer le commence ordinairement par l'administration d'un fort vomitif, puis il passe à l'emploi du quinquina associé aux acides minéraux, qu'il fait alterner avec les excitants, tels, par exemple, que le camphre et la racine d'angélique.

En même temps il conseille l'usage d'un régime diététique fortifiant. Il permet cependant l'ingestion de boissons rafraîchissantes, même du babeurre et des limonades végétales froides. Du reste, il n'est pas encore arrêté sur la question de savoir si, dans les cas de ce genre, les acides végétaux ne méritent pas la préférence sur les acides minéraux; et il dit, à cette occasion, qu'il a vu dans divers cas très graves de stomacace, administrer les derniers avec peu d'avantage, tandis que les premiers étaient donnés avec le plus grand succès. Or, on sait qu'il existe beaucoup de rapports entre ces deux affections, à tel point que Schoenlein les range dans la même famille.

On pourrait peut-être aussi recourir avantageusement au froid, dont on a eu tant à se louer dans la médecine vétérinaire; pour cela, on se servirait des affusions et des applications d'eau à la température désirée.

Enfin, d'ailleurs, il faut reconnaître que, chez l'homme comme chez les animaux, où l'on voit des individus que l'affection charbonneuse atteint avec la rapidité de la foudre, il peut se trouver des cas où le mal soit au-dessus de toutes les ressources dont le praticien peut disposer. Dans ces cas, l'intensité d'action du principe toxique provoque, immédiatement après le développement de la pustule, un état typhoïde général et une tuméfaction gangréneuse de la partie qui est le siége du mal. Alors, comme dans le choléra sur-aigu, toute réaction vitale cesse à l'instant même où le mal s'est étendu à l'organisme entier.

Nous terminerons en disant que, suivant M. Meyer, l'usage alimentaire des animaux morts du charbon ne peut communiquer cette affection, et qu'elle se propage seulement par le contact des animaux malades ou des cadavres.

(*Rust's Magazin fuer die gesammte Heilkunde.*)

Sur une nouvelle pâte caustique avec le sulfate de cuivre, et sur son emploi dans quelques affections chirurgicales, notamment dans la pustule maligne ; par M. le docteur Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Le vitriol bleu n'est guère usité aujourd'hui à titre de caustique ; son principal emploi consiste en collyres et en injections, encore doit-il plutôt alors être considéré comme astringent ou détersif que comme agent de cautérisation. On l'a recommandé, il est vrai, pour cautériser les aphtes et les chancres ; toutefois, le nitrate d'argent fondu le supplée avantageusement dans ces cas, et lui est généralement préféré ; mais il existe une pâte caustique dont il fait la base, et dont la composition n'est consignée dans aucun formulaire, bien qu'elle mérite véritablement d'être connue des praticiens.

En effet, si l'on pulvérise finement le sulfate de cuivre, et qu'ensuite on délaie une certaine quantité de la poudre obtenue avec du jaune d'œuf, de manière à former un mélange de consistance de pâte molle, on a pour produit une masse de très belle couleur vert-pré, qui possède des propriétés caustiques prononcées, et dont voici les effets.

Lorsqu'on étend une couche de ce mélange sur un petit plumasseau de charpie ou sur une rondelle de sparadrap ou de linge, et qu'on en fait l'application sur un point quelconque de la surface cutanée, on voit bientôt la partie devenir le siége d'une vive excitation ; tout le pourtour se fluxionne un peu et rougit ; une douleur assez aiguë est éprouvée dans les parties qui sont en contact avec la pâte, douleur qui cesse d'ailleurs au bout de trois ou quatre heures, c'est-à-dire quand l'effet caustique est complet. Effectivement, en enlevant alors l'appareil, on observe que toute la portion de peau recouverte par la pâte est transformée en une escharre de teinte grisâtre, et que cette escharre n'a point la profondeur qu'elle présente lorsqu'elle est due à l'action de la plupart des autres caustiques : aussi ne donne-t-elle jamais lieu à des cicatrices vicieuses, comme on en voit très fréquemment après les autres modes de cicatrisation, et ses traces deviennent-elles imperceptibles dans un laps de temps assez court.

Cette précieuse qualité fait attacher une grande importance à ce caustique par M. le docteur Payan. On sait, en effet, qu'il est certaines affections, la pustule maligne entre autres, dont la marche désorganisatrice ne peut guère être enrayée que par la cautérisation ; or, on a ordinairement recours au cautère actuel ou à des cautères potentiels assez forts pour que leur action escarrifiante puisse s'étendre jusqu'à une certaine profondeur, et il en résulte toujours après la guérison des cicatrices défectueuses que rien ne peut faire disparaître. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien sont désagréables ces traces du caustique, lorsqu'elles existent sur des parties du corps habituellement découvertes, telles que la figure, le cou, les mains. Avec la pâte de sulfate de cuivre, au contraire, on évite le plus souvent ce grave inconvénient.

M. Payan pense que ce moyen est suffisant dans la première période de la pustule maligne; mais il ne peut dire s'il en serait de même aux dernières périodes de cette maladie. Il croit aussi qu'il pourra se montrer utile dans certains cas de *lupus*. C'est, du reste, un nouveau caustique à expérimenter, et sur la valeur duquel on ne pourra se prononcer définitivement qu'après avoir recueilli un bon nombre d'observations de son emploi.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Pommade épispastique.

P.	Axonge,	60 grammes.
	Ecorce de garou,	30
	Cire blanche,	4
	Poivre en grain,	2
	Laudanum de Sydenham,	15 gouttes.

On fait digérer dans l'axonge, au bain-marie, le poivre et l'écorce de garou, préalablement concassés ; au bout de cinq à six heures de digestion, on passe au travers d'une toile avec forte expression, et on filtre à chaud.

Alors on fait liquéfier la cire dans l'axonge, on agite le mélange, et lorsqu'il est presque refroidi on ajoute le laudanum, après quoi on agite de nouveau jusqu'à ce que le refroidissement soit complet.

Cette pommade, dont la formule est due à M. Rizet, de Brest, sert à entretenir les vésicatoires et les cautères dans un bon état de suppuration, sans déterminer aucune douleur dans ces exutoires : elle n'occasionne non plus aucun de ces accidents qui surviennent si souvent du côté des organes génito-urinaires lorsqu'on emploie dans le même but les pommades ordinaires, dans la composition desquelles on fait presque toujours entrer les cantharides.

(*Revue scientifique*, 1843.)

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences, vous donnez les conclusions d'une lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, relativement aux *taches de la cornée*. Je regrette que l'espace vous ait manqué pour faire précéder ces conclusions des développements qui les justifient, et sans lesquels mon résumé ne me semble pas devoir être entièrement compris.

Permettez-moi donc de rappeler en peu de mots le contenu de ma lettre. Je voyais avec peine qu'un de nos confrères, qui paraît s'occuper de maladies des yeux, eût voulu juger *à priori* l'opération remise en honneur par M. Malgaigne ; je disais que M. Desmarres s'était appuyé de l'opinion de quelques oculistes du dix-huitième siècle, sans s'inquiéter si ces oculistes avaient des raisons suffisantes pour blâmer l'enlèvement des lames cornéales ; j'ajoutais que parmi ceux qui ont écrit contre cette opération, pas un seul ne l'avait pratiquée ni vu pratiquer ; que ceux au contraire qui avaient proposé et exécuté cette excision partielle de la cornée, avaient constamment réussi ou amélioré singulièrement la vue de leurs malades. C'est donc avec un sentiment pénible que j'avais appris qu'au lieu d'encourager M. Malgaigne à continuer ses tentatives, on lui reprochait d'ignorer qu'il y a plus ou moins d'années quelques chirurgiens avaient eu la même idée que lui. Loin de se formaliser de ce reproche, j'espérais que notre honorable confrère puiserait de la confiance dans les succès que l'oculistique nous a transmis et dans les explications que je donnais moi-même et que voici en partie :

La diversité des opinions, ainsi que j'ai eu l'honneur de l'écrire à l'Académie, tient à ce que les oculistes du dix-huitième siècle, et M. Desmarres aussi, ont confondu indistinctement toutes les taches de la cornée sous le nom de *leucoma*. Or, toute la thérapeutique des taies est dans cette distinction. En effet, le leucoma est constitué par la cicatric d'une ulcération de la cornée ; l'albugo, au contraire, suite d'une violente kératite, se forme par la sérosité qui s'épaissit et se concrète dans les lames de la cornée. Le leucoma qui a produit la perte de la vue est incurable, parce qu'en voulant attaquer cette cicatrice cornéale, la perforation de la cornée est presque irréparable. L'albugo, au contraire, offre par sa nature toutes les conditions de réussite désirables pour l'ablation des lames, et les succès dont nous parlent les auteurs ont sans aucun doute été obtenus sur des albugos. La manière dont la guérison s'opère est fort simple ; à l'albugo succède une ulcération, à l'ulcération une cicatrice autrement dit un leucoma. C'est ainsi que je pensais quand dans des albugo circonscrits j'ai employé l'azotate d'argent ; l'ulcère produit par ce caustique change le voile opaque en un voile transparent.

Le sujet demanderait bien d'autres détails qui ne pourraient trouver place dans votre journal, mais je crois en avoir dit assez pour justifier mes conclusions. (*Voir* le dernier numéro.)

Recevez, etc.,

A. Magne,
Ancien élève particulier du professeur Sanson.

Jeudi, 11 mai.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 58, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 17 MAI 1843.

Académie de médecine. — La phthisie en Algérie. — Les médecins voyageurs.

L'Académie n'est pas heureuse dans les discussions qui se rapportent à l'organisation sociale ou scientifique de la profession. Après la discussion sur la patente, est venue, dans la dernière séance, celle sur les principes qui doivent régir les élections des membres correspondants nationaux de l'Académie. Ici ce n'est pas faute d'orateurs que la question est restée dans l'obscurité, mais faute de connaissances suffisantes sur la matière de la part de ces orateurs. Ce n'est qu'après avoir consacré plus de la moitié de son temps à une conversation confuse, que l'Académie a fini par comprendre qu'elle n'était nullement en mesure de discuter, et qu'elle a renvoyé la question à l'examen de la commission spéciale chargée d'étudier le sujet.

Mais dans la même séance a été abordée une question importante sur laquelle nous avons glissé pour des raisons de convenance lors de la lecture du mémoire de M. Casimir Broussais. Nous n'examinerons pas si l'Académie s'est bien conformée à l'esprit de son institution en accueillant la demande de M. Boudet; mais cette demande une fois accueillie, devait-elle, comme le voulait M. Gerdy, proposer au jeune observateur, pour sujet d'études, *les causes de la phthisie*, ou seulement une cause très limitée en particulier? Pour notre part, nous ne concevons pas que l'on puisse être un instant en doute sur la décision à prendre. Il ne faut pas avoir observé long-temps pour être convaincu de l'énorme difficulté qu'il y a à résoudre d'une manière définitive la question la plus circonscrite; difficulté qui se change en impossibilité, momentanée au moins, quand la question se complique un tant soit peu. Non seulement donc nous aurions préféré, au projet de M. Gerdy, celui de la commission, mais nous aurions même restreint ce dernier, comme le demandait M. Louis, à l'étude pure et simple de la fréquence de la phthisie en Algérie. C'était là une question capitale dont la solution positive devait suffire à l'ambition du jeune observateur, trop heureux s'il était parvenu à dissiper les incertitudes qui règnent encore sur ce point important. Nous ne saurions admettre, en effet, avec M. Rayer, que la fréquence relative de la phthisie en France et en Algérie soit maintenant éclairée au point de ne pouvoir plus faire le sujet d'une question, et c'est ici le lieu de dire quelques mots du travail de M. Casimir Broussais. D'après ce travail, la mortalité dans l'armée, en France, doit être rapportée pour 1/5e à la phthisie; en Algérie, la phthisie ne produit, au contraire, que 1/122e de la mortalité. Il suffit de l'énormité de cette différence pour prouver qu'il doit nécessairement y avoir des causes d'erreur dans les documents qui ont conduit à cette conclusion. Ces causes d'erreur, nous les trouvons dans deux circonstances principales. La première (car, comme l'a exprimé M. Gerdy, il faut bien dire les choses comme elles sont), consiste dans le défaut de connaissances suffisantes de la plupart des officiers de santé qui ont fourni les documents sur lesquels s'est appuyé M. Broussais; on pourra peut-être croire cette cause d'erreur imaginaire, en considérant la facilité du diagnostic de la phthisie arrivée à une certaine période; mais nous sommes d'autant plus certain de sa réalité que nous parlons *de visu*. Une seconde cause d'erreur indiquée par M. Castel, qui ne parle pas toujours sans raison, c'est la fréquence et la gravité des maladies aiguës qui affectent nos soldats en Algérie. On comprend très bien que si le plus grand nombre succombe promptement à la dysenterie ou aux fièvres intermittentes, ils ne puissent plus succomber à la phthisie; et si la mortalité, ce qui est encore très concevable, sévit principalement sur ceux qui, par leur constitution, se trouvaient prédisposés à cette dernière maladie, on voit combien ce concours de circonstances arrache de victimes à la phthisie sans profit pour la vie des hommes. Il ne suffit pas à un médecin, pour envoyer ses malades en Algérie, de savoir qu'on n'y meurt pas aussi souvent phthisiques qu'en France, il faut encore qu'il sache si, par ce conseil, il n'exposera pas son malade à un autre genre de mort plus prompt que le premier. On voit déjà toutes les difficultés qui s'attachent à la simple étude de la fréquence de la phthisie. Il faut reconnaître encore que les documents, pour être concluants, doivent être recueillis sur une grande échelle, et que ce n'est guère dans le cours d'un voyage hygiénique qu'ils peuvent être récoltés. Ce travail nécessite une activité de corps et d'esprit, la santé la plus robuste, et il est à craindre, comme l'a dit M. Royer-Collard, que le jeune observateur n'ait entrepris une tâche au-dessus de ses forces. Cela nous ramène naturellement à la proposition de M. Louis sur les médecins voyageurs.

Comment se fait-il que dans notre siècle et dans notre pays, où l'on trouve des fonds pour instituer des naturalistes voyageurs, des économistes voyageurs, des géographes voyageurs, des artistes voyageurs, et même des voyageurs sans caractère bien déterminé, dont il serait bien difficile de dire autre chose, sinon qu'ils *voyagent* aux frais de l'état, on soit si insouciant en ce qui concerne les médecins voyageurs? C'est une de ces énigmes dont nous ne chercherons pas le mot, de crainte de le trouver; nous nous bornerons à rappeler à M. Louis, qui est doué d'une dose de persévérance peu commune, sa proposition, et nous l'engageons à la pousser sans relâche, persuadés que le Gouvernement ne pourra long-temps fermer l'oreille à une aussi juste réclamation.

Quant à la proposition que la commission avait annexée à celle qui concernait M. Boudet, c'est-à-dire à demander à ses membres correspondants des renseignements susceptibles de compléter les travaux de ce jeune observateur, la commission a sans doute voulu par là lancer une épigramme à ses dits correspondants, car on ne sait que trop bien que l'immense majorité de ces messieurs s'occupent de tout autre chose que de correspondre, et surtout de correspondre scientifiquement avec l'Académie. Cette considération est bien de nature à faire circonscrire dans un cercle étroit les prochaines élections.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

CAS PRINCIPAUX OBSERVÉS PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1843.

La publication des leçons de M. Velpeau sur les fractures nous ayant forcés de négliger le mouvement des salles, nous allons réparer cette omission en signalant les cas principaux observés pendant le mois dernier, nous réservant de reprendre la suite des fractures à mesure que M. Velpeau les exposera.

Écrasement par une voiture. Difficulté du diagnostic. Pronostic grave dans tous les cas. Guérison.

Dans les derniers jours de mars on a apporté à l'hôpital une domestique, fille de vingt et un ans à peu près; elle a été couchée au n° 21. En traversant une rue, cette femme a été surprise par une calèche à deux chevaux; elle a été renversée, et la voiture a passé par dessus son corps. Cette voiture était d'ailleurs peu chargée et de construction légère. On l'a relevée et transportée sur-le-champ à la Charité. La constitution de cette fille paraît assez bonne; il semble, à la voir, qu'elle éprouve des douleurs atroces en respirant, comme si le diaphragme ne pouvait fonctionner. On ne remarque aucune plaie sur le corps; elle porte seulement une écorchure au visage. Le thorax, examiné aussi bien que cela est praticable, car il est impossible de la remuer sans lui faire pousser des cris affreux, ne présente aucun signe de fracture; d'ailleurs, l'anxiété qu'elle éprouve ne paraît pas de nature à se rapporter à une fracture des côtes. Elle dit que la douleur la plus vive existe dans le flanc; du reste, elle a uriné; il n'existe nulle part aucun signe de paralysie; mais la langue est limoneuse, le pouls petit, déprimé, et le ventre balloné assez fortement.

En présence de ces symptômes, nous avons dû penser aux lésions suivantes : 1° fractures de côtes ou de vertèbres; 2° épanchement dans le ventre ou la poitrine, ou dans le ventre et la poitrine à la fois; 3° déchirure de quelques viscères.

La fracture de côtes ne pouvait être constatée en ce moment à cause des souffrances qu'accuse la malade; il n'est pas possible d'acquérir une certitude à cet égard; seulement rien ne porte à croire que cette lésion existe. L'idée d'une fracture des vertèbres doit également être repoussée, puisque l'on n'observe pas de paralysie ni aucune déchirure, ni contusion de ce côté. L'épanchement, quel que soit le lieu où on le suppose, présente plus de probabilités; il y a quelques signes qui se rapportent à cet accident; ainsi, la faiblesse du pouls, l'anxiété et le gonflement du ventre sont des symptômes qu'on observe toujours après la production de ces épanchements; mais, d'un autre côté, les épanchements ne surviennent point sans qu'ils soient accompagnés de pâleur de la face, de syncopes et de faiblesse générale, et le visage de la malade est au contraire coloré; les syncopes manquent, et il n'y a faiblesse que dans le pouls seulement; d'ailleurs, en admettant même un épanchement sanguin dans l'une des cavités, on n'expliquerait point encore la cause de ces douleurs qui paraissent être si vives. Faudra-t-il s'arrêter à la pensée d'une déchirure de quelque viscère? cette dernière supposition est certainement celle qui réunit le plus de présomptions; l'on sait, en effet, qu'à la suite d'efforts violents supportés par l'abdomen, on a été à même d'observer la déchirure de chacun des organes contenus dans cette cavité, et cela, ce qu'il y a de plus remarquable et ce qui fut autrefois un sujet de doute, sans que les parois du ventre paraissent contus ou déchirés; c'est un fait bien connu aujourd'hui, et que les chirurgiens militaires ont constaté souvent à la suite de la mort causée par un projectile frappant le ventre, réduisant en bouillie les intestins et laissant les parois abdominales dans toute leur intégrité. Si l'on recherche l'explication de ce phénomène bizarre, on la trouve dans la grande souplesse, la grande élasticité de la peau de cette région, les tégumens cèdent à la violence du choc, et la force d'impulsion va s'épuiser toute entière sur les viscères eux-mêmes, moins élastiques, moins souples, moins extensibles, et d'un tissu plus fragile.

Si la supposition que nous faisons est fondée, c'est-à-dire si l'un des viscères abdominaux est rompu, et l'un des symptômes de cette rupture, le ballonnement existe ici à un assez haut degré, il est important de s'assurer si le ventre est distendu par des gaz ou par des liquides. Ainsi, il n'est besoin que de réfléchir un instant pour comprendre que tous les viscères de l'abdomen en se déchirant ne peuvent donner lieu aux mêmes symptômes; si c'est l'estomac qui a été rompu, le malade vomira du sang; de l'air, des aliments, des liquides, pourront être épanchés dans le ventre; si le gros intestin seul a été déchiré, le sang sera rendu par l'anus, et des gaz et des fèces se fraieront passage par l'ouverture; si c'est le petit intestin, il surviendra une péritonite considérable et prompte; il en sera de même quand la vésicule biliaire aura été le siége de la rupture, l'épanchement de la bile et la péritonite caractériseront cet accident; la vessie rompue, le malade ne pourra plus uriner, la péritonite surviendra encore comme dans les cas où la rate, le foie, le rein auront les uns ou les autres été l'objet de la violence extérieure.

Dans le cas qui nous occupe, sauf le ballonnement et les quelques symptômes dont nous avons parlé, aucun des signes précédents n'existe d'une manière bien tranchée. De ce que nous voyons, il résulte donc qu'on peut avoir l'espérance qu'il n'existe chez cette malade autre chose que des déchirures musculaires ou celluleuses, et nous devons nous rattacher à cette pensée seule pour porter un pronostic favorable; car, s'il y a véritablement une des ruptures viscérales dont nous venons d'indiquer les signes, le pronostic ne peut qu'être des plus graves dans tous les cas, puisque ces déchirures, quelles qu'elles soient, sont regardées comme des lésions inévitablement mortelles. Heureusement il doit nous rester, et il nous reste en effet des doutes sur l'existence d'une de ces ruptures. Le ballonnement du ventre peut causer de graves inquiétudes à ce sujet; le pouls petit et lent augmente encore nos craintes. Cependant il y a quelques chances de salut pour la malade, puisqu'aucun signe positif de déchirure ne s'est encore manifesté.

M. Velpeau fait appliquer de l'huile camphrée sur le ventre, et prescrit l'administration d'une potion laudanisée et de boissons diaphorétiques.

Pendant les huit jours qui suivent son entrée, son état reste grave; tous les symptômes d'une péritonite se déclarent. On met en usage un traitement antiphlogistique léger; on a ensuite recours aux révulsifs. Vers le dixième ou douzième jour, l'état s'amende, et quelques jours après la malade est complètement hors de danger.

Elle sort le 24 avril, ne se ressentant plus du tout de son accident.

Fracture de la cuisse produite par le passage d'une diligence sur le membre. Erysipèle. Formation d'un foyer dans la fracture. Pronostic fâcheux.

Louis Fortier, âgé de vingt-sept ans, conducteur de diligence, a été apporté à la Charité dans le courant de mars dernier. Cet homme étant tombé, la roue de la voiture lui passa sur la cuisse droite, et détermina la fracture du fémur. Le membre fut placé comme à l'ordinaire dans un bandage inamovible, et pendant une huitaine de jours il ne se passa rien d'anormal. Vers le neuvième jour, la cuisse gauche devint un peu douloureuse; cette douleur augmenta graduellement les jours suivants, les symptômes d'une inflammation vive du membre se montrèrent, et il fut bientôt impossible de douter que la suppuration s'en était emparée. M. Velpeau dut pratiquer des incisions multiples pour donner issue au pus; des topiques émollients furent appliqués, ce qui n'empêcha pas le développement d'un érysipèle qui occupa le pied, la jambe et jusqu'au milieu de la cuisse. Les réactions chez cet homme furent plutôt nerveuses que vasculaires. Le délire, des tremblements apparurent; la langue se sécha, l'appétit fut perdu; cependant les foyers se détergèrent, se séchèrent; l'état général ne s'améliora pas. Dans cette situation, le malade devait inspirer des craintes; car il est d'observation qu'un sujet qui porte une fracture et qui est pris de suppuration dans

quelque lieu que ce puisse être, ou chez lequel se manifeste une de ces affections capables de remuer profondément l'économie, il est d'observation, disons-nous, que ce sujet court grand risque de voir sa fracture devenir le siége d'une suppuration dont les conséquences sont nécessairement redoutables.

Le gonflement qu'on voit s'établir autour des bouts d'un os fracturé, est presque toujours, quand il n'y a pas de plaie, renfermé dans des bornes telles, que rarement il aboutit à la suppuration. Le travail qui s'accomplit autour de la fracture n'a pour but que de rétablir ce qui a été détruit; mais si par l'effet d'une cause locale ou d'une cause générale, comme celle d'une suppuration dans un autre lieu, ou d'une maladie qui s'empare de tout l'organisme, du pus vient à se former dans le siége de la fracture elle-même, ce pus devient une des complications les plus fâcheuses qu'on puisse concevoir. En effet, le pus n'est pas organisable; d'ailleurs, comme on le sait, le pus engendre le pus, et la présence de ce liquide va suffire pour empêcher tout travail réparateur; les os qui en seront baignés ne tarderont point à se nécroser; les parties voisines se trouveront dans des conditions détestables: il n'y aura plus de consolidation possible. Si c'est sous l'influence d'une maladie générale que le pus se montre en quelque endroit, les suppurations ne tardent pas à devenir multiples, on en voit paraître dans un grand nombre de points à la fois; l'économie est véritablement alors, qu'on nous passe la comparaison, comme une éponge imbibée de pus: dans ce cas, la fracture deviendra bientôt elle-même le siége d'un foyer purulent. C'est là, on peut le dire, un grand principe qu'on ne doit point oublier, et qui est d'une haute valeur dans le pronostic des fractures: que toutes les fois qu'une phlegmasie, quelle qu'elle soit d'ailleurs, variole, pneumonie, pleurésie, cystite péritonite, etc., surviendra chez un sujet présentant une fracture, cette inflammation fera courir le risque de voir s'établir un foyer dans le lieu occupé par la lésion de continuité des os.

Chez le malade qui fait le sujet de notre observation, huit ou dix jours s'étaient passés sans accident; l'érysipèle s'éteignait; il y avait à croire que le sujet résistait, mais bientôt nous l'entendons se plaindre d'une douleur dans le membre droit, siége de la fracture: le doute n'était plus permis. C'est vers le 8 avril qu'il a ressenti les premières atteintes du mal qui se développa dans la cuisse droite, et aujourd'hui, c'est-à-dire trois jours après cette époque, on peut reconnaître une vaste collection de pus qui ne s'est certainement pas établie dans un espace de temps si court, mais qui a commencé à se former quand la cuisse gauche a été prise d'inflammation.

Comment se fait-il que le malade ne se soit pas plaint plus tôt? C'est là, certes, une question qu'on est porté à se faire si l'on suppose que ce que nous avançons soit exact. Il est très probable que, comme il y avait au membre gauche un phlegmon diffus et sous-cutané sur lequel est venu bientôt se greffer un érysipèle, il est probable que la sensibilité a été absorbée, pour ainsi dire, par les douleurs ressenties dans cette cuisse, et que l'autre foyer a pu se former comme à son ombre, tout à fait à l'insu du malade. Il serait permis de dire encore, en s'appuyant sur des faits d'une observation journalière, que ce n'est point dans les périodes aiguës des inflammations qu'on voit ces sortes de suppurations survenir. Si l'on examine ce qui se passe à la suite des fièvres graves, on en est bientôt convaincu; les suppurations, les abcès critiques, comme on les appelle, les parotides, ne s'observent pas dans l'acuité de l'affection; il semble que l'économie cherche à se débarrasser de tous les éléments hétérogènes qui l'encombrent. Cette élimination se fait-elle par les reins, les intestins, la peau, tout se passe au mieux pour le malade; mais si ces éléments sont versés au sein des tissus, c'est alors une nouvelle maladie qui vient compliquer de son plus ou moins de gravité l'affection principale prête à s'éteindre; quelquefois aussi c'est une sorte de révulsion favorable qui paraît pour arracher à la maladie ses dernières forces.

Vers le 6 avril, le foyer du côté droit occupe depuis le quart supérieur de la cuisse jusqu'au jarret; ce foyer a tous les caractères des abcès des fractures, c'est-à-dire qu'il a son siége profondément situé sous le triceps, circonstance qui les rend si graves pour un motif sur lequel nous allons nous expliquer. Les deux bouts de l'os baignent évidemment dans le pus. Nous disons que les abcès situés sous le triceps fémoral sont graves, et en voici les raisons: dans certaines régions, les collections purulentes rencontrent des obstacles, éprouvent des résistances de la part des muscles qui sont adhérents aux os. Mais à la cuisse, le triceps ne contracte avec le fémur que des adhérences lâches; on n'ignore pas combien il est facile de décoller ce muscle de l'os, et l'on se rend compte, par cela même, de la facilité qu'a le pus à gagner du grand trochanter au jarret, et réciproquement. Tout le tissu cellulaire de cette région est d'ailleurs d'une grande souplesse, ce qui favorise encore singulièrement les progrès de la suppuration, qui prend bientôt toute la cuisse. C'est ce qu'on ne voit malheureusement que trop sur ce malade; le foyer purulent occupe tout le membre; il s'est formé entre les muscles et le fémur, et les fragments osseux de la fracture baigneront incessamment dans le pus.

De plus, l'état général est mauvais, et l'on peut remarquer que quand il sommeille la paupière n'est pas complètement fermée, ce que, de tout temps, on a considéré comme un signe de funeste présage. La fièvre persiste; en un mot, on trouve cet homme dans des conditions qui conduisent naturellement à penser à une infection générale. N'y a-t-il pas dans toutes ces circonstances de nombreux sujets d'inquiétudes?

Si l'on examine le foyer de la fracture l'on est pris de craintes plus sérieuses encore; car de deux choses l'une: ou le cal est formé, ou il ne l'est pas encore. Si le cal n'est pas encore commencé, c'est là, on n'en peut douter, un cas d'amputation; et qui oserait y avoir recours, dans l'état actuel du malade? En supposant qu'il le soit, on a encore à redouter toutes les conséquences fâcheuses que peut entraîner le foyer purulent, dont la suppuration est de mauvaise nature, et qui se reproduira sans aucun doute. Il faudra donc alors ouvrir largement toute la cuisse; mais ne se peut il pas qu'on coupe une artère qui donnera lieu à une hémorrhagie si inquiétante chez les individus imbibés de pus, parce qu'elle est toujours très difficile à arrêter. Il serait nécessaire de pratiquer plusieurs incisions, les fragments osseux, car il est probable que les os ont été broyés, et que la fracture est de celles qu'on nomme comminutives, les fragments osseux complètement séparés du corps de l'os réagissent comme autant de corps étrangers; puis, l'état général qui ira s'aggravant, tout peut faire pronostiquer qu'avant une quinzaine peut-être ce malade aura succombé.

La seule chance de salut qui puisse rester à ce malheureux, c'est que pendant le temps qui a précédé le développement du premier phlegmon, la fracture se soit suffisamment consolidée; à la rigueur, alors, il pourrait en être quitte pour un cal difforme, terminaison qui serait des plus heureuses en présence de dangers si prochains et si redoutables.

Chute d'un deuxième étage. Pronostic grave. Guérison.

Le mercredi 29 mars a été apporté à la Charité et couché au n° 17, un maçon tombé dans un escalier de la hauteur d'un second étage. Cet homme présente une tumeur peu considérable à la fesse droite et une autre dans le flanc droit du même côté; celle-ci est de la grosseur d'une tête de fœtus, et porte à son sommet une écorchure; on n'aperçoit aucun changement de couleur à la peau. La cause, la formation rapide de cette tumeur ne peuvent laisser de doute sur son contenu; elle renferme évidemment du sang; les muscles du ventre paraissent avoir été broyés; et il y a lieu de craindre ici, comme dans la première de ces observations, qu'il n'y ait eu déchirure de quelque viscère, comme le rein ou le foie. Cette tumeur doit donc inspirer des craintes. De plus cet homme porte à la région syncipitale une plaie en travers qui comprend toute l'épaisseur des téguments jusqu'aux os, plaie par laquelle il s'est écoulé une assez grande quantité de sang, et qui doit aussi être considérée comme une lésion grave, en ce sens qu'elle peut devenir l'origine d'un phlegmon diffus dont on sait les conséquences. Enfin l'on observe encore que les paupières sont boursoufflées, à gauche surtout, par du sang infiltré; l'infiltration est également manifeste à droite, mais elle est beaucoup moins considérable que de l'autre côté, troisième signe qui peut indiquer deux choses, ou une blessure de l'œil, ce qui ne serait pas excessivement dangereux pour la vie du sujet, ou une fracture de la base du crâne, étendue, étoilée, profonde: lésion mortelle.

Il devra résulter, ainsi qu'on le pressent, que le pronostic à porter sera défavorable. Cet homme peut avoir trois maladies, dont chacune est nécessairement fort grave. La déchirure d'un viscère suffirait pour amener la mort; seulement dans le cas où ce ne serait pas l'intestin qui aurait été rompu, mais bien le foie, ou le rein seul, peut-être pourrait il guérir, à moins encore que la bile ou l'urine ne se fussent épanchées dans l'abdomen. Pour la tête, la plaie peut encore faire espérer la guérison, en supposant même qu'il y ait fracture du crâne au-dessous. On sait, et nous l'avons dit souvent déjà, que c'est plus par les conséquences qu'elle entraîne que par elle, que cette fracture offre un grand danger. Le cerveau est ordinairement commotionné, ou contus, ou broyé même. Comme nous le voyons, chacune de ces lésions différentes, quoique très sérieuses en elles-mêmes, pourrait encore laisser quelque espérance de sauver le malade, mais leur réunion ne lui sera-t-elle pas fatale? Ne vont-elles pas réagir l'une sur l'autre et se rendre mutuellement plus dangereuses? C'est malheureusement ce dont il n'est pas permis de douter. Cependant le sujet est bien constitué; il a été saisi au milieu d'une excellente santé, si l'on peut ainsi dire: il est permis de conserver un espoir.

Mais quelle thérapeutique devra-t-on employer dans ce cas. Il faut avouer qu'elle est singulièrement embarrassante. On se trouve là entre deux écueils, position toujours difficile dans le traitement; il faudrait prévenir l'inflammation, c'est-à-dire qu'on devrait avoir recours aux émissions sanguines; mais le pouls est petit, la face est pâle, il y a quelques symptômes de commotion et les émissions sanguines ne sont pas applicables aux malades commotionnés; il faut, au contraire, recourir alors aux stimulants. Les diaphorétiques, les stimulants diffusibles, les révulsifs, tels sont les médicaments qui paraissent d'abord devoir être prescrits, puis ensuite viendra le traitement antiphlogistique.

Dans ces sortes de blessures, on peut réellement distinguer deux périodes parfaitement tranchées, l'anéantissement, la réaction.

On va donc appliquer au blessé des sinapismes; on prescrira de plus l'infusion d'arnica et une potion avec le sirop d'éther.

Les blessures seront pansées avec des compresses imbibées d'eau blanche.

Le lendemain, sangsues et saignée contre l'inflammation générale et locale.

Peu à peu la plaie s'est modifiée et a marché vers la cicatrisation; aucun signe n'est venu confirmer les craintes de fracture ou de rupture viscérale; le foyer s'est résorbé; le malade a demandé à sortir le 20 avril.

Cet homme mange bien, marche sans ressentir aucune douleur; mais il lui est resté quelque chose de singulier et d'insolite. Il a sur l'hypocondre gauche une place complètement paralysée de la sensibilité: on peut le pincer, le piquer en cet endroit, sans qu'il en ait la conscience. Cela est singulier, parce que rien ne peut faire supposer que les nerfs de cette partie aient été broyés, et l'on ne peut non plus recourir à une lésion de la moelle, puisqu'il y a des points entre celui-là et la colonne vertébrale où la sensibilité est parfaitement intacte. M. Velpeau déjà avait publié dans les Archives un exemple de paralysie dans le même genre. C'était une femme dans le flanc de laquelle il existait un espace large comme une pièce de deux francs où la sensibilité était complètement abolie sans qu'on pût en concevoir la cause.

Cancer de la langue. Opération. Mort. Considérations sur cette variété du cancer. Extirpation d'un œil cancéreux. Mort.

Deux cas présentant de l'analogie quant à leur nature et par la terminaison malheureuse dont ils ont été suivis, se sont offerts encore à notre observation. Dans le premier, il s'agit de la femme couchée au n° 9, qui est restée fort long-temps dans la salle sans que M. Velpeau lui eût parlé d'opération, espérant, à l'aide de divers traitements, parvenir à arrêter les progrès de l'affection dont elle était atteinte. Cette femme portait sur la langue des ulcérations à fond grisâtre, reposant sur des bosselures. Quelques-unes de ces plaques ont atteint la dimension d'un centimètre; d'autres sont plus petites; les masses réunies en arrière forment un noyau de la grosseur d'une noix; leur densité indique qu'elles ne contiennent pas de liquide; la maladie a commencé il y a un an environ et la cause en est restée inconnue.

D'après ce tableau, il devient évident que la maladie est un cancer, et c'est peut-être pour cette raison que M. Velpeau a gardé cette femme fort long-temps sans lui parler d'opération, le cancer étant une maladie, détestable et pour le malade et pour le chirurgien, puisqu'il les place dans l'alternative de la mort ou de la récidive. Et il est bon d'y insister, entre tous les autres, le cancer de la langue est celui qui expose le plus à la récidive; il est le pire de tous; pire que celui de l'œil, lui-même; tellement que quelques chirurgiens se demandent s'il en est que l'on guérisse.

M. Velpeau croit que c'est aller trop loin que de penser qu'une nouvelle apparition du mal est inévitable après l'opération, et il cite à ce sujet plusieurs malades opérés par lui, chez lesquels l'affection n'a jamais reparu. Ainsi, la femme d'un chapelier bien connu à Paris, qui portait un cancer au bout de la langue, contre lequel avaient échoué tous les traitements imaginables, se vit délivrée de ce mal par l'opération; il y a six ans maintenant qu'elle a été pratiquée, et la maladie n'a pas reparu, ce qui laisse supposer une guérison parfaite. On peut conclure de ceci, qu'il est possible, dans certains cas, de guérir quelques cancers de la langue, mais qu'il n'en est pas moins vrai qu'ils repoussent le plus communément.

Dans l'exemple qui nous occupe, la maladie est avancée, il y a plusieurs ulcérations; elle a résisté à tous les traitements: c'est donc un fort mauvais cas. Comme il y avait dans l'aspect des ulcérations quelque chose de syphilitique, bien que le sujet soit une paysanne et qu'il n'y ait guère lieu de penser à une infection vénérienne, M. Velpeau, se raccrochant à tout, comme il le dit lui-même, car dans ces sortes de maladies on ne doit se faire faute d'aucun traitement rationnel avant d'en venir aux moyens extrêmes, fit administrer le proto-iodure à petites doses; il cautérisa ensuite avec le nitrate acide liquide de mercure, et prescrivit une solution de sulfate d'alumine et de potasse pour gargarisme. Il parut y avoir d'abord quelque amélioration sous l'influence de ce traitement; mais ce ne fut qu'une illusion de peu de durée, les ulcérations reprirent l'aspect qu'elles n'avaient quitté qu'un instant. En présence de ce résultat, une seule ressource restait contre le mal; il fallait opérer pendant qu'il en était temps encore, car si l'on ne réussit que rarement quand le mal est borné, on peut dire qu'on ne réussit jamais alors qu'il s'est étendu, et, chez cette femme, les ganglions voisins ne paraissaient point encore envahis.

L'opération n'est ni dangereuse, ni difficile: la plaie n'a pas besoin de pansement, la suppuration est peu redoutable; l'infection purulente peut survenir sans doute, mais elle n'est pas fort à craindre. Ce qu'on pourrait redouter davantage, ce serait que, privés d'une portion souvent assez considérable de la langue, les malades perdissent l'usage de la parole; mais l'expérience apprend que la langue s'étend, s'arrange, se raccommode pour ainsi dire, au point que l'on a cru qu'elle repoussait. Un ancien chirurgien de Saumur a publié à ce sujet une monographie, où il est question d'un individu qui recouvra l'usage de la parole après avoir eu la langue presque détruite. Bernard de Jussieu cite l'exemple d'un sujet chez lequel la langue fut détruite par la variole, et qui parla cependant au bout de quelques mois. On comprend qu'il est nécessaire d'interpréter convenablement tous ces faits. La langue ne repousse pas plus que tout autre organe; c'est tout simplement un moignon de langue qui s'étend, s'aplatit, s'élargit, et l'habitude fait le reste du miracle. Ambroise Paré raconte qu'un moissonneur qui avait perdu la langue et était muet depuis long-temps, recouvra tout à coup la parole en buvant dans une écuelle de bois et ayant été poussé par un de ses camarades. Quelques chirurgiens, s'appuyant probablement sur ce fait, avaient essayé de remplacer la langue avec des corps étrangers, mais ils n'ont point réussi.

Quoi qu'il en soit, on peut en général rassurer les malades sur la perte de la parole qu'ils pourraient redouter; ils la conservent presque tous.

Il est bien entendu qu'on subordonne la portion de langue à enlever à l'étendue du cancer; mais il faut cependant avoir la précaution indispensable de couper dans le tissu sain. Ainsi l'on est appelé à enlever le sommet de la langue, ou l'une de ses moitiés, ou seulement une demi-lune, ou enfin sa totalité. Or, il n'est pas besoin de dire que les opérations varient selon qu'on abat une plus ou moins grande partie de l'organe. Quand le cancer n'est pas très étendu, on saisit la langue avec une pince à griffes ou les doigts garnis de linge; on coupe obliquement de manière à circonscrire la tumeur dans un V, puis on rapproche par trois points de suture sans autre pansement. Cela, quand on le peut, vaut toujours mieux que de couper

en travers, parce que cette dernière méthode amène nécessairement la suppuration, et qu'en outre la forme de la langue est modifiée d'une manière moins favorable. La plus facile de ces opérations après celle-ci, consiste à enlever une moitié de la langue : dans ce cas encore, l'organe finit par recouvrer à peu près sa forme ordinaire. Ceci peut paraître hasardé ; mais si l'on se rappelle ce qui se passe au prépuce quand on a enlevé une tumeur cancéreuse, on reconnaîtra la vérité de ce que nous avançons. Dans ce dernier cas, il semble véritablement que la verge repousse ; cela ne tient pas à autre chose qu'au refoulement du tissu, qui reparaît bientôt ; c'est ce qui arrive à la langue.

Si le cancer de la langue s'étend jusqu'à la base, on peut choisir entre deux méthodes, la ligature et l'excision.

La ligature dans certains cas présente constamment des avantages ; car pour l'excision on est forcé de couper la langue dans différents sens, et les artères linguales donnent une quantité de sang considérable. On ne peut guère arrêter cette hémorrhagie que par le fer rouge. Voici comment on doit s'y prendre pour appliquer la ligature dans le but de déterminer la mortification d'une moitié latérale de la langue : au moyen d'une aiguille courbe dans laquelle est passé un fil double, on traverse la langue au-delà du cancer, du dehors en dedans et de bas en haut ; puis on fait un nœud avec un seul fil ; l'autre fil est ramené en avant vers la pointe de l'organe, et lié de la même manière ; toute la portion de la langue comprise entre les deux ligatures se mortifie ; mais cela ne se fait pourtant pas toujours sans difficulté. M. Mayor a conseillé, la ligature appliquée, de fendre la langue, puisqu'alors, dit-il, on ne craint plus l'hémorrhagie. M. Velpeau a employé ce procédé dans quelques cas, et il en a été peu satisfait ; il a toujours vu la cautérisation être nécessaire pour arrêter l'écoulement du sang. De plus, quand cela se putréfie, c'est une odeur tellement affreuse à laquelle est sans cesse exposé le sujet, ce sont des débris tellement putrides qui demeurent constamment en contact avec la muqueuse buccale, débris que le malade peut quelquefois avaler, que cela peut, selon M. Velpeau, devenir la cause d'un véritable empoisonnement. D'ailleurs, selon ce chirurgien, l'excision n'expose en réalité qu'au danger de l'hémorrhagie, que le fer rouge arrête immanquablement, et l'opération n'est pas extrêmement douloureuse ; il préfère donc ce moyen à la ligature, toutes les fois qu'une portion de la langue seule doit être enlevée ; mais quand il faut entamer la base, quand toute la langue doit être extirpée, M. Velpeau donne alors la préférence à la ligature sur l'excision, qui peut être la cause d'une hémorrhagie suffisante pour tuer le malade. Mais il est une autre question plus importante peut-être que celle du procédé dans le cas où toute la langue sera enlevée, c'est de savoir si l'opération doit être pratiquée. Le cancer revient si fréquemment, l'opération est tellement dangereuse, la parole est si certainement perdue, que nous croyons qu'il n'y a pas prudence à la tenter ; et qu'au plus, si on la pratiquait, ce ne devrait être que par la ligature.

Cette opération a été faite par trois méthodes différentes, M. Mayor a placé un lien à travers la base de la langue, puis il a lié à droite et à gauche, a enlevé les morceaux à mesure qu'ils se putréfiaient ; tout est à peu près tombé vers le deuxième jour.

M. Cloquet, en 1826, a porté le lien par la région sus-hyoïdienne à travers la langue : on serra ; il survint un boursoufflement qui menaça d'étouffer le malade ; il succomba bientôt aux symptômes qui parurent ceux d'un empoisonnement : état adynamique, teinte livide, grisâtre, etc.

M. Mirault (d'Augers) employa cette même méthode sur un malade chez lequel non seulement la gangrène ne survint pas, mais les tissus reprirent par dessus le fil et la tumeur se dissipa.

Un autre médecin a fait une plaie dans cette même région, a amené la langue au-dehors et l'a extirpée. M. Roux a répété cette opération à l'Hôtel-Dieu.

Chez la femme du n° 9, la moitié droite de la langue est seule à extraire ; la tumeur est limitée en arrière par un tissu sain. Voici le procédé employé par M. Velpeau : La langue est saisie avec une érigne et traversée à sa pointe par un ruban de fil destiné à la maintenir au-dehors. Un aide est chargé de ce ruban et par ce moyen est parfaitement maître de l'attirer dans tous les sens. Le côté à extirper est accroché avec une érigue ; un aide écarte les lèvres, puis, avec un bistouri, le chirurgien coupe horizontalement au-delà du mal ; l'instrument est alors porté sur la face dorsale de l'organe, et là est pratiquée une seconde incision qui comprend le mal dans une ellipse. Le sang coule aussitôt à gros bouillons. On penche la tête de la malade en avant et on cautérise immédiatement avec le fer rouge. Si l'on pouvait lier, on le ferait ; mais cela est moins sûr.

La malade est reconduite à son lit, elle a d'abord été très bien pendant quelques jours ; mais le gonflement des ganglions qui n'avait pas paru encore, s'est manifesté : deux hémorrhagies se sont succédé et ont été arrêtées par une compression faite avec des boulettes de charpie ; la soif s'est montrée ; il y a eu de la fièvre. Son état est devenu inquiétant ; on a dû penser à une infection cancéreuse générale ; l'émaciation a été portée à l'extrême en quelques jours ; une teinte jaunâtre a couvert le visage.

Le 3 mai il y a de l'empâtement dans l'avant-bras ; la parole est faible, le pouls fréquent. Mort prochaine.

Elle succombe le 4, à six heures du soir.

— Le malade qui portait un cancer de l'œil a été opéré le vendredi 21 avril ; il ne sagissait que d'une végétation cancéreuse qui, pendant vingt ans, s'étant développée à l'extérieur, ne présentait aucune ramification profonde dans l'orbite. Le cas paraissait donc favorable ; l'opération n'a rien présenté de particulier. Bientôt le moral, déjà ébranlé, de cet homme s'est affaibli ; il a commis l'imprudence de boire pendant une nuit plus d'une bouteille de vin qu'on lui avait probablement procuré.

Il a succombé le 2 mai. Dr Pajot.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Clinique des maladies des enfants.)

Muguet.

Déjà plusieurs fois j'ai appelé votre attention sur une maladie dont la marche, la gravité, ont été bien diversement appréciées par les auteurs qui s'en sont occupés. Les uns ont vu dans le muguet une maladie purement locale, les autres une lésion symptômatique d'un état organique plus profond et plus sévère.

La diversité des opinions médicales adoptées à l'égard du muguet, tient moins à l'intelligence, à la bonne foi des observateurs, qu'à la nature même des observations, qu'au théâtre sur lequel ils ont étudié. Ainsi, dans la pratique civile, le muguet n'est presque jamais suivi de dangers ; dans ces hospices d'enfants trouvés, la mortalité est effrayante. Cependant les hôpitaux comme le nôtre, où sont recueillies les nourrices et les enfants du premier âge, tiennent en quelque sorte le milieu.

Vous voyez couché, salle Sainte-Julie, n° 6, un petit enfant de trois mois, atteint d'un muguet confluent. La base de la langue était recouverte d'une couche épaisse de matière pultacée ; une multitude de points blancs, les uns à peine perceptibles, les autres égalant le volume d'une tête d'épingle, les autres plus volumineux et irréguliers dans leur forme, occupaient la pointe, les bords de la langue, la face interne des lèvres et des joues, le voile du palais, la luette, et les amygdales.

Si maintenant vous cherchez avec la plus grande attention quelque lésion, quelque désordre fonctionnel concomitant, il vous est impossible d'apprécier dans l'état de cet enfant un trouble un peu important, étranger à la maladie de la bouche. Pendant quelques heures seulement, le jour de l'invasion de la maladie, il y a eu un peu de maussaderie, et un peu de chaleur à la peau.

Ainsi, avant l'éruption du muguet, la santé n'avait pas subi la plus légère modification ; les jours suivants, il y a eu pendant une demi journée un peu de diarrhée, et d'ailleurs on ne put constater ni érythème des fesses et des cuisses, ni ulcérations des talons, ni des malléoles.

Combien de fois, même dans notre hôpital, avons-nous, sur des enfants vigoureux, rencontré un muguet qui revêtait cette forme si simple ? combien de fois, surtout dans la pratique civile, la maladie revêt-elle des caractères tels que ceux que je viens de signaler ?

Que si, dans des cas pareils, la membrane muqueuse buccale est malade, indépendamment de toute autre partie et sans provoquer aucun trouble fonctionnel de quelque valeur, ne suis-je pas fondé à admettre un muguet idiopathique.

Il est, au contraire, une autre forme de la maladie très commune chez les enfants naissant, et surtout dans les hospices d'enfants trouvés, forme sur laquelle M. Valleix a publié des travaux intéressants ; et, comme dans cette forme du muguet, la maladie de la bouche semble n'être qu'un épiphénomène, et nullement l'accident capital, nous lui réservons plus spécialement le nom de *muguet symptômatique*.

Le muguet symptômatique est, chez les enfants à la mamelle, un accident analogue au muguet que nous voyons si souvent survenir chez les adultes dans les derniers degrés des maladies chroniques ; et de même chez un phthisique ou chez un individu atteint d'hydropisie, il serait absurde d'attacher à l'éruption de la bouche une autre valeur qu'une valeur pronostique ; et de vouloir dénommer la maladie à laquelle va succomber le patient, d'après l'inflammation spéciale qui vient accidentellement compliquer l'affection chronique ; de même, chez les enfants qui succombent avec le muguet symptomatique, est-il peu philosophique de vouloir désigner par ce mot, *muguet*, la maladie qui tue l'enfant, et dont le muguet n'est qu'un accident tout à fait secondaire.

Lorsque tout est bien chez l'enfant, que rien n'est en dehors du type normal de la santé, s'il survient un muguet, nous serons fondés à caractériser la maladie par cette appellation, puisqu'en effet toute la scène morbide se passe dans la bouche. J'appellerai donc la maladie muguet, au même titre que je l'appellerais ophthalmie si je ne voyais qu'un catarrhe oculaire ; tandis que je serais absurde de donner le nom d'ophthalmie à une rougeole dans laquelle la conjonctive serait fortement enflammée.

Remarquez, en effet, que le muguet, que j'appelle à bon droit symptômatique, se développe, chez l'enfant, précisément dans les circonstances où on l'observe chez l'adulte.

Il se montre chez les enfants naissants, débiles et déjà atteints de maladies d'autant plus graves qu'elles s'attaquent à un être plus jeune. Les troubles digestifs sont ceux qui précèdent et accompagnent le plus souvent le muguet, et la diarrhée s'observe presque constamment avant la maladie de la bouche. Ces troubles digestifs, bien que durant depuis peu de jours, n'en ont pas moins une effrayante gravité ; car la nutrition devient immédiatement impossible à un âge de la vie où le défaut d'alimentation est promptement mortel. Il résulte de ces troubles digestifs une perturbation profonde dans les actes de nutrition interstitielle, et toutes les membranes tendent à l'inflammation et à l'ulcération, comme nous le voyons chez les animaux que les physiologistes soumettent à une nourriture insuffisante. De là l'inflammation et l'ulcération de la peau des fesses, des jambes, des talons, au contact des matières fécales et des urines, qui, dans toute autre circonstance, n'auraient produit peut-être qu'un peu d'érythème ; et tandis que, chez un enfant déjà plus avancé en âge, et d'ailleurs bien constitué, une entérite aiguë ne causerait qu'une irritation superficielle de la membrane muqueuse buccale, caractérisée par de la rougeur ou une sécrétion muqueuse un peu plus abondante ; chez le très jeune enfant, et en général chez celui dont la constitution est profondément altérée, soit par une mauvaise alimentation, soit par des phlegmasies graves, et surtout par des phlegmasies gastro-intestinales, la bouche, la langue, le palais, pourront s'enflammer comme la peau des extrémités inférieures, et se recouvrir d'une production toute spéciale à laquelle on donnera le nom muguet.

Le muguet est donc ici, non pas la maladie principale, non pas un accident de grande valeur, mais tout simplement une manifestation locale si peu nécessaire, que tous les accidents qui précèdent et accompagnent le muguet peuvent exister sans celui-ci.

Ainsi, je vous ai bien souvent montré des petits enfants qui avaient des ulcérations aux talons et aux malléoles, l'érythème et les érosions superficielles de la peau des fesses et des cuisses, de la diarrhée, des vomissements, et qui, en fin de compte, mouraient sans avoir rien offert d'anormal du côté de la bouche ; d'autres qui prenaient le muguet dans le cours d'une pneumonie, sans que les vomissements ou la diarrhée fussent venus compliquer la phlegmasie du poumon.

Il est donc impossible d'admettre l'opinion de M. Valleix, qui, faisant du *muguet* une maladie générale, ainsi que M. Bretonneau l'a fait pour la *dothinentérie*, lui veut voir des prodrômes, une période d'état, des complications, des terminaisons, qui ressortissent de lui en tant qu'affection principale ; tandis au contraire que toutes ces affections graves de l'enfant naissant, qu'elles soient aiguës ou chroniques, peuvent se compliquer et s'accompagner de muguet, au même titre que les maladies chroniques de l'adulte.

Si le muguet était la maladie principale, on verrait quelque corrélation entre les lésions buccales et les autres accidents, ce qui n'est pas ; car tandis que l'éruption la plus légère de muguet s'accompagne d'une diarrhée qui tue l'enfant, une sécrétion très confluente de la membrane muqueuse buccale peut exister sans que les autres accidents aient beaucoup de gravité ; et même, comme vous en avez un exemple dans l'enfant dont je vous parlais au commencement de cette leçon clinique, le muguet le plus confluent peut exister sans qu'il y ait dans l'économie le moindre retentissement pathologique.

Au demeurant, de quelque nature que soit le muguet, qu'il soit idiopathique ou symptômatique, il demande le même traitement local. Pour notre petit enfant de la salle Sainte-Julie, n° 6, qui est atteint de muguet idiopathique, nous nous sommes contentés de barbouiller plusieurs fois par jour la bouche avec un collutoire composé de parties égales de miel et de borax ; la même médication a été instituée pour un petit enfant couché salle Sainte-Thérèse, n° 2, et atteint d'un muguet symptômatique. Chez tous les deux, l'affection buccale a promptement disparu ; que si elle avait été rebelle, le miel et l'acide chlorhydrique dans la proportion d'un dixième d'acide ; le miel et l'alun dans la proportion d'un quart d'alun, et enfin une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée, dans la proportion d'un dixième de sel d'argent, auraient suffi pour venir à bout d'une maladie ordinairement peu rebelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mai. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Guéneau de Mussy lit un rapport sur une série de remèdes secrets, dont les conclusiuus défavorables sont adoptées sans discussion.

— *M. Rayer*, en son nom et au nom de M. *Pariset*, lit un rapport sur une demande de M. E. Boudet qui, près de partir pour l'Algérie, prie l'Académie de lui fixer un sujet de recherches sur la phthisie pulmonaire dans ces climats.

La première question à examiner, dit M. le rapporteur, c'est de savoir si la phthisie est en effet plus rare à Alger que dans nos climats. D'après un travail récemment lu à l'Académie par M. C. Broussais, travail qui résultait du dépouillement des nombreux documents fournis par les médecins de l'armée, il paraîtrait qu'à Alger la phthisie pulmonaire n'entre dans la proportion de la mortalité que de 1 sur 102 morts, tandis qu'à Paris elle est de 1 sur 5. Cette proportion dans la mortalité due à la phthisie pulmonaire est-elle spéciale à l'armée ? Est-elle la même pour tous les habitants de la régence, Arabes, Turcs, Européens, etc. ? Est-elle la même pour toutes les parties du territoire de l'Algérie, Alger, Bone, Constantine, etc. ? Toutes ces questions peuvent faire le sujet de recherches intéressantes.

Mais, d'après une opinion récente émise par M. le docteur Boudin, il est un autre sujet d'études non moins intéressantes à faire en Algérie. D'après ce médecin, la rareté de la phthisie pulmonaire en Algérie ne serait pas un fait général. Cette rareté serait propre au littoral et aux contrées marécageuses de la régence. On sait, en effet, que M. Boudin professe que là où règnent les fièvres intermittentes, on n'observe pas la phthisie pulmonaire. La prophylaxie de cette terrible maladie serait donc pour lui fort simple, et consisterait à envoyer les sujets prédisposés à la tuberculisation pulmonaire, dans des pays marécageux. M. Boudin a cité beaucoup de faits à l'appui de son opinion. Ainsi, à Hières, où affluent un grand nombre de phthisiques, règnent des maladies propres aux pays marécageux. Il en est de même de Pise, de Rome, du littoral de la Morée, de Cadix où Broussais avait constaté la rareté de la phthisie et la fréquence des fièvres intermittentes et des inflammations gastro-intestinales. D'autres observations semblent venir en aide à cette opinion de M. Boudin. Ainsi, on a constaté la rareté de la phthisie dans les pays marécageux de la Grèce, en Hollande, dans certains comtes de l'Angleterre.

En résumé, l'opiniun de M. Boudin est à considérer, et il est désirable que de nouvelles observations soient faites dans cette voie.

Aussi la commission, sans limiter le champ d'études auxquelles M. Boudet pourra se livrer, croit-elle devoir spécialement attirer son attention sur l'influence des contrées marécageuses de l'Algérie sur la production de la phthisie ; en même temps, elle propose à la commission de topographie de se mettre en rapport avec les correspondants de l'Académie pour s'éclairer sur ce sujet.

En conséquence, la commission fait les deux propositions suivantes :

1° Il sera répondu à M. Boudet que la recherche de la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les pays marécageux ou non, est un sujet d'étude proposé à son zèle et à son amour de la science ;

2° La commission de topographie écrira aux correspondants de l'A-

cadémie pour leur demander des renseignements sur la fréquence de la phthisie dans les contrées marécageuses.

M. Gerdy trouve que la commission a trop circonscrit les recherches à faire par M. Boudet, et qu'elle aurait dû le laisser libre d'étudier toutes les causes de la phthisie.

MM. Rochoux et *Chervin* pensent au contraire qu'il y a toujours avantage à limiter une question, et que la commission a bien fait de préciser à M. Boudet l'étude spéciale de l'influence des pays marécageux.

M. Dupuy aurait voulu que la commission établit une différence entre l'influence de l'humidité et celle des miasmes marécageux. Ce sont des influences toutes différentes.

MM. Adelon et *Louis* pensent que la première question à examiner est de savoir si, en effet, la phthisie est plus rare à Alger qu'en France. Ils désirent que la commission insiste sur ce point dans ses instructions à M. Boudet.

M. Rayer relit quelques phrases de son rapport, où ce désir est formellement exprimé.

La première proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Robinet trouve que l'Académie a passé légèrement sur la question soulevée par M. Dupuy, sur l'influence complexe de l'humidité et des miasmes. Dans toute recherche sur l'influence des climats, il est fort désirable que l'on tienne compte de ces deux éléments. Dans le cas actuel c'est indispensable, car on pourrait attribuer aux miasmes ce qui serait produit par l'humidité. Malheureusement les expériences hygrométriques sont fort rares. Il ajoute, qu'ayant été malade de la poitrine, il a été guéri en substituant à un air sec un air chargé de vapeurs aqueuses. C'est l'étude des vers à soie qui l'a conduit à cette pratique : ces animaux, en effet, meurent asphyxiés dans un air trop sec.

M. Castel pense que les recherches demandées à M. Boudet seront stériles. En admettant que ces recherches constatent l'influence favorable des pays marécageux sur la production de la phthisie, en conclura-t-on qu'il faille envoyer des phthisiques dans ces pays. On y regardera à deux fois. Pour l'honorable membre, la principale cause de la tuberculisation pulmonaire est la fréquence des maladies aiguës.

M. Royer-Collard insiste pour que les demandes adressées aux membres correspondants fixent bien leur attention sur l'influence de l'humidité et des miasmes.

La deuxième proposition est adoptée.

M. Honoré, au nom d'une nombreuse commission chargée d'examiner s'il y a lieu de procéder à une nomination de membres correspondants nationaux, lit un long rapport qui se termine par ces trois propositions :

1° Il sera procédé à la nomination de 20 membres correspondants nationaux; cette nomination sera faite dans un court délai.

2° Il sera dressé une liste de présentation contenant 30 noms;

3° L'Académie nommera à l'avenir des correspondants nationaux une fois par an.

Une discussion très longue et très confuse suit la lecture de ce rapport. M. *Gérardin*, frappé des nombreux abus qu'ont présentés les dernières nominations de correspondants, propose qu'à l'avenir l'Académie procède pour ces nominations comme elle le fait pour ses membres résidants, c'est-à-dire qu'on établisse pour les correspondants les mêmes sections qui existent pour les résidants.

Cette opinion, appuyée par MM. *Rayer* et *Royer-Collard*, est combattue par MM. *Nacquart, Cornac, Roux, Adelon, Breschet, Ferrus, Rochoux* et *Caventou*.

M. Blandin ne s'oppose pas aux catégorisations, mais il voudrait qu'elles fussent faites après et non avant la nomination.

M. Gerdy ne comprend pas sur quoi on discute et ce qui est en délibération. Il propose qu'on ne fasse qu'une nomination à la fois.

M. Castel propose qu'on ne nomme des correspondants que là où il n'y en a pas.

M. Husson répond qu'il y en a partout, que le nombre en est de 470 et qu'il n'y a aucune nécessité d'en nommer de nouveaux.

Cette discussion se traîne ainsi pendant plus d'une heure sans faire un pas. Enfin M. Ferrus propose de renvoyer la question à la commission à laquelle on adjoindra trois nouveaux membres.

MM. Gérardin, Gerdy et Adelon sont adjoints à la commission.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers aux sciences médicales.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Monsieur, le *seul fait* d'une pratique personnelle pouvant n'établir qu'imparfaitement la *priorité* d'une médication ; et, d'ailleurs, de nouveaux faits étant venus récemment encore confirmer l'efficacité réelle des préparations suivantes que j'emploie depuis plusieurs années déjà, comme base principale de mon traitement anti-herpétique ou *dépuratif* interne, je vous prie d'en publier les formules dans l'un de vos plus prochains numéros, pensant ainsi être utile à la science et agréable à ceux de mes confrères qui s'occupent, comme moi, du traitement des maladies de la peau.

Sirop anti-herpétique n° 1. D. D.

Pr. Iodure de fer, 4 grammes.
Petite centaurée, Fumeterre, Douce amère, de chaque, 32 grammes.
Pour 125 grammes de décoction.
Rhubarbe, 32 grammes.
Pour 64 grammes de décoction.
Sirop de sucre. *q. s.*
pour compléter 500 grammes de sirop.

F. S. A.

Dose : chez l'enfant, une à deux cuillerées dans les 24 heures ; pour l'adulte, deux à six cuillerées par jour.

Sirop anti-herpétique n° 2. D. D.

Pr. Iodure de fer, 8 grammes.
Aloès s., 15 décigrammes.
Daphni mezereum, 20 décigrammes.
Salsepareille, Sel végétal, de chaque, 32 grammes.
Sirop de sucre, *q. s.*
pour compléter 500 grammes de sirop.

F. S. A.

Dose : chez l'adulte, une à quatre cuillerées dans les 24 heures.

Bols dépuratifs n° 1. D. D.

Pr. Sulfure de fer. 3 grammes.
Poudre de rhubarbe, 10 grammes.
Sirop de fumeterre, *q. s.*
pour 100 bols, de chaque. (Argentez.)

F. S. A.

Dose : chez l'enfant, un à quatre dans les 24 heures ; pour l'adulte, deux à huit par jour.

Bols dépuratifs n° 2. D. D.

Pr. Sulfure de fer, 5 grammes.
Aloès s., 2 gram. 50 centigram.
Poudre de rhubarbe, Id. de quinquina, de chaque, 8 grammes.
Sirop de miel, *q. s.*
pour 100 bols, de chaque. (Argentez.)

F. S. A.

Dose : pour l'adulte, un à quatre dans les 24 heures.

Le sirop anti-herpétique et les bols dépuratifs n° 2, réservés, comme on le voit, pour l'âge adulte, ne doivent, en outre, être administrés qu'aux sujets dont le tube digestif est resté sain.

Les deux autres préparations suffisent aux personnes délicates et à toutes celles dont l'estomac se montre très impressionnable.

Quant au mode d'action de ces différentes préparations et aux cas nombreux dans lesquels il convient plus particulièrement d'y recourir, nous ne pouvons, à cet égard, que renvoyer le lecteur à notre Traité complet des Gourmes chez les enfants (décembre 1842), articles *Porrigo* et *Dépuration*. DUCHESNE-DUPARC.

Nouveau procédé pour obtenir la morphine cristallisée sans l'emploi de l'alcool ; par M. MICHIELS, d'Anvers.

Un pharmacien d'Anvers, M. J. Michiels, a communiqué récemment à la Société de médecine de cette ville le procédé ci-après indiqué, à l'aide duquel il se procure la morphine à l'état de cristaux sans avoir besoin de faire intervenir l'action dissolvante de l'alcool pour cette préparation.

On fait dissoudre 90 grammes d'hydrochlorate de morphine dans trois litres d'eau bouillante, puis on y ajoute 15 grammes d'acide hydrochlorique pur à la dissolution, après quoi on jette le tout dans une capsule de porcelaine que l'on a fait chauffer à l'avance et dans laquelle on a déjà versé 60 grammes d'ammoniaque liquide diluée dans 120 grammes d'eau. Bientôt on voit la morphine cristalliser en abondance sous forme de lamelles très allongées. On obtient ainsi, avec la quantité indiquée d'hydrochlorate et de morphine, une proportion plus considérable de produits, ce que M. Michiels paraît attribuer à l'attraction que détermine la cristallisation.

Lorsque le refroidissement du liquide s'est entièrement opéré, on verse le tout sur une mousseline commune disposée en façon de filtre, puis on soumet les cristaux de morphine à un lavage avec de l'eau froide, et enfin on les fait sécher à une température modérée.

Ce procédé, peu coûteux, mérite assurément la préférence sur celui qui consiste à faire cristalliser, par refroidissement ou par évaporation spontanée, une dissolution de morphine dans l'alcool.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Cérat au cyanure de mercure.

Pr. Cérat opiacé, 30 grammes.
Cyanure de mercure, 5 à 10 centigr.

M. et F. S. A. un mélange parfaitement homogène.

M. le docteur Ricord emploie avec beaucoup d'avantage cette préparation contre certaines ulcérations syphilitiques qui, à leur période de progrès, ne paraissent se dépouiller qu'avec beaucoup de difficulté de la couche diphthérique qui les recouvre. Mais pour peu que ces ulcérations soient douées de quelque irritabilité, il est absolument indispensable de surveiller l'emploi du topique avec le plus grand soin, car il donne parfois lieu à de vives douleurs et à de l'inflammation, même lorsqu'il ne contient que la plus faible proportion de cyanure de mercure.

Dans certains cas, d'ailleurs, il convient de borner le nombre des applications de cette pommade à une ou deux dans les vingt-quatre heures, et même de ne laisser durer chaque contact que pendant une heure, après laquelle on remplace le plumaceau de charpie qui la supporte par un autre plumaceau de charpie sèche.

Nota. Le cérat opiacé qui entre dans cette préparation consiste en un mélange bien intime de 500 grammes d'axonge et de 30 grammes de laudanum de Sydenham. (*Revue scientifique*, 1843.)

Sirop anti-gastralgique.

Pr. Sirop de fleurs d'oranger, 90 grammes ;
Extrait aqueux d'opium, 15 centigrammes ;
Extrait d'aconit, 10 id.

M. et F. dissoudre S. A.

M. le docteur Paliodeau, de Nantes, emploie ce sirop avec le plus grand succès dans le traitement des gastralgies.

Il en fait prendre une cuillerée à café deux fois par jour, immédiatement après le repas.

Sous l'influence de ce sirop opiacé, ce praticien a vu quelquefois survenir un narcotisme léger, qui s'est d'ailleurs promptement dissipé, et il a le plus souvent réussi, grâce à lui, à calmer et même à guérir entièrement des gastralgies qui avaient résisté pendant long-temps à toute espèce de traitement.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

La 2e livraison de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, contenant la suite des Maladies des Femmes, est en vente au Bureau du Journal.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric BEURREY, rue de l'Echiquier, 34.

On ne saurait trop apprécier les services rendus à la nombreuse classe des malades, par la poudre purgative végétale de SANSON, pharmacien, rue du Temple, n° 50.

Ce remède, d'un goût agréable, remplace avec bonheur toutes ces médecines anciennes qui inspiraient tant de répugnance.

PARIS, — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 59, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER ET TESSIER.

Fièvre puerpérale; diathèse purlente. Réflexions.

An n° 13 de la salle Saint-Joseph est une femme affectée de fièvre puerpérale, dont l'état offre le plus haut dégré d'intérêt. Nous avons eu peu de renseignemens sur les antécédents de cette malade; car depuis son entrée dans notre service elle est presque toujours dans le délire. Voici ce que nous avons pu savoir : Elle est âgée de 21 ans, domestique ; elle accoucha il y a dix jours. L'état actuel de la matrice indique, en effet, un accouchement tout récent. Elle n'a éprouvé ni au début, ni pendant le cours de la maladie actuelle aucune douleur dans le bassin ni dans l'hypogastre ; rien qui pût faire soupçonner un travail inflammatoire, si l'expérience de tous les jours ne nous enseignait que ce travail peut avoir lieu chez les femmes récemment accouchées, malgré l'absence de symptômes apparents. L'expérience démontre, en effet, qu'il peut se former dans le bassin ou ailleurs des foyers purulents. Peut-être en est-il ainsi chez notre malade. Il y a eu des frissons au début de la maladie, puis des douleurs se sont fait sentir dans les membres ; il est survenu depuis vingt-quatre heures un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, s'étendant en haut vers le mollet où il existe de la fluctuation. Au côté gauche il y a aussi un peu de gonflement dans l'articulation correspondante, mais sans douleur.

Voilà donc une maladie qui a débuté par des frissons et qui a présenté ensuite sur plusieurs parties du corps une suppuration plus ou moins évidente, principalement dans quelques articulations. Comment caractérisera-t-on cette maladie d'après les principes de la médecine organique ? Voilà une femme qui a des accès de fièvre périodique, des symptômes apparents d'arthrite, un abcès diffus dans la jambe droite, un autre abcès circonscrit près de l'articulation tibio-tarsienne, etc. Quel rapport, quelle affinité y a-t-il entre ces frissons périodiques, ces arthrites et ces foyers purulents disséminés çà et là ? Il y aurait là, suivant les localisateurs, les symptômes de trois ou quatre maladies différentes. Il faudrait admettre une fatalité vraiment singulière pour que toutes ces affections diverses fussent liées entre elles par une sympathie secrète. Et supposez que la poitrine se prenne à son tour, qu'une affection pulmonaire se déclare, ainsi qu'il peut arriver, on aura une cinquième maladie. Certains médecins, imbus d'idées par trop localisatrices, ne peuvent comprendre un état morbide aussi complexe, et pourtant il n'y a là rien de surprenant pour nous. Ceci me rappelle un fait qui vient à propos pour appuyer ces réflexions :

Un médecin des environs de Paris tombe malade et présente des symptômes d'affection du rein ; le médecin qui le voit le premier, professant les idées que nous combattons, diagnostiqua une néphrite ; il se développa par la suite une pleurésie, voilà une deuxième maladie ; puis parurent des symptômes de fièvre périodique, c'était une troisième maladie ; puis des douleurs articulaires, vint le tour d'un rhumatisme ; puis du gouflement dans les articulations, c'était une arthrite ; enfin des symptômes du côté du foie, une néphrite. Cinq ou six maladies s'étaient ainsi développées successivement sur le même sujet. Quel lien sympathique existait-il entre elles ? Voyez où conduit cette médecine localisatrice. En voulant considérer comme autant d'entités morbides toutes les lésions plus ou moins apparentes qui se présentent dans le cours d'une maladie, au lieu de les considérer comme autant de retentissements ou d'effets d'une seule et même affection morbide, elle jette dans l'esprit du médecin un tel vague, une telle incertitude, qu'il ne sait plus où il en est et qu'il abandonne souvent, en désespoir de cause, aux seuls efforts de la nature, une maladie contre laquelle il trouve la science impuissante.

Pour en revenir à notre malade, elle a une seule et même affection, mais existant simultanément sur plusieurs points différents du corps. Nous avons affaire à une maladie très bien caractérisée, une *diathèse purulente* que de tout temps les médecins bons observateurs ont reconnue dans les circonstances semblables à celles où se trouve notre malade. N'est-ce pas là un état morbide caractérisé par des signes tout à fait naturels ? Pourquoi courir après des hypothèses sans fondement, quand on a sous les yeux un fait clair par lui-même ? Pour nous, nous aimons mieux ces faits bruts que tous les raisonnements ; car, quand on sait les interpréter, ils font avancer la science. En nous bornant à l'observation pure de ces faits, nous pouvons en suivre toutes les phases, noter toutes les localisations par lesquelles la maladie se manifeste, et en déduire toutes les indications particulières dépendantes de ces mêmes manifestations.

Que dit-on généralement en présence de faits aussi clairs pour ceux qui veulent bien les voir ? On dit que c'est un accident et non une maladie, et l'on ne s'en occupe par conséquent pas davantage. Mais comment peut-on nier un fait d'une aussi grande évidence ? Il faut pour cela que l'esprit soit aveuglé par des idées préconçues, au point de ne pouvoir discerner le vrai d'avec le faux. Si un malade atteint de cette affection vient à succomber, et qu'à l'autopsie on trouve, ce qui arrive fréquemment, du pus dans les articulations, on dit tout bonnement que ce malade avait un rhumatisme articulaire suppurant, qui aux yeux de ces médecins aurait été la cause de la mort. Voilà dès lors à quoi se réduit la discussion, à une simple querelle de mots. Mais je demanderai à tout médecin de bonne foi, si l'on peut qualifier de simple rhumatisme la maladie dont nous venons d'esquisser le tableau. Est-ce que dans le rhumatisme, il y a des frissons au début, une coloration jaunâtre de la peau, et enfin du délire? Vit-on jamais un pareil ensemble de symptômes dans le simple rhumatisme ? On remarque au contraire, en général, que les malades atteints de rhumatisme conservent, au milieu des douleurs articulaires qu'ils éprouvent, une coloration de la peau plus ou moins animée, et se trouvent dans un état de diaphorèse plus ou moins abondante, et cela avec très peu de fièvre. Comparez ces symptômes avec le tableau affligeant des sujets affectés de la maladie qui nous occupe; quelle différence, quant aux conséquences entre ces deux affections ! Les rhumatisants, après avoir souffert un certain temps, se rétablissent en général assez bien, et la maladie ne laisse aucunes traces. Les malades affectés de diathèse purulente sont, au contraire, le plus souvent victimes de cette grave maladie. Pourquoi persiste-t-on donc dans des idées les plus contraires aux faits et à l'évidence ? On nous dira que le rhumatisme est une phlegmasie, et qu'il peut à ce titre être suivi de suppuration.

Nous ne contestons pas la nature phlegmasique du rhumatisme ; mais nous nions que cette phlegmasie se termine par suppuration. S'il survient de la suppuration, c'est une complication et non une conséquence de cette maladie ; car ce n'est point l'articulation, la synoviale qui suppure, mais les parties environnantes étrangères à l'articulation. D'ailleurs, quelle différence n'y a-t-il point entre le rhumatisme et la diathèse purulente ! Il n'y a évidemment pas la moindre analogie entre ces deux maladies. Toutes les fois qu'une articulation est prise dans l'affection purulente, elle reste dans le même état, quoique d'autres articulations viennent à se prendre à leur tour ; ainsi, on peut voir plusieurs articulations, toutes les articulations, le même, gonflées et suppurantes à la fois. Dans le rhumatisme, les choses se passent tout différemment ; en général, quand, une articulation étant prise, une autre se prend, la première se dégage et ainsi de suite, la maladie se transporte dans ce cas d'un point à un autre, laissant libres ceux qu'elle avait précédemment envahis. Il y a, en somme, dans le rhumatisme, un caractère de mobilité prononcé dans les localisations de la maladie ; tandis que la diathèse purulente est remarquable par une fixité et une persistance tout à fait caractéristiques.

Il y a quelques années, l'Académie de médecine avait posé la question suivante : « Trouver la cause des abcès multiples dans les cas dits de diathèse purulente. » Je crois que la question était mal posée ; car dans la maladie que nous désignons sous le nom de diathèse purulente, il peut y avoir, et il y a très souvent, plusieurs abcès dans des points divers du corps ;

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

I. *Déclaration de naissance sans indication du nom de la mère et de l'enfant.*

Ainsi que nous l'avons rapporté dans l'un de nos derniers numéros, la Cour royale de Paris a jugé récemment que le médecin chez lequel une femme était accouchée était tenu de déclarer, non-seulement le fait de la naissance, mais aussi les noms de la mère, alors même que ces noms ne lui auraient été confiés que sous le sceau du secret. En conséquence, la Cour a condamné, aux peines portées par l'article 346 du Code pénal, un médecin qui s'était borné à déclarer le fait de la naissance sans indication des noms de la mère.

Cette solution, qui paraît peu en harmonie avec les dispositions de l'article 378 du Code pénal, lequel édicte précisément une peine contre le médecin qui aura violé le secret à lui confié, n'a pas été adoptée par le tribunal de La Rochelle, dont le jugement résume parfaitement le système contraire.

En fait, le 29 décembre dernier, M. Mallet, médecin en cette ville, se présenta à la commune pour déclarer la naissance d'un enfant né le 26, à dix heures du soir, enfant auquel il voulait donuer les prénoms de Paul-Emmanuel. Interpellé sur le nom des parents, ou tout au moins sur le nom de la mère, M. Mallet déclara qu'il ne pouvait nommer ni le père, ni la mère. L'officier de l'état civil refusa de recevoir l'acte de naissance ainsi incomplet.

Par suite de cette déclaration, le ministère public fit citer le docteur Mallet devant le tribunal, comme ayant contrevenu à l'article 346 du Code pénal.

A l'audience du 6 avril, il comparut donc, assisté de Me Lafferrière.

Le ministère public insista fortement sur les dangers d'un système qui permettrait de supprimer toutes les garanties légales qui doivent entourer les déclarations de naissance, au moyen duquel il serait possible d'enlever un enfant à sa famille et à l'état, qui le rechercheraient souvent en vain, faute d'indications suffisantes pour constater sa filiation et son identité.

Me Lafferrière développa la thèse inverse, et invoqua à son tour les dangers attachés à la transgression de l'article 378. Ses moyens ont été adoptés par le tribunal dans le jugement suivant :

« Attendu qu'aux termes des article 55 et 56 du Code civil, toute personne qui a assisté à la naissance d'un enfant doit, dans les trois jours de l'accouchement, en faire la déclaration à l'officier de l'état civil du lieu ;

» Qu'aux termes de l'article 346 du Code pénal, toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, ne fait pas la déclaration prescrite par les articles précités, se rend passible de peines correctionnelles ;

» Qu'il suit de là que le médecin qui a assisté à la naissance d'un enfant et ne la déclare pas en temps utile, encourt les peines dont il vient d'être parlé, à moins qu'il ne se trouve dans un cas exceptionnel prévu par la loi ;

» Attendu qu'aux termes de l'article 378 du Code pénal, tout médecin qui révèle un secret dont il est devenu dépositaire à raison de l'exercice de sa profession, se rend également passible des peines correctionnelles ;

» Qu'ainsi, le cas où un médecin n'a connu la mère d'un enfant nouveau-né que sous le sceau du secret et à l'occasion de l'exercice de sa profession, est dans un cas d'exception légale où il lui est non seulement permis, mais encore enjoint de garder le secret à lui confié ;

» Que la loi ne peut avoir entendu punir d'uu côté comme un délit, le silence qu'elle prescrit d'un autre côté comme un devoir ;

» Attendu que vainement prétendrait-on que la disposition de l'article 378 renferme une restriction qui replace les médecins sous la prescription générale de l'article 56 du Code civil ;

» Que le mot *dénonciateur* dont se sert l'article 378, et l'exposé des motifs qui en ont déterminé l'emploi, indiquent assez que le silence ne cesse d'être obligatoire pour les médecins que lorsqu'ils sont confidents d'un crime intéressant le salut public, ce qui ne peut s'appliquer à la déclaration prescrite par l'art. 56 du Code civil ;

» Attendu que la nécessité du secret à garder par le médecin, en matière d'accouchement, repose tout à la fois, et sur les dispositions de loi civile et sur l'intérêt de la morale publique ;

» Qu'il est, en effet, des naissances dont le législateur n'a pas voulu qu'on pût révéler l'origine, parce que cette révélation, sans profit pour les enfants, ne serait qu'une cause de scandale et de perturbation pour la société, de malheur et de honte pour les familles ;

» Attendu, en fait, que le 26 décembre 1842, Mallet a assisté à la naissance d'un enfant ; qu'il est affirmé par lui, et que les circonstances de la cause ne permettent pas que ce fait, non contesté par le ministère public, soit révoqué en doute ; qu'il n'a eu connaissance de l'accouchement qu'en sa qualité de médecin, et à la condition de garder le secret sur le nom de la personne accouchée ;

» Qu'il est encore établi que, dans les trois jours de l'accouchement, Mallet s'est présenté devant l'officier de l'état civil, assisté de deux témoins, et a déclaré le fait de la naissance de l'enfant, en refusant, sur les interpellations de l'officier de l'état civil, de faire connaître le nom de la mère ;

» Qu'il s'est ainsi conformé, autant qu'il était en lui, aux prescriptions de l'article 56 du Code civil, en conciliant les devoirs de sa profession avec ceux que la loi impose à tous les citoyens en pareille matière, et qu'il n'a pas dès-lors encouru les peines portées par l'article 346 du Code pénal ;

» Le tribunal le renvoie des fins de la plainte, sans frais. »

Le ministère public a interjeté appel de ce jugement.

II. *Vente et annonce de remèdes secrets.*

M. le docteur Dambresville, MM. Faucher, Delaboche, Durand et Leroy, pharmaciens, et M. Guillois, imprimeur, étaient traduits devant la 8e chambre du tribunal de police correctionnelle de la Seine, le premier, comme auteur principal du délit de fabrication, de vente et de publicité donnée par affiche à une substance nommée par ses inventeurs *Philhygie*, et qualifiée de remède secret par la prévention ; les quatre pharmaciens, comme complices du délit de vente et d'annonce de ce remède, et le sieur Guillois comme ayant imprimé les affiches et les prospectus sans y avoir apposé sa signature.

A l'appel de la cause, M. Durand seul ne se présente pas ; le tribunal donne défaut contre lui, et ordonne qu'il sera passé outre aux débats.

Après avoir entendu M. Lafenillade, substitut du procureur du roi, qui a conclu à la condamnation des prévenus, excepté à l'égard du sieur Guillois, imprimeur, attendu sa bonne foi ; après avoir entendu également Me Joly pour le sieur Faucher, Me Millet pour le docteur Dambresville, et Me Faverie pour le sieur Delahoche, le tribunal a renvoyé Guillois, Delahoche, Durand et Leroy, des fins de la plainte, et condamné les sieurs Dambresville et Faucher à 200 fr. d'amende et aux frais, pour vente et annonce d'un remède secret.

III. *Maison de santé. — Détenu. — Sortie avant l'expiration du temps de la peine. — Responsabilité.*

Le sieur Ferry, propriétaire à Montmartre, avait loué à un sieur Combal, dont il avait eu à souffrir toutes sortes de tribulations et même des injures, pour lesquelles il avait enfin obtenu réparation par deux jugements du tribunal de police correctionnelle, qui avaient condamné Combal à 100 fr. de dommages-intérêts et aux dépens, sous la contrainte d'un emprisonnement de six mois, qui se cumulait avec la peine correctionnelle prononcée contre lui.

En vertu de ce jugement, le sieur Combal avait été écroué à Sainte-Pélagie à la requête du ministère public, et le sieur Ferry l'y avait fait recommander pour la sûreté des sommes à lui dues.

Le sieur Combal obtint du préfet de police, pour cause d'une maladie grave dont il est atteint, la permission d'être transféré dans la mai-

mais cette multiplicité n'est pas un effet nécessaire, inévitable de la maladie. Celle-ci peut exister avec tous les caractères que nous lui connaissons et se manifester par des abcès multiples, ou ne se manifester que par un seul abcès. On se paye, à cet égard, de raisons bien légères et bien peu solides; on dira que s'il n'y a qu'un seul abcès, ce sera plutôt un phlegmon qu'un abcès symptomatique de la diathèse purulente. Mais quelle différence n'y a-t-il pas quant aux symptômes, à la marche et aux lésions consécutives des tissus, entre les abcès phlegmoneux francs et les abcès dont nous parlons? Il n'y a pas la moindre analogie pour quiconque les a bien observés une seule fois; il est impossible de méconnaître deux maladies absolument distinctes.

Nous n'entrerons pas ici dans de plus grands détails sur ce sujet; nous ferons remarquer seulement que souvent les médecins, même bons observateurs, sont sujets à se tromper dans ces circonstances: c'est que la nature renverse souvent tous les systèmes et se joue de nos diagnostics. On voit quelquefois un abcès se former dans une partie du corps, et puis finir par une diathèse purulente; de même qu'on voit fréquemment une maladie succéder à une autre avec laquelle elle ne semble cependant avoir aucun rapport. Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille confondre ces deux maladies en une seule? Non, certainement. On pratique, par exemple, une saignée à un homme très bien portant et sujet seulement à quelques accidents congestionnels tels que ceux qui résultent de la prédominance d'un tempérament pléthorique, un abcès se développe dans le trajet de la veine piquée; est-ce une phlébite? On voit souvent des abcès se développer le long des vaisseaux veineux, sans que ces abcès s'accompagnent du cortége de ces symptômes généraux que nous avons décrits: ce sont bien des phlébites, si l'on veut, mais des phlébites locales sans retentissement général dans l'organisme; ces abcès ne constituent pas une véritable diathèse purulente. Il faut avoir bien peu de logique pour confondre deux maladies qui offrent des différences aussi tranchées.

Nous pourrions nous étendre sur ce sujet, reproduire un à un tous les arguments que nous opposent habituellement les adversaires de la doctrine que nous soutenons, mais ce serait répéter ce que nous avons déjà dit et publié dans plusieurs circonstances et ce qui est à peu près connu de tout le monde. Ce n'est qu'incidemment que nous avons soulevé une question qui est pour nous résolue depuis long-temps.

La femme qui a fait le sujet de cette discussion a succombé. Les symptômes si graves que nous avions exposés s'étaient rapidement aggravés. A l'autopsie nous avons trouvé les veines des cuisses remplies de pus.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Carie de l'articulation du gros orteil droit. Amputation. Emploi de l'irrigation. Réunion par première intention. Guérison.

Le 17 avril est entré à l'hôpital, salle Saint-Côme, n° 27, le nommé Hygonette, âgé de douze ans, d'une constitution assez délicate, vacciné, non variolé.

Cet enfant ne présente et n'a jamais présenté aucun symptôme de maladie scrofuleuse, ni glandes engorgées au cou, ni gourmes dans la tête. Pas de mal aux yeux, ni au nez. Il a eu dans les premières années de son âge les maladies propres à l'enfance, la rougeole et la scarlatine. Il y a deux ans, il paraîtrait avoir eu, au dire de ses parents, une fièvre putride. Depuis cette dernière maladie il a toujours joui d'une bonne santé générale.

Il y a six ans, en 1837, il coucha pendant quelque temps dans un endroit humide. Peu après les premières nuits de son séjour dans ce lieu humide, il s'aperçut d'un peu de gonflement et de rougeur de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil du pied droit, avec douleur et difficulté quand le malade voulait mettre son pied par terre pour marcher. Peu à peu un abcès se forma, qui finit par s'ouvrir spontanément, et ne fut traité que par l'emploi de cataplasmes émollients. Au bout d'un temps assez long, la peau, qui avait été décollée dans une grande étendue se recolla, mais il resta dans quelques points des ouvertures fistuleuses étroites, qui donnaient issue à un pus fétide, mal lié, séreux. Le malade nous dit avoir été mis, pendant la durée de cette affection, au jus de cresson et au sirop anti-scorbutique pour traitement général.

Au moment où il entra dans les salles de M. Guersant, voici l'état qu'il présentait:

L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit était gonflée, presque d'un volume triple de celui de l'articulation du côté opposé; la peau y était d'un rouge violacé, et présentait à sa partie interne trois ou quatre ouvertures fistuleuses donnant issue à un pus fétide, ichoreux, présentant l'odeur du pus de la carie. Un stylet introduit par ces ouvertures donne lieu à un léger écoulement de sang, pénètre facilement jusqu'à l'os, qui est dénudé, et sur lequel on sent le choc de l'instrument. En fixant, d'une part la phalange, et de l'autre le métatarsien, on imprime à l'articulation des mouvements très étendus dans tous les sens, beaucoup plus étendus que ceux auxquels donnerait lieu la même manœuvre pour une articulation saine. Pendant ces mouvements, on perçoit une sensation de crépitation analogue à celle qui serait produite par le frottement l'une sur l'autre de deux surfaces osseuses dénudées.

Le corps du premier métatarsien ne paraît pas sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal, et tout porte à penser que la tête de l'os est seule malade.

La santé générale de l'enfant est, du reste, satisfaisante. Il ne présente aucune trace d'affection scrofuleuse. On remarque dans l'aine droite un léger engorgement des ganglions lymphatiques, déterminé par l'affection locale que nous venons de décrire. La percussion et l'auscultation font reconnaître un état parfaitement normal des organes respiratoires et circulatoires. Appétit conservé. Pas de diarrhé. Bains d'eau de son; cataplasmes émollients.

— En présence d'une pareille affection, M. Guersant prit de suite la résolution de faire l'amputation du premier métatarsien. L'état de maladie purement locale de l'articulation, et la bonne santé du sujet, le mettaient dans les conditions les plus favorables au succès. Puis M. Guersant a souvent eu occasion, depuis qu'il est dans cet hôpital, d'observer des cas analogues à celui-ci, et toujours il a obtenu des succès de l'amputation du métatarsien.

Cependant, comme il lui restait quelques doutes sur l'état de la tête de l'os du métatarse, il résolut, au lieu de tailler d'emblée le lambeau interne, de modifier légèrement l'opération, afin de s'assurer s'il était réellement tout à fait impossible de conserver le métatarsien dans son intégrité, dans le cas où la phalange aurait seule été malade, ce qui était peu probable, mais rigoureusement possible. L'opération fut donc faite en deux temps. De cette manière, le lambeau fut taillé comme s'il s'était agi de faire la résection de la tête de l'os, puis l'articulation fut ouverte, et l'on pût se convaincre que les désordres s'étendaient aux deux os également. L'opération fut alors continuée comme dans le cas d'amputation simple du premier métatarsien, puis l'os fut scié obliquement en bec de flûte, et la plaie enfin réunie le plus exactement possible, afin d'obtenir une réunion par première intention, à l'aide de bandelettes agglutinatives. En même temps, et pour tout pansement, on mit en usage l'irrigation froide continue, dirigée sur la plaie au moyen d'un appareil convenablement disposé, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Cette irrigation fut continuée le 21, le 22 et le 23 avril; le 24, on commença à ralentir le mouvement liquide, et à diminuer la force du jet. Enfin le 25, après avoir pendant une grande partie de la journée laissé tomber l'eau seulement goutte à goutte sur la plaie, on supprima complétement l'irrigation.

Aucune hémorrhagie n'avait suivi l'opération. Le 27, les bandelettes furent changées; la réunion était parfaite, et il ne paraissait pas la moindre trace de suppuration. La marche fut aussi simple pour cette opération qu'il était possible de le supposer; quinze jours après l'opération, la réunion était parfaitement opérée, et s'était bien maintenue; il paraissait seulement à la partie supérieure, sur la face dorsale du pied, un petit point de la largeur d'une lentille, un peu excorié, non cicatrisé, résultant probablement de l'imprudence qu'avait faite le malade de mettre le pied par terre et d'essayer à marcher.

Aujourd'hui, 11 mai, l'enfant est parfaitement guéri, et M. Guersant le présente aux auditeurs qui assistent à son cours de clinique, comme un cas bien complet de réunion par première intention.

Cette observation nous semble pouvoir fournir le sujet de quelques réflexions intéressantes, sous différents points de vue que nous allons examiner successivement.

Dans le cas dont nous venons de rapporter longuement les détails, on doit remarquer d'abord la cause sous l'influence de laquelle s'est développée la maladie dont était atteint le malade. C'est, ce nous semble, avec la plus grande raison qu'un auteur a défini la carie, l'ulcération des os, et qu'il a ajouté: « Toutes les causes qui peuvent déterminer l'inflammation et l'ulcération des parties molles, sont susceptibles, quand elles portent leur action sur les os, d'en produire la destruction ulcéreuse; la carie est constamment précédée d'inflammation des os. » Le fait précédent donne à l'opinion ci-dessus la plus éclatante confirmation. Quelle a été en effet ici la cause déterminante de la maladie de l'articulation? Ça été un rhumatisme; et qu'est autre chose un rhumatisme, si ce n'est une inflammation de la membrane séreuse des articulations, déterminée par l'action du froid de cette cause sous l'influence de laquelle se développent la plupart des inflammations, pour ne pas dire toutes les inflammations des organes internes. Certes, ce n'est point ici le lieu de nous appesantir sur la nature du rhumatisme articulaire; mais à peu d'exceptions près, tous les auteurs s'accordent maintenant à reconnaître la nature inflammatoire de cette affection. Or, c'est à la suite d'une inflammation chronique de la membrane fibro-séreuse de l'articulation, inflammation qui peu à peu se propagea jusqu'aux os eux-mêmes, qu'est survenue la carie, et il est très probable que si dès le début de l'affection, au moment où parut la première érosion, et avant la formation de l'abcès qui s'ouvrit spontanément au dire du malade, et auquel succédèrent des ouvertures fistuleuses; si dès le début, disons-nous, on avait appliqué un traitement antiphlogistique énergique, on n'eût point eu à pratiquer l'opération à laquelle on fut réduit plus tard.

Une fois admise, l'existence de la carie, et les caractères en étaient trop manifestes pour que le moindre doute pût subsister, quel était le parti à prendre?

Elle était trop profonde et trop avancée pour que l'on pût avoir l'espoir de l'arrêter en employant, soit les caustiques li-

---

son de santé de M. le docteur Blanche, à Montmartre.

Ce transferrement eut lieu le 25 mars 1841; mais, dès le 10 mai suivant, le sieur Ferry eut occasion de faire constater par un procès-verbal d'huissier, et par une enquête faite par le maire de Montmartre, à la réquisition du préfet de police, que, bien qu'il y eût dans la maison un vaste jardin, le docteur Blanche laissait au sieur Combal la plus grande liberté, et que celui-ci passait la plus grande partie de son temps en courses à Montmartre, à Paris, aux Batignolles.

Le sieur Ferry demanda alors la réintégration du sieur Combal à Sainte-Pélagie.

Le 20 août 1841, était intervenu un jugement rendu sur le rapport de M. le docteur Ollivier (d'Angers), commis par justice, qui avait ordonné que le sieur Combal serait conduit dans la Maison de santé de M. le docteur Belhomme, et, en cas de refus, dans telle autre qui serait désignée, avec défense au directeur de la maison de laisser sortir le sieur Combal, et, en cas d'infraction, avait autorisé le sieur Ferry à faire réintégrer son débiteur dans la prison.

Sur le refus de M. Belhomme de recevoir le sieur Combal, quatre autres maisons avaient été indiquées par le président du tribunal; mais aucun des directeurs de ces maisons n'avait voulu se charger de la surveillance; et, malgré le jugement du 20 août, celui-ci continuait à laisser peut-être encore plus de liberté au sieur Combal, ce qui était constaté par la déposition d'un habitant de Montmartre, reçue par le maire de cette commune, et par un procès verbal d'huissier, à la date du 4 septembre suivant, attestant que, s'étant présenté à la maison du docteur Blanche, et ayant requis la représentation du sieur Combal, il lui avait été répondu qu'il était à la promenade.

Cependant, la fin de l'emprisonnement approchait, car les six mois devaient expirer le 12 octobre; lorsque le sieur Ferry apprit que son débiteur était, dès le 4 de ce mois, sorti définitivement de la maison du docteur Blanche, fait constaté par un certificat du maire de Montmartre à la date du 10 du même mois.

Ce fut alors que le sieur Ferry fit citer M. le docteur Blanche à fin de condamnation en deux mille francs de dommages-intérêts, pour réparation du tort à lui causé en donnant la liberté au sieur Combal avant le temps.

Un jugement du tribunal de la Seine avait déclaré le sieur Ferry mal fondé dans sa demande.

Il était fondé sur ce que le fait de la sortie de Combal de la maison du docteur Blanche avant l'expiration de sa peine n'était pas suffisamment justifié;

Sur ce que Ferry avait eu le tort de ne pas faire exécuter le jugement du 20 août en faisant réintégrer Combal en prison.

Sur le refus de le recevoir par le sieur Belhomme et autres désignés par le président du tribunal;

Qu'enfin Ferry n'avait pas éprouvé de préjudice réel à cause de l'insolvabilité notoire de son débiteur.

Mais la Cour royale a réformé ce jugement par l'arrêt suivant:

« La Cour, considérant que Blanche n'a pas exactement rempli ses obligations de gardien judiciaire auxquelles il s'était soumis, en laissant sortir Combal sans motif justifié, et en le mettant en liberté avant l'époque fixée par les jugements; qu'ainsi, il a rendu illusoires en partie les effets de la contrainte par corps, et a causé à Ferry un préjudice dont il doit la réparation;

» Considérant, néanmoins, que, d'après la position pécuniaire du débiteur et les circonstances particulières de la cause, la réparation ne doit pas être portée jusqu'à l'intégrité de la créance;

» Infirme;

» Au principal, condamne Blanche à payer à Ferry cinq cents francs à titre d'indemnité et aux dépens de première instance et d'appel. »

IV. *Formulaire pharmaceutique. — Vente. — Résolution.*

M. Bouchardat, pharmacien en chef à l'Hôtel-Dieu, a, le 27 septembre 1839, cédé en toute propriété à M. Gardembas, éditeur, un ouvrage de sa composition, intitulé *Nouveau formulaire magistral*, et M. Bouchardat s'est engagé, par le même traité, à faire aux éditions qui suivraient la première tous les changements, retranchements ou augmentations convenables. M. Bouchardat s'interdisait aussi de publier ou laisser publier sous son nom toute espèce de formulaire ou d'ouvrage en concurrence avec celui faisant l'objet du traité. Cependant, au mois de janvier 1842, M. Bouchardat, de concert avec M. Germer-Baillière, libraire-éditeur, a publié un ouvrage ayant pour titre: *Annuaire de thérapeutique, matière médicale, pharmacologie et toxicologie pour* 1842. M. Gardembas crut trouver dans les divisions et le classement de cet ouvrage, dans les diverses rectifications au *Formulaire magistral*, et dans les nouvelles formules de 1841 qui y étaient signalées, un supplément ou complément annuel de ce *Formulaire*, qui lui faisait concurrence, surtout à l'égard des nouvelles éditions futures qu'il devait remplacer de fait, et dont il devait dispenser les praticiens de faire l'acquisition. M. Gardembas a donc demandé la suppression de l'*Annuaire* publié et dix mille francs de dommages-intérêts.

A son tour, M. Bouchardat a formé une demande en résiliation de la vente du *Formulaire* pour cause de fraude pratiquée par M. Gardembas dans le tirage qu'il avait porté à six mille exemplaires au lieu de quatre mille, nombre déterminé par la convention. A cet égard, M. Bouchardat articulait que ce fait avait été soigneusement dissimulé par M. Gardembas, et que lui-même ne l'avait vérifié qu'en supputant le nombre des exemplaires qu'avaient achetés en province ou à Paris des éditeurs ou des amateurs qui lui avaient écrit pour le complimenter sur l'ouvrage en lui-même. M. Gardembas répondait que, d'accord même avec M. Bouchardat, il avait cédé à M. le docteur Miquel, rédacteur du *Bulletin thérapeutique*, deux mille exemplaires à un prix inférieur à celui de fabrication, ce qui avait déterminé M. Bouchardat à faire remise des 500 fr. sur ses droits d'auteur, et à autoriser le tirage de deux mille exemplaires en sus. M. Bouchardat était d'ailleurs intéressé à donner son adhésion à cet arrangement avec M. Miquel, qui donnait dans son journal un compendieux éloge au *Formulaire*, qu'il obtenait à si bon marché.

Le tribunal de commerce, sur l'avis de M. Orfila et de Me Jules Renouard, qu'il avait chargé d'entendre les parties, a statué sur les deux demandes principale et reconventionnelle, par un jugement du 13 juillet 1842.

Il a pensé 1° que M. Bouchardat ne s'était point interdit la publication d'ouvrages complémentaires et annuels tout-à-fait distincts du *Formulaire*, et que M. Gardembas avait d'autant mieux ignoré l'intention de l'auteur à cet égard, qu'il l'avait lui-même indiquée dans la préface du *Formulaire* par lui publié; que l'*Annuaire* n'était pas la reproduction du *Formulaire*, mais la continuation de cet ouvrage en ce qui touche seulement le progrès de la science dans l'année précédente, et la monographie sur le traitement de toute maladie sérieuse ou importante, et que rien n'établissait que M. Bouchardat fût engagé à livrer ses Annuaires à M. Gardembas; 2° que le tirage à six mille exemplaires avait été entrepris avant les pourparlers avec M. Miquel, ce qui démentait l'excuse proposée par M. Gardembas. En conséquence, le tribunal a rejeté la demande de Gardembas, résilié le traité, et rendu à M. Bouchardat la propriété de son *Formulaire*, pour en disposer à son gré.

Une fin de non-recevoir, qui ne manque pas de gravité, avait toutefois été proposée contre l'action de M. Bouchardat. Elle était tirée de l'article 550 du Code de commerce, qui interdit la demande en résolution après faillite. Or, M. Gardembas étant tombé en faillite, avait obtenu un concordat auquel avait même figuré M. Bouchardat, et il opposait à ce dernier, avec l'article 550, la jurisprudence constatée notamment par un arrêt de la cour de Paris (1839), qui a maintenu le principe nouveau qu'il renferme. Le tribunal avait rejeté cette fin de non-recevoir, par le motif que les faits de fraude reprochés à Gardembas, n'étaient pas connus de Bouchardat au moment où celui-ci avait donné son consentement au concordat, et ne lui avaient été révélés que postérieurement.

Sur l'appel interjeté par M. Gardembas, et après les plaidoiries des avocats et l'audition des parties en leurs explications, M. l'avocat-général Glandaz, examinant les faits, a pensé que M. Bouchardat, d'après le traité, n'avait pas eu le droit de faire éditer par un autre que par Gardembas les *Annuaires* qui évidemment nuisaient au *Formu-*

quides, tels que les acides concentrés, les dissolutions alcalines, dont on faisait autrefois un fréquent usage, soit le fer rouge, le plus sûr, le plus énergique, en même temps que le plus direct et le plus expéditif des moyens conseillés contre cette affection.

Le membre malade était de trop peu d'importance pour que l'on pût penser à mettre en usage la résection de la tête du métatarsien d'une part, et de l'autre de la base de la première phalange. La résection est une opération que l'on réserve habituellement pour les cas dans lesquels une grande articulation se trouve affectée, et dans lesquels il est important de conserver un membre essentiel, comme il arrive dans ceux de carie des surfaces articulaires de l'épaule, du coude, du genou, du pied. Un orteil, nous le répétons, est un membre trop peu important pour comporter une opération de ce genre. Restait donc l'amputation pure et simple du métatarsien, et nous avons vu que c'est l'opération à laquelle M. Guersant donna la préférence.

Ce chirurgien jugea préférable de faire l'opération en deux temps, au lieu de la pratiquer selon les règles accoutumées, afin de pouvoir, si par un hasard peu probable, mais possible, la tête du métatarsien était saine, l'épargner, et faire seulement la désarticulation de l'orteil. Cette méthode, dans le cas où on aurait pu la mettre en usage, aurait eu, ce nous semble, le désavantage de laisser un moignon irrégulier et incommode pour la marche, désavantage que n'aurait peut-être pas suffisamment compensé pour les suites, la simplicité immédiate qui en serait résultée pour l'opération.

Quoi qu'il en soit, l'ouverture de l'articulation ayant démontré l'état pathologique de la tête du métatarsien, on dut faire l'amputation de cet os, que M. Guersant pratiqua selon la méthode ordinaire, en sciant l'os obliquement, en bec de flûte; section bien préférable à la section transversale que pratiquait Ledran, auquel on est redevable de cette opération.

Le pansement fut des plus simples, et cependant il mérite de fixer un moment notre attention. M. Guersant chercha à obtenir une réunion immédiate, et à éviter la suppuration. Il est assez rare, dans les plaies de ce genre, d'obtenir une réunion par première intention, bien complète, et dénuée de toute complication. Le plus souvent des abcès se forment dans le voisinage de la plaie, et viennent compliquer ainsi quelquefois de la manière la plus sérieuse, une plaie qui par elle-même serait peu grave. Cependant, malgré la fréquence de ces accidents qu'il signale lui-même, M. Guersant dit ne les avoir jamais observés chez des malades opérés par lui dans cet hôpital; circonstance qui tient peut-être à l'âge des malades; car, ainsi que nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de le faire remarquer dans des articles précédents, les plaies guérissent toujours chez les enfants d'une manière plus rapide et plus sûre que chez les adultes. Ici le succès le plus complet est venu couronner la tentative de M. Guersant. Au bout de huit jours, la réunion bien entière était parfaitement opérée, et il ne s'était pas écoulé une goutte de pus.

L'âge du sujet doit donc être mis en première ligne, quand il s'agit, dans un cas analogue à celui-ci, d'évaluer les raisons qui ont favorisé la réunion immédiate. La constitution, qui doit certainement aussi jouer un rôle important, ne paraît pas à M. Guersant influer cependant très manifestement. Chez des enfants dont la constitution et le tempérament semblaient devoir être des circonstances tout-à-fait opposées à la réussite d'un pansement de ce genre, chez des scrofuleux, M. Guersant l'a vue avoir lieu comme chez des sujets bien constitués.

Si M. Guersant a préféré dans ce cas-ci la réunion par première intention, c'est d'abord l'espoir de l'obtenir beaucoup plus facilement que chez l'adulte, par toutes les raisons que nous venons d'exposer sommairement. Ensuite, l'enfant étant assez délicat, il n'a point voulu risquer par une suppuration qui aurait peut-être pu se prolonger assez long-temps, risquer d'affaiblir encore la constitution. Puis, la réunion par première intention donne toujours, quand on peut réussir complètement, une cicatrice linéaire bien régulière de beaucoup préférable aux cicatrices froncées que donnent les plaies qui ont suppuré.

Une dernière raison enfin, qui n'est pas des moins importantes à considérer dans le cas que nous venons de citer en détail est celle-ci: savoir, que l'irrigation froide fut employée pendant quatre jours et quatre nuits. Sans vouloir faire trop belle la part de l'irrigation, M. Guersant pense que son emploi n'a pas été tout à fait étranger au succès, et peut-être n'est-il pas inutile de présenter ici, en quelques mots, avant de terminer cet article, quelques considérations sur ce moyen appliqué au traitement des plaies.

C'est à quelques années à peine que remonte l'emploi des irrigations froides continues sur une surface blessée. On s'était aperçu promptement que l'on manquait le but que l'on se proposait quand on se contentait de mettre sur la plaie des compresses imbibées d'eau froide, compresses que le contact de la partie enflammée échauffait rapidement. Malgré toute l'attention que l'on peut y apporter, il résulte presque toujours de l'usage des compresses humides des variations nuisibles de chaud et de froid. C'est un chirurgien de province, M. Josse, d'Amiens, qui eut le premier l'idée de remplacer ces linges imbibés d'eau froide par un jet continu d'eau à une température donnée, dirigé sur la partie malade. Bientôt les chirurgiens des hôpitaux de Paris firent des essais comparatifs; parmi eux, M. Velpeau est un de ceux qui s'en est le plus occupé.

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'appareil que l'on emploie pour obtenir un jet continu sur une partie malade; il suffit d'avoir tout simplement un seau plein d'eau suspendu au-dessus du lit, et l'on peut, avec un siphon dont on varie le calibre, diriger sur la partie blessée un jet de liquide dont on peut à volonté changer la température. Il est facile de concevoir que ce sont les irrigations froides qui ont été employées ici. Si leur emploi a été couronné de succès, ce n'est pas à dire, pour cela, que l'on doive toujours, et à tout propos, mettre en usage les irrigations dans le traitement des plaies. Il y a des chirurgiens célèbres qui en ont signalé les inconvénients, et qui ont conseillé de ne les employer qu'avec beaucoup de prudence.

En effet, indépendamment des accidents qui pourraient être la conséquence d'un courant dont la température ne serait pas convenable, du froid que peut contracter le malade dans son lit, surtout en hiver, ce qui compliquerait d'une manière fâcheuse le traitement en développant des maladies internes graves. On a fait encore à ce procédé d'autres reproches.

On dit que souvent il masquait l'inflammation au lieu de la prévenir a ou de l'arrêter, qu'il n'empêchait pas toujours la suppuration de s'établir, et qu'il n'empêchait pas non plus toujours la production des fusées purulentes, des abcès voisins de la plaie, si communs dans les réunions par première intention. Enfin, on lui a reproché, quand la suppuration s'établit, de la rendre de mauvaise nature, et de lui ôter cet aspect bien lié qui constitue le pus phlegmoneux, le type du pus de bonne qualité. Deux s chirurgiens, MM. Velpeau et Gerdy, reconnaissent enfin que les irrigations, considérées comme traitement presque universel des plaies, sont loin de tenir tout ce que l'on avait cru pouvoir attendre d'elles.

Faut-il conclure de là qu'elles doivent être toujours bannies de la pratique, ou du moins employées seulement dans les cas exceptionnels. Ce serait une erreur. Employées avec intelligence et précaution, les irrigations, dans un graud nombre de cas, peuvent être très précieuses, non-seulement dans le traitement des plaies accidentelles, mais encore dans celui des plaies faites par le bistouri ou le couteau du chirurgien. On conçoit même que les succès doivent en être plus certains et plus fréquents dans ce dernier cas que dans le premier, le chirurgien étant alors parfaitement maître de choisir le traitement le mieux approprié aux circonstances particulières dans lesquelles se trouve le sujet de l'opération.

Dans l'emplpi de l'irrigation froide, M. Guersant recommande de la manière la plus formelle de ne pas cesser tout de suite et brusquement le jet de liquide sur la partie malade, lorsque l'on croit inutile de la continuer plus long-temps. On doit, au contraire, pendant quelque temps, continuer encore l'irrigation. mais en la modifiant de plusieurs manières, et dans le calibre du syphon dont on fait usage; on substituera un syphon à diamètre plus étroit à celui dont on se servait d'abord; puis dans la rapidité du jet du liquide, rapidité que l'on peut très facilement faire varier à l'aide d'un robinet; en diminuant aussi la pression exercée par la couche de liquide sur l'extrémité supérieure de l'instrument. Enfin, dans les dernières heures, on se contentera de laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la partie malade. Ces précautions ont pour but d'éviter la réaction inflammatoire qui ne manquerait certainement pas d'avoir lieu si l'on supprimait brusquement, et sans précaution, le jet de liquide dirigé sur l'endroit que l'on veut préserver de l'inflammation.

En résumé, l'irrigation froide est souvent un très bon moyen pour empêcher les symptômes phlegmasiques de se développer à la suite d'une plaie; mais il faut tenir compte des circonstances individuelles dans lesquelles se trouve le sujet malade, et nous pouvons ajouter qu'en général on aura d'autant plus de chances de succès que la partie sur laquelle on agira sera plus éloignée des centres circulatoires et respiratoires.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 22 *mars* 1843. — Présidence de M. La Corbière.

M le président annonce à la Société que, pour la troisième fois, son président honoraire, M. le professeur Bouillaud, vient d'être nommé député. Cette persistance, dit-il, honore autant les électeurs d'Angoulême qu'elle est honorable pour notre dévoué président, qui, soyez-en certains, saura défendre à la Chambre les droits de notre robe et ceux de la Société phrénologique de Paris, avec le même zèle et la même vigueur qu'il a toujours apportés comme professeur de pathologie, comme phrénologiste philosophe, dans l'accomplissement de sa noble mission.

— *M. Voisin* donne lecture de divers passages d'une brochure sur l'idiotie, qu'il vient de publier. Ces passages précisent ses opinions particulières sur cette partie de la science.

« Si vous lisiez ce que l'on a écrit sur l'idiotie, dit M. Voisin, depuis l'antiquité jusqu'à l'époque actuelle, vous seriez étonnés, avec tant de faits sous les yeux, de l'étroitesse des vues de nos prédécesseurs sur cette espèce d'affection, M. Ferrus excepté. Ils n'ont véritablement envisagé qu'une des facettes du sujet, et n'ont fait que se répéter les uns les autres; vous allez en juger par la définition que nous en a laissée notre maître Esquirol. « L'idiotie, dit il, est cet état particulier dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou dans lequel elles n'ont pu se développer que très imparfaitement. »

» J'espère être assez heureux pour démontrer qu'il y a bien d'autres idioties que celles dont les auteurs nous ont parlé, et où il n'est question que de l'oblitération plus ou moins complète des facultés intellectuelles. Pour moi, l'idiotie ne respecte aucune faculté de quelque ordre qu'elle puisse être, et n'a point de siége déterminé. Elle peut frapper l'homme partiellement ou complètement, dans toutes les virtualités de son être. Tantôt elle le frappe dans ses instincts de conservation et de reproduction; tantôt elle le frappe dans ses sentiments moraux, tantôt dans ses puissances intellectuelles et tantôt dans ses facultés de perception, et elle peut le frapper dans l'un ou l'autre de ces pouvoirs fondamentaux, sans que les autres pouvoirs cessent pour cela de remplir ce que j'appellerais volontiers leurs fonctions individuelles.

Tantôt enfin, et c'est le dernier degré, elle frappe et détruit tout, et tout à la fois dans l'homme; elle détruit tout l'être instinctif, tout l'être moral, tout l'être intellectuel et tout l'être perceptif; l'ombre de l'animal et de l'homme alors n'est pas même aperçue.

Comme on le voit déjà, l'idiotie est bien loin de ne présenter que cet état particulier dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou dans lequel elles n'ont pu se développer que très imparfaitement. »

M. Voisin passe en revue les diverses catégories d'idiots, qu'il classe selon les divers ensembles d'organes mal développés. Car l'idiotie, regardée jusqu'à présent d'une manière si vague, se compose d'idioties partielles qui frappent l'homme dans chaque ordre de ses facultés.

Ce sont généralement ces idiots qui, sous le rapport des facultés de tout ordre qui leur restent, peuvent réellement aussi répondre à l'instruction et à l'éducation qu'on leur donne, toujours néanmoins dans la mesure de leur capacité naturelle: *car l'éducation et l'instruction ne créent pas les facultés...;* fortes ou faibles, il faut qu'elles existent, *qu'elles soient*, pour que l'instituteur puisse, à force de patience et de soins, en tirer le parti le plus avantageux à l'individu comme à l'ordre social.

« Enfin, au-dessus de ces idiots s'en trouvent quelques autres qui se rapprochent davantage encore de l'homme ordinaire, quoique bien ostensiblement privés de quelques facultés supérieures (comparaison et causalité).

» Ces idiots méritent d'autant plus de fixer l'attention conjointement avec ceux de la catégorie précédente, qu'il n'est pas très rare de voir quelques-uns de ces malheureux traduits devant les cours royales pour des faits dont ils ne devraient pas rigoureusement et complétement encourir toute la responsabilité.

» Ces sujets, que l'on désigne ordinairement dans le monde sous le nom d'imbéciles, doivent, autant que possible, être mis dans l'impossibilité de nuire ou de compromettre l'intérêt social; mais, quand ils ont failli, il ne faudrait point avec eux s'arrêter à la matérialité de l'acte, il ne faudrait pas les prendre pour ce qu'ils ne sont pas, il ne faudrait pas multiplier sans raison le nombre des scélérats. A cette occasion, je me permettrai de réclamer votre appui pour une demande que je désire déjà depuis long-temps adresser au ministre de la justice. Voici le fait: il y a des idiots dans nos bagnes et dans nos maisons centrales de détention. Je demande, non qu'ils soient rendus à leur famille, car ils n'y séjourneraient point sans danger pour eux comme pour l'ordre social; mais je demande qu'ils soient reconnus comme

laire dont ce dernier était seul éditeur à toujours. Toutefois si, en définitive, il était résolu que désormais il devait cesser de conserver cette qualité par la résiliation du traité, cette première question restait sans intérêt. Or, en premier lieu, M. l'avocat-général, quant à la fin de non-recevoir contre l'action de M. Bouchardat, estimait, en principe, que l'article 550 du Code de commerce était restreint à la demande en résolution de vente de fonds de commerce, ou encore au défaut de paiement du prix de la chose vendue; mais l'article 518 du même Code exceptant de la fin de non-recevoir les cas de fraude et de dissimulation de l'actif du failli, on revient alors au droit commun, et l'ignorance dans laquelle était laissé Bouchardat, lorsqu'il a figuré au concordat, sur le fait préjudiciable du tirage à six mille exemplaires, est un de ces cas de fraude qui, ne lui ayant pas permis d'agir avant la faillite, laissent entier son droit à demander la résolution.

Sur le fond, M. l'avocat-général pense que cette infraction frauduleuse au traité ne serait pas suffisamment punie par l'obligation de compter avec l'auteur des exemplaires tirés en sus du nombre fixé, et qu'il s'agit d'une spéculation honteuse de la part du libraire, sur la bonne foi duquel l'auteur ne peut plus désormais compter. En conséquence, il conclut à la confirmation pure et simple du jugement.

La Cour, adoptant les motifs des premiers juges, a maintenu leur décision. (*Gazette des Tribunaux.*)

Traitement de quelques maladies du sein et du mamelon; par M. le docteur DOBROWOLSKY, de Saint-Pétersbourg.

M. Dobrowolsky recommande contre les gerçures du mamelon l'application du mélange suivant :

Pr. Baume du Pérou, 4 grammes;
Alcool rectifié, 30 id.

M. S. A.

On en fait des onctions à l'aide d'un pinceau, sur toute la surface ulcérée du mamelon, après que la nourrice a donné à teter. Avant de donner le sein à l'enfant, il est nécessaire de lotionner avec de l'eau tiède pour enlever la couche formée par le liniment.

Dans le cas de tumeurs laiteuses du sein, indurées mais non enflammées, il fait pratiquer des frictions avec le mélange ci-dessous :

Pr. Huile de jusquiame, huile de camomille par coction, parties égales de chaque.

M. S. A.

Ces frictions doivent être pratiquées deux ou trois fois par jour, à l'aide d'un morceau de flanelle. (*Schmidt's Jahrbuecher.*)

Correspondance.

Paris, 18 mai 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

A l'occasion de la discussion qui vient d'avoir lieu mardi dernier à l'Académie royale de médecine, sur la fréquence de la phthisie en Algérie, votre rédacteur fait au travail que j'ai lu dernièrement à cette compagnie savante, deux objections : la première, c'est que la phthisie pulmonaire est souvent méconnue par MM. les officiers de santé militaires; la seconde, c'est que les fièvres pernicieuses et la dysenterie enlèvent avant le temps ceux qu'aurait moissonnés plus tard la phthisie.

A la première objection je réponds que, jusqu'à preuves contraires, je croirai que MM. le officiers de santé de l'armée ont le droit d'être présumés tout aussi habiles à diagnostiquer la phthisie pulmonaire que MM. les médecins civils, attendu qu'ils sont, comme eux, docteurs en médecine et de plus tous élèves de grands hôpitaux. Le corps des officiers de santé militaires fait tous les jours les preuves de zèle ardent et de dévouement éclairé à la science et à l'humanité; ceux qui l'ont illustré ont illustré la médecine et la chirurgie française; il répond à ses détracteurs par les statues de ses grands hommes.

Quant à la seconde objection, elle est en grande partie résolue, ainsi que plusieurs autres dont ne parle pas votre rédacteur dans le travail que j'ai lu. Je l'avais spontanément soulevée, et j'y ai répondu par des recherches nécroscopiques faites par des hommes que j'affirme très compétents, recherches desquelles il résulte qu'on ne trouve que très rarement des tubercules dans les cadavres des militaires qui succombent aux diverses maladies engendrées par le climat de l'Algérie.

Je borne là mes observations, réservant de m'étendre davantage sur le sujet lorsqu'un rapport aura été fait sur mon travail. J'ajouterai cependant que j'ai intitulé ce travail: NOTE *sur la fréquence de la phthisie,* etc.; indiquant par ce titre, comme je le fais explicitement dans le cours du mémoire, que, loin d'avoir eu la prétention de résoudre la question, j'ai voulu simplement apporter quelques renseignements utiles, bien qu'ils aient besoin d'être complétés.

Je compte, monsieur et très honoré confrère, que vous voudrez bien insérer dans votre prochain numéro, ces quelques lignes que mon caractère d'officier de santé de l'armée me commande de vous adresser au nom du corps dont j'ai l'honneur de faire partie.

Agréez, etc., Casimir BROUSSAIS.

ayant agi sans discernement et sans liberté, et qu'on ait agi par cela même pour eux de l'intérêt, de la pitié, de la justice et de la raison ; je demande qu'on rende l'honneur à leurs pères, à leurs mères ; je demande à aller les chercher, à les amener dans cette enceinte, et à les livrer à vos lumières et à vos sentiments généreux, à les arracher du poteau de l'infamie, et à les placer dans l'hospice dont j'ai le bonheur d'être médecin en chef : j'y prendrai soin de leur misère. »

M. Voisin présente ensuite un tableau de questions qui doivent être remplies sur chaque malade soumis à son examen. Ce tableau embrasse tout l'être psycologique, tout l'être instinctif, moral, intellectuel et perceptif de chacun d'eux.

M. Voisin rappelle toutes les tentatives faites en faveur de l'éducation des jeunes enfants idiots. Commencées en 1828 sous M. Ferrus à Bicêtre, elles se sont continuées en 1830 et en 1831 sous M. Falret à la Salpêtrière. M. Voisin publia lui-même alors un mémoire dans lequel il réclama pour les enfants idiots les bienfaits d'une éducation spéciale; en 1833 il organisa pour eux un service dans l'hospice de la rue de Sèvres ; en 1834, il créa un établissement particulier en faveur de ces infortunés.

« Lorsque nous parlons des hommes qui se sont occupés des idiots, dit en terminant M. Voisin, nous ne pouvons pas, messieurs, ne pas mentionner ici avec quelque distinction M. Séguin, que nous avons été assez heureux, M. Ferrus et moi, pour recommander à l'estime et à la bienveillance du Conseil général des hospices, et qui vient d'être nommé instituteur de nos enfants à Bicêtre. Doué d'un caractère énergique, plein de capacité, bon observateur, maître de son temps, il a tout ce qu'il faut pour travailler la matière et servir à la fois la science et l'humanité. Déjà en 1838 et depuis, il a publié le résultat de ses efforts sur un certain nombre d'enfants qu'il a assez heureusement modifiés. Les études tout à fait spéciales qu'il n'avait pas pu faire jusqu'alors ne vont point tarder, je l'espère, à lui devenir familières; et je ne doute pas, qu'il ne soit bientôt en état, par ses compositions psychologiques, de prendre un rang distingué parmi ses contemporains. »

Après la lecture de ce travail, *M. Gaubert* réclame et obtient la parole.

Je demande, dit-il, quels seront, dans l'opinion de M. Voisin, les résultats définitifs des soins donnés aujourd'hui aux idiots? Quant à moi, je crains que ces efforts n'aient que des résultats excessivement bornés, et qu'on n'arrive à faire tout au plus des idiots savants.

Je demande aussi quelle sera la limite des recherches que M. Voisin désire faire dans les bagnes, où s'arrêtera son choix, son humanité ; son indulgence ne l'exposera-t-elle pas à dépasser le but, et à repeindre aux bagnes ce qui n'en aurait jamais dû sortir.

M. Voisin. Si M. Gaubert penche à croire qu'il n'y ait rien à faire pour les idiots, c'est qu'il se rappelle et prend au sérieux cette parole trop absolue du maître : l'idiotie est incurable.... J'invite M. Gaubert à venir visiter nos pauvres enfants, et il sera frappé de la rapidité de leurs progrès en voyant leur intelligence, leurs sentiments moraux s'agrandir et se développer, grâces aux soins de leur instituteur, M. Séguin.

Quant à la seconde question, je ne me dissimule pas combien elle est grave. Les meilleures choses ont leur danger, et en cherchant à appeler la pitié de la société, l'attention du pouvoir vers des pauvres d'esprit, plus malheureux que coupables, je m'attendais à l'objection qui m'est faite, et m'y suis résigné. Mais ne vaut-il pas mieux arracher au bagne quelques coupables, plutôt que d'y laisser se perdre et mourir tant de malheureux punis seulement d'un vice de conformation?

M. Fossati approuve d'autant plus volontiers les opinions de M. Voisin, qu'elles sont conformes à celles émises par lui dans un article *idiotie* publié dans le Dictionnaire de la Conversation en 1834, et même en 1828 dans son article *Folie* de l'Encyclopédie moderne, ou Dictionnaire abrégé des sciences, des arts et des lettres.

M. Voisin déclare ne pas avoir eu connaissance de l'article publié en 1828. On sait, dit-il, que dès 1823 je m'occupais de la question actuellement agitée.

M. Belhomme, en rendant hommage au mérite du mémoire de M. Voisin, rappelle qu'il a publié lui-même, en 1824, un travail original sur l'idiotie, travail assez souvent cité pour mériter d'être mentionné dans celui de M. Voisin. Interne à la Salpêtrière, dit-il, j'avais été à même de rédiger une espèce de statistique. J'avais établi, par exemple, que sur 100 idiots, 86 présentaient des déformations du crâne, des défauts de symétrie. J'avais noté que l'intelligence est toujours en raison inverse du développement des instincts. Enfin, cela ressemble beaucoup à l'idiotie partielle dont M. Voisin vient de nous entretenir. J'avais partagé l'idiotie en cinq classes ou catégories. En consultant ma thèse de 1824, M. Voisin verra que j'ai eu le bonheur de me rencontrer avec lui dans plus d'un point; et si, aidé des travaux de ses devanciers et des siens propres, il a fait un travail intéressant et neuf dans plus d'une partie, il reconnaîtra que, le premier, j'étais entré dans la voie qu'il parcourt aujourd'hui, et que j'en avais posé les premiers jalons.

M. Letellier. La juste réclamation de M. Belhomme, et celle de M. Fossati, prouvent que depuis long-temps déjà, pour les observateurs, l'idiotie n'était pas toujours la même, qu'elle avait des différences, qu'elle était complète ou incomplète, générale ou partielle. Seulement M. Voisin me semble établir aujourd'hui de bien nombreuses divisions, peut-être un peu forcées et de convention. Je lui demanderai s'il croit à tous les degrés d'idiotie qu'il établit, partielle à ce point que, pour me servir de l'exemple fourni par M. Voisin lui-même, un homme de sentiments et d'intelligence bien conformés, qui *comprendrait* qu'une de ses missions dans ce monde est d'obéir à cette voix, *allez, croissez et multipliez*, mais dont les instincts de reproduction seraient froids et sourds à son appel, si un tel homme serait un idiot! Je ne puis pas plus admettre une telle conséquence, que je ne consentirai à voir un Esope ou un Quasimodo dans tout homme ne réunissant pas à un égal degré de perfection les formes académiques ou divines de l'Apollon antique.

M. Voisin. Un tel homme sera un idiot, et c'est pour cela même que j'ai été prendre mon exemple, pour qu'il soit plus sensible, dans le plus brutal de nos instincts.

M. Marchal. A ce compte, Newton était un idiot; ce serait difficile à admettre...

M. Fossati. Kant et Boileau étaient dans le même cas.

M. Place. L'état dont parle M. Voisin n'est pas nouveau. Un mot ancien et admis dans la science existe pour exprimer cette manière d'être : c'est le mot *atrophie*. On admettra que Newton et Kant aient pu avoir un organe atrophié, on ne consentira jamais à voir en eux des idiots partiels.

M. Marchal. Je partage le sentiment de tous mes collègues sur l'originalité et les qualités de style qui recommandent le travail de M. Voisin. Je suis heureux de voir la société, dans la personne de l'un de ses membres, se manifester au dehors avec cet éclat. Je ferai néanmoins deux remarques sur ce travail. Je comprends la nécessité, sentie par M. Voisin, d'élargir le cadre de l'idiotie qui jusqu'ici n'avait pas compris tous les faits du même genre acquis à la science. J'admets l'idiotie partielle, c'est-à-dire le défaut de développement d'un seul organe; mais je doute que l'on consente à appliquer le nom d'idiotie à cet état. Cette objection ne porte pas sur le fond des idioties. Voici une seconde remarque : M. Voisin a parlé d'enfants gloutons, et d'autres chez lesquels il y a une perversion du goût, par suite de laquelle ils mangent de la terre et d'autres substances analogues. Je ne nie pas que dans ces cas, de même que dans celui de polyphagie, l'organe de l'alimentation ne puisse exercer une influence. Mais je crois que souvent le phénomène a sa cause dans l'estomac. Certains polyphages que l'on a ouverts ont présenté des dispositions tout à fait particulières du tube digestif. Chez les enfants qui mangent de la terre, il est permis de croire à un excès de sécrétion de l'acide gastrique, en vertu duquel ils recherchent instinctivement des absorbants. Les étroites sympathies de l'utérus et de l'estomac, que l'on constate surtout par le toucher utérin, qui souvent fait éprouver à la personne une sensation subite dans le creux épigastrique, me portent à penser que dans les perversions du goût, chez les femmes grosses, le point de départ est également dans l'estomac.

M. Place. Je répondrai à la dernière objection de M. Marchal, que l'altération du sens du goût chez la femme enceinte, ou chez tout autre sujet, altération appelée *spica* ou *malacia*, est pour les phrénologistes une lésion ou altération de l'organe de l'alimentivité, et non une lésion de l'estomac. Elle échappe, quant à sa cause première, comme toutes les autres mystérieuses fonctions dont on constate l'identité, mais sur l'origine desquelles on est impuissant à prononcer. Ce n'est encore qu'un fait. M. Place rappelle le mémoire de MM. Ombros et Théodore Pentelithe, dans lequel on aurait observé et signalé une modification de la circonvolution appelée alimentivité. Trois conditions pathologiques, ajoute M. Place, semblent déterminer les divers degrés d'activité d'un organe malade. Inflammation : excès d'activité. — Ramollissement superficiel : dégoût ou inhabileté à exercer une faculté. — Ramollissement complet ou suppuration : anéantissement de toute manifestation. Je citerai à cette occasion, ajoute M. Place, le cas d'une femme qui manifestait tous les symptômes d'une gastrite aiguë. Chaleur à l'épigastre, vomissement, appétit violent, et rejet immédiat des boissons les plus légères; applications de sangsues à l'épigastre, plusieurs fois réitérées et sans succès. Ces symptômes ne cessèrent qu'après une forte application de ces annélides à la pointe du lobe moyen du cerveau. (Circonvolution de l'alimentiviste.) Avant de clore cette discussion, dit pour terminer M. Place, je tiens à bien trancher la position de M. Seguin comme je l'ai fait dans l'analyse de ses deux mémoires.

M. Seguin n'est pas un phrénologue, mais il appartient au contraire à l'école purement psychologique. J'ai voulu établir que M. Seguin, par les résultats qu'il a obtenus empiriquement ou par déduction, est parvenu à confirmer la science phrénologique, et est rentré parfaitement dans la classification de Spurzheim. S'il n'a pas eu le premier l'idée de rendre à l'intelligence les enfants idiots ou imbéciles, il a au moins eu le mérite de tracer le premier une méthode claire et d'une pratique heureuse. M. Seguin n'est point ennemi de la phrénologie, mais il l'a trop peu étudiée. Il en a fait de fausses applications quand il a confondu l'organe de la fermeté et son activité avec la volonté qui est un attribut de chaque faculté... de même quand il a fait une faculté de la mémoire et de l'attention, au lieu d'en faire un attribut général.

M. le président résume et clot la discussion, et adresse, au nom de la Société, des remerciements à M. Voisin pour sa lecture intéressante; remerciements qui seront consignés au procès-verbal.

— Sur la demande de M. Voisin, et d'après l'avis de la Société, M. le président nomme une commission chargée de se rendre à Bicêtre, afin d'observer les progrès obtenus dans l'éducation des jeunes idiots et enfants arriérés confiés aux soins de M. Seguin, sous l'inspection de MM. Voisin et Leuret.

Cette commission est composée de MM. La Corbière, président; Belhomme et Fossati, vice-présidents; Dannecy et Place, secrétaire-général.

— L'ordre du jour appelle le scrutin sur le choix d'un professeur chargé du cours de phrénologie qui doit s'ouvrir prochainement.

MM. Dumoutier et Place sont seuls inscrits.

M. Place est nommé pour la quatrième fois.

Ch. Place, secrétaire-général.

M. A. Devergie commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 19, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 60, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 MAI 1843.

Réponse à la lettre de M. Casimir Broussais relative à la fréquence de la phthisie en Algérie.

Selon notre coutume, nous avons inséré dans notre dernier numéro la lettre qu'une susceptibilité quelque peu irréfléchie a inspirée à M. Casimir Broussais. Nous donnerons aujourd'hui la réponse que nous avons cru devoir faire, et que le défaut d'espace nous a empêché de publier en même temps que la lettre elle-même.

M. Casimir Broussais a fait à nos objections deux réponses qui, en définitive, se réduisent à une seule, laquelle a trait à la garantie scientifique que présentent les documents qui ont servi de base à son travail. C'est donc à l'examen de ce point que nous allons nous attacher presque exclusivement quant à aujourd'hui. Mais auparavant, qu'il nous soit permis de faire une remarque: M. C. Broussais avoue, en terminant, qu'il n'a pour but que d'apporter à la science des renseignements qui ont besoin d'être complétés; or, nous n'avons pas prétendu dire autre chose; nous n'avons point contesté l'exactitude des conclusions auxquelles est arrivé M. C. Broussais, nous avons seulement dit que ses recherches ne suffisaient pas pour résoudre d'une manière définitive la question, comme semblait le croire l'honorable rapporteur. Sur ce point donc, nous sommes d'accord avec M. C. Broussais.

Arrivons maintenant au second point, qui paraît être celui qui a surtout froissé, fort mal à propos, selon nous, le caractère d'officier de santé de M. C. Broussais.

Il s'agit de justifier ce que nous avons dit des garanties scientifiques qu'offrent les documents sur lesquels il a fondé ses recherches. M. Broussais s'indigne de ce que nous avons osé mettre en question le talent d'observation de MM. les officiers de santé de l'armée, et il nous répond, à ce sujet, en nous rappelant les exemples de dévouement que ce corps a donnés, en nous montrant les statues des grands hommes qu'il a produits. Comme nous n'avons point parlé de ces choses, que nous connaissions tout aussi bien que M. C. Broussais, nous n'avons rien à y répondre, d'autant mieux que nous ne voyons là aucun argument péremptoire contre notre manière de voir.

M. Broussais (Casimir) semble insinuer que nous avons voulu ravaler le mérite de MM. les officiers militaires au profit des médecins civils; il n'a pas davantage été question de cela dans notre article, et nous espérons montrer avant peu, dans l'analyse que nous donnerons d'un mémoire important publié dans les Archives générales de médecine par deux *chirurgiens militaires*, que nous avons pour ces messieurs tout autant d'estime et de respect que M. Casimir Broussais. Résulte-t-il de là que les documents de M. Casimir Broussais offrent une garantie suffisante pour entrer dans une bonne statistique? Pas le moins du monde. S'il y a des hommes de talent et d'une instruction solide dans l'armée, ce que nous n'avons jamais prétendu contester, il y a aussi des jeunes gens qui possèdent à peine les premiers éléments de la science, et qui sont, quant à présent du moins, incapables de se livrer à une observation rigoureuse. Nous en avons connu un grand nombre, fort honorables d'ailleurs, qui étaient dans ce cas, et qui sont partis pour l'Algérie, où peut-être ils ont contribué, *comme contraints et forcés*, à grossir les documents de M. Broussais.

En disant cela, nous ne voyons pas en quoi nous blesserions la dignité du corps médical de l'armée, à moins que tous les membres qui le composent ne prétendent être nés avec la science infuse. Mais si la circonstance que nous venons de noter est une cause d'erreur pour les recherches de M. Broussais, elle n'est pas la seule. Comment pourrait-on croire que des hommes, même suffisamment instruits, soumis à toutes les fatigues que les médecins militaires supportent en Algérie, privés le plus souvent de tous les moyens matériels nécessaires pour travailler, puissent se livrer avec fruit à une observation attentive qui exige toutes les conditions opposées? Enfin, quel attrait un chirurgien militaire peut-il trouver à vaincre tant d'obstacles, lorsqu'il sait d'avance qu'il peut s'appliquer les vers de Virgile:

Sic vos non vobis, etc.

Mais, dira-t-on, il a bien fallu que ces obstacles aient été vaincus, puisque les documents ont été recueillis; oui, ils l'ont été, de par le roi et le conseil de santé; or, comme nous ne pensons pas que ce soit là une manière de procéder très convenable en matière scientifique, nous trouvons dans cette considération une nouvelle preuve en faveur de notre manière de voir.

Telles sont les objections que nous avons à adresser aux recherches de M. C. Broussais. Si l'on ajoute aux considérations précédentes, que les résultats auxquels ces recherches ont conduit sont en opposition complète avec ceux qu'ont obtenus les médecins anglais observant dans plusieurs climats chauds, tels que Malte, les îles Ioniennes, les Bermudes, etc., et avec ceux qu'a obtenus M. Rufz à la Martinique, nous pensons qu'on ne sera point étonné des simples doutes que nous avons osé émettre. D'ailleurs, nous répétons que nous n'avons émis ces doutes que parce qu'on avait voulu donner une valeur absolue aux recherches de M. C. Broussais; nous nous réservons de discuter plus à fond la question, lorsque nous aurons sur ce mémoire des connaissances plus complètes que celles que l'on peut acquérir par une simple lecture; et si nous n'arrivons pas à partager les convictions de M. C. Broussais, ce ne sera nullement par un sentiment d'antipathie pour les productions d'un officier de santé, car on peut voir, dans notre numéro du 6 avril dernier, l'impression qu'a produite sur nous la lecture de son mémoire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Fièvres typhoïdes. Traitement par les purgatifs. Guérison. Quelques réflexions sur le traitement.

Au n° 8 de la salle Sainte-Catherine est couchée une enfant de onze ans, Marguerite Daniel, entrée le 21 avril.

Cette enfant, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, habituellement d'une bonne santé, dit être malade depuis huit jours, indisposée depuis quinze jours environ.

Il y a huit jours, elle fut prise de malaise général, de maux de tête; quelques étourdissements; pas d'épistaxis; sensibilité extrême de l'abdomen; diarrhée; quelques vomissements bilieux, verdâtres; anorexie, soif vive; toux assez forte et fréquente, sans expectoration; pas de douleur dans la poitrine.

Chez les parents, on ne lui a fait suivre aucun traitement actif. Boissons émollientes. Cependant, dans ces derniers jours, on lui a mis un vésicatoire sur le côté.

Etat de la malade le 22 avril:

Visage animé, d'un rouge presque uniforme, plus foncé aux pommettes. Teinte jaune de l'ovale inférieure. Peau chaude, sudorale. Pouls à 120, régulier, non redoublé. Langue blanche au milieu, rosée sur ses bords et à sa pointe. Anorexie, soif vive. Pas de vomissements depuis l'entrée. Un peu de diarrhée.

Le ventre médiocrement développé, sans tension extrême, sensible à la pression, surtout dans la région iléo-cœcale, dans laquelle on constate un gargouillement bien distinct et bien manifeste.

Pas de douleur dans la poitrine; résonnance et respiration bonnes en avant, des deux côtés et en arrière à gauche et à droite. Respiration accompagnée de râle muqueux dans toute l'étendue du poumon; respiration peut-être un peu soufflante au sommet. Quinze sangsues sur le côté droit de la poitrine; eau de Sedlitz, deux verres; mauve sucrée; cataplasmes sur le ventre; sinapismes aux mollets; diète.

Le 23 avril, à peu près même état que la veille. Trois ou quatre selles liées à la suite du purgatif. Ventre toujours sensible dans le même point. Langue toujours blanche au milieu, rosée à la pointe et sur les bords. Pas de taches sur la peau de l'abdomen ni du thorax. Respiration comme hier. Eau de Sedlitz, deux verres; cataplasmes sur le ventre et sur le côté droit de la poitrine; mauve; diète.

Le 25 avril, l'enfant dit se trouver un peu mieux. La céphalalgie est moins forte. Trois selles depuis hier. Le ventre, toujours un peu sensible dans la région iléo-cœcale, n'est nullement douloureux dans le reste de son étendue. Le pouls est à 108-112. Peau de chaleur normale, un peu sudorale. Pas de taches. Quelques sudamina disséminés çà et là sur les parties latérales du cou. Toux beaucoup moins fréquente. Respiration assez libre. Huile de ricin, 40 grammes dans une potion; cataplasmes sur le ventre; diète.

Le 27 avril, le mieux se soutient. Cependant le pouls est toujours à 104-108. Le ventre n'est un peu sensible à la pression que dans la région iléo-cœcale. Toux de temps en temps. Un peu de râle muqueux dans toute l'étendue du poumon a droite. Pas d'expectoration. Trois ou quatre selles diarrhéiques pendant la journée d'hier, et autant dans la nuit. Langue blanche au milieu, humide, rosée à la pointe. Quelques traces de gargouillement dans le flanc droit. Cataplasmes sur le ventre; vésicatoire volant sur le côté droit de la poitrine; mauve sucrée; diète.

Le 30 avril, la malade est dans un état sensiblement meilleur. Le pouls régulier, non redoublé, est à 92-96. La toux a tout-à-fait cessé. A peine quelques bulles de râle muqueux à la base du poumon droit. L'enfant demande à manger. La diarrhée a cessé depuis que l'on a suspendu l'emploi des purgatifs.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Assez de la patente. — Une préface en forme de poisson d'avril. — Nous avons tous notre moment de folie. — Un confrère à la petite bourse. — L'accoucheur au fœtus ganalisé. — Un autre accoucheur et sa boîte aux spéculum. — Le médecin *Casserole*. — Le vol à la grenouillette.

On m'avait beaucoup parlé d'une certaine préface d'un livre nouveau, et l'on m'assurait qu'elle entrait de droit dans mon domaine. M. Royer-Collard et la patente m'avaient jusqu'ici empêché de la lire. Mais cette semaine les choses ayant été fort calmes et les événements nuls, je viens à l'instant de me procurer cette distraction. Elle me coûte 7 fr., le prix d'un *orchestre* à l'Opéra, et à ce prix j'avais le droit d'être exigeant.

Elle en vaut le double, c'est moi qui vous l'assure, et si j'éprouve un regret, c'est de ne pouvoir la faire entrer tout entière dans cette *Causerie*. Vous y verriez pourquoi l'auteur ne veut pas expliquer à *son cher lecteur*, — apostrophe familière si naïve et si vraie, en usage dans le bon vieux temps, — le mobile qui l'a poussé à écrire son livre, si c'est *pro fame*, ou bien *pro famâ;* si c'est parce qu'il rêve de l'Académie de médecine, où malgré son in-octavo sur le rhumatisme il n'a pas encore été trouvé digne de figurer, lui sixième, sur une liste de présentation; « s'il cède, s'il obéit à une sorte d'instinct, de vocation naturelle pour l'enseignement? Vocation, hélas! malencontreuse jusqu'à présent! Quatre fois joûteur malheureux, quatre fois battu, renversé, meurtri dans l'arène des concours professoraux. » C'est l'auteur qui dit aux autres ces belles choses-là, que d'après Brid'Oison on ne devrait se dire qu'à soi-même. Vous y verriez comment doit être écrit et de quel style un livre de médecine, et les seules petites conditions qu'il exige pour cela: « A Dieu ne plaise que je veuille autre chose qu'un style correct, clair, précis. » *Bone Deus!* pas autre chose! Correction, clarté, précision. Et l'auteur nous promet tout cela dans son livre! Je le recommande d'avance à la plume moins frivole que la mienne qui en rendra compte dans ce journal.

Mais je réserve toute votre admiration et la mienne pour la péroraison dramatique de cette préface, que je n'ai pu lire sans l'aide du mouchoir:

« Va maintenant, ô mon livre! — livre d'un humble praticien, sans crédit et sans pouvoir, — va, sors de dessous les presses, va t'exposer aux foudres de la critique, et te réfugier sous la protection des lecteurs bienveillants;

» Plaise à Dieu qu'à me lire la jeunesse acquière une bonne et solide instruction! Alors elle m'aimera, j'en suis sûr;

» Plaise à Dieu qu'à me lire les hommes mûrs et les vieillards soient charmés de retrouver et de passer en revue les vérités qu'ils savent! alors ils m'estimeront bon gré mal gré;

» Voilà ce que je souhaite de toutes les forces de mon âme;

» Va maintenant, ô mon livre! que ta destinée s'accomplisse! *Habent sua fata libelli.* »

Cette mirabolante préface est datée du 2 avril.

J'estime qu'elle aurait dû paraître la veille; elle aurait ainsi justifié sa signature qui est celle du plus gros de tous les poissons.

Cette préface vient à l'appui d'une de mes thèses favorites, dont les développements ne se feront pas long-temps attendre; j'en suis déjà à mon cinquième volume. Cette thèse la voici: tous, tant que nous sommes, petits ou grands, savants ou ignorants, d'une intelligence supérieure ou infime, nous avons tous notre moment, notre jour, notre période de folie. Dans mon grand ouvrage, j'en cite 6789 exemples pris parmi les hommes les plus remarquables dans tous les temps, dans tous les lieux, chez tous les peuples. C'est une loi aussi générale que celle de la mort. Je convie tous les observateurs à faire des remarques à ce sujet et à m'en envoyer *franco* le résultat. Les médecins n'y font pas plus exception que les autres hommes, et voyez les exemples que je vous ai cités depuis quelques semaines seulement. M. Mayor est certainement un homme d'un bon et solide esprit; eh bien, il a eu son moment, et sa méthode d'amputation *au billot* l'atteste. Nul ne peut nier la distinction des facultés intellectuelles de M. Royer-Collard et sa merveilleuse aptitude; le jour *de la patente* a été évidemment son jour de maladie. L'auteur du livre dont je viens de signaler la préface — je le connais bien — est un médecin distingué, d'esprit et d'instruction; son livre, dont j'ai lu quelques chapitres, est un livre sérieux; eh bien! il n'a pu échapper à l'inexorable et fatale destinée des hommes; il a eu son jour aussi.

— Dans ces quelques mètres de terrain asphaltique qu'on appelle boulevard Italien, à l'angle de la rue Taitbout, se réunissent tous les jours, de midi à une heure, une foule de gens que le préfet de police a condamnés aux intempéries de la saison, et qui ne peuvent pas se réunir ailleurs. Ce sont les joueurs à la hausse et à la baisse; c'est la petite bourse. Quel rapport y a-t-il entre ces gens-là et nos affaires médicales, allez-vous me demander? Pour vous et pour moi, il n'en est aucun je l'espère; mais pour un de nos confrères bien connu, c'est autre chose. Tous les jours, à l'heure où la petite bourse est le plus animée, on le voit traverser le boulevard d'un air très affairé et, arrivé au milieu des groupes, tirer son portefeuille et écrire au crayon quelques notes rapides. Vous concevez que ce manège quotidien n'a pas laissé que d'attirer l'attention sur lui; aussi le docteur O. X. commence-t-il à être célèbre..... sur le boulevard. Que voulez-vous, dans ce siècle de concurrence illimitée, il faut s'ingénier de toutes façons pour arriver à la clientelle. Il n'est pas de si petit moyen qui soit à dédaigner, seulement il faut y mettre de l'adresse et un certain bon sens.

N'imitez pas, par exemple, ce jeune accoucheur qui porte constamment dans sa poche un petit fœtus monstrueux ganalisé, et qui en fait l'exhibition à toutes les personnes du monde qu'il connaît. Je sais plusieurs femmes enceintes qui ont refusé ses soins de peur, disaient-elles, qu'il ne leur portât malheur.

N'allez pas faire aussi comme cet accoucheur qui, possédé d'une véritable monomanie de spéculum, ne fait plus ses visites qu'affublé d'une grande giberne, d'une sorte de boîte tout à fait semblable à celles des facteurs de la petite poste, dans laquelle il a placé méthodique-

Sécher le vésicatoire. Deux bouillons; bain; mauve sucrée. Lavement émollient.

Le 3 mai, très bien. Pouls à 88-92. Ventre peu sensible, même à une forte pression du flanc droit. Une selle seulement après le lavement, dans les vingt-quatre heures. Appétit.

Deux bouillons; un potage. Mêmes boissons. Lavement émollient.

Le 6 mai, pouls à 80. La langue commence à se nettoyer; le ventre n'offre plus nulle part la moindre trace de sensibilité. Peau de chaleur normale, ni sèche, ni moite; respiration bonne partout.

Une portion d'aliments (huitième). Lavement émollient; bain.

Le 10 mai, l'enfant est tout-à-fait rétablie, mange le quart, est gaie, ne tousse plus, et ne va à la selle qu'une fois par jour. Le pouls est tombé à 72-76.

Deuxième observation. — Au n° 9 de la salle Sainte-Catherine est couchée la nommée Marten, âgée de neuf ans, entrée le 6 mai.

Malade depuis sept à huit jours, elle a commencé par éprouver des étourdissements, de la lassitude dans les membres. Quelques vomissements; douleur de ventre; céphalalgie; pas d'épistaxis; constipation depuis trois jours au moment de l'entrée.

Le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants :

Pouls à 124. Visage animé, surtout aux pommettes; teinte jaune de l'ovale inférieure du visage; une épistaxis de quelques gouttes dans la journée d'hier.

Pas de selles depuis l'entrée. Ventre un peu volumineux, sensible dans les deux flancs, où l'on constate du gargouillement, surtout à droite; trois ou quatre taches rosées sur le ventre et sur la base de la poitrine; pas de sudamina; pas de vomissement depuis hier; céphalalgie violente; un peu d'incohérence dans les réponses. L'infirmière dit même qu'il y a eu cette nuit un peu de délire; la langue est fortement saburrale, recouverte d'une couche jaunâtre assez épaisse.

Deux verres d'eau de Sedlitz; solution de sirop de gomme; cataplasme sur le ventre; synapismes aux jambes. Diète.

Le 9 mai. Hier et aujourd'hui l'on ne constate pas d'amélioration bien sensible dans l'état de la petite malade. Le délire a continué pendant la nuit; le matin, à la visite, l'intelligence est assez nette; les réponses, un peu lentes, sont cependant justes et précises. Le pouls à 120-124. Le ventre, toujours volumineux, un peu tendu; ce qui tient peut-être à une disposition individuelle du sujet. Gargouillement dans le flanc droit seulement, qui est douloureux à la pression. Quatre à cinq selles après le purgatif. Respiration bonne partout. Pas de toux.

Eau de Sedlitz, deux verres. Le reste *ut suprà*.

Le 10 mai, un peu mieux. Le pouls à 108-112. Ventre moins tuméfié, toujours sensible à la pression; trois selles dans la journée d'hier. La nuit a été plus calme. Céphalalgie moins forte, au dire de la malade.

Persistance du gargouillement dans le flanc droit. Les taches ont pâli, sans disparaître encore complètement. La langue saburrale; pas d'appétit; ni nausées, ni vomissements.

Eau de Sedlitz; mauve sucrée; synapismes aux mollets; cataplasme sur le ventre. Diète.

Le 12 mai, mieux sensible. Le pouls est tombé à 96-100. Même état de la langue; persistance du gargouillement et de la sensibilité dans le flanc droit à la pression; pas de délire pendant la nuit; anorexie; ni nausées, ni vomissements; cinq à six selles diarrhéiques. Les taches ont tout-à-fait disparu.

Huile de ricin, 25 grammes. Cataplasmes sur le ventre, arrosés d'huile d'anis. Diète.

Le 13 mai, de mieux en mieux. Pouls à 96-100. Ventre un peu volumineux, mais beaucoup moins douloureux; quatre selles depuis hier; pas de nausées, ni de vomissements. Pas de délire; réponses justes. L'enfant demande à manger.

Cataplasmes sur le ventre; lavement émollient. Diète.

Le 15 mai, l'enfant dit se trouver bien. Pouls à 84, régulier, non redoublé. Ventre encore un peu sensible. Appétit.

Deux bouillons. Cataplasmes sur le ventre. Mauve sucrée. Lavement émollient.

Le 16 mai, pouls à 76-80. Langue à peine un peu blanche. Appétit bon. Une selle seulement pour rendre le lavement. Le ventre tout-à-fait indolent.

Deux bouillons, un potage.

Le 18 mai, tout-à-fait bien. Le pouls toujours à 76, bien régulier, bien développé. Appétit. Ventre souple indolent.

Une portion d'aliments.

— Le traitement employé chez les deux malades dont nous venons de raconter l'histoire en détail a consisté principalement dans l'emploi des purgatifs, pour l'affection principale, celle du tube digestif; dans l'un des deux faits, on a eu recours à quelques moyens autres, sur lesquels nous reviendrons, pour le traitement de la constipation qui survient si fréquemment et que l'on a observée ici, particulièrement du côté de l'appareil respiratoire.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs, et surtout par les purgatifs répétés pour ainsi dire coup sur coup, n'a été que depuis quelques années l'objet d'une attention aussi scrupuleuse et d'une étude aussi approfondie. Tout le monde sait que c'est M. Delaroque qui le premier l'a préconisé et qui prétend en avoir retiré des résultats tels que, s'ils étaient admis sans examen, on pourrait croire qu'ils tiennent réellement du miracle.

M. Delaroque est parti de ce point théorique que la fièvre thyphoïde, pour lui du moins, n'est pas une inflammation, que les phénomènes d'inflammation de la muqueuse gastrique n'existent presque jamais au début de la maladie; enfin, que dans les cas où elle se forme, ce n'est que plus ou moins longtemps après l'apparition des symptômes saburraux. Pour ce médecin, la cause première de la maladie, c'est la présence dans le tube digestif de liquides dégénérés qui exercent sur la membrane muqueuse une action délétère et finissent, après avoir produit des ulcérations à la surface de cette muqueuse, par être absorbés eux-mêmes, par passer dans le torrent circulatoire et déterminer des phénomènes d'intoxication générale.

Il est facile de concevoir que cette théorie une fois admise, la première indication pour le praticien est d'expulser au-dehors les liquides altérés qui ont produit et entretiennent la maladie.

Bien que le traitement par les purgatifs répétés ait un peu perdu de l'engouement qu'il avait excité dans les premiers temps de son apparition, cependant il est encore des médecins qui l'emploient, et il faut avouer qu'il est des cas où il réussit admirablement; mais il faut, et la chose est naturelle, tenir compte des circonstances particulières du fait, quoique M. Delaroque pense qu'il peut être administré en tout état de cause.

Les deux observations précédentes offrent des exemples de guérison par cette méthode. Les purgatif employés ont été de l'eau de Sedlitz d'abord, pendant les quatre ou cinq premiers jours, puis l'huile de ricin. Ils ont été continués pendant six jours chez le premier, pendant huit jours chez le second; on les a suspendus lorsque l'amélioration a commencé à se manifester et que d'ailleurs l'augmentation de la diarrhée pouvait faire craindre le développement d'une irritation trop forte dans le tube intestinal.

Selon des auteurs recommandables qui se sont occupés des maladies des enfants, il ne paraît pas que les purgatifs exercent une influence bien évidente sur la fièvre, sur l'état des fonctions digestives et sur les symptômes nerveux. Il ne leur semble pas non plus que la maladie ait été dans aucun cas notablement abrégée par l'emploi de cette médication. La facilité avec laquelle se développe l'entérite chez les enfants, facilité qui dépend sans doute de la finesse et de la sensibilité de la muqueuse intestinale à cet âge de la vie, les engage à rejeter les purgatifs répétés chez les enfants et à les considérer comme plus nuisibles qu'utiles. Ces résultats, ajoutent-ils, seulement applicables aux enfants, n'infirment en rien ceux auxquels sont arrivés les médecins qui emploient cette méthode chez les adultes.

Il est rare, en effet, que l'on observe chez l'enfant, des succès aussi nombreux et aussi évidents par cette médication que chez l'adulte; cependant il faudrait se garder de croire qu'ils fussent tout à fait impossibles à obtenir. Nous venons d'en citer deux exemples; mais chez l'un d'eux il y avait de la constipation, et l'administration de purgatifs était une des premières indications à remplir.

Nous ferons de plus observer que chez ces deux malades, l'emploi des purgatifs, comme nous l'avons déjà dit plus haut, n'a pas été, à beaucoup près, continué aussi long-temps qu'il l'est habituellement chez l'adulte. M. Taupin, qui s'est beaucoup occupé de cette maladie dans l'enfance, croit, tout au contraire des auteurs que nous avons cités, que les purgatifs modifient avantageusement et de bonne heure les accidents abdominaux et nerveux, humectent la langue et déterminent promptement la convalescence.

Chez les sujets que nous avons eu à examiner, les effets des purgatifs ont été assez rapides; sous leur influence, les symptômes abdominaux ont peu à peu diminué d'intensité. Le pouls a également baissé, est devenu moins fréquent et chez l'un des deux, qui avait du délire, les phénomènes nerveux ont cessé peu à peu, et fini par disparaître complètement.

L'on s'est arrêté, dans les deux cas, dans l'administration des purgatifs, lorsque la diarrhée est devenue assez forte pour inspirer quelques craintes. L'on a, dans cette circonstance, dérogé au principe posé par M. Delarroque, et qui est celui-ci : que dans la fièvre typhoïde, loin d'être arrêté dans l'administration des purgatifs par la diarrhée, le météorisme et les douleurs abdominales, le praticien doit voir dans ces symptômes autant de raisons de continuer leur usage et de se hâter de débarrasser l'intérieur des liquides impurs et stimulants qu'il contient.

Une fois que l'on a eu cessé l'emploi des évacuants, l'on s'est contenté de recourir aux émollients, que l'on avait, du reste, employés concurremment avec les moyens actifs, et l'amélioration s'est maintenue. Alors ont disparu en quelques jours, en même temps que les phénomènes locaux du côté de l'abdomen, les phénomènes généraux, tels que la céphalalgie, la fréquence du pouls, etc.

Il faudrait se garder de croire que tous les cas soient aussi heureux que les précédents sous l'influence de la médication purgative. Outre que souvent il est impossible de la mettre en usage quand la maladie est trop avancée, il arrive quelquefois aussi que des accidents graves leur succèdent dans le traitement de l'affection typhoïde, et alors il faut les suspendre immédiatemsnt.

Chez les deux sujets, la convalescence a marché assez rapidement, plus rapidement même qu'on ne le voit d'habitude en pareil cas; car si, chez les adultes, la guérison est beaucoup plus prompte, au dire de M. Delaroque, par les purgatifs que par toute autre médication, la chose n'est pas également vraie pour les enfants : nous en avons dit plus haut les raisons.

Un mot, avant de terminer, sur les complications que l'on observe si souvent dans la fièvre typhoïde du côté de l'appareil respiratoire. Il est assez rare de rencontrer une fièvre typhoïde bien caractérisée, d'une certaine intensité, sans complication de bronchite, ou même quelquefois, mais plus rarement, de pneumonie.

Le traitement de cette complication n'est pas, à beaucoup près, le même que si la phlegmasie pulmonaire était tout à fait pure. Il faut, en effet, tenir compte de l'état d'affaiblissement déterminé par l'affection intestinale, et par l'altération du sang, qu'on la regarde comme primitive ou comme consécutive. Ce n'est pas à dire, pour cela, qu'il faille toujours, et dans tous les cas, s'abstenir d'émissions sanguines locales ou géuérales; mais elles devront être employées avec beaucoup plus de modération que dans toute autre circonstance; c'est surtout, si on y a recours, aux saignées locales que l'on devra s'adresser. L'une des observations précédentes nous en fournit un exemple dans lequel une application de sangsues fut suivie d'heureux résultats.

Lorsque l'on ne peut mettre en usage les émissions sanguines, on doit employer les révulsifs, principalement les révulsifs cutanés, les vésicatoires volants, l'expérience ayant démontré que dans la fièvre typhoïde il faut se garder, autant que possible, de les faire suppurer, dans la crainte que des eschares gangreneuses ne se développent.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE.

Ouverture du cours théorique et pratique d'aliénation mentale; par M. FALRET, médecin en chef.

La science de l'aliénation mentale est aujourd'hui malheureusement beaucoup trop négligée, malgré l'attrait puissant que présente cette étude. Intimement liée à l'étude des fonctions les plus élevées de l'homme, étant le seul moyen possible d'examiner et d'observer les facultés intellectuelles et morales par suite de leur dissection et de leur isolement par la maladie, cette branche de la pathologie semble indispensable à tout philosophe, à tout physiologiste désireux de quitter pour l'observation des faits le rêve et l'abstraction. Quant au médecin-praticien, pour comprendre l'utilité pour lui de cette science, il suffit de voir l'ignorance dont font preuve à ce sujet les médecins les plus en renom, et cela tous les jours dans leurs ouvrages, au lit du malade, et près des tribunaux devant lesquels ils sont appelés pour juger de l'état mental des accusés et des témoins. Les erreurs de diagnostic qu'on pourrait citer feraient croire à l'exagération, et l'on peut lire un mémoire publié dans les Annales médico psychologiques par M. Lelut, qui montre qu'on enferme tous les jours des individus atteints de la folie la plus évidente, et même de paralysie générale. M. Voisin, dans un mémoire lu à l'Académie de méde-

ment et par ordre chronologique la collection complète des spéculum depuis celui d'Ambroise Paré, jusqu'à la toute récente et malheureuse invention de M. Récamier. Tous ces instruments, dit-il, ont leur application, et il est bon de les avoir toujours sous la main. Figurez-vous l'impression que toute cette ferraille doit faire sur de faibles femmes. Aussi, malgré cet arsenal, on assure que ce confière a plus de spéculum que de clientcs.

Seriez-vous de force à imiter le *modus faciendi* d'un autre de nos confrères qui, voyant l'iogratitude des clients et la difficulté qu'on éprouve à cn retirer de légitimes honoraires, a pris le parti de se payer lui-même et en nature? Ce brave confrère n'est plus connu dans le quartier qu'il habite que sous le nom du *médecin Casserole*, et voici pourquoi. Mais d'abord, il n'est pas que vous ne l'ayez souvent rencontré courant les rues de Paris avec la rapidité d'un petit clerc d'avoué, vêtu d'un large habit tout donblé de poches amples et nombreuses, lesquelles témoignent par leur exubéraote saillie qu'elles sont toujours pleines. C'est que tous les jours, en faisant sa visite, ce digne confrère fait aussi sa collecte. Voici comment il procède. Sa clientelle n'est pas riche, ce sont de braves ouvriers, de tout petits marchauds. Il arrive et fait sa prescription, après quoi il demande *illco*, UN FRANC. Ce n'est pas cher, mais le confrere a pour maxime que ça vaut mieux que rien. Or, souvent le client refuse ou ne peut; alors, avec la rapidité et le coup d'œil exercé d'un huissier, le confrère a bientôt fait l'inventaire des lieux, et aussitôt qu'il a rencontré un objet à sa convenance, un vieux chandelier, une serviette, une fasse, un petit lot de vaisselle, n'importe quoi, il l'engouffre dans ses poches et donne quittance. Un jour il arriva qu'il lui était dû six francs chez une pauvre ravaudeuse. La somme était énorme, et l'inquiétude du confrère était poignante. Dans ses visites précédentes il n'avait rien avisé pour son butin, et le désespoir était visible. Mais, ô surprise! ô bonheur! une casserole de cuivre se montre à ses yeux ébahis!... S'en emparer, la pousser dans ses poches, et disparaître, tout cela fut fait plus rapidement que je ne vous le dis. Or la poche était trop petite, on la casserole trop grande, et une saillie accusatrice témoignait visiblement au dehors ce qu'avait produit ce jour-là la clientelle. Il fallut traverser ainsi tout son quartier, tout son quartier vit le butin, tout son quartier en rit; car au demeurant notre confrère est un bonhomme fort aimé de ses clients; mais le surnom de *médecin Casserole* lui est indélébilement resté.

On en dira ce qu'on voudra, mais ce brave confrère me paraît, après tout, moins blâmable que nos confrères haut placés, regorgeant de richesses et qui néanmoins ne se font aucun scrupule de soutirer à leurs jeunes émules tous les malades qu'ils peuvent accaparer. Que ce que je vais vous dire vous serve de leçon, jeunes confrères qui, dans un cas difficile, cherchez à vous abriter sous le manteau de quelque nom célèbre ou à demander un conseil qu'on vous fera chèrement payer.

Un jeune médecin de Paris fut consulté ces jours derniers pour un cas de grenouillette. On sait qu'il est fort difficile d'obtenir la cure radicale de cette infirmité; déjà la plupart des procédés connus avaient été mis en usage chez cette malade, mais infructueusement. Notre jeune confrère propose un moyen nouveau; mais, avant de l'appliquer, il demande à la malade, à qui il remet la description écrite du procédé qu'il veut employer, de vouloir bien aller savoir l'avis d'une de nos célébrités chirurgicales. Ainsi fut fait. Notre jeune confrère attendait la réponse, lorsqu'il apprit que par un manége adroit et des conseils intéressés, le chirurgien consultant n'avait pas permis que la belle dame sortit de son cabinet sans être opérée et cela, par le procédé indiqué par le jeune confrère. L'opération a été payée 300 francs; le jeune confrère a refusé les 20 francs avec lesquels on voulait payer son invention et son *innocence*.

On propose d'appeler ce nouveau procédé de s'approprier le bien d'autrui, *vol à la grenouillette*.

NOUVELLES.

M. le docteur Léon Auvity, chirurgien major de la garde municipale, est nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Alexandre Dupuis, chirurgien major du 2e léger (sur sa demande), a été admis à la retraite par ordonnance royale du 19 avril dernier.

cine, a dit aussi qu'il avait rencontré dans les bagnes et les prisons une foule de créatures idiotes auxquelles il était peu raisonnable de demander compte de leurs actions.

Malheureusement nous devons avouer que les médecins spécialistes sont un peu cause de cette ignorance générale, en ce qu'eux-mêmes négligent un peu la science qu'ils devraient professer; ces messieurs sont tous de grands anatomistes, de grands physiologistes, des philosophes distingués, des littérateurs, des savants, etc., mais peu soucieux en général de débrouiller le chaos d'une science dont ils ont accepté le fardeau. Nous avons eu en effet peu de chose depuis une quinzaine d'années, depuis les travaux d'Esquirol, de MM. Calmeil, Ferrus; parmi les opuscules qui ont été publiés, il y en a beaucoup qu'il faut se hâter d'oublier, et, entre autres, ces longues séries d'observations, véritables réclames en faveur du traitement dont il fallait laisser au temps le soin de faire justice.

Aujourd'hui les choses prennent une allure plus scientifique et plus profitable. Depuis l'année dernière, M. Falret à la Salpêtrière, et M. Baillarger à l'Ecole-Pratique, ont ouvert des cours d'aliénation mentale, et le grand nombre de personnes qui s'y rendent doivent encourager ces messieurs dans la tâche qu'ils se sont imposée et que nous leur avons vu commencer avec une vive satisfaction.

A la tête d'un service des plus nombreux d'aliénés qu'il est habitué depuis long-temps à étudier, M. Falret se trouvait dans la meilleure position pour rendre un cours utile et intéressant, et nous sommes heureux qu'il ait eu l'idée de nous en faire profiter.

La première leçon de M. Falret a été un avant-propos nécessaire à l'étude de la folie; un examen critique fait avec sagacité de l'influence de la psychologie sur la vie sociale, sur l'histoire, la littérature, et sur l'étude de l'aliénation mentale.

Avant d'entrer dans l'examen de ces hautes questions philosophiques, M. Falret avait commencé par quelques réflexions qui touchent plus directement au sort des aliénés, dont il a toujours poursuivi l'amélioration avec courage et tenacité. Ainsi, il a soutenu aujourd'hui les idées qu'il avait déjà émises devant la commission de la Chambre des Députés, sur l'art 1er de la loi de 1838, qui porte que: « Chaque département est tenu d'avoir un établissement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. »

M. Falret blâme cet article parce qu'il porte une atteinte au droit commun, qu'il restreint le nombre des établissements d'aliénés en permettant ainsi de faire émigrer les aliénés d'un département dans un autre, et cela contre tous les droits de la famille qui ne peut voir qu'avec douleur cette séparation complète, et qui y trouve un grand surcroît de dépenses.

« Par suite de la même disposition législative, dit M. Falret, l'esprit de famille perd tous ses droits; les sentiments les plus naturels et les plus précieux pour l'homme et pour la société sont abdiqués devant les difficultés d'un long voyage. D'un côté, on aggrave la peine des bons parents; de l'autre, on offre une prime aux mauvais parents qui, selon une expérience malheureusement trop générale, ne demandent pas mieux que de trouver une excuse pour laisser leurs malades loin d'eux oubliés dans la foule des aliénés d'un hospice.

« Ainsi donc, un pareil état de choses est une atteinte grave portée à la morale publique et aux sentiments de famille; de plus, il doit nuire à la guérison des aliénés et à l'avancement de la science; il concentre les connaissances relatives au traitement des maladies mentales entre un petit nombre de médecins et dans un nombre restreint d'établissements, au lieu de répandre en tous lieux et de les étendre au plus grand nombre possible.

» La nécessité d'un long voyage pour faire traiter leurs malades empêche les familles de recourir de bonne heure à la mesure si pénible de l'isolement, et ce retard tous les efforts de la médecine devraient tendre à le diminuer, puisqu'il s'oppose à l'emploi des moyens les plus précieux pendant la période où ils pourraient plus facilement être couronnés de succès.

» En outre, privé des renseignements qu'il pourrait puiser auprès de la famille et des amis du malade sur ses antécédents moraux et matériels, le médecin, dans les soins qu'il lui donne, marche à l'aventure, éloigné du milieu dans lequel le malade a passé toute son existence, et ne peut utilement faire mouvoir ce milieu au profit du traitement.

» Enfin, les départements privilégiés à qui échoit l'honneur d'élever un asile d'aliénés, visent à élever des monuments, oubliant que la bienfaisance est simple dans ses allures et économe dans ses procédés.

» Pour parer à ces inconvénients graves, et à beaucoup d'autres qu'il serait trop long de signaler ici, une voie bien simple est ouverte: *Rentrer dans le droit commun*; que les aliénés soient, comme les autres malades, traités dans leurs départements respectifs et par les soins de l'administration locale elle-même.

» Sans doute, les premiers frais d'établissement seront d'abord une nouvelle charge pour les départements; mais féconds en bons résultats, ils deviendront par la suite une notable économie: ils paraissent d'ailleurs plus grands qu'ils ne sont réellement, surtout si on renonce à l'emploi exclusif des rez-de-chaussée, qui ne repose que sur des préjugés et une connaissance incomplète des vrais besoins des aliénés. »

Telles sont les paroles pleines de justesse et de raison qu'a prononcées M. Falret, et qui méritent en effet toute l'attention des conseils-généraux, et qui doivent par conséquent retentir aussi loin que possible dans nos provinces. Quand il y aura des aliénés partout, tous les médecins apprendront à les connaître, et nous aurons un peu moins de graves erreurs à déplorer.

Ce n'est pas le premier tribut que paie M. Falret pour l'amélioration du sort des aliénés; il poursuit une œuvre commencée depuis long-temps, et à laquelle il s'est associé avec conscience et courage, ainsi que plusieurs de ses collègues. Il a commencé son cours en retraçant dans un tableau plein de vie et d'intérêt, l'histoire de cette grande révolution dans le sort des aliénés qui de démons, de dieux, de sorciers, de maudits les a changés en malades, qui a fait naître la pitié et la charité à la place de la crainte et de la superstition, qui a appelé l'intérêt de la société sur les êtres qui en étaient le plus dignes et auxquels il faisait toujours défaut. Cette œuvre est le fait d'hommes dont il faut toujours redire le nom quand on parle des aliénés; Pinel, Esquirol, M. Ferrus, que M. Falret a rappelé pour les remercier publiquement de leurs généreux efforts si heureusement couronnés de succès, dont il faut poursuivre l'accomplissement en éclairant les esprits et en attaquant la véritable cause du long délaissement des aliénés, qui réside, comme le dit M. Falret, « dans la nature même de la maladie qui, entraînant parfois les fous à des actes de violence, leur donne l'apparence de la criminalité, et dans les principes de la société qui, aux époques antérieures tendait plutôt à se délivrer du coupable qu'à le punir et à l'amender. »

L. C.

SUR LES ABCÈS DE LA PROSTATE;

Par le docteur Le Roy d'Etiolles.

(Suite.)

Dans notre article de samedi dernier nous avons montré que les abcès de la prostate ne sont pas moins fréquents dans la vieillesse qu'aux autres époques de la vie. Nous allons passer à l'examen de quelques autres propositions. *Quelles sont les parties constituantes de la glande prostate par lesquelles débute l'inflammation?* M. Velpeau a cru devoir se livrer à l'examen de cette question, et il l'a fait d'une manière vaiment magistrale, qui rappelle celle du professeur de philosophie du *Bourgeois gentilhomme*. « Quelques-unes de ces phlegmasies, dit-il, ont pour racine les canaux excréteurs, d'où une inflammation purement glanduleuse; d'autres débutent par les filaments qui constituent la trame de la glande et n'arrivent aux granulations proprement dites que secondairement. Il est encore possible que la phlegmasie commence par la face interne de la capsule et qu'elle ne pénètre que consécutivement dans le parenchyme de l'organe. On conçoit enfin que l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent soit le bas fond et le col de la vessie, soit la portion membraneuse de l'urètre, et qu'elle se communique de là à la glande prostate, passant bientôt des granulations dans le tissu cellulaire ambiant (*Gazette des Hôpitaux*, 20 septembre 1842); c'est-à-dire que l'inflammation peut débuter par tous les tissus qui entrent dans la texture de la prostate, absolument comme la phrase: *Belle marquise vos beaux yeux*, etc., peut commencer par tous les mots dont elle se compose. Nous n'aurions pas le plus petit mot à dire sur ces innocentes inversions si elles ne devaient pas entrer dans le catéchisme des étudiants, s'ils n'étaient tenus d'en charger leur mémoire et de les réciter au professeur sous peine d'être mal notés. Mais si je blâme l'importance que l'on attache à des subtilités inappréciables et sans application pratique, je ne veux pas dire qu'il soit inutile de *préciser la région de la glande dans laquelle le pus se forme le plus ordinairement, le lieu par lequel il s'échappe le plus fréquemment*. Ce point de la question d'une appréciation tout à la fois possible et utile est précisément celui qu'a négligé M. Velpeau. Dans la grande majorité des cas, c'est dans la vessie au-dessous du col que les abcès de la prostate viennent s'ouvrir: c'est ce qui a eu lieu dans toutes les observations relatées dans l'article qui précède. La raison en est simple: partout à l'extérieur la prostate est contenue dans une sorte de caisse aponévrotique qui s'oppose au gonflement inflammatoire; du côté de l'urètre les deux lobes se font obstacle l'un à l'autre; du côté du col de la vessie seulement, il n'y a pas de résistance, c'est donc là que le pus a le plus de propension à se faire jour; il y a une autre raison qui rend plus particulièrement ce point le siége des abcès, c'est que le tissu cellulaire y est plus abondant que dans le reste de la glande.

Lorsqu'un abcès se forme dans une prostate, il n'est pas moins naturel et fréquent, d'après ce que nous avons dit du passage de l'état chronique à l'état inflammatoire aigu, de voir la suppuration circonscrite dans la portion de la glande qui avoisine le col de la vessie, puisque c'est elle qui, par son développement pathologique, apporte le plus souvent du trouble dans l'émission de l'urine.

On sait que sur la plupart des hommes la prostate forme autour du col de la vessie une anneau complet; ce que l'on sait moins, c'est que la portion de la glande qui se prolonge en avant pour compléter cet anneau, s'hypertrophie quelquefois isolément, au point de donner lieu à une tumeur saillante formant valvule, et apportant du trouble dans l'émission de l'urine; comme celles dont la partie intérieure du col est si souvent le siége; et lorsque cela a lieu, cette portion hypertrophiée peut s'enflammer et devenir le siége d'un abcès; j'en ai observé un exemple conjointement avec MM. Ménière et Rayer; je le rapporterai en peu de mots.

M. L....., membre d'une famille dans laquelle les affections de la prostate sont communes, éprouva des besoins d'uriner de plus en plus fréquents. L'urine, trouble d'abord, devint peu à peu catarrhale et purulente. Le cathétérisme, pratiqué immédiatement après la miction spontanée, montra que la vessie ne se vidait qu'à moitié. L'introduction quotidienne de la sonde diminua un peu la quantité du dépôt, mais ne rendit pas l'urine limpide; ce qui nous fit craindre une affection plus grave des reins et de la prostate. La santé s'altéra de jour en jour, et une fièvre de forme pernicieuse enleva le malade après quatre jours de séjour au lit. Nous trouvâmes une double pyelite et le foyer d'un abcès en avant du col de la vessie dans la portion des glandes prostates qui l'entoure; la région prostatique de l'urètre était fort dilatée.



L'opinion que je viens d'émettre au sujet du point où les abcès de la prostate viennent s'ouvrir le plus ordinairement, n'est pas, je dois le dire, partagée par tous les chirurgiens. L'un des plus célèbres de notre époque, M. Brodie, pense que bien plus souvent ils se fraient une issue à travers les aponévroses, le tissu cellulaire, les muscles, et font saillie au périnée. « More frequently it maker its way through the tasier, cellular membrane, and muscles of the perineum and bursts througs the external skirs. » Wilson les a vu plus souvent aboutir dans l'urètre, en arrière du vérumontanum; M. Velpeau en dit autant. Est-ce le hasard qui, offrant à ces messieurs et à moi des cas différents, nous a conduit à des opinions opposées, ou bien ne serait-ce pas plutôt que l'ouverture des abcès de la prostate en dedans du col de la vessie aurait été souvent méconnue? Je laisse aux observateurs futurs le soin de décider cette question; je me contente d'exposer ce que j'ai vu.

Lorsque l'abcès est profond et voisin du rectum, il doit avoir plus de propension à s'ouvrir dans cet intestin qu'en aucun autre point; cependant, malgré la proximité et l'étendue des surfaces, le pus ne prend pas très fréquemment cette route, à moins qu'on ne l'y détermine par une incision qui l'aide à surmonter la résistance de son enveloppe aponévrotique.

Il n'est pas très rare que les abcès auxquels donne lieu l'inflammation, soit aiguë, soit chronique de la prostate, se forment non dans sa substance, mais dans les tissus cellulaires qui l'environne, envahissant aussi les vésicules séminales. M. Lallemand pense que c'est l'inflammation des vésicules qui donne plus particulièrement lieu à cet abcès; cette opinion paraîtra fondée, si l'on ne considère que la suppuration actuelle; mais si l'on remonte plus haut dans l'histoire de la maladie, il est rare que l'on n'arrive pas à découvrir la préexistance des désordres dont la prostate est le siége. Quoi qu'il en soit de la précision du point primitivement malade, les ravages que produisent ces abcès *péri-prostatiques* n'en sont pas moins à craindre. Le pus détruit parfois tout le tissu cellulaire du petit bassin, et vient s'ouvrir une issue soit à la marge de l'anus, soit au voisinage de la tubérosité ischiatique; d'autrefois il fuse et se rassemble à la racine de la verge remontant le long de la face interne du pubis, détruisant le tissu cellulaire qui entoure le col de la vessie, ou en dehors du pubis en suivant l'urètre et traversant avec lui les aponévroses périnéales, comme je l'ai vu l'année dernière sur un malade de M. Menestrel; ou enfin des deux côtés à la fois, comme cela eut lieu chez un sujet que je vis aux Batignoles avec M. Ricord. J'ai fait lithographier cette pièce, et je l'ai déposée au musée Dupuytren.

Les abcès péri-prostatiques nous conduisent à signaler une grave complication, la communication avec l'intérieur de la vessie par une perforation. Je n'entends pas ici parler de rupture par distension; celle-là est fort rare, car les dix-neuf vingtièmes des malades qui meurent de rétention d'urine succombent par suite de la fièvre urineuse, sans rupture et sans épanchement. Mais je fais allusion aux perforations par érosions, lesquelles ont lieu le plus souvent au fond d'une cellule. La formation de ces cellules est due presque toujours à l'obstacle qu'apporte à la miction l'hypertrophie de la prostate ou un rétrécissement de l'urètre. Les efforts répétés qu'est obligée de faire la vessie pour vaincre la résistance amènent le développement des fibres charnues, mais ce développement n'a pas lieu uniformément; de là les faisceaux saillants ou colonnes entre lesquelles existent des espaces revêtus d'une couche musculeuse moins épaisse qui, ne pouvant exercer sur l'urine une pression égale à celle des colonnes, se laisse peu à peu déprimer et donne lieu à des enfoncements ou cellules parfois très nombreuses. J'ai déposé au Musée Dupuytren une vessie présentant plus de vingt cellules, dont trois contenaient des pierres. L'hypertrophie de la vessie n'est pas, ou le comprend facilement, une condition essentielle de la formation des cellules; elles peuvent même se produire dans des vessies dont les parois sont amincies: il suffit qu'il y ait résistance inégale dans ces parois, et difficulté d'expulsion long-temps prolongée. De l'urine séjourne dans ces lacunes développées sous l'influence de l'une ou l'autre cause; elle s'altère, érode la muqueuse et filtre à travers les tuniques, mais lentement, parce que les adhérences que la nature prévoyante avait pris soin de former autour du point où se faisait le travail d'ulcération s'opposent à sa libre sortie.

J'ai vu cinq fois ce phénomène se produire; deux des piè-

ces que j'ai observées sont déposées au musée Dupuytren. Lorsque ces cellules sont situées au bas fond de la vessie, et c'est là qu'elles se rencontrent le plus souvent, la conséquence de leur érosion est la formation d'un abcès entre cet organe et le rectum, la destruction de tout le tissu cellulaire environnant la dissection, pour ainsi dire, de la prostate et des vésicules séminales qui baignent dans le pus Ces abcès doivent avoir pour plusieurs motifs de la tendance à s'ouvrir dans la portion membraneuse de l'urètre : lorsque c'est un rétrécissement qui a été la cause première du désordre, il est fréquent de trouver la muqueuse et parfois même toute l'épaisseur de la paroi du canal ulcérées, érodées par le séjour de l'urine derrière l'obstacle ; lorsque c'est l'hypertrophie de la prostate qui en produit la dysurée, la perforation de la paroi musculeuse et la communication avec l'abcès péryprostatique peut avoir lieu par le bec d'une sonde dans l'opération du cathétérisme.

Dans la figure n° 2 est représenté un de ces abcès avec ulcération du fond d'une cellule vésicale et destructive de la presque totalité de la région membraneuse dont il ne restait plus qu'une bande étroite. En avant de ce foyer il y avait un rétrécissement très fort, auquel tous ces désordes doivent être rapportés ; car il datait de près de cinquante ans ; le malade avait été pris à l'âge de près de soixante ans de rétention complète d'urine, qui céda aux bains et aux applications de sangsues ; mais depuis lors, jusqu'à l'âge de soixante-dix-neuf ans, l'urine coula difficilement et devint de plus en plus glaireuse. Au mois de juin 1842, rétention d'urine complète ; M. le docteur Favrot me fit appeler. Après avoir dilaté le rétrécissement par des bougies grossies d'un quart de millimètre, de dix en dix minutes je fis pénétrer une sonde, par laquelle nous vîmes s'écouler une grande quantité de pus, mais sans que le malade éprouvât de soulagement ; car la rétention d'urine persistait, et l'on peut imaginer, en jetant les yeux sur la figure, qu'il n'était pas facile au milieu de ce cloaque de retrouver l'ouverture de l'urètre ; j'y parvins cependant après quelques tâtonnemens, et je fixai la sonde à demeure ; mais une fièvre de résorption emporta le malade au bout de six jours. M. Favrot fils a fait avec moi l'autopsie, et la pièce a été dessinée par M. Biot.

Si l'espace ne me manquait, je pourrais placer ici une autre figure représentant de semblables désordres observés conjointement avec le docteur Millet.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la migraine et des tics douloureux de la face par des applications d'ammoniaque.

M. le docteur Ducros jeune, de Marseille, nous prie d'insérer l'annonce suivante des résultats thérapeutiques qu'il a obtenus.

Dans les migraines les plus intenses, dans les tics douloureux frontofacial, temporo-facial les plus rebelles, applique-t-on à la voûte palatine près les dents, au moyen d'un pinceau, de l'ammoniaque depuis le vingt-cinquième degré jusqu'au trente-deuxième, et laisse-t-on le pinceau jusqu'à ce que l'ébranlement nerveux de la cinquième paire ait amené un abondant larmoiement, on voit à l'instant la douleur disparaître.

Depuis trois mois j'ai fait un très grand nombre de ces applications, et jamais la douleur même la plus intense de la partie antérieure de la tête n'a persisté. Les effets thérapeutiques sont moins prompts et moins sûrs pour les tics douloureux de la région occipitale ; mais dans plusieurs cas de ces derniers tics, la même application m'a complétement réussi.

Lorsque la douleur revient, une nouvelle application amène une nouvelle cessation de la douleur.

Formules pour l'administration de l'azotate d'argent; par M. le docteur BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille.

M. Boudin fait connaître les formules suivantes d'après lesquelles il administre habituellement l'azotate d'argent cristallisé dans sa pratique, et qui lui paraissent offrir d'excellents modes d'emploi de ce précieux médicament.

1° *Pilules d'azotate d'argent.*

Pr. Azotate d'argent cristallisé,	20 centigrammes
Eau distillée,	quelques gouttes
Faire dissoudre, puis ajouter,	S. A. saturé.
Amidon pulvérisé,	Q. S.

Pour une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en 12 pilules bien égales.

Chacune de ces pilules contient à peu près 16 milligrammes d'un sel argentique. On doit toujours les préparer en petite quantité à la fois parce que, peu de temps après leur confection, l'azotate est décomposé.

On en donne de 3 à 9 par jour (toujours en augmentant graduellement et avec beaucoup de circonspection, suivant les effets produits) dans les cas de gastrite chronique, de gastralgie, d'épilepsie.

2° *Pommade d'azotate d'argent.*

Pr. Azotate d'argent cristallisé,	10 centigrammes ;
Axonge purifiée,	4 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

M. Boudin prescrit l'application de cette pommade dans les cas de conjonctivite ulcérative, et contre la leucorrhée. Dans cette dernière affection, après avoir pratiqué plusieurs injections sur la membrane muqueuse qui revêt le vagin, il introduit dans ce conduit et y laisse à demeure un bourdonnet de charpie enduit d'une légère couche de cette pommade.

3° *Injection intestinale à l'azotate d'argent.*

Pr. Azote d'argent,	5 à 15 centigrames ;
Eau distillée,	150 grammes.

Faire dissoudre.

M. Boudin emploie ces injections contre la diarrhée ancienne accompagnée de peu de sensibilité du gros intestin.

Ce praticien a démontré, dans deux numéros de la *Gazette médicale* de Marseille, que la solution argentique agit, sans doute par imbibition, toujours au-delà de la surface d'application. Les faits qu'il a cités sont péremptoires, et il en résulte ce fait très important que l'on peut, avec l'injection intestinale dont il est question, agir même au-delà de la valvule iléo-cœcale, et modifier ainsi les ulcérations de la partie inférieure de l'intestin grêle qui, soit dans la phthisie, soit dans la fièvre typhoïde, compliquent souvent la diarrhée atonique qu'il s'agit de faire cesser. Ces considérations paraissent dignes d'être citées.

4° *Injection vésicale à l'azotate d'argent.*

Pr. Azotate d'argent cristallisé,	20 centigrammes.
Eau distillée,	500 grammes.

Faire dissoudre.

Cette solution, dont on peut accroître la force par degrés, est employée dans le traitement du catarrhe chronique de la vessie, et n'offre pas l'inconvénient du barbouillement avec le crayon, manœuvre qui a si souvent provoqué des cystites mortelles. La sensibilité de ta vessie une fois sondée par une première injection, on doit se comporter dans les injections subséquentes d'après les résultats obtenus.

5° *Injection auriculaire à l'azotate d'argent.*

Pr. Azotate d'argent cristallisé,	5 centigrammes.
Eau distillée,	200 grammes.

Faire dissoudre.

M. Boutin injecte ce soluté par la trompe d'Eustache. Il a recours à ce moyen dans les cas de surdité due à l'obstruction ou à l'ulcération de ce conduit. (*Journal de Médecine.*)

Apozème vermifuge

Pr. Semen-contrà,	15 grammes ;
Eau commune,	180 id.

Faire bouillir pendant quelques minutes, puis retirer du feu et ajouter :

Mousse de Corse,	15 grammes.

Laisser infuser, en vase clos, jusqu'à refroidissement parfait, et passer au travers d'un linge avec forte expression.

Cet apozème est employé avec succès par M. le docteur Lisfranc, dans les cas où le canal gastro-intestinal contient des entozoaires de diverses espèces, spécialement des lombrics.

On le donne en une seule fois, le soir, immédiatement après le repas. (*Gazette de Santé*, 1843.)

— Nous avons reçu de M. Gardembas une lettre, que nous publierons dans le prochain numéro.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 61, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE. — M. Beau.

Observations d'asthme, considérations générales; par M. de Crozant, interne des hôpitaux.

Dans plusieurs conférences cliniques, M. Beau a eu occasion de nous exposer différents points importants de doctrine médicale à propos des malades intéressants du service, dont une analyse aussi succincte que possible pourra, je crois, être lue avec intérêt.

Les maladies les plus communes ne sont pas toujours les mieux étudiées, et quelque vieux que soit un sujet, il peut être rajeuni par la manière de l'envisager et de le présenter; c'est du moins l'espérance qu'on doit avoir quand on choisit un sujet tel que l'asthme, une des maladies dont M. Beau nous a entretenu ces derniers temps, et sur lesquelles on consent peu à revenir aujourd'hui. Voyons si cette répugnance est légitime.

Deux individus sont affectés de catarrhe; chez tous deux les deux symptômes saillants de cette maladie, la toux et l'expectoration, sont identiquement les mêmes, et cependant il existe une grande différence dans l'état de ces deux malades. L'un assis sur son lit, appuyé sur les coudes, est en proie à une dyspnée violente; sa respiration est bruyante et difficile, l'expectoration surtout est prolongée et pénible, sa figure, qui porte l'empreinte de l'anxiété, est pâle ou violacée, les lèvres bleuissent, la parole est impossible, l'asphyxie paraît imminente. L'autre, couchée tranquillement, respire à son aise et n'est troublé que par des quintes de toux qui ne sont ni plus, ni moins fortes que celles de son voisin. A quoi peut donc tenir cette différence?

C'est un problème qui a de tout temps frappé les médecins, et dont la recherche a toujours exercé leur esprit; et différentes causes ont été mises en avant pour rendre compte de ces états différents.

Willis, qui le premier a été frappé de ce fait, a pensé que l'état de dyspnée dans lequel se trouve l'un de ces deux malades, et qu'on appelle *asthme*, ne pouvait s'expliquer que par l'hypothèse d'une influence nerveuse, et il imagina qu'il était le résultat d'un spasme qui, en resserrant les bronches, empêchait le libre passage de l'air et produisait tous les accidents. Après Willis, on répéta la même idée, et pour légitimer le spasme on avança que c'était la matière catarrhale qui le produisait; tandis que chez l'autre malade, dont le catarrhe n'entraîne pas de dyspnée, on admit que la matière catarrhale ne produisait rien par suite d'un défaut d'irritabilité dans les bronches; et comme toute autre cause que des crachats pourrait produire ce spasme sur des bronches un peu irritables, on admet un asthme sans catarrhe, qu'on appelle *asthme nerveux*, par opposition à celui beaucoup plus fréquent qui se trouve lié à un catarrhe, et auquel on donna alors le nom d'*asthme catarrhal*.

Pour en revenir à l'asthme dont nous avons donné plus haut les traits principaux, il y aurait spasme des bronches produit par le catarrhe, c'est-à-dire un asthme catarrhal; chez l'autre, catarrhe sans action irritante sur les bronches, sans dyspnée.

Beaucoup de médecins ont adopté cette manière de voir pour s'expliquer la dyspnée chez les catarrheux: mais un plus grand nombre encore, sans la nier formellement, ont recours à une autre hypothèse. Ils ont fait intervenir l'emphysème au lieu du spasme, et ils ont dit: Celui de ces deux malades qui étouffe a un catarrhe avec emphysème, celui qui n'étouffe pas a un catarrhe simple. Cette dernière opinion est embrassée et professée par le grand nombre de médecins qui se sont adonnés d'une manière particulière à l'étude de l'auscultation et de l'anatomie pathologique.

Nous pensons que ces deux hypothèses sont au moins inutiles, et que le catarrhe seul suffit pour donner la clé de cette différence, si l'on veut l'étudier dans son siége et aussi dans le degré de consistance des mucosités dont il est la source (1).

(1) Dans un mémoire publié dans les Archives, M. Beau a fait voir que la nature différente des mucosités, suivant qu'elles sont plus ou moins perméables à l'air, donne naissance à des râles différents, qu'il a divisés en râles vibrants, quand ils sont produits par des crachats solides, et en râles bullaires, quand les mucosités plus liquides se laissent traverser par l'air. Cette division a été reproduite par M. Raciborski, et adoptée par M. Piorry.

Supposons d'abord que le catarrhe siége dans la trachée ou dans le larynx; il n'y aura pas d'obstacle au passage de l'air, parce que le tronc de l'arbre bronchique est assez large pour contenir de la matière catarrhale sans que celle-ci fasse obstacle au passage de l'air; il n'y aura donc pas, dans ce cas, obstruction, et par suite pas de dyspnée. Supposons maintenant que ce catarrhe ait son siége un peu plus bas, dans des bronches plus étroites; n'est-il pas naturel de croire qu'il sera bien facile à la matière catarrhale, quelque petite que soit sa quantité, de la fermer et de porter ainsi à la respiration un obstacle mécanique dont la dyspnée est la suite évidente et la traduction externe.

Voilà ce que dit le simple bon sens; tout le monde accordera cette proposition. Mais, dira-t-on, cette explication est très possible, mais qu'est-ce qui prouve qu'elle soit vraie, et que la présence ou l'absence de la dyspnée dépende d'une simple différence de siége du catarrhe?

... L'auscultation... Qui nous apprendra d'une manière positive et indubitable le siége du catarrhe; et voici, en effet, ce qu'elle nous montre: Chez l'individu qui a un catarrhe du tronc bronchique, chez lequel il n'y a pas par conséquent d'obstacle à la respiration et chez lequel il ne peut pas y en avoir, on ne trouve pas de râles; chez l'autre, au contraire, qui a de la dyspnée, nous trouvons les signes stéthoscopiques de la présence du catarrhe dans des bronches plus étroites: des râles quand l'obstacle est incomplet; quand il est complet, l'auscultation nous montre qu'il y a absence du murmure respiratoire, et cette différence dans le bruit respiratoire fournie par l'auscultation nous l'avons toujours trouvée, suivant que nos catarrheux étouffaient ou n'étouffaient pas. Ainsi, nous voyons une vieille femme qui tousse et expectore à remplir son crachoir, et qui pourtant n'éprouve pas la moindre dyspnée; d'avance nous annonçons qu'il n'y aura chez elle aucun râle, encore moins absence du bruit respiratoire, et qu'elle est affectée simplement d'une trachéite ou d'une laryngite. Présente-t-elle, au contraire, de la dyspnée; d'avance encore nous affirmons l'existence des râles, et quelquefois absence du bruit respiratoire dans une étendue qui est en rapport avec l'intensité de la dyspnée.

Il est bien entendu que dans tout ceci il n'y a rien d'absolu: une dyspnée légère pourra par hasard n'être accompagnée d'aucun râle appréciable, ou bien l'être d'un râle très faible; mais, en thèse générale, on peut avancer comme une chose certaine, matériellement et journellement prouvée, que la dyspnée est en raison directe des râles et des absences de murmure respiratoire, ou des obstacles mécaniques dont ils sont l'expression ordinaire.

Citons un exemple de chacun de ces deux états:

Première observation. — La nommée Lannier, âgée de soixante-dix ans, est entrée dans la salle Saint-Jean au n° 24, le 16 février. Cette femme, qui jouit habituellement d'une assez bonne santé, est affectée depuis cinq ans d'un catarrhe qui revient tous les ans en hiver, mais qui en été la laisse fort tranquille, quoiqu'elle tousse un peu pendant tout le cours de l'année.

Cet hiver elle se trouve plus souffrante que les autres années. Depuis trois semaines, à la suite de l'ennui que lui a causé son entrée à la Salpêtrière, et par suite du changement de nourriture, elle est tombée dans un état de langueur pendant lequel son catarrhe a considérablement augmenté. L'appétit a d'abord disparu, la bouche est devenue amère, la soif assez vive, et le matin elle a eu quelques nausées en se levant. Les selles sont devenues rares; elle a aussi éprouvé quelques étourdissements et quelques bruits dans les oreilles. Le catarrhe a pris une forme très aiguë; les quintes de toux sont devenues très fréquentes et très longues, suivies d'une expectoration difficile, revenant à différents moments du jour et de la nuit, mais plus particulièrement le matin à son réveil. Depuis quinze jours elle a eu un peu de fièvre de temps en temps le soir, caractérisé par du froid et de la chaleur après.

Le 17, à la visite, nous trouvons cette femme avec un peu de fièvre, et tous les signes d'un embarras gastrique. Le crachoir, rempli de matières pituiteuses liquides, fit de suite dire à M. Beau que la malade avait eu pendant la nuit des quintes de toux violentes; et comme elle n'avait point éprouvé de dyspnée notable, il en conclut que le catharre avait son siége dans la trachée, et que malgré l'intensité de la toux on ne trouverait aucun râle dans la poitrine. En effet l'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, entend partout et très bien le murmure respiratoire, qui n'a éprouvé aucune altération. La percussion donne partout ce son clair qu'on retrouve presque toujours en frappant la poitrine amaigrie des vieillards. Les autres fonctions ne présentant rien d'important à noter, on donne à la malade de l'eau gommeuse, 1 gramme d'ipécacuanha, et des bouillons.

Le 18, le vomitif donné la veille en vue de l'embarras gastrique, a produit des selles et des vomissements abondants, et en même temps a déterminé des quintes de toux qui furent suivies hier soir, non plus d'une expectoration liquide, mais de crachats solides et larges adhérents aux parois du vase avec une ténacité extrême. La fièvre disparut de suite avec l'embarras gastrique. Le catarrhe fut traité par des tisanes émollientes et des potions expectorantes, et fut amendé. Au bout de quinze jours, depuis le 21, la malade mangeait sa portion, et le 3 mars le catarrhe, sans être complétement guéri, avait repris sa forme bénigne habituelle, et permet à cette femme de retourner dans son dortoir.

Deuxième observation. — La deuxième observation ressemble trait pour trait à la première, avec cette différence qu'ici le catarrhe siége dans les petites bronches, et que nous aurons de l'asthme.

Salle Saint-Nicolas, n° 6. Marette, âgée de quatre-vingt et un ans, a toujours joui d'une bonne santé, sauf un catarrhe qu'elle a depuis six ans, avec des accès d'asthme assez fréquents, dont l'intensité augmente avec celle du catarrhe et qui jusqu'à présent ne l'avait jamais obligé d'entrer à l'infirmerie. L'étouffement comme le catarrhe est peu gênant en été, mais plus considérable pendant l'hiver, et souvent dans cette saison oblige la malade de s'asseoir sur son lit pour respirer. Ses accès n'ont eu rien de régulier; ils arrivaient à différentes heures, la réveillaient plus ou moins souvent, suivant qu'elle crachait plus ou moins. Le plus souvent elle passait très bien la nuit, et n'était réveillée un peu oppressée que le matin; elle était prise alors d'une quinte de toux qui dégageait, dit-elle, sa poitrine pour toute la journée. Quelques palpitations passagères, quelques accès de fièvre rares et très légers, sont les seuls autres troubles qu'elle se rappelle avoir éprouvés. Cette année elle est plus souffrante qu'elle ne l'a jamais été. Depuis quatre mois elle souffre et se plaint d'un malaise général; l'appétit a disparu, et les forces se sont épuisées faute d'alimentation suffisante; la bouche, pâteuse, a pris depuis un mois un goût d'amertume prononcé; les selles sont rares. Le catarrhe a augmenté considérablement; les quintes de toux sont de plus en plus longues et fréquentes; l'étouffement plus violent aussi depuis quelque temps, l'oblige de passer des nuits entières sur son séant.

Le 15, étant de garde, je fus appelé près de cette malade, je trouvais presque asphyxiée. La figure était froide et violacée, le pouls petit, la respiration très précipitée, et accompagnée d'un sifflement caractéristique qui m'indiqua de suite que j'avais affaire à un accès d'asthme des plus intenses. J'appliquai mon oreille sur la poitrine, et j'entendis dans tous les points où je pus la placer, des râles sonores de toutes sortes, excepté vers la partie inférieure du poumon gauche, où l'on n'entendait rien, ni râle, ni bruit respiratoire. (On me dit alors que depuis deux heures cette malade étouffait, avait des quintes de toux très violentes qui n'étaient suivies que d'une expectoration tout à fait liquide.) Je fis conduire cette malade à l'infirmerie pour essayer par tous les moyens possibles de dissiper cette dyspnée, que mes observations antérieures m'avaient appris être le résultat mécanique de la présence des crachats dans les bronches. Mais à mon arrivée près d'elle, une quinte de toux plus forte que les autres, déterminée probablement par les secousses imprimées à la malade pour la porter et la coucher, avait été suivie de l'expectoration de cinq ou six crachats larges comme une pièce d'un sou, collant au vase et très consistants. La malade, plus tranquille, étouffait cependant encore; mais les symptômes alarmants avaient disparu. Aussi les râles que je trouvais alors, au lieu d'être secs et sonores, étaient-ils humides et indiquaient que l'air pouvait, eu les brisant, arriver jusqu'aux vésicules et dans tous les points des poumons. Pendant la nuit elle continua à tousser et à expectorer; et le lendemain à la visite, en voyant un crachoir rempli de crachats solides et d'un liquide écumeux, M. Beau annonça une dyspnée modérée et par conséquent des râles à bulles assez grosses, ce que je trouvais en effet en auscultant de nouveau la malade. Un émétique fut donné contre l'embarras gastrique; et pour le catarrhe, des boissons émollientes, des pastilles et des potions expectorantes furent prescrites tous les jours. Peu à peu l'étouffement disparut et avec lui les râles qui l'accompagnaient, et à deux reprises nous pûmes les voir reparaître avec deux nouveaux accès de dyspnée dont fut reprise la malade pendant son séjour à l'infirmerie.

Le 12 mars, elle était très bien, et demanda à retourner dans son dortoir.

— Ces deux observations sont le type d'une innombrable quantité d'autres dont je pourrais ennuyer le lecteur, et dont la répétition serait au moins inutile pour démontrer la valeur de la proposition que nous avons émise. Eh bien! dans ces deux exemples, le catarrhe seul ne suffit-il pas pour nous rendre compte de la différence qui existe entre ces deux malades, pourvu que nous consentions, comme je le disais plus haut, à l'étudier dans son siége? Et cette différence de siége que l'auscultation démontre d'une manière si positive, n'explique-t-elle pas très bien à elle seule pourquoi l'un de nos malades étouffait, tandis que l'autre était fort tranquille? Et alors, pourquoi recourir à l'hypothèse d'un spasme bronchique que rien ne prouve, ou bien d'un emphysème qui existe quelquefois, mais qu'il est également inutile d'invoquer pour expliquer la dyspnée de notre deuxième malade, et qui est bien loin de suffire, comme nous le disons, pour rendre compte

des différents accidents que cette malade, comme tous les asthmatiques, a présentés à l'observation?

Si nous pénétrons dans les détails de ces observations, nous trouvons une série de preuves irrécusables en faveur de cette manière de comprendre l'asthme. Et d'abord, les symptômes saillants de cette maladie, la toux et l'expectoration que nous retrouvons toujours en harmonie avec la dyspnée.

Ainsi, comme il ressort de ces deux observations, trois sortes d'expectoration se voient habituellement dans le crachoir du catarrbeux: tantôt c'est une matière pituiteuse liquide, quelquefois légèrement mousseuse, comme si elle avait été battue; tantôt des crachats de forme variable, mais doués d'une consistance, d'une densité et d'une viscosité très remarquables. Ces variétés sont tantôt isolées, tantôt réunies. Eh bien! ces modifications sont autant de moyens à l'aide desquels on peut à l'avance dire ce qui se passe dans les poumons. Le crachoir est-il rempli, comme on le voit dans le cours de ces deux observations, de matière liquide ressemblant à de l'eau gommeuse, vous pouvez annoncer qu'il y a eu de violentes quintes de toux sans soulagement pour l'asthmatique, car la toux et cette matière liquide sont les deux moyens que la nature emploie toujours de concert pour débarrasser les bronches de l'obstacle qui gêne la respiration; effort de la nature qui peut être comparé à ce qui se passe quand un corps étranger irrite la conjonctive, et qu'on voit en même temps les larmes couler en abondance et les paupières s'agiter vivement. Cette sécrétion liquide finit, en effet, par détacher les crachats qu'une nouvelle quinte de toux rejette au dehors. Cette expectoration liquide s'est rencontrée chez nos deux malades, celle qui a un catarrhe du tronc comme celle qui en a un des ramifications de l'arbre bronchique.

Chez toutes deux elle indiquait les frais de la nature pour aider à l'expectoration. Seulement, si les idées que nous soutenons sont vraies, cette expectoration liquide doit être accompagnée, chez celle qui a un catarrhe des petites bronches, d'une dyspnée violente, ce que nous montre la deuxième observation, parce qu'il y a alors obstacle presque complet au passage de l'air, et dans ce cas vous pourrez à l'avance annoncer l'existence de râles *vibrants* (sonores, sibilants, etc.), ou bien absence du bruit respiratoire dans une étendue en rapport avec l'intensité de la dyspnée.

Chez l'autre catarrheuse (deuxième observation), dont la trachée, siége du mal, ne peut pas être obstruée par la matière sécrétée, et chez laquelle par conséquent il ne peut pas y avoir de dyspnée, ce signe annoncera également le besoin de cracher où se trouve la malade, mais rien de plus.

Si la matière expectorée est mousseuse, c'est qu'alors l'air peut la traverser pour arriver jusqu'aux bronches; l'asthmatique doit éprouver une dyspnée moindre que dans le cas précédent et on pourra annoncer, comme il fut fait pour la deuxième malade, qu'on trouvera uon plus des râles vibrants, mais des râles *bullaires* (sous crépitant, muqueux, etc.).

Lorsque les crachats rendus sont solides, ils prnduisent toujours un mieux sensible quant à la dyspnée; quelquefois l'expectoration d'un seul crachat suffit pour amener ce changement, ce que répugnent d'admettre des médecins qui ont étudié l'asthme avec soin. Le fait est vrai, disent-ils, mais comment supposer qu'un seul crachat puisse produire une amélioration si grande et si prompte, qnand d'autres fois une expectoration très abondante n'entraîne qu'un mieux modéré.

Cela est cependant très naturel, et, encore une fois, dépend tout simplement de la place qu'occupait ce corps étranger. Placez-le dans un endroit convenable, à l'embranchement de quelques rameaux bronchiques et il va produire un étouffement qui sera en rapport avec le nombre des rameaux obstrués, ce qui fait comprendre le soulagement que son émission produira; tandis que le rejet d'une vingtaine de crachats dans des circonstances de siége et de consistances moins favorable à l'obstruction amènera un mieux peu sensible.

Quelquefois le mieux se manifestera après une quinte de toux sans expectoration aucune. Pourquoi? parce que la matière catarrhale a changé de place, et que son seul déplacement, sans qu'il soit besoin de son expulsion, peut débarrasser les bronches obstruées et faire disparaître en partie la dyspnée. Dans tout ceci nous avons encore l'appui de l'ausculation en ce que la toux et l'expectoration, à la suite desquelles la dyspnée a disparu, font aussi disparaître les râles qui l'accompagnaient, et si une expectoration, quelque abondante qu'elle soit, n'est pas suivie d'une amélioration dans la dyspnée, les râles persistent et indiquent que l'obstruction est la même. En effet, le travail d'expulsion (la toux et l'expectoration liquide) recommence jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de matières solides soit rejet. Il n'est personne qui, en auscultant un astbmatique, n'ait entendu les râles disparaître tout à coup après un accès de toux.

Enfin il est une troisième circonstance qui fait varier la dyspnée et les râles qui l'accompagnent, c'est un changement dans la consistance des crachats. Quelquefois, en effet, en raison de ce seul fait, sans qu'il n'y ait ni toux ni expectoration, la dyspnée diminue. La matière catarrhale, ramolie par l'abondante sécrétion des bronches, laisse mieux passer l'air, et l'ausculation vient montrer, par la transformation des râles vibrants en râles bullaires, que l'obstacle a changé de nature, et qu'il la laisse traverser par l'air. Ainsi l'expectoration, le déplacement et le changement de consistance des mucosités sont les trois phénomènes sous l'influence desquels on voit la dyspnée se modifier dans le cours d'un catarrhe des petites bronches conjointement avec les râles, qui changent aussi alors de nature d'intensité.

Les causes qui produisent en général les accès d'asthme sont encore autant de preuves que nous pourrions accumuler. Ainsi la dyspnée est si bien le résultat des mucosités qui obstruent les bronches, que toutes les causes autres qu'un rbume ou un refroidissement qui pourront activer la sécrétion des bronches, pourront aussi produire des accès d'asthme. C'est ce qui est arrivé au malade dont a parlé M. Royer-Collard dans une séance de l'Académie, qui avait éprouvé une dyspnée violente après avoir fumé le *nargillhé* (on sait qu'on fait pénétrer la fumée du tabac dans les poumons). Comment concevoir la production d'un emphysème sous l'influence de cette vapeur irritante? N'est-il pas plus raisonnable de croire à un travail sécrétoire abondant dont le produit a dû nécessairement porter obstacle au passage de l'air et causer la dyspnée pendant laquelle le malade a eu très probablement des râles, de la toux, de l'expectoration, les signes, en un mot, de cette obstruction mécanique des bronches. Il y a eu dernièrement à la Salpétrière un cas semblable de dyspnée temporaire sous l'iufluence d'une cause différente qui a présenté tous ces signes: Une jeune fille atteinte d'une variole et d'une bronchite légère à laquelle on avait jusqu'alors fait peu d'attention; fut prise tout à coup au milieu de la nuit d'une dyspnée très violente. L'interne de garde, M. Cordier, qui fut de suite appelé, rechercha avec soin quelle pouvait être la cause de cet étouffement tout à fait inattendu, et il apprit que pendant toute la soirée, la malade, en proie à une soif vive, avait bu une grande quantité d'eau froide. Il examina la poitrine et trouva partout des râles sonores, ronflants. La malade eut des quintes de toux assez violentes suivies d'expectoration et le mieux ne tarda pas à se manifester.

Si dans ces deux cas les médecins modernes expliquent l'étouffement par l'emphysème, nous n'y voyons, nous, qu'un simple catarrhe des voies inférieures de l'arbre bronchique avec son résultat inévitable, la dyspnée, et dans ces deux faits si les causes, au lieu d'augmenter la sécrétion dans les petites bronches, avaient agi plus haut, ces deux individus en auraient été quittes pour un enrouement ou un rhume peu gênant et sans la moindre apparence de dyspnée. Tous les jours on s'enrhume sans avoir de dyspnée, et les médecins, qui s'enrhument comme les autres, prétendent avoir une *bronchite*: c'est une erreur; ils ont une trachéïte ou une laringite; et s'ils se font ausculter dans ce moment, l'absence du râle leur dira pourquoi ils n'étouffent pas.

Il est une forme de catarrhe aign dont le siége est plus propre à produire l'étouffement, c'est la véritable bronchite (on y a ajouté depuis quelque temps le mot *capillaire*). Eh bien! dans ces cas où la dyspnée se manifeste en effet, chacun sait qu'il y a des râles vibrants ou bullaires. Mais dans ces cas on n'invoque ni l'emphysème ni le spasme, et l'on admet que c'est la matière catarrhale qui cause l'étouffement; pourquoi ne pas l'admettre pour le catarrhe chronique. La fièvre seule établit une différence entre ces deux états: suffit-elle pour autoriser une semblable contradiction dans la manière de voir le même phénomène.

S'il est facile de montrer qu'on peut rapporter au catarrhe la plupart des observations d'emphysème, il l'est encore bien plus d'y rattacher tous les cas d'*asthme nerveux* qu'on trouve dans les auteurs. Il est évident que nous n'entendons pas parler de la dyspnée produite par l'bystérie, les affections du cœur, un course rapide, etc., ce ne sont pas là des asthmes tels qu'il faut les comprendre et tels qu'ils sont définis par Cullen, en qui on peut avoir confiance pour la définition des maladies nerveuses: L'asthme, dit-il, est une difficulté de respirer qui revient par intervalle, qui est accompagnée d'un resserrement de la poitrine et d'une respiration stertoreuse avec sifflement. Il n'y a point de toux au commencement de l'accès; ou elle est difficile; vers la fin *la toux* est aisée et il y a *une expectoration de mucus souvent abondante*. (Cullen, traduit par Bosquillon; Paris, 1787, pag. 376, tome II.) (1).

Prenons pour exemple d'asthme nerveux, le malade dnnt parle Laënnec qui, de temps en temps, et sous l'influence des causes les plus variées, était pris d'uue dyspnée quelquefois assez intense. « J'ai exploré la poitrine, dit Laënnec, et je n'y » ai trouvé d'autres signes que ceux *d'un léger catarrhe pitui-* » *teux*. Le bruit respiratoire modéré, comme il doit l'être » chez l'adulte, n'est mêlé que dans quelques points peu éten- » dus d'un léger rhonchus sibilant ou muqueux. Le malade » expectore le matin une matière pituiteuse mêlée *de quelques* » *crachats*. » N'est-il pas plus naturel de croire que ces dyspnées intermittentes étaient le résultat du catarrhe reconnu par Laënnec, que de placer ce catarrbe sous la dépendance d'une influence nerveuse, et regarder cet état comme un asthme nerveux? D'autant que les signes observés par Laënnec sont précisément ceux que nous avons montrés appartenir à des dyspnées modérées; et certainement si Laënnec avait examiné son malade dans un accès plus violent, il aurait trouvé autre cbose qu'un *catarrhe léger*.

Les asthmatiques présentent en effet dans leur moment de tranquillité peu de signes du catarrhe, et quelquefois pas du tout. Ainsi nous avons actuellement dans notre service une jeune fille qui offre bien mieux encore que le malade de Laënnec, les signes d'un asthme essentiellement nerveux. Depuis deux ans ses règles sont à la fois plus pâles et moins abondantes; elle se plaint de migraine, de maux d'estomac, de palpitations légères, de différents autres troubles nerveux, et d'une dyspnée revenant de temps à autre, durant quelquefois une journée, d'autres fois quelques instants seulement. Quand nous l'avons examinée pour la première fois, elle étouffait très peu, et comme chez le malade de Laënnec, nous avons trouvé seulement quelques râles épars et fugaces qui disparurent même complétement le soir pendant que je l'auscultais. Mais le surlendemain après une promenade le soir sous les arbres, elle fut prise en rentrant d'une dyspnée violente, et j'entendis alors des râles vibrants très forts dans toutes les parties de la poitrine, qui disparurent de nouveau pendant la nuit. Pour celui qui se serait contenté du premier examen, il y avait bien là évidemment un asthme nerveux; mais les faits observés plus tard ne permettent pas de laisser subsister cette idée, et cette jeune fille nous apprit en effet qu'elle toussait et crachait abondamment depuis trois ans, époque à laquelle elle avait contracté pour la première fois un rhume violent qui reparaissait toutes les fois qu'elle s'exposait au froid. Ce qui lui est arrivé deux fois depuis qu'elle est dans le service. Et ce qu'il y a encore de remarquable chez cette malade, c'est qu'elle est aussi sujette à des dyspnées hystériques assez intenses, qu'on distingue très bien de celles qui sont asthmatiques; et quand elle étouffe, elle apprécie elle-même parfaitement la différence entre ces deux sortes d'étouffement, dont elle rend très bien compte. Je n'ai pas besoin d'ajouter que pendant ses oppressions hystériques, nous n'avons trouvé aucune espèce de râle.

Comment ne pas admettre des asthmes nerveux, dit-on, quand on voit tous les jours, chez des asthmatiques, les accès de dyspnée survenir tout à coup sous l'influence évidente des causes morales les plus variées? C'est très vrai; mais tous les jours chez une hystérique vous voyez tout à coup se produire une tympanite. L'influence nerveuse est évidente, et cependant il n'est jamais arrivé à personne de regarder le ballonnement du ventre comme un phénomène nerveux, et de ne pas y voir une simple dilatation mécanique produite par des gazs. Les causes morales augmentent la sécrétion des bronches, comme elles augmentent celle de l'intestin, des reins, comme elles produisent du gaz dans la tympanite. Les causes morales pourront ainsi produire des accès d'asthme, mais indirectement, en touchant les tuyaux bronchiques par une sécrétion plus abondante de mucosités, et elles n'entraînent en aucune façon la nécessité des asthmes nerveux.

Nous pouvons donc dire que dans tous les cas le spasme bronchique, comme cause, comme explication de la dyspnée, est tout à fait inutile; et les anciens qui l'ont imaginé ont obéi à une nécessité, parce qu'ils u'avaient pas l'auscultation pour leur montrer la différence de siége et de consistauce de la matière catarrhale des individus atteints d'asthme. Quant à ceux qui ont rapporté les accidents de l'asthme à un emphysème, il est d'autant plus difficile de saisir la cause de leur erreur, que ces mêmes médecins ont beaucoup fait pour l'auscultation, dont les opinions que nous soutenons sont la conséquence la plus pratique et la plus naturelle.

Si tous les accidents et tous les symptômes de l'asthme sont si parfaitement expliqués par le catarrhe, ils sont loiu de l'être d'une manière aussi satisfaisante par l'emphysème. Ainsi, comment se rendre compte, avec cette hypothèse, de toutes les variations dont nous avons parlé dans la fréquence, l'intensité, le moment des accès de dyspnée. Comment concevoir ces changements subits qu'on remarque tous les jours chez les asthmatiques, et qu'on retrouve chez les malades dont j'ai raconté l'histoire, et le retour presque constant des accès pendans les saisons froides, époque pendant laquelle on s'enrhume facilement, mais pendant laquelle l'air, plus dense, devrait convenir davantage aux emphysémateux, et être pour eux une garantie de tranquillité. Il y a bien quelques personnes qui étouffent davantage pendant l'été; tous les jours nous voyons des individus qui ne sont jamais malades l'hiver, et qui, pendant l'été, s'enrhument à la moindre suppression de transpiration; mais ceux-ci forment l'exception.

Enfin la disparition subite de la dyspnée observée par tout le monde après l'expectoration de quelques crachats; comment l'expliquer par l'existence d'un emphysème?

Parmi toutes les asthmatiques de la Salpêtrière, les unes ont leur étouffement pendant quinze jours, un mois, deux mois, et tout le reste de l'année elles sont fort tranquilles. Nous disons que le rhume est guéri, et que s'il y a eu de l'emphysème, ce que nous ne savons pas, il a disparu complètement; mais il y en a d'autres qui, pendant toute l'année, après leurs grands accès, éprouvent continuellement de la dyspnée, et l'on s'appuie sur ce fait pour dire que l'astbme était le résultat de l'emphysème qui se fait encore sentir après les accès.

Si l'on interroge ces malades, on verra qu'elles sont continuellement enrhumées, qu'elles toussent, crachent; et si on les ausculte on trouvera des râles en rapport d'intensité avec la dyspnée, et qui seront une preuve que, comme pendant les accès, cette dyspnée est le fait du catarrhe lui-même, qui n'est pas totalement guéri.

Si le catarrhe est la raison de tous les phénomènes de l'asthme et la seule explication possible de tous les accidents qu'il présente, que reste-t il donc pour l'emphysème? Car personne ne peut nier son existence; il est même le résultat naturel et ordinaire de cet obstacle à la respiration; il se produit par suite des efforts que font les puissances expiratrices pour franchir l'obstacle, et c'est précisément pour cela que l'expiration est si longue et si difficile, il se produit dans l'asthme comme il se produit sous l'iufluence de toutes les causes semblahles, la coqueluche, des efforts répétés.

Il y a deux sortes d'emphysèmes ainsi produits:

1° Une simple dilatation des vésicules qui ne peut durer que pendant l'accès de dyspnée, et dont on apprécie l'existence par la sonoréité plus grande du thorax, et surtout son amplitude, qu'on peut facilement apprécier en mesurant circulairement le thorax avec une ficelle pendant et après un accès d'asthme un peu fort.

2° L'infiltration de l'air, dont a parlé M. Prus, qui est l'exagération de l'état précédent, qui pourra aussi produire des accidents plus graves et être regardée comme un agent probable de dyspuée, et même de mort; mais quels signes a-t-il? Puisque les râles, l'absence du bruit respiratoire indiquent la présence d'un catarrbe que produit nécessairement un catarrhe. Comment distinguer la dyspuée qui peut appar-

(1) Cullen s'élève contre le vulgaire et même les médecins qui se servent du mot asthme pour désigner toute espèce de dyspnée. Il pense que l'asthme est produit par la plénitude des vaisseaux pulmonaires, ce qui lui explique l'influence fâcheuse du froid et de la suppression de la transpiration. Cette plénitude détermine à son tour la constriction des fibres musculaires des bronches, qui peut souvent être produite par une simple commotion du systeme nerveux. Cullen ne fait donc point entrer dans sa théorie le mucus dont pourtant il a bien remarqué que la sortie amène la fin de l'asthme.

tenir à une infiltration circonscrite d'air de celle irréfragable, matériellement prouvée dépendant du catarrhe qui a amené cette infiltration et qui coexiste avec elle.

L'emphysème existe donc, mais comme effet du catarrhe; les symptômes qu'on lui assigne existent bien en même temps que lui, mais ils sont l'expression du catarrhe et non d'un emphysème qui n'en est que le résultat. De la même manière que la dilatation de l'estomac coïncide avec le cancer du pylore, et personne n'a l'idée d'appliquer à la dilatation de l'estomac les signes du cancer.

Nous pouvons dire que de tous les signes dont on a doté l'emphysème, les uns sont imaginaires, comme les déformations thoraciques qui sont une affaire d'âge et de disposition individuelle, la sensation de crépitation qu'éprouve le doigt placé dans un espace intercostal, que nous n'avons jamais sentie; les autres appartiennent au catarrhe de la partie inférieure de l'arbre bronchique: ce sont les râles, l'absence du bruit respiratoire, la prolongation de l'expiration, les tumeurs susclaviculaires qui sont produites non pas par le sommet des poumons, mais par une dilatation excessive des veines jugulaires. On peut donc affirmer qu'aujourd'hui on n'a pas de signes propres à reconnaître l'emphysème isolé, et que quand on le diagnostique, c'est avec les signes de la maladie qui le produit le plus habituellement.

Ces idées, qui ont été depuis long-temps exposées par M. Beau dans des mémoires (Archives générales de médecine) sur la production du bruit respiratoire et des râles, doivent être popularisées à cause de leur importance, et exigeaient par conséquent une forme et une démonstration plus pratiques. Cette note suffit, nous pensons, pour montrer toute la simplicité et l'évidence de cette proposition: que l'asthme n'est autre chose qu'un catarrhe ayant son siége dans les ramifications de l'arbre bronchique, et que dans le traitement des accès de suffocation on doit surtout chercher à agir sur la cause prochaine de l'étouffement, en provoquant une expectoration qui toujours diminue ou fait complétement disparaître la dyspnée.

Parmi les différents moyens que conseille la thérapeutique dans les accès d'asthme, les uns agissent comme expectorants, les autres comme modificateurs de la sécrétion des bronches. Dans la première espèce se range une foule de médicaments, tels que le lierre terrestre, l'oximel scillitique, les pastilles de Tolu, etc. Ces substances ont, en effet, une action bien reconnue; mais souvent aussi elles irritent les bronches sans déterminer la sortie des mucosités, et tel malade dont la toux augmente considérablement sous leur influence, crache au contraire avec abondance quand il cesse d'en faire usage pour ne prendre que de l'eau gommeuse ou des tisanes émollientes.

Parmi les expectorants, il est une substance qui agit souvent avec efficacité, et que certains auteurs ont invoquée comme une preuve en faveur de l'existence d'asthme nerveux: je veux parler des cigarettes de datura stramonium. Cette nicotianée peut être antispasmodique, nous ne le nions pas; mais on ne nous refusera pas également qu'elle soit expectorante, et qu'elle agisse comme le tabac. Les fumeurs savent avec quelle facilité, le matin, les premières bouffées de tabac détachent toutes les mucosités qui séjournent dans l'arrière-gorge.

Parmi les agents qui modifient la sécrétion bronchique, il faut placer en première ligne l'opium. Son administration dessèche la bouche et la gorge, supprime le suc gastrique, rend les digestions difficiles et fait perdre l'appétit. Tout le monde connaît son action puissante dans les diarrhées, les blennorrhagies, etc.; elle n'est pas moins sensible, et l'on comprend alors l'avantage qu'on peut retirer de ce médicament qu'administrent habituellement des médecins qui n'ont en vue que l'emphysème, et qui ne pourraient guère alors expliquer son mode d'action.

La difficulté qu'on a à se rendre compte des accidents de l'asthme par un emphysème ou un spasme bronchique a frappé beaucoup de médecins, et cette idée de faire jouer un rôle à la matière catarrhale comme cause mécanique de la dyspnée a dû probablement se présenter à leur aspect, et leur paraître aussi évidente que simple et naturelle. M. Piorry, par exemple, recherchant la vérité en clinicien judicieux et réfléchi, a bien vu que cet étouffement des asthmatiques était le fait d'un obstacle mécanique au passage de l'air, et il l'attribua à la présence de l'écume bronchique. Malheureusement M. Piorry s'arrêta là, et il laissa subsister dans toute sa force cette objection capitale: *Pourquoi de deux malades qui toussent, qui crachent également, l'un étouffe, tandis que l'autre n'étouffe pas?* Je crois que nous y avons suffisamment répondu en montrant que l'un de ces deux malades a un catarrhe du tronc de l'arbre bronchique, tandis que l'autre en a un des ramifications; différence de siége qui seule explique la différence de ces deux états. Ce qui a probablement empêché M. Piorry d'arriver à la démonstration de cette proposition, c'est qu'il a cru que l'obstacle était formé par l'écume bronchique; nous avons montré, au contraire, que l'émission de cette écume ne soulage en rien le malade, et qu'elle ne sert qu'à aider à l'expectoration des crachats qui sont la véritable cause de la dyspnée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mai. — Présidence de M. P. Dubois.

La correspondance comprend trois lettres relatives à la dernière discussion sur la phthisie pulmonaire. L'une est de M. Casimir Broussais, et répond aux questions posées par M. Rayer sur la fréquence de la phthisie à Alger selon les populations diverses de ce pays, autres que les militaires. La mortalité attribuée à la phthisie sur la population civile totale de l'Algérie, est de 1 sur 20, tandis qu'à Paris elle est de 1 sur 5. En décomposant cette population on trouve que pour les Européens elle est de 1 sur 15; pour les Turcs, de 1 sur 55; pour les Arabes, de 1 sur 70.

L'autre est de M. le docteur Bonnafond, qui conteste l'opinion de M. Boudin sur l'influence des pays marécageux sur la non production de la phthisie.

La troisième est de M. le docteur Michel Levy sur le même sujet. Il invoque l'exemple de la ville de Strasbourg et de ses environs où les fièvres intermittentes sont si communes et où aussi la phthisie sévit avec une cruelle intensité.

Ces trois lettres seront renvoyées à la commission de topographie, et communiquées à M. Boudet.

— *M. Gimelle* lit un rapport sur plusieurs observations de chirurgie communiquées par M. Racord, chirurgien de la marine.

Les conclusions favorables sont adoptées.

— *M. Capuron* fait un rapport sur un bandage pessaire inventé par M. le Dr Louis. Le rapporteur croit que l'idée de ce pessaire n'est pas absolument nouvelle, et qu'il ressemble un peu à ceux décrits par Jean Beauchin et Saviart; mais il trouve que M. Louis les a heureusement modifiés, et il pense que ce nouveau pessaire a des avantages incontestables sur tous les autres. Il se compose d'un bandage dont la pelotte fixe vient s'appliquer sur le pubis; de cette pelotte part une tige métallique recourbée et à ressort qui supporte une cuvette d'argent, cuvette mobile sur son axe, et destinée à s'appliquer sur le col de l'utérus. M. Louis a appliqué quatre fois avec succès son appareil.

Le rapporteur, en attendant que l'expérience ait sanctionné les bons effets de ce pessaire, propose d'adresser des remercîments à M. Louis, et de faire insérer le dessin de son instrument dans le Bulletin.

M. *Velpeau*. Comme M. Capuron, je trouve l'instrument assez joli; mais je crains que les femmes n'y trouvent pas tous les avantages que lui reconnaît son inventeur. Il est un reproche général qu'on peut adresser à tous les pessaires, excepté peut-être à ceux de nos collègues, MM. Cloquet et Hervez de Chégoin. C'est qu'ils ne sont applicables qu'à un seul cas, celui de l'abaissement simple de la matrice. Or, on oublie que ce cas est de tous le plus rare; l'abaissement est presque toujours accompagné de déviation, et les pessaires loin de remédier à cette complication, ne font que l'aggraver. Celui dont M. Capuron vient de faire l'éloge, me paraît plus que tout autre frappé de cet inconvénient. En effet, la mobilité de la cuvette qui doit s'appliquer sur le col de l'utérus, le rendra très sujet à se dévier, à laisser par conséquent échapper le col de l'utérus et à porter la compression sur des points où il ne faudrait pas. De plus, ce pessaire a besoin d'une ceinture, et peu de femmes voudront s'assujétir à en porter. D'ailleurs, on fait aujourd'hui des ceintures sans pessaire, qui remédient très bien aux abaissements et aux obliquités de la matrice.

M. Gerdy trouve aussi plusieurs inconvénients à ce bandage. Le premier, c'est de prendre son point d'appui à l'extérieur et de communiquer ainsi à la matrice les mouvements qui se passeront au dehors. La cuvette est trop étroite; et ne pourra dans une infinité de cas contenir l'organe. Son extrême mobilité la rendra très apte aux déplacements. Enfin la ceinture lui paraît une superfluité incommode.

M. Capuron répond que la ceinture étant immobile sur le pubis, et le ressort étant fixé sur la ceinture, la cuvette pourra précisément suivre tous les mouvements du corps sans être déplacée. L'objection tirée de l'étroitesse de la cuvette est nulle; car M. Louis dit positivement que la cuvette aura des dimensions particulières pour tous les cas. Quant à la mobilité de cette cuvette, loin d'être un inconvénient, c'est un avantage. C'est la fixité et la rigidité des pessaires ordinaires qui occasionnent tout le mal.

M. Blandin. Il est certainement très fâcheux pour les femmes d'en venir au pessaire; car, outre les incommodités qu'il procure, rarement les indications sont remplies. Cependant on est quelquefois obligé d'y avoir recours, et alors on a à choisir entre les pessaires supportés par des tiges et ceux dont le point d'appui est pris sur les ischions. Ces derniers sont les plus mauvais; ils se déplacent facilement, et occasionnent souvent des accidents pires que le mal auquel on veut remédier, les pessaires à tige me paraissent préférables, et celui que présente M. Louis me paraît offrir des avantages sur tous les autres.

M. Blandin, contrairement à M. Gerdy, croit que la ceinture et la mobilité de la cuvette sont des innovations heureuses.

M. Lagneau pense qu'il est très peu de cas dans lesquels les pessaires soient utiles. S'il y a altération pathologique de la matrice ils sont nuisibles; si ce n'est qu'un abaissement physiologique, suite de couches, leur emploi peut trouver des applications, mais alors le choix est difficile, et ne peut jamais être absolu. Il y a donc danger pour le praticien à recommander tel ou tel pessaire sans avoir égard aux indications.

M. Bérard. On a jusqu'ici parlé théoriquement de cet appareil; je vais en dire quelques mots pratiquement. J'ai été appelé pour donner des soins à une dame affectée de prolapsus de l'utérus qui l'incommodait excessivement. On avait essayé de tous les pessaires sans aucun succès. Un bandagiste en proposa un à peu près semblable à celui qu'on vous propose, qui réussit parfaitement bien.

M. Guéneau de Mussy trouve qu'il n'y a pas d'harmonie entre le corps du rapport et les conclusions, qui sont modestes et convenables, tandis que le rapport est trop élogieux, et pourrait être reproduit dans d'autres vues que des vues scientifiques.

M. Dubois (d'Amiens) est d'autant plus de cet avis que certains auteurs de procédés font un tirage à part du Bulletin de l'Académie, et le font distribuer en grand nombre.

M. Velpeau appuierait la proposition de M. Guéneau de Mussy s'il ne savait que M. Louis est un médecin fort honorable, incapable d'abuser d'un témoignage d'estime ou d'un éloge de l'Académie (1).

M. Gerdy reproduit son argumentation, et est de nouveau combattu par MM. Capuron et Blandin.

Après une discussion assez confuse, une proposition d'ajournement jusqu'à plus ample informé, faite par M. Martin Solon, est adoptée à une grande majorité.

(1) M. le docteur Ed. Louis, secrétaire de la Société médicale du Temple, nous prie d'annoncer qu'il n'est pas l'auteur du bandage-pessaire dont il est ici question, et qu'il est étranger aussi aux prospectus qu'un médecin de ce nom fait distribuer dans Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 mai 1843. — Présidence de M. Dumas.

Structure et fonctions des villosités intestinales. — *M. le docteur Lacauchie* lit un mémoire sur ce sujet, dont voici un extrait:

Depuis Fallope, qui semble être le premier qui ait appelé *villi spissi* ce que ses prédécesseurs avaient nommé les rugosités de la membrane interne des intestins, depuis Fallope jusqu'à nous, tous les anatomistes ont indiqué ces organes; le plus grand nombre a compris qu'ils devaient jouer un rôle important dans la digestion; beaucoup les ont étudiés d'une manière toute particulière. On pourrait croire, après cela, que la villosité est bien connue; que l'anatomiste et le physiologiste ont sur elle des idées très arrêtées et très exactes. On se tromperait. Tout ce qu'on a écrit sur cet organe forme l'ensemble le plus extraordinaire de contradictions entre les faits et entre les théories.

M. Lacauchie passe en revue toutes les opinions anatomiques et physiologiques qui ont eu cours dans la science jusqu'ici sur la structure et les fonctions des villosités, croit trouver la cause des dissidences aussi nombreuses et aussi radicales d'abord dans des erreurs de microscope, ensuite dans le long temps qui s'est écoulé depuis la mort à l'époque de l'inspection. Guidé par ces considérations, M. Lacauchie, qui avait déjà fait des recherches sur les errements de ses devanciers, les recommença, mais en prenant la villosité le plus près possible de la vie.

Ces nouvelles recherches ont conduit M. Lacauchie aux résultats suivants: la villosité présente trois ordres de parties bien distinctes: son centre est formé par un faisceau de filaments très nombreux, disposés parallèlement les uns aux autres, suivant le grand axe de l'organe; ce faisceau, par sa base, se continue avec les parties les plus profondes; par son autre extrémité, il n'atteint pas le sommet de la villosité. Cette partie centrale, opaque et striée, et enveloppée d'un réseau vasculaire dans les trous principaux et les arcades terminales, sont appliquées immédiatement sur elle. En dehors de ce réseau vasculaire, et complétant la villosité et lui donnant toute son épaisseur et toute sa longueur, est une substance spongieuse, transparente, et dans laquelle on ne distingue ni vaisseaux sanguins ni canaux. La superficie de cette substance présente de petites surfaces circulaires, très régulières, et qui se touchent toutes. A mesure que la villosité opère son premier changement de forme, elle se raccourcit, en même temps qu'elle devient plus large; mais ce qui mérite surtout l'attention, c'est la manière dont se comportent alors chacune de ses parties.

La partie centrale devient plus opaque, plus régulièrement striée, et son contour légèrement dentelé.

Le réseau vasculaire qui l'enveloppe conserve ses rapports avec elle; seulement les diverses branches, dont les troncs principaux ont été ouverts, s'effacent un peu par la sortie du sang.

La substance spongieuse qui formait d'abord une couche d'une grosseur égale dans tous les points, suit les deux autres parties dans leur rétraction, mais en se fronçant sur elles d'une manière aussi régulière qu'elle est remarquable, et dont les anatomistes auront une idée exacte s'ils supposent retournée la portion de l'intestin jéjunum de l'homme le plus riche en valvules conniventes.

Si on comprime légèrement une villosité dans cet état, on change aussitôt son aspect; l'organe s'allonge et s'élargit beaucoup; sa portion centrale se montre plus transparente, plus nettement canaliculée; les vaisseaux, dont le sang est expulsé, sont difficiles à connaître; la portion spongieuse s'est étendue comme le reste de la villosité, et ne présente plus de trous dans ses replis.

Lorsqu'on abandonne à elle-même la villosité contractée, cette contraction cesse spontanément en quelques minutes, mais sans ramener complétement l'organe à ce qu'il était avant ce phénomène. La villosité se rapproche bien de sa première forme en devenant plus longue, plus étroite, et en perdant son contour dentelé; mais sa portion spongieuse se rétracte lentement, perd de son épaisseur et n'est plus distincte bientôt de la partie centrale. Celle-ci devient transparente de plus en plus, et ne présente enfin qu'un strié indéterminé.

De ces changements, il en est un dont l'importance frappera tous les physiologistes; c'est la contraction cadavérique de la villosité, contraction qui reproduit immédiatement après la mort ce qui se passe pendant la vie. On est ainsi sur la voie du mode d'action de la villosité; cet organe est contractile, c'est-à-dire doué de l'une des facultés organiques les plus communes, de celle qui surtout entretient la circulation du sang.

L'instrument de cette contraction de la villosité, M. Lacauchie le place dans le faisceau central. Ce faisceau n'est, dit-il, qu'une masse de chylifères contractiles, dont l'une des tuniques est musculaire.

En résumé, M. Lacauchie conclut:

1° Que le chyle se fait dans les voies digestives par l'action organique des sucs de l'estomac, des intestins, du pancréas, du foie, etc., sur les aliments;

2° Que ce chyle parfait est à l'état de globules;

3° Que ces globules ont un diamètre approprié à la grandeur des ouvertures innombrables placées à la surface de la substance spongieuse;

4° Que ces globules s'engagent dans ces ouvertures, attirés par l'aspiration qu'exercent les chylifères après leur contraction, lorsqu'ils reprennent, par le relâchement, toute l'étendue de leur capacité;

5° Que, dans le même moment, des globules, qui étaient déjà dans la substance spongieuse, sont attirés dans les chylifères pour remplacer le liquide dont ces vaisseaux se sont vidés par leur contraction;

6° Que les chylifères de la villosité, en se contractant, ne peuvent pousser leur liquide que du côté du cœur, leurs valvules forment alors autant de soupapes qui s'opposent au reflux du chyle dans l'intestin.

— *Appareil pour la fracture des membres inférieurs* — *M. Baudens* envoie la lettre suivante:

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien informer l'Académie que depuis plusieurs années je me sers, pour la guérison des fractures des membres, et spécialement pour celles des membres pelviens, d'un appareil de mon invention. Cet appareil, qui déjà a fonctionné une centaine de fois, a reçu le baptême de l'expérience. Une foule de praticiens ont pu en suivre les bons effets dans mes leçons cliniques des hôpitaux militaires de l'Algérie, de Lille, du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce.

Mon appareil exclut les attelles. Ces moyens contentifs imparfaits sont remplacés par des puissances dont l'action, douce et permanente, supplée parfaitement bien, pendant toute la durée du traitement, aux mains intelligentes des aides qui, au moment de la réduction, ont opéré l'extension et la contre-extension, ainsi qu'à celles du chirurgien qui a fait la coaptation.

Il se compose d'une boîte à ciel ouvert, à parois articulées et percées d'une foule de trous; le plancher de cette boîte doit être un peu plus long que le membre qu'il doit recevoir. La boîte destinée aux fractures des os de la jambe ne dépasse pas le quart inférieur de la cuisse; celle destinée à la fracture du fémur et de son col dépasse de quelques centimètres l'articulation coxo-fémorale.

Il est évident que pour traiter une fracture du col du fémur, l'appareil qui parviendrait à remplacer d'une manière permanente l'extension faite sur le pied et le genou d'une part, la contre extension opérée sur le bassin de l'autre, et la coaptation dont se charge le chirurgien, il est évident, disons-nous, que cet appareil offrirait un perfectionnement que jusqu'à ce jour vainement on a cherché.

Ce perfectionnement, je crois l'avoir atteint. En effet, j'opère l'extension sur le pied et sur le genou en plaçant des liens autour de ces articulations préalablement garnies de ouate pour ne pas les blesser. J'obtiens la contre extension en engageant un bourrelet annulaire, garni de crin et recouvert en peau, autour de la racine de la cuisse pour qu'il prenne son point d'appui sur la branche ascendante du pubis, et à cet anneau est attaché un bout de corde de quatre pieds de longueur.

Le membre, ainsi disposé, doit être placé sur les planches de la boîte munie d'un petit matelas plus garni dans le point correspondant au jarret que partout ailleurs.

Les liens de la contre extension, attirés vers le pied, joignent ceux de l'extension; le chirurgien s'en empare, et, en tirant sur eux d'une manière graduée, il rend facilement au membre sa longueur normale, et il fixe ensuite entr'eux les liens de l'extension et de la contre extension, afin d'harmoniser les deux puissances.

Reste la coaptation. Pour la faire, le chirurgien utilise les trous dont sont percées les parois de la boîte. Il commence par fixer solidement le bassin en plaçant autour de lui une cravate dont les chefs viennent s'attacher à l'un des trous de cette boîte. La coaptation s'opère par ce même mécanisme et en plaçant sur des points opposés de la cuisse des bouts de large bande, dont les chefs se font équilibre en venant se fixer sur les parois opposées de la boîte.

Cet appareil se supporte sans douleur, parce que les puissances extensives n'agissent que dans les limites normales de l'extensibilité de la fibre musculaire, il jouit des avantages des appareils amovibles et inamovibles sans en avoir les inconvénients.

— *Nouveaux procédés de fabrication du carbonate de plomb.* — On sait tous les dangers auxquels sont exposés les ouvriers des fabriques du blanc de céruse. M. Gannal a cherché à les prévenir, et envoie un mémoire dans lequel il expose ses nouveaux procédés de fabrica-

tion, qui, outre leurs avantages hygiéniques, offrent encore une grande économie.

— *Réforme des quarantaines pour la peste.* — Avec un troisième mémoire sur ce sujet, M. Aubert-Roche adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de transmettre à l'Académie un troisième mémoire sur la réforme des quarantaines de la peste. Dans le premier mémoire, je dénonçais l'abolition des quarantaines en Angleterre pour les provenances d'Egypte et de Syrie ; celui-ci constate l'abolition des quarantaines sur le Danube et en Angleterre, pour les provenances de Constantinople et de l'Asie Mineure. Je signale aussi la modification profonde portée aux quarantaines de Trieste, pour les paquebots autrichiens qui viennent de l'Asie Mineure, de la Syrie, ou de l'Egypte : la quarantaine est de onze jours de moins qu'à Marseille.

Ainsi, les quarantaines et les lois sanitaires françaises, telles qu'elles existent, donnent pour venir à Paris de Constantinople : à l'Allemagne, par le Danube, un avantage de dix jours et 316 francs ; à l'Angleterre, passant par Gibraltar, vingt-trois jours d'avantage sur la ligne des paquebots français directs par Marseille.

Tout est au détriment de la France, grâce à nos institutions sanitaires. C'est à cet état qu'il faut surtout attribuer le déficit que subissent nos lignes de bateaux à vapeur sur la Méditerranée ; l'Académie peut le constater au budget. Je l'avais prédit en 1841.

Enfin, si la peste est contagieuse, la santé publique de l'Europe est menacée, *et la maladie peut être importée jusque dans Paris.*

L'Académie a nommé une commission pour s'occuper d'une position si dangereuse et si nuisible aux intérêts français; m'occupant spécialement de la question, je crois devoir avertir l'Académie de la position dans laquelle elle se trouve : l'attente de sa décision sert de prétexte pour arrêter toute espèce de progrès.

Je lui ferai remarquer qu'il se fait depuis 1841, sur une vaste échelle, une expérience sur l'importation de la peste en Europe par les individus et les effets. La France, l'Angleterre, l'Autriche, sont le théâtre de cette expérience, puisque d'Alexandrie comme de Constantinople on peut arriver au milieu de ces pays sans faire aucune quarantaine. Or, si la peste est contagieuse, et qu'elle vienne à se déclarer à Paris ou en France, ce qui est très possible, l'Académie, qui se trouve par lettre ministérielle saisie de la question, n'assume-t-elle pas sur elle toute la responsabilité d'une épidémie en France? Par rapport à la santé publique, l'administration a mis sa responsabilité à couvert par la lettre qui remet entre les mains de l'Académie la décision de la question. C'est au nom des intérêts français lésés, de la santé publique compromise, que je sollicite une solution. Il ne s'agit pas de savoir si la peste est ou non contagieuse, mais si l'Angleterre et l'Autriche ont eu raison de déchirer le contrat sanitaire de l'Europe. Dans ce cas, la France a tort de l'observer, puisqu'il blesse ses intérêts ; si au contraire ces deux puissances ont tort, nous devons réclamer au nom de la santé de l'Europe compromise, et demander l'exécution du contrat.

Quelle que soit la décision de l'Académie, ce sera un acte national.

L. AUBERT-ROCHE.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de préparation de l'acide borique; par M. le docteur WACKENRODE.

Le mode opératoire habituellement employé pour se procurer de l'acide borique, consiste à décomposer le sous-borate de soude par l'acide sulfurique ; mais, malheureusement, l'acide obtenu de cette manière retient toujours une certaine proportion de l'acide sulfurique qui a servi à le préparer. M. Wackenrode, dans l'intention de remédier à cet inconvénient, conseille de mettre en usage le procédé suivant pour la préparation de ce produit.

On fait dissoudre, dans cent parties en poids d'eau bouillante, quarante parties de borate sursaturé de soude, et l'on ajoute à la dissolution chaude vingt-cinq parties d'acide hydrochlorique. A mesure que la liqueur se refroidit, on voit l'acide borique cristalliser; on recueille ces cristaux sur un filtre, on les soumet à deux lavages successifs avec de l'eau froide, et, lorsqu'ils sont parfaitement égouttés, on les fait redissoudre dans une petite quantité d'eau chaude pour faire cristalliser une seconde fois ; ces nouveaux cristaux sont à leur tour lavés avec un peu d'eau, puis séchés par expression dans du papier joseph.

En soumettant à une évaporation convenable les eaux mères et les eaux de lavage, on parvient encore à en retirer une petite quantité d'acide borique, qui doit d'ailleurs être soumis aux divers traitements qui viennent d'être indiqués, c'est-à-dire aux lavages et à la cristallisation.

Le seul reproche qui puisse être adressé à l'acide borique ainsi obtenu, c'est qu'il laisse reconnaître, même lorsqu'il est complétement sec, des traces d'acide hydrochlorique libre ; mais il est facile de le débarrasser tout à fait de ce corps étranger : il suffit, pour cela, de le faire effleurer à la température de 106 degrés centigrades.

(*Revue scientifique*, 1843.)

Emploi de l'alcool ammoniacal dans le traitement des luxations et des contusions; par M. le docteur FALKENBACH, de Polch.

M. Falkenbach affirme qu'il a constaté par sa propre expérience les bons et prompts effets de l'alcool ammoniacal dans les cas de luxations et de contusions récentes. En effet, s'étant luxé le poignet droit et fortement contusionné l'articulation coxo-fémorale du même côté, en tombant de cheval, et ne pouvant recourir qu'imparfaitement à la médication antiphlogistique en raison des voyages fréquents qu'il était obligé de faire, il lui vint dans l'idée d'employer le médicament dont il s'agit ici. Des lotions répétées avec cette liqueur rendirent à la main blessée la faculté du mouvement, à ce point que, dès le lendemain, il put faire une application du forceps, et le troisième jour opérer une version dans un accouchement qui nécessitait cette manœuvre. Au bout de quinze jours, l'articulation du poignet ne conservait plus la moindre sensibilité morbide. La douleur de l'articulation coxo-fémorale persista un peu plus long-temps.

Depuis cette époque, M. Falkenbach eut de nombreuses occasions de prescrire avec succès l'usage de cette liqueur, surtout dans les articulations.

C'est donc un moyen véritablement précieux pour les médecins qui pratiquent dans les campagnes; car tout le monde sait combien de temps doit être prolongé le traitement que l'on oppose habituellement aux accidents qui se développent à la suite des luxations et des contusions, et combien les habitants de la campagne opposent de résistance à l'emploi des applications froides, des sangsues, etc.

(*Medicinische Zeitung*, 1843.)

Emploi du rhus toxicodendron contre les névralgies rhumatismales ; par M. le docteur RUNNE, de Att-Landiberg.

M. Runde a traité deux cas graves de coxalgie par le rhus toxicodendron associé à l'extrait de gayac, sous forme pilulaire. Le malade a pris, dans l'espace de trois jours, quinze centigrammes de feuilles de rhus, et il en a retiré un bénéfice évident ; car, dès le quatrième jour, l'éruption que détermine ordinairement ce végétal se montra sur le dos du malade, et la douleur diminua notablement.

L'application d'un vésicatoire ne suffit pas pour dissiper le restant de la douleur ; mais une triction pratiquée sur le trajet du nerf ischiatique avec un liniment composé de trente grammes de mixture sulfurico-acide (eau de Rabel) et de quatre grammes d'alcoolé d'opium, réussit à faire obtenir ce résultat. Les frictions furent faites deux fois par jour, et l'on employa pour chacune d'elles une cuillerée à café du liniment.

Dans l'un des cas, la guérison ne se fit attendre que douze jours ; dans le second, elle ne fut obtenue qu'au bout de vingt-un.

(*Mediciniche Zeitung*)

Altération du sens du goût guérie par l'usage de l'eau de Seltz; par M. le docteur BEER, de Bruenn.

Un homme âgé de trente-cinq ans, d'une santé habituellement bonne, avait eu recours au suc de réglisse pour se débarrasser d'un rhume, et après en avoir fait usage pendant quelque temps, il en conserva le goût dans la bouche, à tel point que tout ce qu'il prenait lui rappelait la saveur de cette substance et lui provoquait des nausées. Déjà six mois s'étaient écoulés depuis que cette altération s'était manifestée, et et l'on avait vainement employé, pour la combattre, les vomitifs, l'ipécacuanha à petites doses, les médicaments salins, la mastication continuelle des substances amères. Enfin, M. Beer, consulté par le malade, conseilla l'emploi de l'eau de Seltz, et sous l'influence de ce moyen la saveur de réglisse disparut pour ne plus revenir.

(*Œster. med. Wochens.*)

Correspondance.

Paris, le 22 mai 1843.

Monsieur,

Puisque vous avez jugé convenable, dans votre dernier numéro, de faire connaître à vos lecteurs un procès que j'ai perdu contre M. Bouchardat, permettez-moi de rectifier quelques erreurs et quelques lacunes qui, bien involontairement sans doute, se sont glissées dans votre compte-rendu judiciaire.

En 1839, lorsque j'ai acquis de M. Bouchardat la toute propriété de son Formulaire, il a été bien convenu que la 1re édition ne serait tirée qu'à 4000 exemplaires ; telle était aussi mon intention, et la preuve en a été acquise au procès. En effet, lorsque j'ai traité avec un imprimeur pour l'impression de l'ouvrage, je ne lui ai demandé qu'un tirage de 4,000 exemplaires; lui-même a fait sa déclaration en ce sens au ministère de l'intérieur. Plus tard, il est vrai, j'ai demandé un tirage supplémentaire de 2,000 exemplaires : quel en a été le motif et l'emploi ? c'est le marché fait avec M. le docteur Miquel ; et, malgré la décision des tribunaux, je maintiens que rien n'a été fait sans le consentement et l'assentiment de M. Bouchardat; mon seul tort, dans cette affaire, est de ne point m'être assez rappelé cet ancien adage : *Verba volant, scripta manent*. Jeune, confiant, et depuis quelques mois seulement dans le commerce, je m'en suis rapporté complétement à la parole de M. Bouchardat : je n'aurais jamais cru d'ailleurs qu'on pût incriminer un fait tout à l'avantage du livre ; car si après trois ans quelques doutes, quelques incertitudes ont pu s'élever dans l'esprit des juges sur le jour fixe où l'on a tiré 6000 exemplaires au lieu de 4000, il n'en est pas moins vrai et reconnu par le jugement même que cette augmentation de tirage a été cédée à M. Miquel à un prix très bas, inférieur de beaucoup à celui de fabrication, mais à des conditions très avantageuses pour le livre et la réputation de M. Bouchardat.

En effet, M. le docteur Miquel, éditeur d'un journal estimé, a non seulement fait dans son journal un éloge pompeux du Formulaire, mais il a encore inondé la France et la Belgique de prospectus, d'annonces, de réclames en faveur de ce même Formulaire, et le résultat de tout cela a été le succès de cet ouvrage, ainsi que cela est constaté d'ailleurs dans le jugement dont vous parlez.

Aujourd'hui que la propriété de son Formulaire vaut au moins dix mille francs de plus qu'à l'époque où il me l'a cédée, aujourd'hui que son ouvrage a obtenu un succès extraordinaire, M. Bouchardat, grâce à son *manque de mémoire*, a trouvé un moyen très économique de rentrer dans la propriété de son livre.

Devant les tribunaux, M. Bouchardat, pour motiver sa demande en résolution, alléguait qu'il ne pouvait plus avoir confiance en moi, et cependant j'ai un autre traité avec lui pour une Toxicologie actuellement sous presse. Depuis le procès je lui ai proposé vingt fois de résilier ce traité ; sans refuser positivement, M. Bouchardat n'a cependant pas encore accepté la résiliation. N'est-il pas permis alors de penser que la valeur du Formulaire a été pour beaucoup dans la demande en résolution ; et si l'on considère de plus que cette demande n'a été formée que reconventionnellement et pour paralyser l'effet d'un procès que quelques jours avant j'avais moi-même intenté à M. Bouchardat relativement à son Annuaire de thérapeutique, 1842, vos lecteurs comprendront beaucoup mieux même que les juges, comment M. Bouchardat s'est trouvé si à propos pour lui en désaccord avec moi au sujet de 2,000 exemplaires cédés à M. Miquel.

En résumé, faute par moi de produire une preuve matérielle, palpable, du consentement de M. Bouchardat à ce tirage en plus de 2,000 exemplaires, les tribunaux ont jugé le fait, sans me tenir compte ni de l'intention qui m'a guidé, ni du résultat obtenu; ce qui, soit dit en passant, ne me semble pas très juste, quoiqu'émanant de la justice. Heureusement tout n'est pas encore fini, il me reste un dernier degré de juridiction; c'est la Cour de cassation, et je vais en user.

Je compte sur votre impartialité, Monsieur le Rédacteur, pour insérer ma lettre dans votre plus prochain numéro, et je vous prie d'accepter mes salutations respectueuses, et de me croire votre tout dévoué serviteur.

A. GARDEMBAS.

NOUVELLES.

Le rapport sur le projet de loi des patentes a été déposé par M. Vitet, rapporteur. On sait que cet honorable député a conclu favorablement à la demande des médecins, et qu'il propose, pour eux, la suppression de l'impôt de la patente.

Les orateurs se sont déjà inscrits pour et contre le projet du gouvernement. Sur les médecins-députés que renferme la Chambre, deux se sont inscrits, l'un en faveur du projet de loi, c'est M. Richond-des-Brus ; l'autre contre, c'est M. Bouillaud.

On ne peut voir qu'avec un vif regret des hommes de notre profession porter au sein de la Chambre nos dissidences sur une question d'un intérêt professionnel aussi général.

— Nous recevons une nouvelle lettre de M. Casimir Broussais, dans laquelle cet honorable confrère se déclare satisfait de l'insertion de sa lettre et de l'article qui a suivi. Il craint seulement qu'on n'ait voulu lui appliquer le *sic vos non vobis* dont nous avons parlé. Il affirme qu'il a toujours cité les noms des médecins ou chirurgiens dont les rapports lui ont servi. Nous le croyons parfaitement sur parole, et n'avons jamais eu la moindre intention de l'accuser de plagiat. Aussi pensons-nous que cette dernière explication suffira pour calmer toute susceptibilité et finir une discussion qui deviendrait sans intérêt.

— La Gazette des Tribunaux annonce que des plaintes s'étant élevées depuis quelque temps contre plusieurs herboristes de Paris, des visites ont été faites par des membres délégués du Conseil de salubrité, chez un certain nombre d'entre eux, où des préparations pharmaceutiques défectueuses ou avariées ont été trouvées. Ces médicaments ont été détruits sur le champ et des procès-verbaux ont été dressés.

Préfecture du département de la Seine.

AVIS.

Le Pair de France, Préfet de la Seine, rappelle aux habitants de Paris les prescriptions à observer par les familles, en cas de décès d'un de leurs membres.

« Aucune inhumation ne peut avoir lieu sans une autorisation de » l'officier de l'état-civil, laquelle n'est donnée que vingt-quatre heu» res après le décès, et lorsque la mort a été constatée. » (Code civil, art. 77.)

« Le délai de vingt-quatre heures, prescrit par l'article 77 du Code » civil, ne commence à courir qu'à dater de la déclaration du décès » faite à la Mairie. » (Arrêté du 21 vendémiaire an IX.)

Dans l'intervalle qui s'écoule entre le moment du décès présumé et les jour et heure fixés pour l'inhumation, on doit se conformer aux prescriptions suivantes :

« 1° Ne point déplacer le corps; éviter de l'exposer sur un sommier » de paille ou de crin, et à un air très froid ; s'abstenir de couvrir ou » envelopper le visage. » (Arrêté du 21 vendémiaire an IX.)

« 2° Ne procéder à l'ensevelissement du corps ou à sa mise en bière, » qu'après la constatation du décès, et *vingt-quatre heures seulement » après la déclaration du décès.* » (Arrêté du 21 janvier 1841.)

Ces dispositions sont indépendantes de celles prescrites par M. le Préfet de police (Ordonnance du 6 septembre 1839) pour le moulage, l'autopsie, l'embaumement ou la momification des corps.

MM. les médecins-vérificateurs des décès, ainsi que MM. les médecins-inspecteurs chargés de faire spontanément des secondes visites au domicile des décédés, devront veiller à l'exécution des prescriptions qui viennent d'être rappelées.

Paris, le 10 mai 1843. *Signé* Comte DE RAMBUTEAU.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 62, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 26 MAI 1843.

Nouveau spéculum. Discussion sur sa valeur. — Taille en plusieurs temps. Emploi des caustiques pour cette opération.

Définitivement les inventeurs de machines et instruments de chirurgie ont vu s'écouler leur âge d'or. L'Académie de médecine, qui naguères avait des raisons d'être très facile pour les petits génies et leurs petits chefs d'œuvre, se montre aujourd'hui très sévère, surtout à l'endroit de l'invention chirurgicale formulée par du bois ou un métal quelconque. Quel que soit le vernis que vous étendiez sur votre palissandre, quel que soit le laminoir auquel votre acier aura été soumis, l'auriez vous passé par la dissolution Ruolz, il est un détroit qu'il ne franchit pas sans danger; car il y a maintenant des Thermopiles à l'Académie de médecine, et deux Léonidas au lieu d'un. Nous n'avons nul besoin de les nommer.

Comme nous l'avons dit dans notre compte-rendu, un médecin, M. Louis, a présenté à l'Académie un pessaire qu'il croit avoir inventé. M. Capuron a été chargé de faire un rapport sur cet instrument, dont on peut avoir une idée si on se représente une ceinture entière, comme celle qui contient certaines hernies. Mais c'est à la partie postérieure, au point qui correspond au pubis, qu'est la pelote. C'est de là que se détache un instrument que nous comparerons au patère courbe auquel on accroche les chapeaux. C'est une tige en fer qui, du pubis, descend d'abord entre le haut des cuisses, suit le grand diamètre de la vulve, puis se recourbe pour pénétrer dans le vagin, remonter et gagner la matrice. La tige est terminée là par une cuvette en métal destinée à recevoir l'extrémité vaginale du col utérin.

La commission chargée de faire un rapport sur la valeur de cet instrument, a déclaré, par l'organe de son rapporteur, qu'elle ne l'avait pas expérimenté. La semi-approbation que ce pessaire a reçue de la commission n'était donc basée que sur la théorie. La discussion devait avoir le caractère théorique, et offrir par conséquent les contradictions qui s'observent quand des faits bien constatés ne viennent pas redresser les écarts de l'analogie. Voici un exemple qui prouve ce que nous avançons. La tige dont nous avons parlé n'est pas inflexible partout; à sa portion vaginale, au moment où elle va être surmontée par la cuvette, cette tige est flexible; elle est composée d'un ressort qui permet son raccourcissement et diverses inflexions.

Hé bien! un orateur a considéré ce mécanisme comme une mauvaise chose, et a fait des raisonnements tirés des principes de la mécanique, qui condamnent cette disposition de la tige, disposition qui causerait l'échappement du col, lequel sortirait de la cuvette au moindre mouvement.

Un autre orateur a trouvé un avantage là où on venait de découvrir un inconvénient. En effet, ce serait précisément ces mouvements de la cuvette, la flexibilité de la tige, qui feraient que le pessaire suivrait les mouvements du col utérin, et qui, de cette manière, ne sortirait pas de la cuvette. Trois faits bien constatés auraient mis au néant une de ces opinions, auraient pu valoir une approbation réellement académique à l'instrument de M. Louis, ou un avertissement de mieux faire à l'avenir.

La commission, instruite par ces faits et forte de l'expérience, n'aurait pas été obligée de répondre à tous les arguments: « Mais, messieurs, il faut attendre les faits; n'allons pas au-devant de l'expérience. » Nous savons parfaitement que plus d'une fois, c'est la seule réponse à faire; mais quand il s'agit d'un moyen mécanique destiné à contenir une lésion comme le prolapsus; quand cette lésion est si fréquente et en ville et dans les hôpitaux, il n'est guère permis à une commission, et surtout à une commission qui a pour rapporteur M. Capuron, d'argumenter avec les faits à venir.

Si M. Louis n'est pas assez modeste pour être satisfait des conclusions modérées du rapport, il pourra se donner, au moins, la satisfaction de proclamer que son instrument a fait prendre la parole à quatre professeurs de la Faculté. En effet, MM. Velpeau, Gerdy, Blandin et A. Bérard, ont discuté plus ou moins éloquemment sur les avantages et les inconvénients du pessaire de M. Louis. Mais sous la parole de pareils orateurs la question ne pouvait rester renfermée dans les limites posées par M. Louis et par le rapporteur. De l'application de ce nouveau pessaire, on en est venu à traiter la question de l'utilité des pessaires en général, et de la question mécanique on est passé à la question pathologique, c'est-à-dire au prolapsus utérin. Selon nous, c'est par là qu'il aurait fallu commencer pour donner à la discussion un caractère réellement académique et une utilité pratique.

Une division du prolapsus devait d'abord être établie; division aussi ancienne qu'Hippocrate, et même plus ancienne. Cette division porte surtout sur les degrés du déplacement de la matrice; ainsi, il y a: 1° l'abaissement; 2° la descente; 3° la précipitation de la matrice. Ces trois termes expriment, en effet, trois états.

Il est certain que pour le simple abaissement de la matrice, pour cet état qui consiste en ce que le col de cet organe est un peu plus voisin de la vulve que dans l'état ordinaire, il est certain que, pour un pareil changement de situation de la matrice, il est parfaitement inutile d'appliquer un pessaire; et tout ce qu'on a dit sur l'inutilité de cet instrument, et même sur ses dangers, s'applique à ce premier état. Tout ce qui a été avancé en faveur des ceintures à plaques hypogastriques, lesquelles soutiennent les parois abdominales en avant et en bas, et empêchent en partie les viscères de peser sur la matrice; tout ce qui a été dit sur ce point par le professeur Velpeau, tout cela s'applique au premier degré du prolapsus. Il est très vrai, comme l'a soutenu ce professeur, que les ceintures ont ici un avantage immense. Les praticiens qui ont l'habitude du traitement des maladies des femmes, goûteront cette partie du discours de M. Velpeau. Mais, pour les autres degrés du prolapsus, quand le col de la matrice va atteindre l'anneau vulvaire du vagin, quand l'utérus est sorti de ce conduit, quand on le voit paraître entre les grandes lèvres, et quand surtout la malade est fortement incommodée du déplacement, il faut songer à une réduction, à une contention directe de l'utérus, et le pessaire alors peut rendre les plus grands services. Quel pessaire choisira-t-on? Pour nous, nous le disons franchement, nous ne choisirions pas celui de M. Louis. Mais la question n'est pas là maintenant.

Une distinction qui n'a été qu'entrevue par deux orateurs, mais qui n'a pas suffisamment été établie, c'est celle qui existe entre le prolapsus de l'utérus avec lésion vitale ou organique de cet organe, et le prolapsus ne consistant qu'en une lésion physique, le prolapsus simple, celui enfin qui ne consiste qu'en une lésion de situation, comme le disaient madame Boivin et Dugès. Cette distinction, parfaitement établie, aurait eu l'avantage de produire une merveille, de mettre d'accord M. Velpeau et M. Gerdy.

En effet, M. Velpeau, disant que presque toujours l'utérus qui s'était abaissé était en même temps plus ou moins incliné, M. Velpeau était tout à fait dans la vérité, dans les faits. D'un autre côté, M. Gerdy avait raison, si, en proclamant la fréquence des abaissements sans déviations latérales, il voulait parler des abaissements qui ne sont pas compliqués d'une autre maladie de l'utérus. Mais, en réfléchissant bien: 1° aux modifications de circulation qui s'opèrent dans une matrice qui a changé sa situation; 2° à l'inégalité de force, d'élasticité des liens qui suspendent l'utérus; 3° de plus, en prenant en considération les inclinaisons, pour ainsi dire naturelles, que subit la matrice dans l'état de grossesse; si on pèse ces considérations, et si surtout on touche beaucoup de femmes, on est tenté, quand on veut embrasser une opinion un peu absolue, d'incliner du côté de celle de M. Velpeau. C'est d'ailleurs l'opinion que nous avons déjà exprimée dans la *Bibliothèque du médecin-praticien.* (*Voir* liv. II, art. 8.)

La distinction des prolapsus avec état normal de la matrice ou avec état pathologique de cet organe, conduirait encore à une appréciation plus juste de la valeur des pessaires en gé-

FEUILLETON.

CORRESPONDANCE GÉNÉRALE.

Chlorure de sodium dans la fièvre typhoïde.—Nouvel instrument pour broyer les calculs de la vessie. — Solution de nitrate d'argent dans la variole. — Effets de la pression atmosphérique sur deux asthmatiques. — Luxation du poignet en avant. — Incontinence d'urine guérie par les vermifuges. — Prurigo chez un enfant de quatre ans. — Danger d'accoutumer les enfants à se servir du bras droit plutôt que du gauche.

Nous demandons pardon à nos confrères qui veulent bien nous adresser leurs observations, d'être obligés de mettre un si long intervalle dans leurs publications. Il ne nous a pas été possible jusqu'ici de les rapprocher davantage; nous espérons être plus heureux à l'avenir. Ces communications deviennent d'ailleurs tous les jours plus importantes et plus nombreuses, et c'est une raison de plus pour nous de faire tous nos efforts pour que leur insertion en soit différée le moins possible.

— D'une lettre fort longue que nous adresse M. le docteur Thomas à la Nouvelle-Orléans, nous regrettons de ne pouvoir citer que ce passage relatif à l'emploi thérapeutique du chlorure d'oxide de sodium dans la fièvre typhoïde.

« Je l'ai également vu réussir dans plusieurs cas très graves de fièvre typhoïde, de même que mon honorable confrère et ami, le docteur Barbe, et ne puis m'empêcher de croire que si les médecins de Paris n'en ont pas retiré de bons effets, c'est qu'ils ne l'ont pas employé à doses assez élevées.

» Le docteur Barbe et moi le donnons alors de 15 à 20 grammes et plus par vingt-quatre heures, étendu dans une boisson quelconque, pourvu qu'elle soit émolliente, ayant soin de n'en commencer l'usage que lorsque les symptômes inflammatoires sont dissipés, ainsi que le recommande M. le professeur Bouillaud.

» Nous l'administrons dans les mêmes circonstances en demi-quart de lavements plus ou moins répétés, contenant chacun de 8 à 12 grammes de chlorure, quelquefois plus. »

— M. Depierris, étudiant en médecine, à Paris, nous écrit pour nous annoncer qu'il a inventé un nouvel instrument destiné à broyer les calculs de la vessie. Il ne nous donne pas la description de son instrument; nous ne pouvons donc en rien dire. Il paraît néanmoins qu'il ne s'applique qu'aux calculs d'un volume médiocre et d'une densité égale.

Dans les cas opposés, M. Depierris a fait encore une invention, que nous le laissons exposer lui-même:

« Dans le cas où le calcul serait trop gros ou trop dur pour être broyé, j'ai recours à la taille hypogastrique par le procédé ordinaire; mais pour me mettre à l'abri des complications si graves qui surviennent le plus ordinairement dans les opérations que l'on pratique sur la vessie, complications qui sont occasionnées par le passage continuel de l'urine sur les lèvres de la plaie; après avoir distendu la vessie par de l'eau, j'introduis par le canal de l'urètre une sonde en métal qui contient dans son intérieur un faisceau composé de six tiges d'acier très flexibles et réunies ensemble à leurs deux extrémités. Ces ressorts ainsi poussés dans la vessie, se courbent tous en demi-cercles, de manière à former une sorte de ballon, qui est fixé solidement à une sonde en caoutchouc.

» A l'aide de ce moyen, j'empêche la vessie de revenir sur elle-même tout en permettant un libre cours à l'urine, et par conséquent j'empêche le contact de l'urine avec la plaie, qui peut facilement se réunir par première intention.

» La guérison ayant lieu, je retire mon appareil de la vessie. »

M. Depierris ne nous dit pas si son idée n'est encore qu'à l'état de théorie, ou s'il en a fait l'application.

— Dans un cas de variole assez intense, M. le docteur *Rousse*, de Bagnères-de-Bigorre, est parvenu à empêcher les stygmates que cette maladie laisse sur la figure en couvrant d'abord la face de feuilles d'or pendant une heure et demie et en lavant après tous les boutons de la figure deux fois par jour avec une forte solution de nitrate d'argent.

— Les communications suivantes de *M. Perrier*, D.-M., à Aulhon, offrent assez d'intérêt pour être insérées textuellement:

Effets de la pression atmosphérique sur deux asthmatiques. — Le nommé B., d'une très forte stature, âgé de 55 ans environ, a été autrefois dans l'aisance; aujourd'hui il est contraint de travailler à la terre pour vivre. Cet individu est atteint depuis trois ans d'hypertrophie du cœur bien caractérisée. Il y a deux ans, il faillit succomber; les membres inférieurs étaient œdématiés, les urines ne coulaient presque plus, le ventre contenait beaucoup de sérosité; il suffoquait principalement la nuit. Deux saignées copieuses et l'usage de la digitale en poudre lui procurèrent non pas une guérison complète, mais un très grand soulagement, puisque les accidents consécutifs à l'hypertrophie cessèrent. Pendant quelques mois il fut même très peu oppressé. Aujourd'hui cet homme a encore les pieds un peu gonflés, mais l'œdème ne monte pas au-delà; il travaille tous les jours; il est quelquefois oppressé le jour, mais son asthme le prend le plus souvent la nuit, alors il étouffe, il quitte le lit promptement et court à la fenêtre. Cet homme demeure dans un endroit bas, entouré de tous côtés par des montagnes; il a observé que, lorsqu'il travaillait sur la plus élevée de ces montagnes, jamais son asthme ne le prenait, et lorsqu'il en est atteint, il n'a qu'à la gravir, son oppression diminue à mesure qu'il approche du sommet, et disparaît entièrement lorsqu'il y est arrivé. Le malade en a fait l'expérience un grand nombre de fois.

M. L. est atteint d'emphysème pulmonaire. Constitution sèche, nerveuse, figure un peu terreuse, toux habituelle surtout le matin avec expuition de crachats glaireux. Malgré cette infirmité, M. L. n'est pas d'une mauvaise santé. Il habite un endroit très élevé par la position du sol, le plus élevé d'Eure-et-Loir. Il a de temps à autre quelques attaques d'asthme surtout dans les variations atmosphériques, mais qui ne sont jamais fortes. A une lieue et demie de chez lui, M. L. a un ami intime qui demeure dans un lieu très bas; il a voulu souvent aller visiter cet ami, mais aussitôt qu'il arrive chez ce dernier, il se trouve pris d'asthme violent. Alors il regagne son domicile au plus vite et se trouve guéri. Après plusieurs voyages de ce genre M. L. a dû renoncer à visiter son ami.

Luxation du poignet en avant. — Les anciens considéraient comme assez fréquentes ces luxations du poignet. Boyer en a donné la description dans son excellent Traité, tandis que les modernes nient la possibilité de ces sortes de luxations, au moins à l'état de simplicité sans fracture des os de l'avant-bras ou un désordre très grand des parties molles. Je lis à l'article *Luxations du poignet*, dans le Dictionnaire en 25 vol., que si l'existence en était bien constatée, ce serait certainement une des luxations les plus faciles à réduire et même à maintenir réduites. Boyer, au contraire, dit que les luxations du poignet sont très sujettes à se reproduire, les antérieures ou postérieures seulement, les latérales se maintenant réduites très facilement.

M., âgé de cinquante ans environ, dont la charpente osseuse est très développée fait une chute d'un lieu élevé, il avait plusieurs contusions sur le corps, mais le poignet seul paraît fortement blessé. Il y avait vingt-quatre heures que l'accident était arrivé, lorsque je fus introduit auprès du malade. Il tenait sa main appuyée sur un oreiller, en évitant toute secousse qui était très douloureuse. Le poignet était gonflé, mais le gonflement ne s'étendait pas à l'avant-bras; les doigts étaient un peu fléchis. En palpant, on voit facilement que le carpe fait une saillie remarquable à la partie antérieure de l'articulation, tandis que les extrémités des os de l'avant-bras font une saillie en arrière, d'où résulte en ce sens une dépression transversale bien marquée et dans

néral, et aurait fait ressortir une indication capitale pour le traitement des changements de situation de la matrice. En effet, ce n'est pas toujours la faiblesse des liens qui tiennent la matrice suspendue qui cause son prolapsus; ce n'est pas toujours parce que le vagin est trop large et trop flasque que l'utérus s'incline ou s'abaisse. Souvent c'est parce que l'organe est engorgé, c'est parce qu'il est trop lourd qu'il fatigue et fait céder les liens destinés à le contenir dans sa position normale. C'est surtout ici que l'application des pessaires est contre-indiquée. Cette considération fait disparaître ce qu'au premier abord a eu de trop absolu l'opinion de M. Blandin, lequel s'est montré l'adversaire le plus prononcé du pessaire en général, et cependant le protecteur le plus déclaré, c'est-à-dire le seul protecteur du pessaire de M. Louis, si on ne compte pas M. Capuron. En effet, l'application d'un pessaire pendant une congestion utérine, ou tout autre lésion vitale, peut aggraver cette lésion et favoriser le développement d'une lésion plus grave, d'une dégénérescence de cet organe. M. Vidal avait proposé, depuis plus de dix ans, de pratiquer l'opération de la taille sus-pubienne en plusieurs temps. Cette méthode consiste à diviser les parois abdominales, à aller d'abord jusqu'à la vessie et à s'arrêter dès que cet organe a été découvert. Quand les tissus divisés et qui séparent la vessie de la peau ont subi l'inflammation suppurative, quand la membrane dite pyogénique est supposée formée, alors M. Vidal conseille d'ouvrir la vessie.

On voit déjà l'intention de ce chirurgien; c'est celle d'éviter l'infiltration urineuse qui constitue l'accident le plus redoutable après la taille suspubienne, et toutes les tailles dans lesquelles on est obligé de toucher au corps même de la vessie. Pour diviser les parois abdominales et aller jusqu'à la vessie, on peut, selon M. Vidal, se servir du bistouri ou des caustiques. C'est à l'aide de ces derniers moyens que M. Vidal vient d'exécuter une opération qui doit intéresser les praticiens. Par le caustique de Vienne solidifié, M. Vidal a formé une escharre ayant l'étendue et la direction de la première incision qu'on fait dans la taille hypogastrique ordinaire. Cette première escharre ayant été fendue selon son grand diamètre, une lanière de pâte de chlorure de zinc a été placée dans cette fente. Ce second caustique a mortifié tous les tissus jusqu'à la ligne blanche, laquelle a été attaquée avec une autre lanière du même chlorure; puis l'interstice des muscles pyramidaux, le feuillet fibreux sous-jacent ont été touchés avec le caustique de Vienne. Des pois à cautères étaient placés dans les cavités que laissait la chute des escharres. Ce premier temps de l'opération a duré treize jours.

Quand M. Vidal a cru que le tissu cellulaire qui avoisine la vessie était condensé, qu'il était *ininfiltrable*, il a ouvert la vessie avec le bistouri, et extrait une pierre grosse comme un gros marron. Le sujet, qui avait vingt ans, était très méticuleux, et dont le col de la vessie était d'une sensibilité extrême (ce qui a fait rejeter la lithotritie); ce malade n'a manifesté aucune douleur pendant tout le temps de l'emploi du caustique, et quand il a fallu extraire la pierre du fond de cette espèce de cautère, il ne se doutait même pas de l'opération qu'on lui pratiquait. Tout allait bien, et *quatorze jours s'étaient écoulés depuis l'extraction de la pierre*, et les urines avaient déjà un peu passé par l'urètre, quand le malade a été pris de vomissements qui ont continué pendant trois jours, après lesquels il a succombé.

L'autopsie a prouvé que *le péritoine était complétement sain et intact;* mais les deux reins étaient malades, en suppuration; le gauche surtout était beaucoup plus volumineux; le bassinet était plus élargi; les calices étaient pleins d'une boue purulente avec un sable très fin. L'uretère gauche était vivement enflammé, surtout au voisinage du rein correspondant (1).

Nous livrons les détails principaux de cette importante observation à ceux qui savent juger les faits sans passion. Quel est le procédé de lithotritie ou de taille qui réussit, quand antérieurement à l'opération il y a une maladie aussi grave des reins? M. Vidal ne pense pas par le caustique détruire une complication due à une maladie qui a précédé de beaucoup l'opération. L'opération peut sans doute l'aggraver; mais elle ferait tôt ou tard périr le malade, même celui qui ne serait pas opéré. M. Vidal veut éviter un accident dépendant de l'opération elle-même, celui qui naît de l'infiltration urineuse. Ce que M. Vidal veut aussi éviter, ce sont les douleurs de l'opération et l'influence qu'elle a sur le moral.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Du râle crépitant dans la pleurésie aiguë, et de l'engouement pulmonaire.

Au n° 22 de la salle Sainte-Madeleine est couché un enfant de 15 à 16 ans, affecté de pleurésie aiguë avec épanchement. La maladie n'a rien présenté d'extraordinaire dans sa marche; elle est actuellement en voie de résolution : nous n'avons donc pas besoin d'en tracer une histoire complète, notre intention, dit M. Tessier, est seulement d'appeler votre attention et de fixer l'esprit des observateurs sur un phénomène intéressant et peu connu, je veux parler du crépitus (râle crépitant) qu'on entend quelquefois dans la pleurésie aiguë et dont ce malade nous fournit un exemple que vous avez pu constater depuis plusieurs jours. Ce phénomène appartient à l'histoire d'une maladie que l'on a oubliée de nos jours, à l'histoire de la pleurésie. Il n'est personne, en effet, qui ne débite à ce sujet les plus étranges choses, qui ne se croie autorisé à avancer les propositions les plus singulières, surtout depuis que la *médecine sage et la méthode numérique* ont passé par là. Une autre fois j'aurai l'occasion de vous montrer qu'on ne sait plus la pleurésie sous aucun rapport, pas même sous le rapport de l'auscultation. N'existe-t-il pas, en effet, des cliniciens qui ont entendu l'*égophonie* dans l'hépatisation pulmonaire, et qui ne l'entendent pas dans la pleurésie. Mais revenons à notre objet, et laissons chacun s'appeler la sagesse en toute liberté !

Si donc on ausculte notre malade au niveau de l'omoplate du côté droit, et successivement en portant l'oreille vers l'aisselle, on entend une crépitation tout à fait semblable à celle qui a lieu dans la pneumonie. Ce n'est pas le phénomène en lui-même qui est nouveau; maintes fois les médecins l'ont rencontré, mais alors ils l'attribuent à ce qu'ils appellent *un peu de pneumonie*, qui compliquerait alors la pleurésie et ne manifesterait son existence que par ce râle seulement. Je crois qu'il y a ici une erreur : l'existence de ce peu de pneumonie n'est nullement démontrée en pareil cas. Je parle de faits de pleurésie simple sans trace de plegmasie pulmonaire. Eh bien ! en pareil cas j'ai plusieurs fois rencontré le crépitus, mais généralement moins nombreux, moins égal, moins instantané que celui de la pneumonie dans laquelle il entre dans l'oreille par bouffées à la fin des inspirations fortes.

Je pourrais vous citer quelques observations à l'appui de cette proposition. La première démonstration qui m'ait été donnée de l'existence du crépitus dans la pleurésie est l'autopsie d'une jeune fille morte de pleurésie aiguë à l'hôpital Necker, il y trois ans, dans le service de M. Trousseau, que je suppléais pendant son voyage en Italie. Dans le cas dont je vous parle, le crépitus s'entendait dans une grande étendue : la matité, le souffle bronchique et surtout l'égophonie m'indiquaient d'une manière évidente l'existence d'un épanchement pleurétique; mais le crépitus! à quoi pouvais-je l'attribuer, si ce n'est à une inflammation superficielle du poumon, comme cela se fait habituellement.

J'employai chez cette malade un traitement antiphlogistique énergique, peut-être même trop énergique, parce que je croyais avoir affaire à une pleuro-pneumonie. La malade tomba dans un collapsus dont il me fut impossible de la tirer. J'en fis l'autopsie. Ayant constaté jusqu'à la fin de la maladie le crépitus dont je vous parle, je cherchai avec tout le soin possible la pneumonie superficielle : nulle trace; le poumon était en partie revenu sur lui-même; comprimé par un épanchement fort étendu et qui l'entourait par trois de ses faces ainsi qu'en haut et en bas. Malgré les recherches les plus minutieuses, ce poumon, réduit à peu près à moitié de son volume, ne me présenta aucune lésion inflammatoire, pas même de coloration morbide. Ai-je besoin de vous dire que cette inflammation n'a pas disparu pendant l'agonie? Le temps est passé de ces phlegmasies qui trouvaient dans la mort un résolutif tellement parfait qu'après avoir existé *évidemment* pendant la vie, elles cessaient complètement d'être visibles à l'autopsie. Ces sortes de disparition pouvaient être un argument spécieux dans la bouche de Broussais, mais aujourd'hui on n'y voit plus qu'une simple erreur de diagnostic. Donc, au lieu de conclure à une disparition fantastique de la pneumonie, je crus seulement qu'il y avait lieu de rechercher si dans la pleurésie on ne trouverait pas quelquefois un crépitus semblable à celui de la pneumonie. Des observations ultérieures ont confirmé ce premier fait.

A cela se présentait une objection théorique que vous n'avez pas manqué de vous faire depuis que je vous parle; la voici : le crépitus est un râle; or, tout râle résulte du déplacement des liquides contenus dans les bronches par l'air qui traverse ces canaux, donc le crépitus ne peut être le signe d'une pleurésie.

Cette objection est tellement sérieuse, qu'entre le premier fait que j'ai observé et la première parole que je vous ai adressée à ce sujet, j'ai laissé passer trois années, et aujourd'hui même c'est un renseignement que je vous donne et non une théorie parfaitement établie. C'est à titre de communication et non de doctrine positive, que je vous signale ces faits.

Quoi qu'il en soit, l'objection elle-même est devenue la source de nouvelles recherches, ainsi que vous allez le voir.

Il est bien vrai, me suis-je dit, que tout râle est produit par les déplacements des liquides contenus dans les bronches; mais cette vérité n'est qu'une définition du mot râle. Cette définition s'applique-t-elle au râle crépitant, que j'ai appelé précédemment crépitus en vue de l'objection. Voilà la question. Or, a-t-on la preuve positive que le râle crépitant soit dû au déplacement des liquides contenus dans les bronches? A-t-on cette preuve, oui ou non?

Eh bien! je n'hésite pas à vous dire qu'on ne l'a pas. Nul ne peut aujourd'hui établir scientifiquement la cause physique du râle crépitant.

Voici l'opinion de Laënnec : « Outre la crépitation, ce râle porte avec lui une sensation d'humidité bien marquée. On sent évidemment que les cellules pulmonaires contiennent *un liquide à peu près aussi ténu que l'eau*, et qui n'empêche pas l'air d'y pénétrer. Cette espèce de râle, au reste, une des plus importantes à connaître, est très facile à distinguer, et il suffit de l'avoir entendu une fois pour ne pouvoir plus s'y tromper. Il est le signe pathognomonique de la *péripneumonie au premier degré. Il cesse de se faire entendre dès que le poumon a acquis la dureté hépatique*, et reparaît lorsque la résolution se fait. »

Examinons les trois assertions de Laënnec :

1° *On sent évidemment que les cellules pulmonaires contiennent un liquide à peu près aussi ténu que l'eau.*

En vain je me demande le sens de cette proposition. Laënnec affirme que l'*on sent évidemment...* Or personne n'a jamais vu dans la pneumonie ce que l'on appelle les cellules pulmonaires contenir *un liquide à peu près aussi tenu que l'eau.* De quelle évidence s'agit-il donc? A coup sûr, ce n'est pas celle qui résulte de l'observation directe et du témoignage des sens. Passons outre.

2° *Ce râle est le signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré.*

Or, qu'est-ce que la pneumonie au premier degré? *Incedo per ignes...* Oui, qu'est-ce que la pneumonie au premier degré? Peut-être allons-nous rencontrer un état mal défini. En effet, le premier degré de la pneumonie est l'*engouement.* Or, que n'appelle-t-on pas engouement pulmonaire? Toutes les fois qu'on ne sait comment caractériser une lésion du tissu pulmonaire, on dit qu'il y a *engouement.* Par conséquent nous ne devons nous arrêter qu'à l'engouement qui appartient à la pneumonie franche, et en constitue le premier degré. Or, voici la description de Laënnec :

« Dans le premier degré, le poumon, plus pesant qu'il ne l'est ordinairement, présente à l'extérieur une couleur livide ou violacée, et une fermeté beaucoup plus grande que dans l'état sain. Il cède à la pression, et en conserve la marque à peu près comme un membre infiltré. Lorsqu'on le coupe, son tissu paraît d'un rouge de sang ou livide, et tout infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente, spumeuse et trouble, qui coule avec abondance de la surface des incisions. On distingue cependant encore très bien la texture alvéolaire et en quelque sorte spongieuse du poumon. Quelques points seulement, plus fermes et plus compactes, indiquent le passage du premier au second degré de la pneumonie; c'est cet

(1) MM. de Castelnau, Ducret, Bigot, les docteurs Filugelli, Tournié, Morel étaient présens à cette autopsie.

---

laquelle on peut loger le pouce; la main formait un angle sur l'avant-bras. En tirant sur les doigts la luxation se réduisit avec la plus grande facilité, dont tous les signes disparurent complètement. M. reposa de suite sa main sur l'oreiller, mais dans ce moment la luxation se reproduisit de nouveau. Je fis préparer alors deux attelles, celle de dessous plus longue que celle de dessus et élargie à son extrémité pour soutenir la main et les ayant garnies de linges, je réduisis de nouveau la luxation avec la plus grande facilité, et, ayant fait soutenir le membre par deux aides, j'appliquai mes attelles comme dans les fractures de l'avant-bras. M. avait de la fièvre : je lui pratiquai une saignée; il fut mis à la diète. Tous les trois jours, dans les premiers temps, je serrai le bandage à mesure qu'il se relâchait; plus tard j'y touchai moins souvent; mais je n'ai cru l'articulation assez solide que le quarante-cinquième jour pour pouvoir retirer l'appareil. Le poignet était encore engorgé et les doigts raides. Ce n'est que trois ou quatre semaines plus tard, en pratiquant quelques frictions, que M. a recouvré l'usage de son membre. Chez ce malade j'ai examiné avec la plus grande atteotion les os de l'avant-bras, et comme le gonflement ne passait pas les saillies qui les terminent, j'ai pu me convaincre qu'il n'existait aucune fracture de ces os.

Incontinence d'urine guérie par les vermifuges. — Un enfant de sept ans est pris subitement de coliques assez vives qui ont duré une demi-heure eoviron, après quoi il eut une sueur très copieuse et froide. Le lendemaio, il ne paraît pas malade; il va à l'école, joue et mange comme à son ordinaire. Il continue toujours de bien se porter : mais la mère s'aperçoit qu'il urioe dans ses vêtements. Il reste dans cette position peodant quinze jours, urinant sans s'en apercevoir; ses vêtements étaient continuellement imprégnés d'urine. Il ne présentait d'ailleurs aucun signe de maladie; le ventre était mou et indolent : seulement, il avait de temps à autre quelques petites coliques vers le nombril. Le malade avait les pupilles un peu dilatées. Pensant qu'il avait des vers, et ne trouvant aucune cause à sa maladie, je lui fis prendre deux doses assez fortes de *semen contrà.* Il rendit plus de trente lombrics très longs et volumineux, et fut guéri dès le jour même de son incontioence d'urine.

Prurigo chez un enfant de quatre ans, ayant occasionné des accidents graves toutes les fois qu'on a voulu le guérir. — Un enfant de quatre ans, très fort, d'une bonne santé, mais d'une constitution lymphatique, est atteint depuis l'âge de dix-huit mois, de prurigo s'étendant à toute la surface du corps : les papules sont grosses comme des têtes d'épingles. Il se porte bien, vient très bien; mais il a des démangeaisoos, des cuissons très vives qui le forcent, surtout la nuit, à se déchirer le corps avec ses ongles. Ses parents l'ont fait voir à plusieurs médecins. On a essayé, pour le guérir, des médications très variées. On est parvenu à le guérir momeotaoément plusieurs fois. Mais chaque fois qu'on a fait disparaître l'inflammation papuleuse, l'enfant est tombé malade; il a été pris de fièvre, de bouffissure par tout le corps, de la perte d'appétit, d'oppression et de toux. Ces accidents duraient quelques semaines, et disparaissaient avec une nouvelle apparitioo de prurigo. Enfin, on a pris le sage parti de ne plus lui faire de remèdes.

Dangers d'accoutumer les enfants à se servir du bras droit, plus souvent que du bras gauche. — Il y a long-temps qu'un philosophe a dit que le bras gauche n'était pas moins que le bras droit, que l'un était aussi ooble que l'autre; malgré cela on accoutume toujours les enfants à se servir du bras droit; outre la maladresse qu'acquiert le bras gauche, chose très gênante pour tous les ouvrages maouels, la santé des individus se trouve, suivant moi, altérée de cette habitude contre nature. Tout le membre, ou plutôt toute la moitié de l'individu acquiert un grand développement, une grande force proportionnelle à l'autre côté. Si on examine le corps d'un individu se livrant habituellement à des travaux pénibles, car c'est surtout dans cette classe d'hommes que la différence est sensible, on voit combien le côté gauche du corps est rapetissé; ce qui fait comme deux moitiés de corps, de forme et de stature différentes qui auraient été ajoutés l'une à l'autre pour en former un individu. L'espèce d'atrophie relative du côté gauche a fait croire et fait croire encore tous les jours à certains médecins que les individus ont eu des épanchements pleurétiques, car le côté droit hypertrophié rend les individus bossus. Je suis convaiocu que si l'on comptait un grand nombre de bossus, on trouverait presque toujours la bosse à droite. On sait qu'il y a fort peu de personnes qui ne portent une gibbosité plus ou moins saillante.

Outre les désagréments extérieurs, l'habitude dont je parle fait que le poumon droit contenu dans une cavité plus vaste fonctionne beaucoup plus que le gauche; de là les inflammations plus fréquentes, tandis que le gauche dont l'énergie fooctionnelle est moiodre, est plus sujet aux inflammations chroniques tuberculeuses. Mais c'est pour le bassin surtout que l'habitude de se servir du bras droit, exclusivement pour les fonctions importantes, a des conséquences fâcheuses. Le côté droit du bassin n'acquiert pas toujours, comme la poitrine, une grande ampleur relative. La jeune fille qui se sert du bras droit pour porter un fardeau, l'appuie habituellement sur sa hanche droite. De là le refoulement lent de cette partie dans l'intérieur; ce qui occasionne le rétrécissement du bassin beaucoup plus fréquent à droite qu'à gauche, et qui dans le jeune âge se forme imperceptiblement sans douleur pour les individus, de la même manière que les sauvages de l'Amérique aplatissent la tête des enfants des classes nobles en les mettant coucher dans des auges étroites, où elle ne peut se développer que de haut en bas.

état que Bayle a désigné sous le nom d'engouement du poumon. »

D'après cette description, je crois que Laënnec n'a pas plus parlé de la pneumonie franche et légitime, que de toute autre maladie dans laquelle on observe l'engouement pulmonaire, par exemple, des fièvres. On peut en avoir la preuve dans ce qu'il dit au sujet de la durée de la pneumonie. « J'ai vu, dit-il, plusieurs fois l'engouement persister pendant sept à huit jours, envahir la totalité d'un poumon et une partie de l'autre, et amener la mort avant qu'aucun noyau hépatisé considérable ne se fût encore formé. *Ce cas était très commun dans l'épidémie de* 1803 *à* 1804, *connue sous le nom de* GRIPPE, et se rencontrait également chez des sujets qui avaient été beaucoup saignés, et chez d'autres qui ne l'avaient point été du tout. On trouve deux exemples semblables dans le recueil de M. Andral. » (Cl. méd., t. II, obs. 8 et 9.)

Que conclure de tout cela, si ce n'est que le premier degré de la pneumonie franche est confondu par Laënnec lui même avec les lésions de la grippe et des fièvres. Car l'une des observations de M. Andral qu'il cite, est un cas de rougeole, et l'autre est un cas fort obscur qui n'a point la marche de la pneumonie. Or, dans l'engouement des fièvres, on n'entend point le râle crépitant, mais bien le râle muqueux, le sous-crépitant. Par conséquent, il est fort difficile de souscrire à la seconde assertion de Laënnec : le râle crépitant est le signe pathognomonique de la *pneumonie au premier degré*. Car c'est en réalité dire que le râle est le *signe pathognomonique d'un état anatomique que l'on connaît fort peu*; ce qui n'a pas de sens.

3° *Le râle crépitant cesse de se faire entendre lorsque le poumon a acquis la dureté hépatique.*

Ce qu'il y a de certain, c'est que ce râle s'entend en même temps que le souffle tubaire dans les grandes inspirations. Or, dans ce cas, où est le liquide ténu comme de l'eau qui serait la cause du râle ?

Vous voyez que la cause physique du râle crépitant n'est point scientifiquement établie par Laënnec : elle ne l'a point été non plus par ses successeurs.

Nous pouvons donc nous demander si cette crépitation ne résulte point simplement du déploiement des dernières ramifications bronchiques indurées par l'inflammation pour la pneumonie, et du déploiement de la plèvre rétractée par l'inflammation dans la pleurésie.

Voilà deux conjectures que des faits ultérieurs viendront confirmer ou renverser. Je vous le répète, ce ne sont point des travaux achevés, mais des recherches auxquelles nous nous livrons, et auxquelles nous vous engageons à vous livrer comme nous.

De la pneumonie bilieuse de Stoll.

Vous n'êtes pas arrivés à ce point de vos études médicales sans avoir entendu parler de la pneumonie bilieuse de Stoll, de cette pneumonie extraordinaire *que l'on met dans le bassin des malades à l'aide d'un ou deux émétiques*. Vous avez certainement entendu raconter ces merveilles; mais je doute fort que vous ayez jamais rencontré dans les salles des hôpitaux des cas qui répondissent à cette soi-disant maladie, que Stoll serait bien étonné lui-même d'entendre décrire comme on le fait. En effet, pour les uns, la pneumonie bilieuse de Stoll est caractérisée par des vomissements spontanés; pour d'autres, par des nausées, l'enduit jaunâtre de la langue et l'amertume de la bouche; pour certains, il faut une teinte un peu jaunâtre du pourtour des lèvres; enfin, il en est qui ont cherché à caractériser la pneumonie bilieuse de Stoll par la présence de la matière colorante de la bile dans les urines. Or, avant de chercher les caractères de la pneumonie bilieuse de Stoll, il me semble qu'il est convenable de rechercher si Stoll donnait ce nom à une pneumonie véritable, à la fluxion de poitrine; car, pour qu'il y ait pneumonie bilieuse, il faut, avant tout, qu'il y ait pneumonie. Or, dans la Médecine pratique de Stoll, vous verrez que, sous ce nom, il décrit la fièvre typhoïde avec prédominance du catarrhe pulmonaire que l'on rencontre habituellement dans le cours de cette maladie. S'il s'agit de fièvre typhoïde, il ne s'agit pas de pneumonie. Ne vous torturez donc jamais l'esprit pour retrouver cette pneumonie qui se met dans le vase du jour au lendemain, à l'aide de l'émétique.

Comparez, au contraire, la description que Stoll donne de la maladie qu'il nomme pleurésie ou pneumonie bilieuse épidémique de 1776, avec le malade couché au n° 34, et qui offre un exemple de fièvre typhoïde, forme commune, avec prédominance du catarrhe pulmonaire, et vous trouverez une identité frappante. Vous en avez déjà observé plusieurs exemples avec nous. Pouvons-nous profiter, pour ces malades, du traitement proposé par Stoll? Je suis loin d'être fixé moi-même à cet égard. En pareille circonstance, si l'indication des vomitifs était formellement accusée par ce concours de phénomènes qui constitue *l'état bilieux*, je remplirais l'indication; mais autrement, je m'abstiendrais.

Vous voyez combien la nosologie domine la thérapeutique, et à quelles erreurs on pourrait être amené par des synonymies vicieuses. On demande quelquefois à quoi servent les doctrines, les théories : eh bien, ne servissent-elles qu'à classer les maladies de manière à rendre le diagnostic possible, et par conséquent à empêcher d'appliquer à la pneumonie ce qui est dit de la fièvre typhoïde, et ainsi pour la plupart des maladies, que vous les jugeriez avec nous comme la base de toute pratique.

Du musc dans la méningite symptomatique.

Je vous ai déjà entretenus du malade couché au n° 8 bis de la salle Sainte-Madeleine, et qui a été aussi affecté de fièvre typhoïde avec prédominance du catarrhe pulmonaire dès le début de la maladie. Vous vous rappelez que, pour remplir les indications, nous avons prescrit à ce malade quelques saignées. Sous leur influence, l'état de la poitrine s'est amélioré sensiblement; mais il est survenu de la typhomanie, puis du délire continu. La fièvre est toujours intense. Or, que nous indiquait ce délire, sinon une des affections les plus communes de la fièvre typhoïde? je veux dire la méningite circulaire, commune à la pie-mère et à la superficie des circonvolutions cérébrales. Cette méningite est ordinairement répandue en cercle autour de la base des hémisphères cérébraux, plus prononcée habituellement à la partie antérieure et à la partie moyenne qu'en arrière, et elle s'arrête à la convexité des hémisphères, qu'elle n'atteint pas sans donner lieu à quelques phénomènes de trismus ou de renversement de la tête en arrière. C'est une affection souvent redoutable. Chez notre malade, elle a présenté une intensité digne de toute notre attention. Devions-nous, en pareil cas, recourir de nouveau aux émissions sanguines? Mais les forces vitales ne nous le permettaient pas. Le pouls avait perdu sa plénitude, et la dureté avait fait place à la mollesse. Enfin, nous avions encore un temps assez long à parcourir avant d'arriver à la convalescence, deux ou trois septenaires peut-être; car vous savez que la forme commune grave de la fièvre typhoïde est de trois à six ou sept septenaires. Il faut donc ménager les malades qui en sont atteints. Nous avons eu recours à une médication qui compte déjà beaucoup de succès dans les cas de délire fébrile ou de méningite circulaire, ce qui pour nous est une seule et même affection. Nous avons administré le musc à la dose de 40 centigr. d'emblée, et nous en avons maintenu la dose jusqu'à cessation complète du délire. Celui-ci s'est notablement amendé dès le début de la médication, et cette affection a marché dès ce moment vers la résolution. Nous administrons ce médicament en potion, en raison de la difficulté que l'on a à faire avaler des pilules à des malades qui délirent, et chez lesquels la déglutition peut être embarrassée par l'état de la langue et l'incohérence des mouvements musculaires.

Qu'avons-nous fait pour ce malade? Peu de chose encore. La maladie marche toujours. Nous devons nous attendre à de nouvelles affections, peut-être plus graves que celles dont nous avons triomphé jusqu'ici. Nous avons paré au danger le plus imminent, en dirigeant la médication contre la méningite; mais nous n'avons pas pour cela guéri la *maladie*, le principe de toutes ces affections.

HOSPICE DES INCURABLES. (Hommes.) — M. DUPLAY.

Muguet chez un vieillard.

Le 10 février 1843, un homme âgé de 75 ans, qui était à l'infirmerie depuis un mois pour y être traité d'une pneumonie de la partie inférieure du poumon droit, était en pleine convalescence, et sur le point de sortir, lorsqu'il fut pris tout à coup, sans cause connue, d'une diarrhée intense, que ni la décoction blanche de Sydenham, ni le diascordium, ni les lavements d'amidon et de pavot, ne peuvent faire cesser. En même temps il nous fait voir un érythème assez étendu des fesses et de la partie postérieure des cuisses. Le pouls, qui ne donnait la veille que 80 pulsations par minute, en donne aujourd'hui 120.

Le 11, la diarrhée persiste toujours; le pouls est petit et donne 130 pulsations; il est régulier; la face prend une couleur terne jaunâtre qu'elle conserve jusqu'au dernier instant.

Les 12, 13, 14 et 15, mêmes symptômes.

Le 16, les papilles de l'extrémité de la langue se tuméfient, et bientôt tout l'organe est recouvert d'une couleur rouge vif qui, en deux jours, a envahi les autres parties de la cavité buccale.

Le 20, on commence à apercevoir à la face interne des joues et sur les bords de la langue, des petits points d'un blanc mat. Ces points se multiplient rapidement, se réunissent et forment des plaques irrégulières qui ressemblent, pour l'aspect, à une exsudation caséeuse ou crémeuse.

Le 24, toute la cavité buccale, y compris le voile du palais, la luette, les amygdales et la partie portérieure du pharynx, est d'une blancheur tellement comparable à celle du lait, qu'on peut s'y méprendre. Cette concrétion membraniforme est si abondante qu'elle occasionne une gêne considérable, et que le malade se plaint sans cesse de ce que sa bouche ne peut plus contenir sa langue. Aussi est-il bien plus occupé de demander les moyens de se débarrasser de ces *saletés*, que de faire cesser la diarrée, qui persiste avec une intensité effrayante.

Le 26, la bouche est brûlante et tellement douloureuse, que le malade ne peut plus se gargariser avec le miel rosat. En même temps, une douleur assez vive se manifeste vers la région épigastrique. Le ventre se tend et se météorise; il survient des vomissements muqueux; aucun aliment ne peut plus arriver dans l'estomac sans être aussitôt rejeté avec effort et douleur; la plus petite quantité de bouillon suffit pour produire ce résultat. La diarrhée prend un caractère alarmant; les selles contiennent du mucus, du sang, des fausses membranes; les malléoles et les talons ne sont pas ulcérés.

Le 3 avril, la bouche commence à se nétoyer; le pouls tombe à 100 pulsations; le malade est constamment assoupi; les extrémités se refroidissent; l'amaigrissement devient extrême; la face est toujours jaune et prend l'aspect de la décrépitude.

Le 8 avril, il ne reste presque plus de trace de muguet dans la bouche. Le malade est très faible; il a toujours des selles sanguinolentes, et ne peut prendre ni lait, ni bouillon sans les vomir.

Enfin, le 9, il meurt à trois heures de l'après midi, sans agonie.

Autopsie. A l'ouverture, on trouve la membrane muqueuse buccale d'un rouge vif et pointillée; les papilles de la langue sont très saillantes et semblent privées de leur épiderme. Une plaque de fausses membranes d'un blanc jaunâtre et de douze millimètres de diamètre, adhère à la base de la langue, d'où elle est enlevée facilement en râclant avec un bistouri; deux taches de même nature, et un peu plus petites, recouvrent l'amygdale gauche. Le pharynx présente les mêmes caractères que la bouche, et les fausses membranes qui le tapissaient dès le début du muguet ont disparu pendant les derniers moments de la vie.

L'œsophage présente des traces non contestables d'inflammation; sa membrane interne est rouge, injectée et tellement ramollie qu'on ne peut en détacher aucun lambeau, et qu'elle se brise sous la moindre traction; on ne peut l'enlever qu'en râclant. Dans plusieurs points de son étendue elle est recouverte de muguet qui s'y rencontre ici en zones circulaires, là en plaques irrégulières, ailleurs disséminées par petites taches de la grosseur d'une lentille; toutefois on n'en rencontre pas dans le quart inférieur de cet organe. En examinant attentivement, on trouve cinq ou six ulcérations siégeant dans la membrane muqueuse et dans les endroits où il n'existe aucune trace de fausse membrane; car il est facile, en enlevant les taches dont nous avons parlé, de s'assurer que la membrane muqueuse est parfaitement intacte, et que les ulcérations ne sont pas le résultat de l'enlèvement des taches du muguet, puisqu'elles se trouvent même là où ce dernier n'existe pas, mais le produit d'une phlegmasie dont la muqueuse des voies digestives est le siége.

Dans l'estomac, nous n'avons trouvé aucune trace de fausse membrane, mais la membrane muqueuse est rouge, pointillée et ramollie; les vaisseaux capillaires sont très développés et forment des réseaux à mailles serrées et très apparentes. On reconnaît là les traces d'une phlegmasie intense et récente.

L'intestin grêle paraît avoir échappé à ce désastre et avoir conservé son état normal; point de rougeur, point de ramollissement, point de fausses membranes.

Le gros intestin, et particulièrement le colon descendant, porte des traces d'une phlegmasie ancienne; rougeur, injection, ramollissement, épaississement, ulcérations, fausses membranes, tout s'y trouve réuni. Les fausses membranes ressemblent entièrement à celles que nous avons trouvées dans l'œsophage, et se rencontrent aussi bien sur les follicules muqueux que sur les autres points de la membrane muqueuse intestinale; du reste, ces taches sont très irrégulières et très nombreuses; au-dessous, la membrane muqueuse est intacte, et dans quelques points elle est ulcérée. Les ulcérations sont irrégulières, et ont pour base la membrane muqueuse ou le tissu cellulaire sous-muqueux.

Le rectum et le colon sont épaissis.

Les autres organes sont sains, excepté la partie inférieure du poumon droit, où on trouve un petit foyer purulent de la grosseur d'une noisette.

TRIFET,
interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 4 avril 1843. — Présidence de M. TORRAC.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Belhomme* déclare qu'il ne voit rien de bien nouveau dans le mémoire de M. Moreau, dont M. Lagasquie a fait l'analyse. Les ouvrages qui traitent spécialement de l'aliénation mentale, disent à peu près tout ce qui est dit dans ce mémoire, sans en excepter les remarques sur la rareté de la paralysie générale en Orient. C'est un fait très connu qu'il y a beaucoup moins d'aliénés paralytiques dans le midi de la France et de l'Europe, que dans le nord.

On a comparé, ajoute M. Belhomme, l'action du haschich à celle des alcooliques. Cette comparaison n'est pas exacte. En effet, le premier agit uniquement sur les fonctions intellectuelles du cerveau, tandis que les seconds étendent leur action au système musculaire. Leur usage produit une sorte d'empoisonnement sur le cerveau et sur la fonction du cerveau qui préside à la contractilité. On aurait dû, suivant M. Belhomme, insister davantage sur ces différences.

— M. le docteur *Baraduc*, ancien interne des hôpitaux, écrit pour solliciter son admission dans la Société, et adresse un mémoire sur les luxations de la clavicule et sur les plaies pénétrantes des articulations. (Commissaires : MM. Gaide, Collomb et Géry.)

— *M. Belhomme* fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : Essai sur l'idiotie. (M. Moreau est désigné pour en rendre compte.)

— *M. Aubert* offre également à la Société un mémoire sur la prophylaxie générale de la peste. (Rapporteur : M. Desrivières.)

— *M. Ed. Louis* fait un rapport favorable sur la candidature de M. Gratiot, et analyse une observation de paraplégie traumatique envoyée par ce médecin à l'appui de sa demande d'admission.

M. Gaide. Il est dit dans le rapport qu'il y a eu contusion de la moelle épinière, sans lésion de la colonne vertébrale. Comment le diagnostic a-t-il été établi dans ce cas, car c'est généralement une chose assez difficile?

M. Louis. Il est vrai que l'observation manque de détails suffisants à cet égard. Mais M. Gratiot n'ayant vu le malade pour la première fois que six mois après la chute qui a déterminé la paraplégie, a dû se contenter des renseignements qu'il en a obtenus.

M. Félix Legros demande si le malade a eu des érections.

M. Louis. L'observation n'en fait pas mention; mais ayant eu occasion de voir moi-même le malade, je l'ai interrogé sur ce point, et voici ce qu'il m'a appris : Quelques jours après l'accident, il a eu des érections, mais qui n'ont été ni fréquentes, ni incommodes; depuis, il a continué d'en avoir à peu près comme dans l'état normal. Il peut accomplir le coït, et il perçoit la sensation voluptueuse qui accompagne cet acte, mais d'une manière moins exquise, et comme à travers un voile. En outre, il prétend que le coït n'est pas suivi d'éjaculation. Peut-être se fait-il illusion à cet égard. En effet, les testicules ne sont point atrophiés, et rien n'explique comment, l'acte matériel pouvant être accompli, le sperme ne serait pas excrété. Il est possible que, la sensibilité étant émoussée, le malade n'ait pas la conscience de cette partie de l'acte vénérien; il est possible encore qu'il n'y ait pas en effet d'éjaculation à proprement parler, et que la liqueur séminale sorte ensuite en bavant, à l'insu du malade. Quoi qu'il en soit, et pour répondre à la question de M. Legros, il résulte des renseignements donnés par ce malade, qu'il n'a pas été sujet à des érections morbides.

M. Legros dit qu'il a toujours observé les érections dans les cas de ce genre. Actuellement encore, il soigne un paraplégique qui est tourmenté par les érections, malgré le camphre à l'usage duquel il l'a soumis. Quant au défaut d'éjaculation chez le malade dont il vient d'être question, M. Legros fait observer qu'il peut dépendre encore de ce que le sperme, comme il arrive quelquefois en pareil cas, rétrograde vers la vessie, au lieu d'être porté au dehors.

M. Ségalas rappelle les expériences qu'il a faites sur des cabiais, et qui établissent le rapport qui existe entre la moelle épinière et le phénomène de l'érection. En effet, après avoir ouvert le crâne de ces animaux à la partie postérieure, et constaté que la destruction du cerveau dans ce point, reste sans influence sur les organes génitaux, si un fait pénétrer un stylet à travers le trou occipital, le long de la cavité rachidienne, on voit à l'instant l'érection se manifester, et bientôt aussi l'éjaculation elle-même a lieu. M. Ségalas demande ensuite à M. Legros s'il a vu guérir dans les hôpitaux des malades atteints de paraplégie traumatique.

M. Legros répond qu'il ne se rappelle pas en avoir vu périr un seul.

M. Ségalas dit qu'il a fait cette question, parce que le malade de M. Gratiot est le second qu'il voit survivre à l'affection dont il s'agit. Le premier, il l'a vu avec M. Leroux, de Rennes. Ce médecin avait eu soin d'élever son malade à l'aide d'un lit mécanique, de manière à empêcher la pression du sacrum, et à prévenir ainsi la formation d'escarrhes dans ce point. De ces faits, M. Ségalas conclut que, dans les hôpitaux, ces sortes de malades meurent probablement par défaut de soins, par la mauvaise position qu'ils sont obligés de garder, laquelle détermine de profondes escarrhes à la région lombaire; enfin, et peut-être aussi par suite des accidents qu'entraîne le séjour continuel de la sonde dans la vessie.

Après cette discussion, l'élection du candidat est mise aux voix et adoptée.

— *M. Amédée Latour* fait un rapport sur la proposition de M. Aubert, relative à la création d'un Bulletin général des Sociétés médicales de France. (Nous publierons ce rapport.)

M. Aubert répond que son intention, en faisant sa proposition, avait été surtout de mettre à l'étude la question qu'elle renferme. Le rapport de M. Latour lui prouve que cette question a été en effet étudiée par la commission nommée pour l'examiner. C'est tout ce qu'il désirait.

—*M. Desrivières* a la parole pour une communication. Dans l'avant-dernière séance, dit il, j'ai lu quelques propositions sur la peste. On a désiré que la question fût plus longuement examinée. J'ai tâché de remplir ce vœu de la Société, et c'est le résultat de mes nouvelles recherches que je viens vous exposer aujourd'hui.

M. Desrivières annonce qu'il s'est procuré des documents officiels auprès de M. Ségur-Duperron, du ministère du commerce, et que ces documents ont servi de base au mémoire qu'il va lire, et dans lequel, fort des nouvelles preuves qu'il a acquises, il se propose de traiter *de la contagion de la peste*, par rapport à nous, Européens, *de son temps d'incubation* et *de l'utilité des quarantaines*. Pour cela, il pose les questions suivantes qu'il développera successivement :

1° L'Égypte est-elle le foyer naturel de la peste?

2° Y a-t-il d'autres foyers secondaires?

3° A quels états divers la peste s'y montre-t-elle; mais surtout sous quelle forme vient-elle à nous?

4° Quelles sont les voies de communication entr'eux des points principaux du bassin de la Méditerranée?

5° En quoi consistent et où se trouvent les dangers de ces communications?

6° Quel est le temps d'incubation de la peste?

7° Quelles sont et quelles devraient être les quarantaines?

Après avoir énergiquement repoussé, dans un préambule, les attaques dirigées par M. Aubert contre les partisans de la contagion, M. Desrivières aborde son sujet, et, discutant longuement la première question, il arrive à conclure que l'Égypte est le foyer naturel de la peste, et cela, dit-il, d'après les preuves récentes, authentiques et officielles qu'il a entre les mains, d'après les historiens de tous les âges, etc.

M. Desrivières suspend ici, pour la continuer à une autre séance, la lecture de son mémoire, que l'heure avancée ne lui permet pas d'achever. Mais il déclare d'avance qu'il résulte de ses recherches que la peste est contagieuse, que son temps d'incubation, bien que renfermé habituellement dans une période assez courte, est cependant très variable, et que, sauf les modifications que le temps, l'expérience et la science pourront y apporter par la suite, les quarantaines doivent être maintenues, moins longues, si l'on veut, mais plus sévères, plus rigoureuses, et par conséquent plus efficaces.

M. *Aubert*. Je ne veux rien répondre à ce que vient de vous lire et de me dire M. Desrivières, attendu qu'il n'a vu la peste que dans les livres, et qu'il n'a jamais visité les pays où règne cette maladie. Je soutiendrais volontiers une discussion avec M. Lagasquie, car il a été en Orient étudier la peste, et son opinion, quoique différente de la mienne, s'est formulée sur les lieux. Quant à M. Desrivières, je ne puis le regarder comme compétent dans cette question. Mais d'ailleurs il ne s'agit plus aujourd'hui d'entamer une discussion scientifique; ce serait une chose oiseuse qui ne mènerait à aucun résultat. Que la peste soit contagieuse ou non, qu'importe? Lorsque l'Angleterre et l'Autriche ont aboli leurs quarantaines, et que la France a gardé les siennes, ce qu'il faut savoir, c'est si les quarantaines sont utiles ou non, et cela non au point de vue scientifique, mais au point de vue pratique. Tandis que nous perdons le temps en vaines discussions, nos voisins agissent et abolissent leurs quarantaines, mesure de laquelle est résulté, pour l'année 1842, sur les voyageurs d'Orient, un déficit de plus d'un million de francs au détriment de la France. La question de la peste est donc devenue désormais une question internationale, une question de fait et d'action.

M. Aubert donne ensuite lecture d'une pétition qu'il vient d'adresser à la chambre des députés, et dans laquelle, après avoir présenté un tableau comparatif du nombre de jours nécessaires pour se rendre de Constantinople et d'Alexandrie à Paris, soit directement, soit en passant par l'Angleterre si l'on vient d'Alexandrie, et par l'Allemagne ou l'Angleterre, si l'on vient de Constantinople, il montre que, par suite de nos lois sanitaires, les lignes autrichienne et anglaise offrent sur la ligne française un avantage de temps qui doit les faire préférer à cette dernière; et que c'est à cette cause qu'il faut attribuer le déficit éprouvé par nos paquebots de la Méditerranée. Il conclut de ces faits que, si l'Angleterre et l'Autriche ont eu raison de déchirer le contrat sanitaire de l'Europe, la France a tort de l'observer puisqu'il lèse ses intérêts, et que, si ces deux puissances ont tort, nous devons réclamer au nom de la santé de l'Europe compromise, et demander l'exécution du contrat. Cependant ses recherches en Orient et dans les lazarets le portant à croire qu'elles ont agi avec raison, que par conséquent elles ne céderont pas, et diront au contraire à la France de progresser comme elles, il propose à la chambre une modification des quarantaines qui, tout en rassurant les esprits sur la crainte de la peste, restituerait à la ligne des paquebots français, sur les lignes anglaise et autrichienne, l'avantage de temps que comporte une moindre distance parcourue. « Cette réforme, dit M. Aubert en terminant sa pétition, est le seul moyen d'enlever à l'Angleterre et à l'Autriche, les bénéfices de temps et d'argent qu'elle ont usurpés, et de rendre à la France les avantages de sa position géographique, commerciale et politique; enfin l'expérience et les faits qui servent de base à ma proposition donnent à l'Europe toute garantie contre l'importation de la peste. »

Le secrétaire-général, Enouarn Louis.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sirop de salsepareille ioduré.

Pr. Sirop de salsepareille,	500 grammes.
Iodure de potassium,	16 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

L'iodure de potassium est, comme on sait, en très grande vogue, depuis plusieurs années, contre les symptômes tertiaires de la syphilis, et de nombreux cas de succès attestent déjà son efficacité dans cette période ultime de la maladie vénérienne, où l'on était jadis obligé de soumettre les malades à des traitements mercuriels prolongés, et trop souvent sans en obtenir des résultats bien avantageux.

Le sirop dont la formule est indiquée ci-dessus, est très employé par M. Ricord dans sa pratique particulière.

Ce médecin en fait d'abord prendre trois cuillerées à bouche par jour (le matin, à midi et le soir), puis six, puis neuf, puis douze; — dose moyenne, six cuillerées à prendre en trois fois dans le courant des vingt-quatre heures.

Chaque dose doit être prise dans un verre de décoction de feuilles de saponaire, de houblon ou de squine. (*Gazette de Santé.*)

Emploi de l'acétate de plomb contre le choléra sporadique.

M. le docteur Treumann, de Freienwalde, a trouvé dans l'acétate de plomb associé à la strychnine pure, un moyen de faire cesser instantanément les vomissements symptomatiques du choléra sporadique, et d'amener promptement la guérison de cette maladie. Toutefois, la sécrétion urinaire ne se rétablit, le plus ordinairement, qu'au bout de quarante-huit heures.

M. le docteur Steinback, de Brandebourg, vante, dans la même affection, l'acétate de plomb administré dans une solution de tannin pur. Il regarde surtout cette combinaison comme spécialement indiquée dans les cas où un ramollissement de la membrane muqueuse du conduit gastro-intestinal fait la base de la maladie.

(*Medicinisch Zeitung*, 1843.)

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez cru devoir insérer dans votre numéro de jeudi 25 mai une lettre de M. Gardembas. Comme vos abonnés, qui ne connaissent point ce libraire, pourraient être induits en erreur par ses assertions, je vous prie d'insérer, dans votre prochain numéro, la réponse suivante. Je vais me borner à transcrire un extrait du rapport de M. Jules Renouard, arbitre rapporteur nommé par le tribunal de commerce : « J'ai interrogé M. Locquin, imprimeur, et M. Miquel sur les faits qu'ils ont dû connaître. M. Locquin m'a confirmé que sa déclaration, faite préalablement à l'impression à la Direction de l'imprimerie et de la librairie, ne portait effectivement le nombre du tirage qu'à 4000 exemplaires, conformément aux instructions premières de M. Gardembas ; mais il assure que c'est bientôt après, et avant tout commencement d'impression, que M. Gardembas lui a donné l'ordre de porter le tirage à treize rames par feuilles, passes comprises. D'après les registres de M. Locquin les feuilles 2 et 3 ont été tirées dans la première quinzaine de novembre et les feuilles 4 à 7 dans la seconde quinzaine du même mois, et le reste du volume, y compris la première feuille restée en arrière, dans le courant de décembre. M. Miquel paraît certain que les premiers pourparlers entre lui et M. Gardembas ont eu lieu dans les premiers jours de décembre, et il affirme que c'est le 17 de ce mois que leurs conventions ont été définitivement arrêtées. Il se rappelle que M. Gardembas, lors des premières ouvertures, lui donna communication d'une notable portion du volume qui était déjà imprimée. Le Formulaire a été mis en vente le 23 décembre.

» Ainsi tombe l'allégation de M. Gardembas, que ce serait après avoir fait part à M. Bouchardat de ses négociations avec M. Miquel, que faculté lui aurait été donnée de tirer 2000 exemplaires de plus, tandis qu'il paraît hors de doute que c'est avant d'avoir eu aucun rapport avec M. Miquel, et avant qu'une seule feuille du Formulaire ait été tirée, qu'il a ordonné le tirage de 6000 exemplaires au lieu de 4000.....

» De tout ce qui précède il me paraît résulter que c'est au mépris de ses engagemens, sans avoir en aucune manière obtenu l'assentiment de M. Bouchardat, que M. Gardembas a porté à 6000 exemplaires le tirage de la première édition du Formulaire.....

» Je n'hésite pas à dire que la conduite de M. Gardembas est la plus déloyale qu'un éditeur puisse tenir envers un auteur ; l'abus de confiance le plus répréhensible. De pareils exemples sont heureusement fort rares ; mais lorsqu'il en est de signalés à la justice, peut-elle user avec trop de sévérité des moyens que la loi met en son pouvoir pour arriver à leur répression? Je ne le pense pas. »

Je n'ai qu'un mot à ajouter. MM. les juges du tribunal de commerce, M. le président, et MM. les conseillers de la Cour royale, ont sanctionné l'opinion de l'honorable arbitre rapporteur. J'espère que vos lecteurs l'adopteront aussi.

J'ai l'honneur, etc., Bouchardat.

Paris, 26 mai 1843.

La 2e livraison de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, contenant la suite des Maladies des Femmes, est en vente au Bureau du Journal.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 MAI 1843. (16e ANNÉE.) N. 63, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 29 MAI 1843.

Au moment où le projet de loi sur les patentes est soumis au Parlement, nous nous proposions de traiter la question dans l'espoir que quelque chose en arriverait jusqu'aux législateurs; mais à la lecture du rapport de la commission de la Chambre des Députés, la plume nous est tombée de la main. L'honorable M. Vitet a plaidé notre cause avec une éloquence, avec une supériorité qui ne nous laissait que le choix de l'analyser ou de le copier. C'est avec le talent posé et la froide impartialité de l'homme d'état, une vigueur et une condensation de faits et d'arguments irrésistibles. A mesure qu'on avance dans ce rapport, on se sent la poitrine se dilater plus librement; c'est le lourd poids de la patente qui s'en éloigne et tombe. Nous sommes à la veille de la réparation d'une longue injustice. — Lisez :

« S'il est juste d'exempter de la patente les officiers ministériels parce qu'ils sont soumis à des charges particulières qu'on peut appeler l'impôt spécial des offices, un motif de même genre ordonne d'affranchir les professions dites libérales. On peut, jusqu'à un certain point, considérer comme leur impôt spécial le sacrifice de temps et d'argent nécessaires pour acquérir soit un diplôme, soit les connaissances sans lesquelles on ne peut avec succès embrasser ces sortes de profession.

» Aussi jamais la contribution des patentes n'a-t-elle été imposée ni aux avocats, ni aux professeurs, ni aux instituteurs, ni aux artistes, ni aux acteurs, ni à aucune personne possédant un de ces arts qui s'acquièrent par de longues études, et qui s'exercent par une simple dépense d'intelligence et d'activité.

» Toutefois, il est une exception qu'on a peine à s'expliquer, une profession qui remplit au plus haut degré les conditions auxquelles l'exemption de la patente semble toujours attachée; la profession de médecin n'a jamais joui, jusqu'à présent, de cette exemption, dans des cas où elle lui était accordée en échange de service public et gratuit.

» Cette anomalie ne peut se comprendre que quand on remonte à l'époque où fut organisé le système des patentes, et quand on examine ce qu'était alors la profession de médecin. Depuis 1792 jusqu'en ventôse an XI, il fut permis à tout homme, fût-il sans études, sans lumières, sans instruction, d'exercer la médecine à la seule condition de se faire délivrer une patente qu'on accordait indifféremment à tous ceux qui se présentaient pour l'obtenir.

» Ici nous ne pouvons que répéter ce que nous disions tout à l'heure à propos des officiers ministériels. Quand une profession est ouverte à tout venant, la patente n'est pas seulement légitime, elle est nécessaire ; mais quand la profession est soumise à des règles, à des conditions ; quand il n'est plus loisible d'y pénétrer comme on veut, soit parce que l'exercice n'en est confié qu'à un nombre limité de personnes, soit parce qu'il y a des épreuves de capacité à subir, alors la patente ne peut être demandée que par une sorte de méprise, par un mal-entendu et un oubli des principes sur lesquels repose cette nature d'impôt.

» Il suit de là que les médecins auraient dû être exemptés de la contribution des patentes, à dater du jour où la loi de ventôse an XI vint rétablir la médecine dans son état normal. Mais tandis que la loi sur le notariat tranchait explicitement la question, la loi sur la médecine se contentait de n'en point parler ; son silence, il est vrai, provenait peut-être moins d'un oubli que de l'idée que l'exemption étant de droit, elle devait être tacite. Ce qui me semble le prouver, c'est que dans la même année, le 21 germinal, une autre loi institua la pharmacie, et que dans cette loi il fut dit que les pharmaciens paieraient patente. Quoique soumis à des règles d'admission, les pharmaciens sont, avant tout, marchands de médicaments. Le caractère libéral de leur profession n'est qu'accessoire ; tandis que les médecins, depuis la loi de l'an XI, n'ont pas même le droit de vendre un médicament, et exercent une profession purement et exclusivement libérale. On pourrait donc prétendre que la loi de germinal était une sorte de commentaire de la loi de ventôse; que le silence de l'une s'expliquait par les paroles de l'autre ; et que puisqu'il fallait dire que les pharmaciens étaient patentables, c'est qu'il allait sans dire que les médecins ne l'étaient pas.

» Néanmoins, depuis cette époque ils ont toujours été et sont encore patentés; mais ils n'ont pas cessé de faire les plus vives protestations. Ils demandent avec raison pourquoi les avocats jouissent d'une immunité qui leur est refusée. Quelle est, en effet, la différence entre le diplôme d'un avocat et celui d'un médecin ? Si l'on compare la durée des études, le nombre des épreuves, la longueur du noviciat, c'est plutôt au médecin que l'exemption paraîtrait due.

» Pour justifier la préférence que le projet de loi accorde aux avocats, l'exposé des motifs se fonde sur ce qu'ils n'ont pas d'action comme les médecins pour le paiement de leurs honoraires ; mais cette interdiction ne résulte d'aucune loi, c'est une mesure de discipline intérieure à laquelle on ne sait que trop qu'il est aisé de se soustraire. On ne peut donc s'appuyer sur un tel motif pour exempter les uns et imposer les autres.

» Il n'y a pas de milieu, selon nous : il faut soumettre à la patente les avocats comme les médecins, ou il faut accorder aux médecins l'exemption qui est acquise aux avocats.

» Entre ces deux partis, nous ne pensons pas que vous puissiez hésiter. Si vous demandiez une patente à l'avocat, vous devriez nécessairement en demander une à l'artiste et à quiconque exerce une profession libérale. Toute distinction serait arbitraire et injustifiable; il vous faudrait imposer en masse les uns comme les autres. Or, indépendamment des difficultés d'une telle entreprise, il est encore un motif pour ne pas assujétir à la patente ces sortes de professions ; c'est qu'il est presque impossible de distinguer ceux qui les ont embrassées sérieusement, de ceux qui ne les exercent que nominalement. Personne ne fait du commerce ou de l'industrie en amateur ; tandis qu'on peut très bien être avocat, artiste, médecin *même*, sans plaider une cause, sans vendre un tableau, ou sans voir un malade.

» Comment sortir de ce dédale ? Comment trouver des conditions équitables pour appliquer l'impôt ? N'est-il pas plus simple, plus naturel et plus juste, de réparer la longue erreur commise envers les médecins ? Déjà en 1826, le gouvernement, par l'organe de M. Cuvier, reconnaissait devant la Chambre des pairs que cette erreur devait avoir un terme, et peu s'en fallut que les Chambres ne consacrassent alors l'exemption que nous demandons de prononcer aujourd'hui.

» La seule considération qui pourrait contre-balancer tant de raison d'équité, serait l'intérêt du trésor. Sans doute en exemptant les médecins vous renoncez à un produit que les calculs exacts faisaient monter en 1827 à 226,000 fr., et qui est aujourd'hui plus élevé sans qu'il soit possible d'en préciser le chiffre; mais s'il fallait absolument compenser cette perte, s'il fallait demander non-seulement aux médecins, mais aux avocats et à quelques autres professions libérales. »

Rapprochez de ce qui précède l'extrait des *Lettres-Patentes* données par le roi de France, le 10 août 1756, et vous verrez qu'alors aussi on savait apprécier les services des médecins et leur rendre dans la hiérarchie sociale le rang qui leur appartient. Louis XV, après avoir rappelé de la manière la plus flatteuse, les longues études, la science et le dévouement des médecins (car ils ont aussi leur champ d'honneur), etc., disait : « ..... Par ces lettres-patentes, signées de notre main, ordonnons que les maîtres en l'art et science de chirurgie des villes et lieux où ils exercent purement et simplement la chirurgie, sans aucun mélange de profession mécanique, et sans faire aucun commerce ou trafic, soit par eux ou par leur femme, seront réputés exercer un art libéral et scientifique, et jouiront en cette qualité des honneurs, distinctions et priviléges dont jouissent ceux qui exercent les arts libéraux : voulons et entendons que les dits chirurgiens soient compris dans le nombre des notables des villes et lieux de leur résidence, et qu'ils puissent à ce titre être revêtus des offices municipaux desdites villes dans le même rang que les nobles bourgeois, *défendons de les comprendre dans les rôles d'arts et métiers, ni de les assujétir à la taxe de l'industrie, et seront, lesdits chirurgiens, exempts de la collecte de la taille, de guet et garde, de corvée et toutes autres charges de ville et publiques..... Leurs élèves seront exempts de tirer à la milice.* » (Statuts et réglements généraux pour les maîtres en chirurgie, donnés à Marly, le 24 février 1730. — Paris, 1772.)

Certes, nous ne rêvons point de pareilles immunités; nous ne demandons qu'à être exemptés de la patente comme les avocats, nos anciens camarades aux écoles. Ainsi sera effacée entre eux et nous une odieuse distinction qu'ils sont les premiers, nous devons le dire à leur honneur, qu'ils sont les premiers à repousser. Nos vœux seront-ils exaucés? Nous en puisons la confiance dans les lumières et dans la haute justice du Parlement; dans l'unanimité et dans la composition de la commission. MM. Rivière de Larque, Ardant, Vitet, J. Lefèvre, le vicomte Dejean, de Sahune, Ternaux (Mortimer), Rivet et Saglio sont des hommes qui sauront défendre leur œuvre. Ils seront d'ailleurs soutenus par MM. les docteurs Bouillaud, Dezeimeris, Lanyer, Letourneux, etc., qui ont déjà fait tourner en faveur du corps qu'ils honorent et qu'ils ont dignement représenté dans cette circonstance solennelle, l'influence méritée dont ils jouissent à la Chambre. Mais ce ne sont pas seulement les médecins qui nous ont prêté leur appui ; des jurisconsultes ont même été plus loin qu'eux. M. Mirmillod a qualifié d'impôt *ignoble* la patente que nous subissons ; M. Dufaure a soutenu que la patente du médecin, c'était son diplôme; et M. Dupin aîné, dont l'autorité est si imposante, n'a pas tenu un autre langage. La Chambre sanctionnera le travail de ses commissaires; nous l'attendons de sa haute justice.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Visions. — Le haschich. — Grand émoi de l'association de prévoyance. — Intempérance de publicité.— Les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis et le successeur d'Alibert.— Un inventeur de pessaires.— Les agrégés de Paris et de Montpellier. — Motifs de demande d'une croix d'honneur.

Décidément l'époque actuelle tourne à la vision. Saint Jean l'apocalyptique, s'il vivait de notre temps, ne serait pas seulement un grand saint, mais encore un personnage éminent dans la littérature et la philosophie modernes. Pour se faire un nom dans le monde, pas n'est besoin aujourd'hui de s'appeler Voltaire ou Bossuet, de composer *la Henriade*, ou le *Discours sur l'Histoire universelle;* mais plus simplement de se monter la tête avec n'importe quelle substance enivrante, et d'écrire un livre avec toutes les idées biscornues, les visions fantastiques, les hallucinations étranges qui passent par l'esprit. A ce livre vous donnez un nom bien excentrique, et le tour est fait. Vous trouvez aussitôt un éditeur qui vous achète, un public qui vous lit, des journaux qui vous prônent, et vous êtes déclaré grand homme à l'unanimité.

C'est ainsi qu'au commencement de la présente année nous avons eu les Anspach et les...... Ma foi ! je ne sais pas orthographier l'autre mot. C'est ainsi que ces jours passés vient de paraître un livre intitulé les *Haschich*, qui nous regarde de plus près, car il est d'un des nôtres, d'un professeur célèbre, d'un chirurgien très renommé qui vient de se déclarer prophète, et de prédire ce que sera l'humanité dans quelques centaines d'années d'ici. Ses amis auraient désiré que ce don de prophétie lui vînt un peu plus tôt, il se serait prédit à lui-même, et évité sans doute une déception récente au palais de l'Institut.

Le *Haschich*, vous le savez, lecteur, est une sorte de confiture arabe faite de miel et de graine de chenevis, qui a la propriété de produire des hallucinations. Il y a deux ou trois ans, un médecin voyageur en avait apporté à Paris une certaine quantité, qui fut expérimenté par une demi-douzaine de jeunes médecins avec un succès complet. On m'a raconté, dans le temps, les étranges scènes qui se passèrent à cette occasion ; mais le fait date de trop loin pour être reproduit. Je dirai, seulement, que ce qu'en rapportèrent les journaux était exact, comme une relation officielle, et que la partie la plus piquante du récit fut chastement supprimée. Je voudrais bien vous dire aujourd'hui si l'auteur du livre appelé le *Haschich* a eu des hallucinations de cette sorte ; mais je ne le peux, par cette excellente raison que je ne l'ai pas encore lu. Huit jours durant j'ai été à sa recherche sans pouvoir le rencontrer, sans tomber sur quelqu'un qui l'eût lu plus que moi. Si l'auteur tient à connaître mon sentiment, il pourrait bien m'en envoyer un exemplaire; j'en tirerais quelques feuillets pour orner mes *Causeries*, qui seront fort pauvres cette semaine ; car, comme si c'était fait à dessein, le monde médical devient fort sobre de ridicules et partant fort ennuyeux. Voici tout ce que j'ai pu trouver au fond du sac, et je supplie mes très honorés confrères qui ressortent de mon *feuilleton*, d'être moins sages la semaine prochaine et les semaines suivantes.

L'Association de prévoyance des médecins de Paris est dans ce moment en grand émoi. Un de ses dignitaires, celui précisément qui tous les ans dans son assemblée générale prêchait un beau sermon sur l'honorabilité de la profession, faisait éclater toutes les foudres de son éloquence sur les plus légères infractions à la dignité médicale, celui que précisément à cause de son langage sévère on avait nommé le représentant et l'interprète des plus austères, des plus granitiques vertus des douze arrondissements ; hélas ! trois fois hélas ! ô fragilité de la vertu humaine ! celui-là même vient de se livrer à une petite intempérance de publicité qui a jeté la désolation de l'abomination dans cette réunion d'anges et de petits saints. Le tour est fort adroit et mérite d'être raconté.

Il faut que vous sachiez, d'abord, que ce grand dignitaire en question est tourmenté d'une ambition exorbitante, celle de se faire passer pour le successeur immédiat, l'héritier direct d'Alibert et de Biett. Nous savons tous que l'héritage de ces deux célèbres praticiens, comme celui d'Alexandre et de Charlemagne, a été partagé entre de nombreux compétiteurs qui, pour être plus modestes que le grand dignitaire, n'en sont pas moins méritants. Toutes les fois que revient le printemps et que reverdissent les tilleuls de l'hôpital Saint Louis, c'est une recrudescence d'ambition qui se trahit en mille endroits et de mille façons. Ces innocents tilleuls jouent même un grand rôle dans les petites agaceries faites au public sur ce sujet. C'est sous leur ombrage qu'Alibert professait ses savantes leçons, c'est sous leur ombrage aussi que son successeur veut continuer ce célèbre enseignement (textuel). Seulement, en homme précautionné contre le mauvais temps, sous les tilleuls classiques d'Alibert, son successeur a fait dresser une tente imperméable. Jusqu'ici, les choses avaient assez bien réussi, le cours était suivi par un nombre assez considérable d'élèves. Mais les élèves ne conduisent que lentement, tardivement, à une grande position de praticien spécialiste, et seulement alors qu'ils sont entrés eux-mêmes dans la pratique ; ce qui est long et difficile, comme chacun sait. Une petite réputation parmi les médecins de la ville est bien plus profitable qu'une grande célébrité d'amphithéâtre, et c'est ainsi que l'a compris notre dignitaire. Pour arriver à ce résultat, qu'a-t-il fait? Une chose fort simple, et qui ne méritait pas, à mon sens, tout le bruit qu'elle suscite. Dépositaire des têtes de lettres imprimées de l'Association de prévoyance et de son sceau, il a disposé des unes et de l'autre pour son usage particulier, en les faisant servir à une missive fort pressante pour inviter tous ses collègues au cours que lui, successeur immédiat d'Alibert, fait le matin sous les tilleuls que vous savez.

Or les membres de l'Association ont très mal pris la chose. Ils se sont fâchés tout rouge que le nom et le cachet de la compagnie aient servi de passeport à une annonce, et de toutes parts des demandes menaçantes de démission de ce dignitaire sont arrivées au conseil. La fermentation est générale, et nous sommes menacés de n'avoir pas de sermon l'année prochaine.

Peut-être que nous en serons plus sages.

L'Académie de médecine a consacré toute sa dernière séance à la discussion d'un rapport sur un pessaire inventé par un médecin qui

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Rougeole. Quelques réflexions sur la marche et le traitement de cette affection. Traitement des complications.

Le 18 avril 1843, est entré à l'hôpital des Enfants le nommé Louis Lassié, couché au n° 28 de la salle Saint-Jean.

Malade depuis trois jours actuellement, cet enfant, âgé de dix ans, vacciné, non variolé, est habituellement d'une bonne santé. Quoiqu'il ne fasse dater sa maladie que de trois jours, il paraîtrait, d'après ses réponses et les renseignements fournis par ses parents, que depuis huit jours environ il était sujet à des accès de frisson suivis de chaleur et de sueur. De plus, malaise général et sentiment de courbature. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas d'épistaxis; anorexie. Un peu de céphalalgie sans délire ni affaissement des facultés intellectuelles.

Il y a trois jours seulement que pour la première fois on observa sur la peau, de la face d'abord, puis des bras, des avant-bras. des cuisses et des jambes, de petits points rouges peu saillants, peu nombreux d'abord, qui bientôt sont devenus plus confluents, plus larges, séparés par des intervalles où la peau conserve sa couleur normale.

Le 21 avril, l'éruption, assez confluente, s'étend aujourd'hui non seulement aux parties indiquées plus haut, mais aux téguments du thorax, de l'abdomen et du dos. Langue blanche, saburrale; bouche mauvaise, pâteuse; quelques nausées sans vomissements. Pas d'épistaxis. Persistance de la céphalalgie. La face est rouge, un peu tuméfiée; les yeux larmoyants. Ventre indolent, non sensible à la pression. Pas de selles depuis avant-hier. Un peu de toux sèche. Infusion pectorale gommée, 2 pots; lavement émollient; diète.

Le 23 avril, l'éruption semble un peu diminuée d'intensité; la couleur rubéolique est moins intense. Même état des organes digestifs. Une selle pour rendre le lavement. Persistance de la toux. La percussion fait constater, en avant et en arrière, une résonnance parfaite. Respiration bonne en avant, accompagnée en arrière de quelques bulles légères et fines de râle muqueux et de quelques sifflements. Pouls à 80. Mauve sucrée; lavement émollient; diète.

Le 24 avril, l'éruption a considérablement pâli; les taches rubéoliques sont moins abondantes, et une assez grande partie s'en est effacée. Langue toujours blanche, saburrale. Anorexie. Pas de vomissements. Une selle pour le lavement. L'enfant tousse toujours. La respiration est accompagnée seulement en arrière de quelques sifflements et de quelques bulles de râle muqueux fin. Pouls à 76. *Ut suprà*. Un bouillon.

Le 26 avril, il se trouve très bien. L'irruption a presque entièrement disparu. La face beaucoup moins rouge est moins gonflée. Expression du visage calme. Pouls à 72-76. Même état des organes respiratoires. Huile de ricin, 30 grammes; deux bouillons.

La convalescence se soutint bien, et le malade se trouvait parfaitement depuis quelques jours; la toux avait diminué, lorsque, sans cause appréciable, probablement sous l'influence d'un refroidissement, il fut pris, le 5 mai, des accidents suivants :

Le malade éprouve une dyspnée assez considérable. De temps en temps toux presque croupale, stridulense, revenant par quintes. A la percussion, résonnance bonne en arrière et en avant des deux côtés. La respiration se fait entendre partout, accompagnée dans tout le poumon droit de râle sibilant et muqueux. Pouls à 88. Vésicatoire volant à la partie supérieure du sternum; frictions avec l'huile de croton tiglium sur le côté droit de la poitrine; diète.

Le 6 mai, à peu près même état. Toux peut-être un peu moins fréquente et moins profonde. Mauve sucrée; diète.

Le 7 mai, mieux évident; la toux est moins intense et les quintes moins fréquentes. Le pouls est à 80-84. La respiration est bonne partout, accompagnée encore à droite de quelbues sifflements et de quelques bulles de râle muqueux.

Le 8 mai, la toux est encore moins fréquente. La respiration se fait assez bien partout. Appétit. L'enfant demande à manger. Pouls à 76-80.

Deuxième observation. — Au n° 4 de la salle Saint-Jean se trouve couché le nommé Auguste Plomb, âgé de neuf ans, entré le 20 avril.

D'une assez forte constitution, vacciné, non variolé, d'une bonne santé ordinairement, malade depuis quatre jours.

Il a commencé par ressentir des maux de tête violents, malaise, sentiment de faiblesse. Quelques vomissements; un peu de diarrhée; pas d'épistaxis. Toux assez fréquente depuis le commencement de la maladie. Langue blanche; soif vive. Il y a quelques heures seulement que les parents ont commencé à apercevoir sur la peau du visage et du tronc de petites taches rouges irrégulières.

Le 21 avril, l'éruption rubéolique, assez discrète, bien évidemment prononcée, occupe la face, la partie antérieure des lèvres, et commence à gagner les avant-bras et les bras. Le pouls est à 100-104. Toux sèche, fréquente, sans dyspnée bien notable. Un peu de râle sibilant et muqueux dans les deux poumons, à la base. Langue saburrale. Anorexie, soif vive. Ventre indolent, sans gargouillement. Pas de dévoiement. Un peu de somnolence et d'assoupissement. Infusion pectorale édulcorée, 2 pots; diète.

Le 22 avril, l'éruption présente à peu près le même aspect. Langue moins blanche que la veille, rouge sur ses bords et à la pointe. Toux fréquente; gonflement des paupières; larmoiement. Pouls à 100. *Idem;* diète.

Le 23 avril, l'éruption commence à pâlir, surtout sur le tronc. La toux est un peu moins fréquente et moins profonde. Quelques bulles de râle muqueux et sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière. Ventre toujours indolent, même à une forte pression. Pas de selles depuis trois jours. Langue encore blanche au milieu, rouge à la pointe et piquetée de rouge dans sa partie blanche. Soif; pas d'appétit. Mauve sucrée; lavement émollient; diète.

Le 24 avril, l'éruption beaucoup plus pâle. La toux diminue et la respiration est plus libre à la base des poumons. La langue se nétoie un peu; soif moins vive. Une selle pour le lavement. Même traitement; un bouillon.

Le 26 avril, l'éruption a tout à fait disparu. La toux ne revient plus qu'à intervalles très éloignés. Respiration à peu près pure et normale partout. Ventre indolent. Une selle. Appétit. Le malade demande à manger. Une portion.

L'enfant, parfaitement guéri, sort au bout de quelques jours.

— Les réflexions que nous faisons sur ces deux cas auront pour objet, d'abord la maladie en elle-même; puis, et ce ne sera pas une des choses les moins importantes, les complications qui peuvent survenir et qui surviennent dans la plupart des cas, principalement du côté de l'appareil respiratoire.

Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans le détail de la marche et des symptômes de la maladie dont nous venons de rapporter deux observations. Nous présenterons seulement quelques considérations sur quelques-uns des symptômes qui constituent les prodrômes de l'affection elle-même.

Nous avons d'abord, dans la première période de la maladie, dans celle que l'on pourra appeler, si l'on veut, période d'incubation, des symptômes tant généraux que locaux qui pourraient, aux yeux d'un observateur peu minutieux, en imposer pour l'existence d'une phlegmasie du tube digestif, par exemple, d'une de ces fièvres continues que l'on a, dans cer dernières années, rassemblées sous le nom générique de fièvre typhoïde, sauf les différences de formes. En effet, il arrive souvent, et cela est encore plus commun dans les prodrômes de la variole que dans ceux de la rougeole ou de la scarlatine; quoique ces deux maladies les présentent aussi quelquefois, il arrive souvent que la céphalalgie, les étourdissements, les épistaxis, les vomissements, la diarrhée, soient assez intenses pour donner lieu à cette erreur de diagnostic. Nous avons pu observer, dans les deux cas précédents, un assez grand nombre de ces phénomènes pour que le diagnostic eût pu rester un moment incertain.

Le traitement de la rougeole peut se diviser en deux parties : le traitement prophylactique, le traitement curatif.

Il est facile de concevoir que la meilleure prophylaxie, c'est d'empêcher les enfants, autant que possible, d'avoir aucune communication avec des sujets atteints de rougeole, soit directement, soit indirectement, la maladie étant essentiellement contagieuse, à quelque époque de sa durée qu'elle soit, mais plus particulièrement du deuxième au septième ou huitième jour. Ce n'est pas à dire, pour cela, que tous les enfants qui se trouveront en contact avec des rubéoliques doivent nécessairement être atteints de la même affection; mais il n'en est pas moins vrai que l'isolement est une mesure nécessaire et conseillée par la prudence la plus vulgaire.

On a prôné, en Allemagne, plusieurs substances que l'on a données comme des préservatifs infaillibles de la rougeole; par exemple, la fleur de soufre, indiquée par Gourtnal, tandis que d'autres auteurs se sont refusés à admettre l'efficacité de ce préservatif, et ont affirmé qu'il était complètement inutile.

Le vin antimonié, les fumigations chlorurées, la belladone, ont été indiqués par d'autres auteurs, et suivis probablement de succès aussi douteux, aussi contestables que la fleur de soufre. Enfin l'on a conseillé l'inoculation, et elle a été mise en usage avec succès, dit-on, par Home, Monro et Look.

Une fois la maladie bien déclarée, l'affection est ordinairement tellement simple, tellement bénigne, qu'elle ne réclame aucune médication active. Le seul danger qui puisse survenir est celui que déterminent les complications, et nous allons nous en occuper tout à l'heure.

Les tisanes doivent être des infusions émollientes tièdes pendant l'hiver, et pendant l'été, à la température atmosphérique, infusions qui auront pour effet de favoriser la prédominance de l'éruption cutanée, et de diminuer l'irritation bronchique. Des boissons acidulées ou froides auraient l'inconvénient d'augmenter la toux, et de s'opposer à cette diaphorèse légère qui est souvent utile dans les fièvres éruptives.

Les enfants devront être couverts modérément, tenus chaudement sans être surchargés de ces masses de couvertures que les gens du peuple prodiguent si fréquemment, et qui n'ont d'autre résultat que de fatiguer les enfants et par leur poids, et par les sueurs abondantes qu'elles provoquent. On devra éviter soigneusement que les enfants ne se découvrent, et ne tirent les bras hors du lit.

Il est rare que les vomitifs, que quelques auteurs ont recommandés pendant la première période, soient suivis de bons résultats, et c'est à tort que l'on a cru qu'ils pouvaient faciliter l'éruption. Aussi M. Guersant n'y a-t-il jamais recours, et se borne-t-il, dans cette circonstance, à un régime tout-à-fait expectant. Les purgatifs n'ont pas été conseillés en pareil cas; mais, sans en recommander l'usage, M. Guersant dit n'avoir jamais observé, chez les enfants auxquels on les avait administrés par mégarde, qu'ils aient nui en rien au développement de l'éruption.

Il est des cas où, dans la première période, la réaction fébrile est si forte et le cortége des phénomènes généraux tellement intense que l'on a été obligé de pratiquer une émission sanguine. La plupart des auteurs regardent cette pratique comme dangereuse; mais il en est d'autres, et nous avons vu souvent mettre cette méthode en usage dans les hôpitaux, qui ne craignent pas de pratiquer une saignée vers les premiers jours de la maladie. Nous avons vu souvent cette pratique suivie d'heureux résultats. Nous devons cependant ajouter que c'est plus particulièrement chez l'adulte que l'on doit en agir ainsi, et qu'il est assez rare que l'intensité de ces symptômes soit assez grande chez l'enfant pour nécessiter une émission sangnine, la constitution délicate des jeunes sujets exigeant d'ailleurs une précaution beaucoup plus grande à l'endroit des méthodes violentes et énergiques.

Lorsque la seconde période est arrivée, que l'éruption se fait bien, il n'est besoin d'aucun autre moyen particulier. Si, par hasard, l'éruption venait à disparaître sans que cette rétrocession fût motivée par une phlegmasie bien évidente des organes intérieurs, il faudrait faire prendre à l'enfant un bain tiède, ou mieux un bain de vapeur. Le plus souvent, quand l'éruption disparaît ainsi, c'est à une inflammation des organes intérieurs plus intense que la maladie principale qu'il faut en rapporter la cause.

Enfin, dans la période de desquammation, ou il survient de la diarrhée, et la toux diminue, ou l'on observe les accidents contraires. Dans le premier cas, il faut se borner à

---

porte un beau nom médical et chirurgical. A la fin de la séance un membre a dit avec beaucoup de raison qu'on avait donné beaucoup trop d'importance à cette discussion, et a formellement demandé que l'Académie réservât son jugement. La compagnie a adopté cette fin de non-recevoir. Elle a certes bien fait; car le lendemain je recevais un petit papier distribué dans toutes les rues de Paris, portant le nom de l'inventeur du pessaire, et annonçant la guérison en QUATRE JOURS des maladies secrètes chez les deux sexes, des rétrécissements de l'urètre en TROIS SÉANCES, et autres vilenies de cette espèce. Pareilles affiches salissent tous les murs de la capitale.

Je voudrais bien savoir si, dans une de ses visions, l'auteur du *Haschich* a prédit ce que serait la médecine française seulement dans vingt ans d'ici. Au train dont vont les choses, il y aurait bien sujet à un autre Jérémie de faire de nouvelles lamentations. Mais à quoi serviraient-elles?

Une question réglementaire a occupé presque en même temps les facultés de Paris et de Strasbourg. A Paris, on sait que M. le professeur Duméril a pris une quasi-retraite. Il a annoncé son intention de ne plus faire son cours, ce qui a beaucoup affligé les innombrables élèves qui s'y pressaient. D'après les règlements, la Faculté a dû désigner un agrégé pour suppléer le professeur titulaire. Or, qu'est-il arrivé? C'est que tous les agrégés ont refusé de faire le cours pendant le présent semestre, prétextant qu'ils n'étaient pas prêts. Quoique ce renseignement me vienne de bonne source, j'ai peine à le croire exact. A quoi serait donc utile l'institution de l'agrégation, si à un moment donné, moment qui doit toujours et nécessairement être fortuit et inattendu, il ne se trouve pas un agrégé, sur une douzaine, prêt à suppléer un titulaire? Toujours est-il que M. le professeur Piorry, à la grande jubilation et surtout pour le grand profit des élèves, fera, *pour cette fois seulement*, son cours toute l'année. Heureux élèves!

A Montpellier, ça été bien autre chose. Un professeur s'absente; c'était un professeur de clinique chirurgicale. Il paraît que la Faculté méridionale n'est pas aussi bien approvisionnée d'agrégés que sa consœur de Paris, car elle ne put en désigner qu'un seul pour suppléer le professeur absent. Mais voilà que le recteur s'en mêle, refuse l'agrégé, sous présexte qu'il ne lui présente pas toutes les garanties désirables pour le tervice important d'une clinique chirurgicale, et le professeur qui avait fini son semestre est invité à recommencer.

Qu'en dites-vous? Ici, une faculté qui nomme douze agrégés qu'elle ne peut utiliser dans un moment pressé! là bas, une autre faculté qui s'adjoint un homme à qui le recteur peut, de son autorité privée, infliger le soupçon d'incapacité! N'est-ce pas bien édifiant? Et cette réforme dont on parle tant, ne devrait-elle pas commencer par ces corporations orgueilleuses et inutiles qui ne font rien et empêchent de faire? L'agrégé, avec toute raison, a soutenu son droit, invoqué les statuts, les réglements, a fait appel à l'amour propre de la Faculté, inculpée, par le recteur, d'avoir introduit dans son sein un agrégé incapable, a écrit lettres sur lettres au recteur, aux journaux, au ministre, aux Chambres; on dit même, au roi. Peines inutiles; démarches vaines. De toutes parts on lui a répondu que le recteur avait bien fait ce qu'il avait fait, et que pour terminer cet important débat il n'y avait que deux moyens, celui de recourir au Conseil-d'Etat. — On sait ce qu'il en coûte pour arriver là —, ou bien d'accepter cette mortification avec humilité, c'est-à-dire en bon *chrétien*.

Le fils d'un ancien archiâtre désirait ardemment la croix de la Légion-d'Honneur. On dit qu'il vient de l'obtenir; ce dont je suis fort aise. Mais ce qu'on dit aussi — le monde est si méchant — ce sont les graves motifs qu'il a fait valoir auprès du ministre dispensateur du ruban rouge. Ces motifs sont très curieux; je vous en fais juge :

1° Parce que M. le professeur X..... en a fait la demande;

2° Parce que je suis le fils de mon père;

3° Parce que ce serait personnellement agréable à la famille royale.

A d'aussi puissants motifs, que pouvait opposer le ministre? A sa place, avec Béranger, j'aurais écrit en apostille :

> Ce fils . . . .
> veut avoir des croix,
> Il en aura trois.

Une pour chaque motif.

Finissons par quelque chose de plus sérieux :

Nous nous sommes souvent plaint du peu de gratitude du pouvoir et des riches envers les médecins. C'est tout dévouement, tout élan généreux quand on a besoin de nous, toute lésinerie, tout oubli quand la guérison a pris notre place. Qu'il nous soit permis de signaler un fait qui honore également notre confrère et le malade reconnaissant. Il s'agit du riche marquis d'Aligre qui, comme chacun sait, a eu le malheur de se casser, l'hiver dernier, le col du fémur et le bonheur de s'adresser à un homme habile pour le rajuster. Le marquis, malgré ses soixante-seize ans a, dit-on, quelques prétentions de coquetterie, et il est enchanté de pouvoir dans sa verte vieillesse, se montrer leste et droit à tout venant. M. Lisfranc a réussi, dit-on, à égaliser ses deux jambes, et aurait peut-être gagné le pari de Delpech, si ce pari était encore tenu.

Après une dernière visite à son malade, qui lui avait montré dans tous ses détails une foule d'objets d'art magnifiques et très curieux, et s'était arrêté, en les lui faisant admirer, devant quelques meubles particuliers; M. Lisfranc, en rentrant chez lui, fut agréablement surpris de les retrouver dans son salon. Il s'agit, entre autres choses, d'un bain de pied ayant long-temps servi à l'empereur, et d'un magnifique secrétaire à mille compartiments, dont Napoléon faisait usage ordinairement à la Malmaison. Outre le prix élevé de ce meuble, il s'y rattache encore un souvenir historique remarquable; c'est une énorme tache d'encre faite par l'empereur, qui, en apprenant la première révolte des Espagnols, renversa de colère l'encrier, qu'il brisa. « Dites à M. Lisfranc, ajouta M. le marquis d'Aligre, que ce n'est pas là le paiement de ses soins; ce ne sont pas des honoraires que je lui envoie, c'est un cadeau que je fais à l'ancien chirurgien de l'état-major-général de l'empereur. »

M. d'Aligre a voulu avoir constamment auprès de lui cinq aides qu'il rémunère très largement, et à chacun desquels il a offert avec une grâce charmante, une fort belle montre à secondes de Bréguet. On n'est pas plus aimable, en vérité, et plus généreux. Honorer ainsi notre profession, quand on cherche de tous côtés à l'abaisser, c'est mériter l'estime et la reconnaissance du corps tout entier.

l'expectation ; dans le second on doit chercher, à l'aide de purgatifs doux, à rétablir la liberté du ventre. On a eu occasion, dans un des cas précédents, de mettre en usage un purgatif doux vers la terminaison de la maladie. Mais il faudrait se garder d'abonder dans le sens de ceux qui s'imaginent qu'une rougeole ne peut être bien guérie que lorsque l'on a administré un purgatif. Nous devons dire au contraire que, s'ils sont quelquefois utiles, ce n'est en général que dans les cas exceptionnels que l'on doit les employer.

Si nous passons maintenant aux complications, nous verrons que la plus fréquente est, sans coutredit, la phlegmasie de la muqueuse bronchique ; on la reconnaît facilement aux symptômes locaux fournis par l'auscultation et la percussion.

Dans les cas où il y a complication, plusieurs circonstances peuvent se présenter.

La complication bronchique, car ce n'est guère que de celle-là que nous nous occuperons, peut être légère, et alors elle ne nécessite pas de traitement particulier. Elle n'entrave pas la marche de la maladie. Rien n'est changé, ni dans la durée, ni dans le traitement de l'affection.

Si la bronchite est très violente, il y a danger souvent imminent, et c'est là presque la seule cause qui peut rendre grave la rougeole. Alors, de deux choses l'une ; ou l'éruption suit ses périodes, l'affection secondaire se manifestant de son côté sans influer sur sa marche ; ou l'éruption disparaît, interrompue dans son évolution par la violence des phénomènes inflammatoires qui se sont développés du côté de la poitrine. On conçoit que dans ce cas, l'on ne doive pas attribuer les accidents à la rentrée de l'éruption, mais bien la rentrée de l'éruption aux accidents inflammatoires thoraciques, et que l'on doive diriger contre eux un traitement aussi énergique que possible.

Il n'est pas toujours possible, chez les enfants, de combattre par des émissions sanguines la complication de bronchite qui se développe dans le cours de la rougeole. On est obligé de les remplacer par des révulsifs puissants appliqués sur la peau, ou au moins par des révulsifs très étendus, soit des vésicatoires, soit des sinapismes un peu larges. Si l'enfant est fort, une émission sanguine locale pourra être faite, et l'on pourra, en la modifiant bien entendu selon la force des sujets, suivre la pratique de Sydenham qui conseillait la saignée copieuse dans le traitement des complications de la rougeole.

Lorsque l'on est obligé de renoncer aux émissions sanguines, on peut, outre les révulsifs cutanés, employer encore les révulsifs sur le tube intestinal, le tartre stibié, par exemple ; et alors on traite la maladie secondaire à peu près comme si elle existait seule, sans faire grande attention à la maladie éruptive.

Des auteurs récents ont proposé, quand l'on ne peut plus recourir à aucun de ces moyens, de les remplacer par la digitale, conseillée en pareille circonstance par les auteurs allemands. On administre la digitale en infusion légère, 40 ou 60 centigrammes de feuilles de digitale pour 125 grammes d'eau. Cette boisson est souvent suivie, dit-on, d'heureux résultats. Les deux observations que nous avons rapportées plus haut nous ont offert, il est vrai, des complications de bronchite, mais peu graves. Cependant, chez l'un des sujets, on a été obligé d'appliquer un large vésicatoire sur la poitrine, et de faire des frictions avec une substance puissamment rubéfiante, l'huile de croton tiglium, pour combattre des accidents qui s'étaient montrés du côté des voies respiratoires et qui avaient même pu, pendant quelques moments, faire craindre l'existence du croup.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il y a en ce moment au n° 20 de la salle des hommes, un garçon bien portant, assez vigoureux, à face vermeille, qui est tombé d'une échelle il y a quelques jours. La chute a eu lieu de telle manière, que les reins et le poignet ont porté sur le sol, et qu'il en est résulté deux blessures ; celle des reins est peu grave, quoique vive ; car elle a déjà diminué, et aucun accident n'est survenu ; la maladie principale, celle du poignet, dont nous avons à nous occuper ici, n'est autre chose qu'une fracture de l'os externe de l'avant-bras ; fracture qui occupe précisément l'extrémité inférieure.

Si nous examinons avec soin le poignet de cet homme, nous remarquons une disposition qui frappe tout d'abord, une difformité très manifeste dans la conformation du carpe, dans la direction de l'avant bras et de la main. Le bas de l'avant-bras proémine sur sa face palmaire, et le carpe proémine en sens contraire sur la face dorsale ; de sorte qu'il résulte de cette double déviation deux échancrures parfaitement marquées. C'est encore cette double déviation en sens différents qui a fait comparer la forme du poignet à un Z, bien connu aujourd'hui, et sur lequel nous avons déjà souvent nous-mêmes appelé l'attention de nos lecteurs. Pour trouver les trois directions diverses qui composent cette lettre, il n'est besoin que de tracer sur l'avant-bras, le poignet et la main, une ligne parallèle à l'axe de chacune de ces parties, et en retranchant ce qu'il y a de superflu à chaque extrémité de cette ligne, on obtient assez exactement la figure dont nous parlons, non-seulement sur la face palmaire du carpe, mais aussi sur la face dorsale. Le malade du n° 20 présente ce signe dans toute sa perfection ; son poignet est absolument conforme dans ses directions à celles des planches que M. Velpeau met sous nos yeux, et qui représente la difformité en Z prise sur un malade qui l'offrait à un haut degré. C'est là un signe sur lequel il est bon d'insister, parce qu'à lui seul il peut déjà mettre sur la voie de la lésion qu'il s'agira de constater. Mais de plus, chez notre malade, on remarque cette bosselure du poignet et cette corde tendue constituée par le premier radial externe, cette corde qui ne manque à peu près jamais dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et qui s'étend le long du bord postéro-externe de l'os. La formation de ce lien tendineux, résistant, tendu, est facile à expliquer d'ailleurs, c'est une cause toute mécanique qui le produit ; on sait que dans l'état normal le radius ne présente dans l'endroit que nous indiquons aucune espèce de convexité, le tendon des radiaux externes est donc appliqué tout-à-fait à plat sur l'os, et la sensation de corde tendue n'existe pas ; mais du moment où la fracture de l'extrémité inférieure de l'os est survenue, alors il se fait un déplacement, la main s'infléchit, les tendons ne portent plus en plein sur l'os, le premier radial externe surtout est soulevé parce qu'il est étendu d'une des saillies à l'autre du poignet, et l'on peut reconnaître aisément une corde écartée de l'os sur laquelle il faut presser assez fortement pour mettre en contact une de ses faces avec le radius, à cause de l'espace très appréciable qui se trouve entre l'os et le tendon. Cela fait l'effet, pour donner une idée exacte de ce soulèvement, d'une corde d'instrument tendue sur son chevalet.

Ces deux caractères, la difformité en Z et le soulèvement des tendons des radiaux externes, sont des signes qui rendent la fracture du radius des plus aisées à diagnostiquer ; car on ne les rencontre jamais que dans le cas où cette lésion existe, et d'un autre côté, ils sont à peu près toujours sensibles dans ces sortes de fractures. Le malade que nous avons sous les yeux, est-il affecté d'une fracture? Nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'en douter un seul instant. Il n'y a pas ici à penser à la luxation, pas plus qu'on ne peut songer à une arthrite ; la déformation est survenue subitement après une chute ; la difformité disparaît très facilement, pour peu qu'on tire sur la main ; et en général, ces déformations, qui disparaissent instantanément, sont l'indice presque certain d'une fracture dans le lieu qu'elles occupent. Les luxations sont en effet rarement réductibles avec autant de facilité, et la difformité qui reconnaît pour cause une maladie articulaire, ne peut céder à une traction quelle qu'elle soit. De plus, dans le cas que nous avons sous les yeux, la mobilité normale vient ajouter encore à la clarté du diagnostic, clarté qui serait tout-à-fait complète, s'il était possible de percevoir la crépitation ; mais il faut en être prévenu, la crépitation est un des signes généraux des fractures qui manque assez souvent dans celles qui ont pour siége l'extrémité inférieure du radius.

Si nous examinons maintenant ces sortes de fractures sous le rapport de leur fréquence, nous acquerrons la conviction qu'elles sont extrêmement communes ; si communes même, que nous croyons être en droit de dire qu'on les observe plus souvent que les fractures de la clavicule et de la jambe, qui, ainsi que personne ne l'ignore, sont de celles qu'on a le plus occasion de constater. Et il y a là quelque chose d'assez singulier. Il y a quinze à vingt ans, cette assertion eût semblé complétement fausse à la plupart des praticiens ; c'est à peine si l'on parlait alors des fractures de l'extrémité inférieure du radius. D'où vient cette différence? Elle est, nous le croyons, très facile à expliquer. Dans le temps dont nous parlons, on admettait comme très fréquente la luxation du radius. J.-L. Petit, Duverney, Boyer reconnaissaient quatre espèces de luxations pouvant affecter cet os ; la plupart des articles des dictionnaires reproduisaient cette division qui se retrouvait dans tous les ouvrages classiques : or, ces prétendues luxations décrites partout paraissent ne point exister. Ce point de science fut l'objet de vives discussions, et Dupuytren, qui le premier rejeta l'idée des luxations du radius à son extrémité inférieure, alla jusqu'à nier qu'elles se produisissent jamais ; les autres chirurgiens s'efforcèrent de démontrer qu'elles pouvaient avoir lieu. L'attention fut dirigée de tous côtés sur cette question, et l'on chercha à montrer des faits ; mais les preuves mêmes que vinrent apporter les chirurgiens contre l'opinion de Dupuytren ne firent que démontrer plus évidemment la justesse de son assertion, car depuis vingt ans à peu près qu'il nia l'existence de ces luxations, on n'a peut-être pas trouvé un seul exemple de luxation du radius qui soit parfaitement authentique, et contre lequel aucune objection ne puisse s'élever. Un chirurgien de Strasbourg, un autre d'Aurillac, M. Scoutteten, MM. Marjolin fils, Lenoir, Voillemier ont cité des observations desquelles il paraissait résulter qu'il y eut en effet luxation du radius à son extrémité inférieure ; mais il a toujours manqué quelque chose pour que la certitude fût complète. Dans les exemples cités par les trois derniers de ces praticiens, il y avait bien réellement luxation ; mais c'était avec des complications telles, qu'il n'était pas permis de placer ces cas en parallèle de ceux observés communément et qui pourraient permettre de confondre la fracture avec la luxation.

Ces faits prouvent donc au moins deux choses : c'est que les luxations de l'extrémité inférieure du radius sont rares d'abord, et ensuite, que l'on a évidemment décrit sous le nom de luxation des observations de fractures, puisque ces dernières sont fréquentes, et que les auteurs ont avancé que rien n'était plus commun que les luxations du radius, ce que ne confirme pas l'observation pratique.

Pour élucider la question d'existence de la luxation et de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, il faut l'envisager à la manière de Dupuytren. Sans doute, il n'a pas pu dire et n'a pas dit que la luxation de cet os fût impossible ; mais il a avancé qu'elle était rare et difficile à se produire. C'est l'opinion de M. Velpeau. Lui non plus ne nie pas la possibilité de cette lésion, il affirme même en avoir observé ; mais, dit-il, toutes les fois que j'ai eu occasion de voir des luxations de l'extrémité inférieure du radius, elles étaient toujours accompagnées d'énormes complications. Or, ce n'est pas là ce qu'on a voulu dire quand on a parlé de ces luxations ; on a entendu une luxation sans fracture concomitante, sans plaie, dans les conditions enfin où l'on observe le plus ordinairement les fractures dans le même lieu.

En cherchant à se rendre raison de la rareté de la luxation de l'extrémité inférieure du radius, on comprend bientôt qu'il est en effet difficile qu'elle soit commune. Comment arriverait l'accident ? Ce serait, disait-on, dans une chute sur la paume de la main le plus ordinairement, c'est-à-dire qu'il s'établit là une sorte de lutte entre la puissance qui est l'impulsion communiquée au membre par la chute, et la résistance qui gît dans le sol. Or, dans quel sens agissent ces deux forces, résistance et puissance? La première va de bas en haut, et la seconde de haut en bas ; et dans le mouvement qui constitue la force d'impulsion, c'est la face postérieure du scapboïde et du semi-lunaire qui heurte directement sur la face inférieure du radius. Comment trouver dans le choc direct entre ces deux surfaces osseuses, la raison de la luxation ? D'ailleurs, dans le vigoureux mouvement d'extension forcée qui accompagne la chute, n'y a-t-il pas un fort paquet de tendons qui viennent brider les os et les empêcher de se dévier ? Ces cordes tendineuses ne sont-elles pas elles-mêmes contenues, enfermées, emprisonnées par le ligament annulaire du carpe ? Concevra-t-on une déviation dans la position respective des os sans une déchirure préalable des tendons, et la force capable de produire ce déchirement ne briserait-elle pas les os avant de l'opérer ? On voit quels nombreux et puissants obstacles rencontreraient les surfaces osseuses de cette région pour faire varier leurs rapports de contiguité. Dans une chute sur la face dorsale de la main, cette luxation se conçoit mieux, et encore ce ne serait pas sans avoir vaincu des résistances excessives qu'elle parviendrait à s'effectuer : la face antérieure du carpe serait poussée violemment contre la face antérieure du radius, mais directement ; les tendons extenseurs énergiquement appliqués sur les os, par la flexion forcée dans laquelle se trouverait la main au moment du choc ; les arcades osseuses qui s'opposeraient encore aux déplacements. Toutes ces raisons, qui ressortent de la conformation même de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et du carpe, contribueront à maintenir les surfaces dans leurs rapports ordinaires ; mais il arrivera fréquemment que la violence du choc surpassera la puissance de cohésion des os, et qu'alors la fracture arrivera comme conséquence forcée.

Ainsi, de ce que nous venons d'exposer il résulte clairement que les luxations de l'extrémité inférieure du radius s'effectueront difficilement et dans les chutes sur la paume de la main et dans celles sur la face dorsale ; il résulte encore que bien que ces luxations paraissent rencontrer beaucoup d'obstacles à se produire, on ne peut pas dire qu'elles soient absolument impossibles. Dupuytren avait donc raison quand il avançait que ce qu'on avait pris jusqu'à lui pour des luxations n'était guère que des fractures. Peut-être aussi est-ce aller trop loin que de nier complètement les luxations. M. Velpeau a lu dans un journal de médecine, il y a deux ou trois ans, une observation d'un médecin de province qui disait avoir réduit une de ces luxations ; mais il était évident que cette personne avait eu affaire à une fracture qu'elle avait méconnue.

Résumant donc tout ce qui a trait au diagnostic de ces fractures, nous dirons qu'il est facile et possible, même à distance du malade, si l'on prend en considération la déformation du poignet qu'on ne saurait méconnaître quand on l'a observé une fois avec soin, et le soulèvement des tendons des radiaux externes.

Passons maintenant à l'étude de la manière dont elles se produisent, et des variétés qu'elles peuvent présenter.

Ordinairement, c'est dans une chute sur la paume de la main qu'a lieu la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le choc arrive directement sur le carpe de façon à broyer le radius selon sa longueur ; il est donc rare que ce soit une fracture tout à fait exempte d'écrasement ; on en observe quelquefois d'obliques avec un fragment dans l'articulation et l'autre au-dessus des crêtes radiales soit palmaire soit dorsale ; ou bien cette fracture oblique est dirigée de bas en haut et de dehors en dedans ; puis de dedans en dehors. Ces différentes variétés de la fracture en offrent elles-mêmes quelques autres ; ainsi, celles de l'articulation peuvent être en partie dans l'articulation en partie en dehors. La fracture transversale est sans contredit la plus commune, elle a lieu dans la ligne de démarcation entre l'épiphyse et le corps de l'os. C'est surtout chez les sujets jeunes, jusqu'à l'âge de trente ans, qu'on a le plus souvent l'occasion de l'observer ; c'est, pour ainsi dire, le lieu d'élection de cette fracture jusqu'à cet âge : il n'est pas nécessaire d'en indiquer la raison. Mais dans cette espèce on peut distiguer encore des variétés ; ainsi, elle est quelquefois simple, quelquefois multiple, on trouve trois ou quatre fragments. Dans une fracture de l'extrémité inférieure du radius, survenue chez une vieille femme, M. Velpeau a trouvé quatre fragments ; la fracture était cependant transversale.

M. Voillemier a appelé l'attention des chirurgiens sur une variété de ces fractures qui offre véritablement de l'intérêt ; c'est ce qu'il a nommé fracture par pénétration. M. Velpeau en met un exemple sous nos yeux ; dans la pièce qu'il nous présente nous voyons une fracture qui n'est autre chose qu'une variété de la fracture transversale, mais dans laquelle le radius s'enfonce visiblement en lui-même, le corps de l'os a pénétré dans la tête. Cette variété peut elle-même se présenter avec des aspects divers ; tantôt le corps du radius entre complètement dans la tête de l'os (ce n'est pas le cas le plus ordinaire), plus communément il ne s'enfonce dans l'extrémité inférieure que sur une des faces, soit la face dorsale, soit la face palmaire, soit la face externe ou la face interne. Enfin, le fragment inférieur peut encore se subdiviser en deux ou trois fragments, ce qui constitue une nouvelle nuance.

Il est utile de ne pas perdre de vue que tous ces phénomènes que nous venons d'examiner avec détail se passent seulement dans la portion la plus inférieure de l'os, c'est-à-dire dans son dernier ou au plus ses deux derniers centimètres, et il n'est pas nécessaire d'ajouter que dans la dernière espèce, c'est-à-dire dans les fractures par pénétration, on ob-

serve du raccourcissement.

Quant à ce qui est du pronostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius, M. Velpeau pense qu'il doit être complètement rectifié. Dupuytren, M. Malgaigne et d'autres chirurgiens ont paru croire qu'elles étaient toujours dangereuses. Dupuytren disait qu'elles exposaient les malades à une raideur dans les mouvement, à un empâtement qui persistaient toute la vie, alors même qu'on les traitait avec le plus grand soin. Il y a ici un fait singulier : traitées comme on le faisait autrefois ou d'une manière analogue, cette assertion est de tous points exacte ; la raideur, l'empâtement subsistent alors que la lésion n'existe plus depuis long-temps, mais ce n'est point à la fracture qu'il faut attribuer ces inconvénients, qui ne sont pas sans gravité dans cette région, c'est à la méthode de traitement seule qu'ils sont dus, et la preuve la plus manifeste qu'on en puisse donner, c'est qu'ils ne se montrent point chez les sujets dont les fractures n'ont été entourées d'aucun appareil, soit que la lésion ait été méconnue, soit que les malades n'aient pas consulté pour cet accident. On peut dire aujourd'hui que toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius, traitées d'une certaine façon, amèneront sans exception la difficulté dans les mouvements. Ainsi autrefois l'appareil pour ces sortes de fractures ne différait en rien de celui qu'on appliquait dans le cas de fracture de l'avant-bras ; l'extension, la contre-extension et la coaptation pratiquées, on se conduisait comme nous l'avons décrit pour fa fracture des deux os, c'est-à-dire qu'on avait recours aux coussins, aux attelles et au bandage compressif, qu'on avait le soin de maintenir appliqué pendant un mois à cinq semaines. Qui doutera qu'une compression pareille et continuée pendant cette durée, ne soit capable d'amener l'empâtement et la raideur de la partie, de produire même pour le membre une demi-ankylose. Qu'on lise les deux observations rapportées par Bichat dans les Œuvres chirurgicales de Desault, on verra que chez l'un des malades, l'appareil, ayant été levé après vingt-cinq jours, et il s'agissait d'une fracture du corps du radius plus près de l'extrémité supérieure que de l'extrémité inférieure, tout mouvement était impossible, et l'empâtement dont nous parlons était porté à un haut point. Ce ne fut que par des exercices gradués et long-temps continués qu'on put ramener le membre à sa mobilité première ; chez l'autre la mobilité fut perdue, le malade ayant porté le bras en écharpe après la levée de l'appareil. Qu'on juge si des accidents pareils se manifestent dans ces régions, ce qu'il surviendra au poignet. Les gouttières antérieure et postérieure sont remplies par une grande masse de tendons qui glissent dans des toiles synoviales, mais ces gaînes ne doivent le poli qui facilite ce glissement qu'à la mobilité dont jouissent les tendons. Qu'on suppose donc l'immobilité et la compression de ce poignet tendineux et de leurs gaînes par l'appareil employé jadis et il sera facile de se rendre compte de la raideur et de la difficulté des mouvements qui surviendront à la guérison de la fracture.

Il est important de savoir cependant si ces fractures, abandonnées à elles-mêmes, arriveraient à la consolidation. Quel obstacle pourrait les empêcher ? Le fragment inférieur, dans la généralité des cas, entre un peu dans le fragment supérieur ; les muscles sont forcés de garder l'immobilité la plus complète, à cause de la douleur qui ne manquerait pas de se produire au moindre mouvement et d'avertir le malade de laisser le membre au repos ; de plus, le siége même de la fracture et coîffé sur la face palmaire et sur la face dorsale par des tendons nombreux et résistants ; il n'y a donc aucune cause réelle de dérangement ni dans les fragments, ni dans les parties qui les environnent ; au contraire, chacun des organes voisins semblent faire fonction d'appareil contentif. Quelle raison donc pourrait empêcher la consolidation ? Aucune. Aussi se fera-t-elle et avec cet avantage qu'elle n'entraînera à la suite aucun des inconvénients que nous avons signalés et que nous avons fait voir être le résultat presque inévitable du traitement ordinairement mis en usage. Mais pour tout dire, le poignet, après ce traitement négatif, ne recouvrera pas sa forme primitive et on l'a pressenti ; il demeurera un peu tordu et présentant cette forme particulière sur laquelle nous avons insisté à propos du diagnostic ; or, cela est-il un désavantage comparable à celui d'une mobilité affaiblie ; quel malade ne rachèterait les mouvements complets du poignet et de la main par une légère déviation dans la conformation du premier.

Cette théorie, dit M. Velpeau, m'est venue après les faits ; j'ai été à même d'examiner un assez grand nombre de malades chez lesquels on avait cru traiter des entorses, c'est-à-dire auxquels on avait fait appliquer des résolutifs, mais sans aucun bandage, et qui, en réalité, présentaient des fractures de l'extrémité inférieure du radius dont ils avaient guéri parfaitement et en conservant la liberté la plus complète dans le poignet. Que pouvait-on conclure autre chose que ce que j'en ai conclu. sinon qu'il était prouvé d'un côté, que les appareils entraînaient la gêne des mouvements, et que la fracture, abandonnée à elle-même, guérissait sans entraver la mobilité ? C'est après avoir vu trente ou quarante exemples de ces guérisons sans appareils, que j'ai rejeté les attelles et les bandages compressifs.

Cependant qu'on ne nous fasse pas aller plus loin que nous ne le voulons, et surtout qu'on prenne garde de nous faire dire ce que nous ne disons nullement : il y a telle fracture du radius à son extrémité inférieure qui réclame impérieusement un appareil, et qui laisserait le malade infirme si on l'abandonnait à elle-même, ainsi que nous le conseillons pour certaines autres ; toutes les fois, par exemple, que la fracture aura son siége au-dessus de la tête du radius, bien que la lésion n'occupe pas, à proprement parler, le corps de l'os, mais plutôt sa partie inférieure, on se gardera de suivre la méthode que nous avons indiquée, c'est-à-dire, qu'il sera indispensable alors d'avoir recours à un appareil approprié. La lésion dans ce lieu produisant la disparition de l'espace inter-osseux, et l'on voit sur-le-champ quelles graves conséquences peut avoir la fracture pour les mouvements de pronation et de supination ; nous avons d'ailleurs précédemment insisté sur ce fait suffisamment pour que nous nous croyions dispensés d'y revenir. Ajoutons encore que la fracture au-dessus de la tête radiale peut être regardée comme une exception, qu'on observe tout au plus une fois sur vingt cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Ainsi, concluons de tout ceci, selon M. Velpeau, que mieux vaut ne pas traiter les fractures dont il s'agit ici, que de la placer dans les appareils qu'on employait autrefois ; mais ne lui faisons pas dire, comme on l'a fait, qu'il rejette tout traitement pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Disons encore que de les abandonner à elles-mêmes, il ne résulte qu'une difformité peu considérable du poignet, ce qui peut être de quelque poids quand le sujet est une jeune femme par exemple, mais ce qui ne peut entrer en balance avec la diminution des mouvements, conséquence nécessaire de l'ancienne méthode qui d'ailleurs n'empêche pas toujours complètement la difformité.

Partant de ces idées, M. Velpeau traite les fractures de l'extrémité inférieure du radius par des appareils qui sont de ceux dont on peut dire que, s'ils ne font pas de bien, au moins ne peuvent-ils pas faire de mal ; ils tendent à diminuer la difformité, mais sans jamais léser les mouvements du poignet et de la main.

Parmi ceux qu'on employait autrefois, il faut citer les bandages de Desault et de Boyer.

Dupuytren avait pensé à tirer le poignet du côté cubital, au moyen d'une attelle coudée placée au côté interne du bras, sur un petit coussin ; il se servait d'un lacs pour attirer le carpe vers le cubitus. Mais il est facile de s'apercevoir que ce appareil n'atteignait pas le but, car il ne remédiait en aucune façon à la difformité en Z.

MM. Goyrand, Malgaigne, Blandin, Dumenil, Diday, Godin et Huguier ont imaginé successivement des appareils contre la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

L'appareil de M. Goyrand ressemble beaucoup à celui qu'on emploie pour les fractures de l'avant-bras ; il se compose de compresses en escalier ; on en place à la partie inférieure du fragment supérieur, à la partie dorsale, on dispose les coussins selon le sens du déplacement. Cet appareil ne nous paraît avoir aucun avantage sur le bandage ordinaire ; il comprime les parties, expose par conséquent aux accidents que nous avons décrits et ne remédie pas d'ailleurs à la déformation, puisque rien ne tend à tirer le poignet en dedans.

M. Malgaigne a cherché à modifier les coussins, mais l'appareil, tel qu'il résulte de cette modification, n'en conserve pas moins les défauts que nous lui reprochons sans acquérir toutes les qualités qui lui sont nécessaires pour remplir parfaitement les indications. Le pis de tous est de nécessiter, comme le précédent, une compression toujours fâcheuse.

M. Blandin ne lui a fait subir qu'un changement fort léger, qui ne peut pas le rendre beaucoup plus apte à éviter l'écueil de l'empâtement et de l'altération dans la mobilité.

M. Duménil a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* la description d'un appareil contre ces fractures ; mais ce médecin nous a paru s'être trompé sur les indications et n'avoir pas nettement saisi les conditions à remplir.

MM. Diday et Godin ont proposé de traiter ces fractures par l'extension coninue, et en cela ils ont montré qu'ils avaient compris on ne peut mieux l'indication, mais l'appareil ne tenait pas tout ce que la théorie avait promis.

M. Huguier a inventé aussi un autre bandage pour le même but.

Enfin M. Velpeau, lui aussi, a voulu tenter l'extension continue ; pour cela il a appliqué sur le bras un bandage dextriné, puis un bandage roulé sur l'avant-bras, deux attelles suffisamment longues pour dépasser la main étaient fixées solidement ; de chaque côté elles présentaient une traverse à leur extrémité inférieure et au moyen d'un lacs placé sur la main on pratiquait une extension permanente, le lien étant attaché à la traverse ; mais M. Velpeau a bientôt renoncé à ce procédé qui remplissait mal son but. Ce qu'il y a de positif, c'est que la science ne possède pas encore un appareil tel qu'il le faudrait.

M. Velpeau en est revenu au suivant : il place d'abord des compresses sèches ou imbibées d'une liqueur résolutive, d'eau-de-vie camphrée, par exemple ; il applique ensuite une bande sèche, afin de protéger la peau du malade contre le second bandage qu'il placera par-dessus ; tout cela est fait sans exercer aucune compression sur le membre ; on a eu soin de plier l'avant bras avant de le mettre dans l'appareil ; quand le bandage sec est terminé, quelques compresses graduées sont placées jusque sur le dos de la main en arrière et également en avant ; puis il entoure le membre d'une bande dextrinée, dans les tours de laquelle sont mises des attelles de carton mouillé. L'application de ce bandage achevée, deux autres compresses sont posées à l'endroit du déplacement et recouvertes immédiatement par deux fortes attelles en bois et une bande sèche que l'on fait enlever au bout de quelques heures, c'est-à-dire aussitôt que le bandage dextriné est tout à fait sec.

Dr PAJOT.

Vendredi 2 juin, à 8 heures très précises du soir, à l'Athénée royal, rue de Valois, no 2, ouverture d'un Cours sur les erreurs et les déceptions en médecine et en chirurgie, par *M. le docteur Maisonabe*, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Après quelques courtes généralités sur le sujet du Cours, et dans cette première séance, M. Maisonabe soutiendra, sous la présidence de M. Londe, membre de l'Académie royale de médecine, la thèse suivante : *Les déviations de l'épine ne peuvent être corrigées, à quelque degré que ce soit*. M. Maisonabe répondra à toutes les objections et questions qui pourront lui être adressées, et nul argumentateur ne sera récusé pourvu qu'il se renferme dans la question.

Erratum. — Une faute d'impression assez grave s'est glissée dans le compte-rendu de la Société médicale du Temple, inséré dans le dernier numéro. On fait dire au docteur Félix Legros (page 248, ligne 11) qu'il ne se rappelle pas avoir vu *périr* dans les hôpitaux un seul malade atteint de paraplégie traumatique. Au lieu de *périr*, il faut *guérir*.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 64, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Résumé de la clinique de l'année. (Suite et fin). — *Maladies du cœur.*

Les maladies du cœur ont été très nombreuses cette année; il y en a eu 41 cas, sur lesquels 16 morts. Sur ces 41 cas, 16 ont été observés dans la salle des hommes, 24 dans celle des femmes. Cette proportion des femmes, tout en tenant compte toutefois du plus grand nombre de lits de femmes, est trop considérable pour qu'il n'y ait pas une cause qui ait plus particulièrement exercé son influence sur les femmes. Il est probable que cette influence est en partie due à leur extrême sensibilité et à la manière beaucoup plus vive et plus profonde dont elles ressentent les émotions morales. 11 fois nous avons observé des signes d'hypertrophie simple; 6 sur ces 11 malades ont succombé. L'autopsie, dans ces 6 cas, a révélé chez quelques-unes une insuffisance de valvules; chez d'autres il n'y avait aucune lésion appréciable du cœur. Dans 16 cas on a pu reconnaître pendant la vie les signes de l'insuffisance des valvules; dans 4 cas on constata les symptômes d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche; 3 fois rétrécissement et insuffisance auriculo-ventriculaire.

Sur le nombre total de ces affections, 29 fois les lésions ont été observées du côté gauche. Ces faits sont confirmés tous les jours par les résultats microscopiques qui montrent les lésions matérielles beaucoup plus fréquentes dans les parties gauches du cœur que dans les parties droites. 5 malades ont succombé avec des signes d'insuffisance des valvules. On avait constaté pendant la vie un souffle au premier temps se prolongeant pendant quelques instants. L'insuffisance de la valvule mitrale est assez difficile à reconnaître à l'autopsie. On reconnaît assez facilement l'insuffisance des valvules sygmoïdes par un jet d'eau versé dans l'orifice aortique, et qui, en distendant mécaniquement les valvules, permet de constater leur insuffisance; mais pour la valvule mitrale cette expérience n'est pas possible.

Dans deux cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire, il y avait un souffle commençant avec le premier bruit et finissant après lui. L'autopsie confirma le diagnostic. Dans 2 autres cas de rétrécissement auriculo-ventriculaire avec insuffisance, le souffle commençait avant le premier bruit du cœur, et finissait au deuxième bruit.

Enfin, dans un cas où il y avait un souffle au premier bruit vers la pointe du cœur, on diagnostiqua une insuffisance des valvules sygmoïdes; mais ce diagnostic ne fut point confirmé par l'autopsie, ce qui a paru contradictoire avec tous les faits connus. Dans 6 cas il y eut des bruits anormaux et de l'irrégularité dans le pouls. Quand cette irrégularité du pouls persiste, elle nous paraît être un indice qu'il y a une altération dans les valvules du cœur ou qu'elle se forme.

Quant aux rapports qui peuvent exister entre les lésions du cœur et l'affection rhumatismale, nous en avons déjà parlé; nous n'ajouterons seulement à ce que nous en avons dit que quelques mots.

Sur 34 cas de rhumatisme articulaire, il y a eu 14 fois complication d'un état anormal du cœur. Ces complications d'un état morbide du cœur se terminent assez souvent d'une manière heureuse, et cependant on entend ordinairement, dans ce cas, un bruit de râpe plus ou moins rude.

Ce bruit anormal ne représente donc pas toujours une lésion organique du cœur, mais simplement quelquefois un état morbide passager, probablement un trouble nerveux de cet organe. Les faits sur lesquels on s'est fondé pour établir une théorie sur cette coïncidence de phénomènes morbides, ne sont, à notre avis, ni assez multipliés, ni assez clairs; il faut continuer à observer attentivement les malades, les interroger avec soin sur les antécédents. Il n'est pas difficile de démontrer si une complication du côté du cœur a eu lieu en même temps que le rhumatisme; si des palpitations ont précédé ou suivi les douleurs rhumatismales.

Relativement aux inflammations du péricarde, nous avons eu deux cas de mort, dont l'un avait présenté la complication d'un rhumatisme et l'autre celle d'une fièvre typhoïde. On ne peut rien conclure de ces faits.

Quant à l'*endocardite*, c'est une maladie très rare, quoi qu'on en dise. Nous en avons vu quelques cas dans ces dernières années; nous en avons observé notamment un très beau cas l'année dernière; un autre s'est présenté dans le service pendant que M. Grisolle était notre chef de clinique.

Un troisième cas a été recueilli par M. Gueneau de Mussy; les pièces pathologiques de ce dernier, qui offraient un grand intérêt, ont été déposées au Musée Dupuytren.

Le cas recueilli par M. Grisolles était une femme bien constituée, quoique un peu lymphatique; elle entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'une phlegmasie interne du cœur; on la traita par des saignées abondantes et répétées; mais malgré ces moyens énergiques, elle succomba. L'observation rédigée par M. Guéneau de Mussy était relative à une femme d'un tempérament nervoso-sanguin; elle avait des douleurs très vives et profondes à la région précordiale; elle n'avait jamais eu de rhumatisme. Nous la traitâmes aussi avec beaucoup d'énergie, mais sans parvenir à la sauver. La malade observée l'année dernière et qui avait une endocardite, n'avait pas eu non plus de rhumatisme. On est donc bien forcé d'admettre que l'endocardite n'est pas, aussi souvent qu'on le dit, le résultat d'un rhumatisme aigu, et qu'elle peut avoir lieu sans être compliquée de cette dernière maladie.

Quant aux affections organiques du cœur qu'on regarde comme la conséquence du rhumatisme, nous avons déjà exprimé là dessus notre opinion. La question est, suivant nous, bien loin d'être résolue d'une manière satisfaisante. Voici à cet égard les proportions et les rapports que nous avons observés. Cinq fois il y eut un rhumatisme antérieur, deux fois consécutif; il y a eu doute dans un cas; dans les 33 cas restant, sur lesquels il y eut 11 fois une hypertrophie simple et 11 fois des lésions valvulaires, il n'y a point eu de rhumatisme.

En définitive, sur 134 maladies organiques du cœur observées dans ces dernières années, et recueillies avec soin, nous avons constaté 18 fois la complication du rhumatisme articulaire, encore sur ces 18 cas comprenons-nous le cas d'une femme idiote, sur les réponses de laquelle on ne peut asseoir aucune certitude. C'est, comme on le voit, une proportion si minime, que les cas de cette complication peuvent être considérés comme des exceptions. Ainsi tout en admettant que le cœur, comme organe musculeux, puisse être influencé par le rhumatisme, on doit conclure d'après l'état actuel de la science, que la coïncidence des lésions organiques de cet organe avec le rhumatisme articulaire des membres est assez rare, et beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit.

Affections syphilitiques.

Les cas d'affections syphilitiques que nous avons eu à traiter cette année ont été très peu nombreux, par la raison que cet hôpital n'est pas destiné au traitement de ces maladies; nous n'avons eu que quelques cas qui ont pu servir à l'enseignement clinique. Le motif pour lequel nous avons voulu vous entretenir ici de ces maladies, c'est parce que depuis quelques années il existe un grand désaccord entre les praticiens sur la question du traitement de cette affection. On trouvera peut-être extraordinaire qu'un médecin qui n'est point attaché à un hôpital où l'on traite spécialement ces maladies, et qui n'est pas par conséquent à même d'en traiter autant que les médecins qui en font l'objet spécial de leur pratique, s'engage dans un pareil débat; mais les hommes compétents étant dissidents entre eux, l'examen de la question devient du domaine général de la médecine, et il est dès lors permis à tout médecin chargé d'un enseignement clinique, de la discuter. C'est même pour ceux-ci un devoir d'exprimer franchement leur opinion sur ce point, en se fondant sur l'expérience qu'ils

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1841 au 1er juillet 1842; par C. FORGET, professeur de clinique médicale. Brochure in-8°; Paris et Strasbourg.

On a déjà loué quelque part M. le professeur Forget de publier *lui-même* le résumé de sa clinique, et de ne pas confier ce soin important à un élève. Je m'associe à cet éloge. La responsabilité d'un professeur de clinique doit être entière; il ne faut pas qu'elle puisse se disséminer. Toutes les convenances exigent d'ailleurs qu'il en soit ainsi. Un élève, pour plaire au maître, dépassera souvent les limites de l'éloge et de la vérité, et par cela même affaiblira l'autorité du maître. On doit remercier M. Forget d'avoir compris cela et d'avoir donné ce bon exemple à ses collègues de Paris. — Il est difficile, sinon impossible, d'analyser un compte-rendu de clinique. Ce genre de travail, surout avec la forme que lui a donné M. Forget, doit être lu dans son entier. Quand j'aurais dit que ce professeur a eu à traiter tant de pneumonies, tant de fièvres typhoïdes, etc., que la mortalité a été de tant, et le reste, qu'en résulterait-il pour le lecteur? Evidemment rien que des chiffres stériles. Ce sont les idées qui lient les faits, tes réflexions dont ils sont l'occasion et le prétexte qui donnent de l'intérêt à ce travail, et, séparées des faits, ces réflexions n'ont plus qu'une valeur fort amoindrie. J'aime donc mieux m'en tenir à dire qu'indépendamment du zèle et du talent que nous connaissons tous dans M. Forget, son compte-rendu le révèle sous une face nouvelle, celle de clinicien sage, exact, et de bonne foi, qu'on est honteux, tant elle devient rare, d'avoir à signaler.

Documents scientifiques et administratifs concernant l'emploi des chlorures d'oxides, et spécialement du chlorure d'oxide de sodium ou liqueur de Labarraque, comme moyen d'assainissement des lieux insalubres, de désinfection de matières animales, et de traitement de quelques-unes des maladies de l'homme et des animaux; recueillis par M. LECANU, professeur à l'Ecole de pharmacie, etc. — Brochure in-8°. Paris, J.-B. Baillière.

Ces documents sont relatifs à tous les emplois dont la liqueur de M. Labarraque est susceptible, et émanent soit des corps savants, soit des autorités administratives, soit des médecins qui en ont constaté l'efficacité et qui en recommandent l'usage. Depuis plus de vingt ans que la précieuse découverte de M. Labarraque a été faite, les expériences sur l'échelle la plus large n'ont laissé aucun doute sur l'efficacité des chlorures d'oxides comme désinfectants. La thérapeutique s'est appropriée aussi ces agents précieux; l'art vétérinaire en retire de grands avantages; leurs applications sont aussi nombreuses que diverses; en un mot, il est peu de découvertes qui possèdent une utilité plus incontestable et plus générale. C'est ce dont on est convaincu en lisant les ducuments recueillis par M. Lecanu.

Rapport sur l'hydrothérapie, adressé au ministre de la guerre, après un voyage fait en Allemagne; par M. le docteur SCOUTETTEN. — Broch. in-8°. Paris et Strasbourg.

Ce travail est déjà connu du lecteur par le compte-rendu de l'Académie des sciences. Nous n'y reviendrons pas, et avec d'autant plus de raison, que M. Scoutetten annonce la publication prochaine d'un ouvrage scientifique étendu sur le même sujet. Il est à craindre seulement que dans le court séjour que l'auteur a fait à Græfenberg, il n'ait pas eu le temps de recueillir assez de matériaux. J'aurais toute confiance en ce qui résulterait de l'observation propre de M. Scoutetten; mais des faits recueillis en Allemagne de la bouche des sectateurs de l'hydrothérapie me laisseront toujours des doutes. Je n'en veux pour preuve que le fait cité dans cette brochure et que je reprocherai à M. Scoutetten d'avoir rapporté sans réflexions, relatif à un médecin bavarois qui lui a assuré avoir guéri par l'hydrothérapie un de ses enfants fréquemment atteint d'*accès de croup*. En France, nous ne connaissons pas ces accès-là.

Dissertatio de partu viribus maternis absoluto. — Dissertation sur l'accouchement terminé par les seules forces maternelles; par F.-L.-J. SOLAYRÈS de Renhac, traduite et annotée par le docteur Andrieux de Brioude. — Broch. in-8°. — Paris, G. Baillière.

Cette dissertation parut en 1771, quelques jours avant la mort de l'auteur qui ne put la soutenir le jour fixé pour sa réception à la maîtrise. Elle était devenue fort rare, et l'on doit remercier M. le docteur Andrieux de l'avoir reproduite. Elle est, en effet, très remarquable, et l'on n'en sera pas surpris en lisant l'aveu de Baudelocque, qu'une partie de son livre n'est que la traduction paraphrasée de la thèse de Solayrès. C'est ce qui a fait dire à M. Velpeau que si Solayrès eût vécu, peut-être Baudelocque n'aurait point honoré la France.

Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne et sur la surdité qui en est la suite, avec l'indication d'un nouveau mode de traitement; par M.-E. HUBERT-VALLEROUX, D.-M. — Broch. in-8°. — Paris, J.-B. Baillière.

Monographie très estimable consacrée au développement des propositions suivantes: C'est plutôt à la pénurie des travaux de pathologie auriculaire qu'aux difficultés réelles du sujet, que l'on doit attribuer l'infériorité de la médecine à l'égard des maladies de l'oreille.

Les notions exactes de structure et de fonction des organes devant servir de base aux études de pathologie, les notions tardives acquises sur l'anatomie et la physiologie de l'oreille doivent être considérées comme la cause première de cette infériorité.

La première condition, pour tout traitement rationnel, étant une connaissance précise des symptômes, de la marche, de la durée, en un mot de tous les phénomènes d'une maladie donnée, la confusion qui règne dans les auteurs, relativement au diagnostic des affections de l'oreille en général, a rendu impossible une thérapeutique raisonnée de ces maladies.

Les mêmes motifs ont aussi rendu impossible une thérapeutique raisonnée du catarrhe de l'oreille moyenne.

Les prescriptions de l'hygiène, qui tiennent le premier rang dans le traitement du catarrhe en général, conservent encore cette place dans celui du catarrhe de l'oreille moyenne en particulier.

Les saignées sont rarement indiquées dans la thérapeutique du catarrhe, où elles ne peuvent que remplir une indication générale, et non constituer un moyen de traitement local.

La médication révulsive, si importante dans le traitement du catarrhe aigu, est plus importante encore dans le traitement du catarrhe chronique.

La révulsion qui s'exerce sur des tissus de même nature que ceux où siége la maladie, doit être préférée.

Le succès obtenu par l'emploi des vomitifs et des purgatifs dans la surdité catarrhale, est presque aussi constant que l'insuccès des vésicatoires dans le même cas.

Des trois voies qui ont été suivies pour porter les médicaments dans la caisse du tympan, une seule est rationnelle, c'est la trompe d'Eustache. Les médicaments curatifs du catarrhe de l'oreille moyenne sont les résines et les baumes, réduits par la chaleur sèche à un état de division suffisant pour que l'air leur serve de véhicule.

Essai sur l'idiotie, propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence; par M. le docteur BELHOMME. Broch. in-8°; Paris, Germer Baillière.

De l'idiotie chez les enfants et des autres particularités d'intelligence et de caractère qui nécessitent pour eux une instruction et une éducation spéciales. De leur responsabilité morale; par M. Félix VOISIN. Broch. in-8°; Paris, J.-B. Baillière.

Justice pour tous. On s'occupe beaucoup aujourd'hui de l'éducation des idiots, plusieurs personnes revendiquent l'honneur d'avoir démon-

peuvent avoir acquise dans cette matière. Les médecins qui traitent spécialement et presque exclusivement les maladies syphilitiques, ont sans contredit un avantage sur les autres médecins, sous le rapport pratique; mais ils ne sont pas à l'abri de certaines influences et de causes d'erreur, auxquelles les autres médecins sont beaucoup moins exposés. Ainsi beaucoup de malades qu'ils traitent après avoir été en apparence guéris de certains accidents syphilitiques sortent de l'hôpital, et les médecins n'en entendent plus parler. Or si ces mêmes individus retombent malades de la même affection, ils se gardent bien de recourir au même médecin; mais ils entrent ordinairement dans un autre hôpital ou dans le service d'un autre médecin. De là l'impossibilité pour le premier médecin de connaître les résultats définitifs de son traitement, et souvent une fausse conviction de son efficacité. Les accidents primitifs, si simples en apparence, durent souvent très long temps; et pour bien juger de l'efficacité d'un traitement, il faut l'employer pendant un temps très long, et le poursuivre même après que les symptômes ont disparu.

Pour les accidents primitifs, il y a un certain accord entre les médecins; mais il n'en est pas de même pour les accidents consécutifs. On a dit qu'il n'y avait rien de constant relativement à leur apparition, que tantôt ils se développent, tantôt ils ne se développent pas, sans qu'on ait pu assigner aucune des conditions qui peuvent faire ainsi varier ce résultat; de sorte qu'en définitive, on est réduit à attendre qu'ils se manifestent pour les traiter. Il arrive quelquefois que ces accidents se présentent même après un traitement mercuriel; il ne faut pas en conclure que le mercure n'est point efficace contre cette affection, mais que le traitement a été mal fait ou qu'il n'a pas été assez prolongé. Ce que j'en dis est par expérience; j'ai vu traiter et j'ai traité moi-même beaucoup de malades atteints de syphilis, et je n'ai jamais vu les symptômes morbides se reproduire lorsque le traitement a été fait d'une manière méthodique. J'ai pour système d'administrer les préparations anti-syphilitiques à petites doses et pendant long-temps. Dupuytren prolongeait le traitement des symptômes consécutifs pendant autant de temps qu'ils en avaient mis à se manifester. Pour nous, cette règle ne nous paraît pas assez sûre; car, si par hasard les symptômes primitifs se dissipent vite et que les symptômes consécutifs se montrent au bout de peu de temps, il s'ensuivrait que le traitement devrait être très court, ce qui, dans un grand nombre de cas, ne donnerait pas une garantie suffisante. Il y a, d'un autre côté, de l'inconvénient à donner les préparations mercurielles à haute dose, ainsi que le pratiquent quelques médecins; d'abord parce que le mercure produit des irritations gastro-intestinales plus ou moins graves; ensuite parce qu'à doses élevées il donne promptement lieu à la salivation, ce qui est toujours un accident fâcheux, non-seulement en ce qu'il incommode beaucoup les malades et qu'il leur ôte quelquefois le sommeil, mais aussi parce qu'il oblige à interrompre le traitement. Or, pendant cette interruption le virus syphilitique reprend toute son activité première, des nouveaux symptômes peuvent se produire, et on est obligé par la suite de recommencer le traitement tout comme si l'on n'avait rien fait. C'est donc un mauvais système de donner les préparations mercurielles à des doses élevées. En l'administrant au contraire à doses fractionnées, on peut en continuer l'usage sans interruption et sans aucun inconvénient pendant un très long temps. Nous prolongeons habituellement ce traitement pendant cinq ou six mois, en donnant le mercure sous forme de deuto-chlorure, à la dose d'un dixième de grain, en pilules matin et soir, et les accidents disparaissent sans qu'il nous reste la crainte de les voir se reproduire. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de diriger convenablement un pareil traitement, et de ne point attendre, pour le mettre à exécution, qu'il se manifeste de plus sérieux symptômes; car, en ajournant un traitement qui, fait en temps opportun, eût pu être très simple et d'une grande efficacité, on s'expose plus tard à voir surgir des circonstances qui le rendront beaucoup plus difficile et souvent même infructueux. Ainsi, par exemple, combien ne voit-on pas d'individus qui, n'ayant fait aucun traitement convenable pendant leur jeunesse, attendent pour se soigner qu'ils soient à la veille de se marier. A quels graves inconvénients et à quelles préoccupations douloureuses ces personnes ne se trouvent-elles pas alors en proie!

Quant à ce qui concerne les accidents consécutifs, nous employons les préparations mercurielles pour les individus qui n'ont subi encore aucun traitement, tandis que pour ceux qui ont déjà été traités par ces préparations, nous aimons mieux employer l'iodure de potassium, dont les résultats ont été très satisfaisant dans nos mains, comme dans celles de beaucoup d'autres praticiens. Employé d'une manière convenable, nous l'avons vu presque toujours triompher à la longue des phénomènes secondaires et tertiaires même les plus graves et les plus chroniques; nous l'avons vu notamment calmer les douleurs ostéoäopes, faire cesser l'insomnie, et apporter par là un grand soulagement aux malades, dans les cas mêmes où ils n'ont pas eu une entière efficacité.

Affections tuberculeuses.

Nous avons eu 67 cas d'affections tuberculeuses du poumon, dont la moitié environ ont été suivis de mort; 47 cas ont eu lieu dans le semestre d'été, et 20 dans celui d'hiver; 18 cas dans la salle des hommes, et 47 dans celle des femmes. Malgré la disproportion de nombre de lits consacrés aux uns et aux autres, le nombre des femmes affectées de tubercules a été, comme on le voit, dans une proportion beaucoup plus considérable. C'est, du reste, la proportion à peu près habituelle. La moitié environ de ces sujets n'avait point dépassé l'âge de 35 ans; 3 avaient dépassé 60 ans, ce qui prouve que cette maladie, bien qu'infiniment plus rare dans un âge avancé, s'observe quelquefois cependant, et qu'aucun âge n'en est absolument exempt. Parmi les cas suivis de mort, il y en a eu un où l'on a observé une hémoptysie foudroyante; il est très rare que les phthisiques, bien que sujets à ces sortes d'hémorrhagies, succombent directement aux suites de cet accident. Il y a eu deux cas de pneumo-thorax; c'est une complication très fâcheuse et généralement mortelle; on en comprend aisément la raison.

Traitement. Nous n'entrerons pas dans les détails du traitement relatif à certains symptômes de la phthisie, tels que la sueur, la toux, la diarrhée, etc., contre lesquels on emploie différents moyens suivant les indications particulières. Nous nous bornerons à quelques considérations sur le traitement en général. Les causes des tubercules sont encore environnées d'une profonde obscurité, et on est forcé de reconnaître à cette affection, faute de causes bien déterminées, une origine spontanée. On connaît l'influence de l'hérédité sur le développement de cette maladie. On sait que les enfants d'une mère phthisique sont le plus souvent sujets à la même affection. Mais jusqu'à quel point cette influence se fait-elle sentir? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. On sait aussi que certains pays exercent une influence fâcheuse sur cette maladie; mais on ignore en même temps jusqu'à quel degré et sous quel rapport les climats sont défavorables. On a fait des expériences sur les animaux pour chercher à développer artificiellement des tubercules: on a réussi jusqu'à un certain point; mais les résultats de ces expériences ne sont pas, à notre avis, applicables à l'espèce humaine, de sorte qu'on n'en peut rien conclure de positif sur la question qui nous occupe. On sait encore que l'inflammation du poumon, celle de la plèvre, les maladies éruptives et autres affections semblables favorisent beaucoup le développement des tubercules et en hâtent la marche et la terminaison fatale; de là l'indication précise de combattre ces complications fâcheuses et de mettre les tuberculeux dans des conditions physiologiques meilleures, du moins quand la chose est possible; car on ne peut combattre efficacement ces phlegmasies qu'à l'aide des moyens antiphlogistiques, et souvent on a affaire à des individus déjà affaiblis et qui ne peuvent supporter l'emploi de la saignée. Le point capital serait d'attaquer l'affection tuberculeuse elle-même; cela est très difficile, sans doute, mais pas absolument impossible.

La phthisie n'est pas à nos yeux une maladie tout à fait au-dessus des ressources de l'art et de la nature, comme certaines autres maladies, le cancer par exemple. Nous croyons qu'elle n'est point absolument incurable et qu'on pourra peut-être parvenir un jour à trouver le moyen de la combattre efficacement. Il est des affections tuberculeuses qui guérissent assez bien. On guérit tous les jours chez les enfants les tumeurs scrofuleuses; or ce qui se passe dans les ganglions tuberculeux peut également avoir lieu dans les autres organes.

La matière tuberculeuse est-elle susceptible de résolution? Peut-elle, après avoir été naturellement déposée dans les tissus, être reprise par les puissances absorbantes de l'économie? Ce qu'il y a de vrai à cet égard et de démontré par l'expérience, c'est que les tubercules pulmonaires peuvent se ramollir, la poche où cette matière morbide est ramassée peut se vider, se rétrécir, se tapisser peu à peu d'une espèce de fausse membrane de cicatrisation. On sait aussi qu'à la longue les tubercules ramollis se transforment en petites masses crétacées qui finissent par devenir inoffensives et dont l'existence peut se concilier très-bien avec la conservation d'une santé plus ou moins parfaite. Les faits de ce genre existent; quant à leur explication on en est réduit à des hypothèses. On a vu et constaté en effet plus d'une fois, en faisant des autopsies, des poumons tuberculeux qui présentaient des cavernes vides et cicatrisées chez des sujets chez lesquels, pendant la vie et long-temps avant la mort, on avait entendu le râle caverneux et le gazouillement caractéristiques du ramollissement tuberculeux. Les tubercules pulmonaires sont donc susceptibles de guérison. C'est un point sur lequel il ne peut rester aucun doute. Pourquoi cette maladie guérit-elle si rarement? Parce que la cause qui produit un tubercule en produit mille si on la laisse agir, et malheureusement les moyens d'en paralyser l'action sont bien peu efficaces jusqu'ici, parce que ces tubercules se développent dans plusieurs points à la fois à cause de l'existence d'une disposition particulière à la tuberculisation dans l'organisme, et que les désordres fonctionnels et organiques qui en résultent sont tels que la vie cesse d'être possible.

Le point capital dans le traitement de cette affection est donc d'éloigner les causes aptes à produire ou à développer le germe fatal. On a tout essayé pour arriver à ce but; toute la matière médicale a été mise à contribution: cette multitude de remèdes proposée contre la maladie en question prouve déjà assez par elle-même quelle est la nature de cette maladie et combien la guérison est difficile. Les préparations sulfureuses, les préparations d'iode ont quelquefois été employées avec quelque succès; mais dans les cas de guérison que l'on a constatés, est-ce bien aux remèdes employés qu'il faut attribuer le succès, n'est-ce pas plutôt aux ressources de la nature médicatrice?

---

tré la possibilité de cette éducation, d'en avoir tracé les règles et incité l'administration supérieure à entrer dans cette voie; mais elles oublient, involontairement sans doute, que des idées analogues avaient déjà été émises, que des vœux semblables avaient été formés, que des tentatives pareilles à celles dont nous sommes actuellement témoins avaient été essayées. Et par exemple, l'équité me force à dire que la brochure de M. Belhomme, réimpression textuelle de sa thèse de 1824, met pour lui cette priorité de vues et d'idées hors de toute contestation. Une courte citation mettra ce fait en évidence. Je lis à la page 54: « Chargé de la division dans laquelle ils (les idiots) se trouvent réunis, j'ai dû les observer et tâcher de pénétrer s'il n'existe pas des moyens d'améliorer leur sort. Je crois qu'on peut le faire en les soumettant dès l'enfance à une éducation tout à la fois intellectuelle et médicale. On apprécierait avec soin leur degré de capacité, et l'on proportionnerait leurs travaux à leur intelligence..... On aurait soin de régulariser leurs actions, ce qui ménagerait leur attention. »

Si ces idées ont reçu depuis leur application, il serait injuste d'en méconnaître l'origine et de ne pas la reporter à qui de droit. Du reste cette brochure de M. Belhomme est encore remarquable à d'autres titres. C'est la première monographie complète sur cette triste infirmité dans laquelle elle ait été envisagée sous tous les points de vue. On en jugera par les conclusions suivantes: L'idiotie est primitive ou consécutive à la naissance avant l'age de puberté. L'idiotie présente deux genres, l'*imbécillité* et l'*idiotie* proprement dite. La première offre trois espèces principales qui sont établies sur le degré d'aptitude correspondant au degré de développement de l'intelligence. La seconde présente deux espèces mesurées sur l'absence presque totale ou totale des facultés intellectuelles et affectives. — Il n'y a point de forme de crâne propre à l'idiotie; mais cette affection s'accompagne fréquemment des vices de conformation. — L'idiotie est une maladie qui se développe à la naissance ou lorsque les facultés intellectuelles ne sont pas arrivées à leur entier développement, ce qui la distingue des affections avec lesquelles on l'avait confondue. Les crétins et les cagots présentent les seules variétés que l'on remarque dans l'idiotie. — Cette maladie peut être traitée avec avantage mais non guérie.

Sans doute que depuis vingt ans que cette brochure a été écrite, les progrès de la science, auxquels M. Belhomme a d'ailleurs contribué, permettent aujourd'hui d'envisager l'idiotie d'une manière plus large, et la brochure plus récente de M. Voisin en témoigne. Après avoir indiqué les divisions qu'on peut établir dans cette infirmité, divisions basées sur la perte totale ou partielle des éléments instinctifs, intellectuels, moraux et perceptifs qui entrent dans la constitution de l'entendement humain, M. Voisin expose le plan qu'il se propose de suivre dans l'éducation des idiots, plan qui lui a été demandé par l'Institut, et qu'il a soumis à l'appréciation de l'Académie de médecine. Il m'est impossible de le suivre dans ces détails. Je me bornerai à donner la définition de l'auteur, qui me paraît plus complète que celle généralement admise: « Dans l'état actuel de la science, l'idiotie pourrait être définie, cet état particulier dans lequel les instincts de conservation et de reproduction, les sentiments moraux et les pouvoirs intellectuels et perceptifs ne se sont jamais manifestés, ou cet état particulier dans lequel ces différentes virtualités de notre être, ensemble ou séparément, ne sont qu'imparfaitement développées. »

De l'identité de Nature des Fièvres d'origine paludéenne de différents types; par M. Chervin. — In-8°; Paris, J.-B. Baillière.

A l'occasion de la lecture qui fut faite de ce travail à l'Académie de médecine, nous en avons donné l'année dernière un extrait étendu. L'honorable M. Chervin a cherché à établir l'identité de la fièvre jaune et des fièvres de nature paludéenne par le mode de propagation, par l'anatomie pathologique, par la symptomatologie et par le traitement. Ces analogies ne sont pas les seules, et M. Chervin établit encore les propositions suivantes: — la fièvre jaune n'a jamais régné épidémiquement hors des Tropiques que pendant l'été et l'automne; c'est-à-dire dans les saisons que sévissent les fièvres intermittentes et rémittentes. — Elle ne s'est montrée hors des localités où ces dernières pyrexies peuvent se développer. — Lorsque, dans les régions équinoxiales, la fièvre jaune moissonne les hommes non acclimatés, les fièvres périodiques sévissent généralement contre les créoles et les anciens résidents. — Les phénomènes météorologiques qui exercent une influence si marquée sur la marche de la fièvre jaune, se fait sentir d'une manière analogue sur celle des fièvres périodiques. — On sait que les miasmes qui donnent naissance à ces dernières peuvent être transportés par les vents; il en est de même de ceux qui produisent la fièvre jaune; seulement, dans ce cas-ci, leur action délétère ne s'étend pas aussi loin. — L'expérience a prouvé que, dans les villes où règne la fièvre jaune, les lieux bas, encaissés, mal aérés; tels que les petites rues, les allées, les impasses, les rez-de-chaussée, les entresols, etc., sont les endroits les plus dangereux à habiter. L'observation a démontré qu'il en est de même pour les fièvres intermittentes. — C'est un fait bien connu que les miasmes qui produisent les fièvres périodiques sont infiniment plus actifs la nuit que le jour. Ceux qui donnent naissance à la fièvre jaune possèdent aussi une puissance d'action extraordinaire lorsque le soleil est sous l'horizon. — Dans les régions équinoxiales, la fièvre jaune sévit, en général, presque exclusivement contre les personnes non acclimatées; les fièvres intermittentes et rémittentes attaquent aussi de préférence les sujets qui se rendent des pays salubres dans les contrées marécageuses. — La fièvre jaune sévit particulièrement sur les hommes forts et vigoureux qui passent des climats septentrionaux dans les contrées méridionales; il en est de même des fièvres intermittentes et rémittentes, ainsi que l'ont prouvé surabondamment les occupations successives de l'Italie, de l'Espagne, des îles Ioniennes, de la Morée et de l'Algérie par nos troupes. — L'individu qui a contracté une fièvre intermittente dans un lieu marécageux; atténue l'effet du poison et hâte son rétablissement en allant habiter un endroit salubre; la même chose a lieu pour la fièvre jaune, mais d'une manière moins marquée, parce que dans ce cas l'intoxication paludéenne est plus rapide et se trouve portée à un plus haut degré. — Enfin tous les signes différentiels qu'on a prétendu exister entre la fièvre jaune et les fièvres rémittentes bilieuses des pays chauds, sont absolument sans réalité.

Tout cela est développé dans la brochure de M. Chervin avec une grande puissance et une richesse d'érudition qui n'appartient qu'à lui. On sait que sur ce point il n'est pas un médecin dans le monde qui puisse rivaliser avec notre honorable confrère. Non-seulement il a beaucoup vu la fièvre jaune, mais encore il n'est pas si mince écrit qui concerne cette maladie qu'il ne connaisse et qu'il ne puisse citer au besoin. Il est, aussi, bien peu de médecins qui aient fait autant de sacrifices à la science et à l'humanité. Il y a des vieillesses plus heureuses au point de vue de ce que les hommes recherchent avec empressement, honneurs et richesses; mais nous n'en connaissons pas de plus glorieuse et de plus respectable.

Heureux emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de l'hydrocéphale aiguë; par M. Charles Fluden.

M. Fluder annonce qu'il a employé avec le plus grand succès l'iodure de potassium dans deux cas d'hydrocéphale aiguë qui déjà s'étaient compliqués d'épanchement et d'un état comateux, et contre lesquels on avait déjà prescrit inutilement les mercuriaux et les autres moyens ordinairement usités en pareille circonstance. Il a donné vingt-cinq milligrammes de ce sel toutes les deux ou trois heures. Le seul effet visible fut une augmentation de la sécrétion urinaire, et, dans un cas, une salivation. Dans un troisième cas, chez un enfant âgé de quatorze mois, il y avait, à la suite d'une affection pyrétique traitée par des moyens énergiques, une paralysie de tout le côté droit, accompagnée de mouvements convulsifs du côté opposé. L'iodure potassique se montra non moins efficace que chez les autres sujets; il survint, en effet, une diurèse abondante et du ptyalisme.

(*London medical Gazette.*)

Les exutoires, les irritants extérieurs, les fumigations avec des substances balsamiques, ainsi que l'usage intérieur de certaines substances, ont eu quelquefois des avantages, ils ont procuré du soulagement. Mais les bons effets n'en sont pas assez constants ni assez multipliés pour qu'on puisse conclure en faveur de ces moyens. En somme, tous les moyens fournis par la matière médicale ont été jusqu'à présent généralement impuissants. On a dû, en conséquence, tourner les regards vers d'autres moyens, on en a principalement appelé aux secours de l'hygiène. On a eu recours aux eaux minérales, principalement à celles où les sels de soufre dominent ; ainsi les eaux Bonnes ont été employées et prônées, ainsi que les eaux de Barèges, de Luchon, etc. ; enfin dernièrement on a beaucoup vanté les aux de Chelle (en Savoie), qui paraissent avoir une supériorité sur les autres, à cause d'un alliage de soufre et de fer qu'elles contiennent. Toutes ces eaux semblent avoir quelque heureuse influence sur la phlegmasie au premier degré. Du reste, toutes les fois qu'un remède ne présente aucun danger on ne doit point le repousser, il faut l'expérimenter, surtout quand il s'agit d'une maladie qui résiste à tous les moyens connus.

L'hygiène produit quelquefois ici ce que la matière médicale ne produit pas ; nous avons beaucoup de confiance dans les moyens hygiéniques bien dirigés, dans le changement de climat, par exemple, dans les voyages. C'est du reste le sentiment de tous les médecins observateurs. Mais quelle est l'influence d'un climat nouveau ? Tient-elle seulement au changement d'air ? Il est probable que l'air n'est qu'un des éléments de cette condition favorable du changement de climat. En effet, quand on change de ciel on ne change pas seulement d'air, mais de tout, d'aliments, d'habitudes, de manière de vivre, en un mot ; on se trouve en quelque sorte dans une sphère nouvelle d'influences, de rapports, d'idées et d'impressions qui doivent nécessairement agir sur l'organisme et le modifier profondément.

Aussi a-t-on vu quelquefois des malheureux s'embarquant presque mourants pour une longue navigation, se trouver de suite mieux, respirer plus à leur aise au milieu de l'Océan, puis revenir après un voyage lointain, sinon guéris, du moins dans une position infiniment meilleure qu'avant leur départ. Comment agissent ces causes? On ne le sait pas plus qu'on ne sait comment se développent les tubercules, sous l'influence de quelles causes ils se manifestent dans l'organisme à la fleur de l'âge. Il est seulement naturel de penser qu'un changement de pays, une manière nouvelle de vivre, un changement complet dans toutes les circonstances hygiéniques, toutes conditions qui doivent amener nécessairement des modifications profondes dans l'économie, sont bien capables de modifier aussi la disposition naturelle de certains sujets à la production des tubercules, et d'en arrêter l'évolution. Aussi est-ce une pratique rationnelle de conseiller, autant que les circonstances particulières le permettent, le changement de climat et les voyages lointains. On est autorisé, par l'expérience, à en attendre les plus grands avantages.

— Ici se termine le compte-rendu de la clinique de M. Chomel. Il est possible qu'à raison de son étendue, du nombre et de la variété des objets, et surtout des données statistiques qu'il renferme, il se soit glissé quelques erreurs involontaires. Il en est une que nous tenons d'autant plus à rectifier qu'elle a pu donner lieu à de fausses interprétations. Dans le premier article relatif aux fièvres typhoïdes, en parlant de la durée moyenne de la fièvre typhoïde, nous avons fait dire à M. Chomel que cette durée avait été de 5 *jours* seulement pour les cas légers ; c'est 15 *jours* qu'il faut lire.

Si d'autres erreurs nous sont signalées dans la suite, nous nous empresserons de les relever.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mai. — Présidence de M. P. Dubois.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Ed. Louis, annonçant à l'Académie qu'il est étranger à l'invention du pessaire dont elle s'est occupée, ainsi qu'aux distributions de prospectus faites par un médecin de ce nom ; 2° une lettre de M. Boudin en réponse aux assertions de M. Michel Levy sur la fréquence de la phthisie et des fièvres intermittentes à Strasbourg. M. Boudin explique l'opinion de M. Levy par ce fait, que c'est sur la garnison que sévissent les fièvres intermittentes, à cause de la casernation dans la citadelle de Strasbourg, entourée d'eaux stagnantes, et que c'est sur la population civile que sévit la phthisie.

Cette lettre est renvoyée à la commission de topographie et à M. Bonnet.

— *M. le président* annonce que par les décès de MM. Héreau, Sanson et Larrey, une place est actuellement vacante dans le sein de l'Académie. Dans la prochaine séance on nommera une commission chargée d'examiner dans quelle section aura lieu la nomination.

— *M. Capuron*, à l'occasion du procès-verbal, se plaint de la décision qui a été prise dans la dernière séance au sujet du pessaire de M. Louis. En appeler à l'expérience, c'est demander l'impossible si on ne publie pas une description de l'appareil. Du reste, il a modifié son rapport dans le sens qui avait été désiré par l'Académie ; il demande à en faire la lecture.

Après quelques observations de M. Martin-Solon, qui soutient la convenance de l'ajournement ; de M. Velpeau, qui en qualifiant l'auteur du pessaire de médecin honorable, avait adressé cette qualification à M. Ed. Louis, l'ordre du jour est adopté.

— *M. Desportes* lit un rapport sur un mémoire de M. Pestel, relatif à l'embarras gastrique, aux fièvres bilieuses et à des morts spontanées par suite de chaleur.

Il nous a été impossible de saisir un seul mot de ce rapport, l'honorable membre s'étant assis à la tribune de manière à tourner le dos aux journalistes et à ce que ses paroles ne pussent arriver jusqu'à nous.

Des conclusions favorables sont adoptées après quelques observations de M. Dupuy sur l'influence de la chaleur comme cause de mort.

— *M. le président* annonce la mort de M. Lemolt, membre correspondant, médecin-inspecteur des eaux de Bourbonne-les-Bains.

— *M. Raciborski* lit un mémoire sur l'influence de la menstruation, sur le lait des nourrices et sur la santé des nourrissons.

L'auteur, à qui l'on doit déjà des travaux importants sur la menstruation, a cherché dans ce mémoire à établir d'une manière positive quelle peut être l'influence de la menstruation sur l'état du lait chez les nourrices qui continuent à avoir leurs règles, et sur la santé des nourrissons. Les opinions des médecins sont encore partagées sur ce sujet. Les uns croient qu'il n'y a aucun inconvénient de faire allaiter un enfant par une nourrice menstruée ; d'autres disent que tout dépend des cas particuliers ; d'autres enfin, et de ce nombre est M. Gendrin, prétendent qu'on ne devrait, sous aucun prétexte, permettre un allaitement par une nourrice qui continuerait à avoir ses règles. Selon ce dernier médecin, le lait éprouverait non-seulement une diminution sensible pendant la durée de l'évacuation menstruelle, mais il deviendrait notablement plus pauvre en globules et en crème, et offrirait en même temps des granulations de collostrum.

Sept nourrices ont été l'objet des observations de M. Raciborski. Il a eu soin d'examiner leur lait au moment des règles et dans l'intervalle des époques menstruelles ; ses recherches ont porté particulièrement sur l'aspect du lait, sur sa réaction chimique, sur la densité, l'étendue occupée par la crème dans le tube gradué de Chevallier, l'examen microscopique des globules, leur nombre, leur diamètre et leur mode d'arrangement, etc. M. Raciborski passe ensuite à l'examen du lait d'un pareil nombre de nourrices qui n'étaient pas menstruées ; enfin, il termine par étudier la constitution et l'état de santé des enfants qui ont puisé le lait dans le sein des nourrices réglées. Parmi ces femmes, deux surtout méritent de fixer notre attention. Une d'elles ne pouvait nourrir que d'un seul sein, et se trouvait plongée dans la plus profonde misère ; elle est parvenue, toutefois, à élever très bien son enfant, qui est devenu beau et très bien portant. L'autre nourrice est surtout curieuse en ce qu'elle n'a essayé de nourrir son enfant que trois mois après l'accouchement. Dans cet intervalle, les règles avaient suivi leur cours ordinaire. Nonobstant cela, la sécrétion mammaire s'est rétablie après plusieurs tentatives, et est devenue excessivement abondante. L'enfant était magnifique et très bien portant.

Voici les conclusions générales de ce travail :

Il résulte de ces recherches : 1° Que, contrairement à ce qui a été soutenu dans ces derniers temps, le lait des nourrices qui continuent à être menstruées pendant l'allaitement ne diffère pas sensiblement sous le rapport de ses qualités physiques, de la réaction chimique et de son aspect microscopique du lait des nourrices non réglées.

2° Que la seule particularité que semble présenter sous ce rapport le lait des nourrices réglées, c'est que, dans la plupart des cas, il est moins riche en crème pendant la durée de l'évacuation menstruelle que dans l'intervalle des règles. C'est à cette particularité qu'il faut attribuer l'aspect bleuâtre que présente alors le lait chez certaines nourrices.

3° Qu'en faisant même la part des influences dynamiques de la mère à l'enfant, on s'est généralement exagéré les inconvénients de l'allaitement par les nourrices menstruées, et qu'il ne faudrait dans aucune circonstance refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle continuerait à avoir ses règles.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Danyau, Delens et Baudelocque.

— M. *Hubert Valleroux* lit un mémoire sur l'abus et sur les dangers de la perforation de la membrane du tympan considérée comme moyen curatif de la surdité.

Quelle est la valeur thérapeutique de la perforation de la membrane du tympan ? Dans quels cas doit-on la pratiquer ? Dans quels cas doit-on s'en abstenir ? Telles sont les questions que l'auteur s'est attaché à résoudre. Et d'abord, est-il vrai que les lésions de continuité de la cloison soient sans influence sur l'ouïe ? Des observations suivies avec soin sur plus de cent sujets de tout âge et à toutes les heures de la journée, ont démontré au docteur Hubert que les lésions de la membrane diminuent constamment la portée de l'ouïe. Cette diminution est d'un tiers, des trois quarts ou même davantage.

Des accidents graves, dont l'auteur cite plusieurs exemples, ont suivi cette opération ; deux fois ils ont amené la mort ; et dans tous les cas ils ont présenté les caractères déjà signalés par Itard et par Kramer.

L'examen attentif des indications d'opérés fournies par les auteurs, prouvent que, dans la plupart des cas où ils conseillent l'opération, d'autres moyens plus rationnels, le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par exemple, la remplacerait avantageusement. « Convaincu que si l'on rend à la médecine un service réel en indiquant un nouveau mode de traitement, on ne lui est pas moins utile en signalant une erreur de pratique, je me suis attaché, dit l'auteur, à rassembler les matériaux du travail que je publie aujourd'hui. »

Comme toutes les opérations, la perforation de la cloison du tympan a son histoire particulière. Cette histoire ne remonte pas bien haut. Les anciens, qui croyaient à la présence d'un *air inné* dans la caisse du tympan, ne pouvaient songer à la faire. Chéselden la pratiqua le premier en 1740. L'insuccès qui suivit cette tentative fit oublier l'opération, et il faut arriver à A. Cooper pour trouver de nouveaux essais. Ce chirurgien célèbre obtint quatre succès, et dès lors la perforation du tympan eut ses adeptes et ses enthousiastes, non-seulement en Angleterre, mais en France et en Allemagne. Il faudrait citer les noms de presque tous les chirurgiens marquants du commencement du siècle, pour rapporter ceux qui pratiquèrent cette opération.

Cependant, comme on avait singulièrement exagéré les succès, d'une part ; et que, de l'autre, les moyens diagnostiques et thérapeutiques des maladies de l'oreille se perfectionnaient chaque jour, on ne pouvait tarder de revenir de cet engouement.

C'est ainsi qu'au lieu des guérisons fréquentes de surdité que l'on proclamait hautement, on reconnut bientôt que les insuccès étaient la règle et les guérisons l'exception. — C'est ainsi que l'on put, en suivant les malades, reconnaître la vérité de l'observation faite par Willis que « les malades atteints de perforation de la cloison ne tardent pas à perdre progressivement l'amélioration qu'ils avaient obtenue d'abord. » — La raison en est que l'air qui vient dans la caisse du tympan, par le conduit auditif, est froid et irrite les tissus délicats de cette cavité. — « Aussi, dit l'auteur, je n'hésite pas à répéter ce que j'ai avancé dans un autre travail, à savoir que la perforation de la cloison est suivie du catarrhe permanent de la caisse. » — « Pour s'en assurer, ajoute-t-il, que l'on introduise un cathéter dans la trompe d'Eustache, et que l'on pousse une douche d'air dans tous les temps de la maladie, on verra sortir de l'ouverture de la cloison un mucus mêlé de pus. »

Mais l'insuccès à peu près constant de l'opération n'est pas le seul grief que l'on puisse lui reprocher. — Des difficultés d'exécution y sont encore attachées et des dangers l'accompagnent. — Or, en présence de ces difficultés et de ces dangers, sur lesquels l'auteur s'étend, il se demande si la conduite des chirurgiens qui perforent la cloison n'est pas aussi irrationnelle que celle des praticiens qui, appelés près d'un malade atteint de rétention d'urine, pratiquent la paracentèse de la vessie sans s'être attachés auparavant à livrer passage au liquide, en sondant la poche urinaire. Dans ce dernier cas, néanmoins, le praticien peut invoquer le motif d'urgence qui n'existe jamais dans le premier.

Arrivant à la conclusion, l'auteur dit : « L'essentiel est donc de préciser les cas où la désobstruction de la trompe d'Eustache est possible, et ceux où l'impossibilité de sonder ce conduit, rend indispensable la perforation. » — Avec les ressources que possède aujourd'hui la thérapeutique auriculaire, la plupart des obstacles du cathétérisme signalés par Itard, Saissy, Deleau, etc., doivent être surmontés, soit par les moyens généraux de traitement qu'indique l'auteur, soit par les moyens locaux. C'est ainsi que ni les polypes des fosses nasales, ni la tuméfaction de la membrane pituitaire, ni la déviation de la cloison des fosses nasales, ne peuvent être considérés comme des empêchements. L'impossibilité de surmonter l'obstacle présenté pour l'obturation de la trompe, est seule une indication positive ; car *nécessité fait loi*. Mais quand est-il impossible de le surmonter ? Là est toute la question. — L'auteur pense l'avoir résolue dans son mémoire, en réfutant les auteurs et en indiquant ce qu'il fallait faire, au lieu de l'opération qu'ils ont pratiquée ; et il termine ainsi : « La perforation de la membrane du tympan, considérée comme moyen curatif de la surdité, est une opération qui n'est plus en rapport avec l'état actuel de la science et qui doit être rejetée de la pratique, sauf un seul cas, celui d'oblitération incurable des deux trompes d'Eustaches, quand, d'ailleurs, le reste de l'organe auditif est sain. »

Commissaires : MM. Thillaye, Piorry, Breschet.

— *M. Marchal* (de Calvi) présente une femme qu'il a guérie d'un ulcère variqueux qui durait depuis trois ans. Divers traitements avaient été essayés, ils avaient été infructueux. C'est la jambe droite qui était affectée. L'ulcère était visiblement entretenu par des veines variqueuses très nombreuses qui entouraient la demi-circonférence inférieure de l'ulcère. D'autres varices existaient le long de la jambe. L'extrémité inférieure de celle-ci était tuméfiée ; la peau était lisse, rouge, amincie, et notablement altérée. Cette partie était le siége d'une douleur gravative presque constante, et l'ulcère faisait éprouver, de son côté, des picotements, parfois même des élancements qui, la nuit, réveillaient la malade. Cette dernière était fort affectée de son état auquel elle ne voyait pas de terme, et qui pouvait l'empêcher de subvenir à son existence.

La méthode employée par M. Marchal (de Calvi) n'est pas nouvelle ; mais le procédé est nouveau. La méthode est celle de Celse, reprise de nos jours par MM. Bonnet (de Lyon) et A. Bérard. Le procédé est le suivant. Au lieu d'appliquer le caustique en haut de la jambe, sur le tronc de la saphène, M. Marchal a circonscrit la demi-circonférence inférieure de l'ulcère, à 4 centimètres de distance de celui-ci, d'une ligne de caustique de Vienne, en forme de fer à cheval. Il a laissé la pâte caustique pendant vingt minutes. Il a attendu que la douleur, d'abord très vive, se fût calmée. Alors il a pensé que la peau, élément très sensible, avait été désorganisée dans toute son épaisseur. Au bout d'un moment, il a pu penser que les veines sous-cutanées elles-mêmes avaient été brûlées. L'ulcère s'est cicatrisé dans l'espace de dix jours, avant même que le travail éliminatif de l'ulcère fût complet. La plaie produite par le caustique a mis quinze jours à se cicatriser ; aujourd'hui la guérison est complète.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mai 1843. — Présidence de M. Poncelet.

De la cataracte noire. — M. le docteur Magne adresse un mémoire sur ce sujet. Il s'agit de cette variété de la cataracte nommée par les auteurs *suffusio nigra*, *cataracte noire*, etc. Les oculistes sont loin d'être d'accord sur cette variété : les uns en nient l'existence, d'autres l'admettent en disant toutefois que sa véritable couleur est rougeâtre et qu'on l'observe ainsi quand on examine l'œil contre la lumière. D'autres enfin parlent de cataractes tout à fait noires que l'on distinguait à peine de l'amaurose. Mais nulle part je n'ai vu, dit M. Magne, que des signes certains aient guidé l'observateur dans le diagnostic différentiel. L'opération seule pourrait faire cesser ces dissidences, et M. Magne ayant observé un fait qui peut avoir ce résultat le communique en ces termes à l'Académie :

Le 6 septembre 1842, je fus appelé auprès d'une malade âgée de 60 ans. Soumise à l'observation de plusieurs oculistes, aucun n'avait voulu se prononcer, et l'un de nos confrères les plus répandus dans la pratique oculaire lui avait conseillé pour tout traitement des frictions avec l'onguent napolitain. Voici ce que j'observai : les yeux sont saillants, la sclérotique paraît très mince, des taies légères existent sur les deux cornées et permettent pourtant d'observer le fond de l'œil ; l'iris, sans déformation, est complétement immobile des deux côtés, le champ de la pupille est noir comme à l'état normal. Ces signes objectifs, joints aux renseignements que fournit la malade, semblaient indiquer une amaurose. Je fis un nouvel examen dans un cabinet noir et à l'aide d'une bougie. A mon grand étonnement, je vis manifestement et à plusieurs reprises qu'il n'existait qu'une seule image de la flamme, celle donnée par la cornée ; les deux images profondes manquaient totalement.

Toute espèce de doute fut levé par cette expérience, et je n'hésitai pas à déclarer immédiatement qu'il s'agissait d'une *cataracte noire* affectant le cristallin et sa capsule, et que la cataracte adhérait à l'iris, d'où l'immobilité de ce diaphragme. En effet la belladone, appliquée plusieurs jours de suite, n'eut aucune action ; l'espace pupillaire conserva son resserrement. Je m'occupai d'abord de faire disparaître les taies de la cornée, et prescrivis des attouchements avec l'huile de foie de morue ; ce premier résultat obtenu, je désirai faire constater mon diagnostic. Le 1er mars 1843, je vis la malade avec M. le professeur Cruveilhier, et le résultat de cet examen confirma pleinement l'opinion que j'avais émise. Le 25 du même mois, je pratiquai l'abaissement du côté droit. Les adhérences critiques étaient nombreuses ; néanmoins la capsule déchirée nous laissa voir le cristallin de couleur noire. Celui-ci abaissé, plusieurs lambeaux capsulaires noirâtres aussi furent détachés successivement. Le second jour l'espace pupillaire, un peu moins resserré, présentait un fond noir, et les paupières étaient le siége d'un érysipèle. Le troisième jour, je trouvai l'iris contracté de rechef, et ma surprise fut extrême à la vue de la pupille fermée par un rideau blanc. Je crus que le cristallin était remonté après avoir perdu sa couleur noire dans le corps vitré. La vision n'avait pas eu lieu après l'opération, qui ne fut pas suivie d'accidents notables. Après une quinzaine de jours, ce que nous avions jugé être le cristallin, avait contracté des adhérences avec l'iris.

Un mois écoulé, la malade réclama une seconde opération que je résolus de tenter. La première pression de l'aiguille déchira, sans le moindre effort, notre supposé cristallin... c'était la capsule, mais tellement molle et élastique, qu'elle ne se laissait rompre qu'en l'enfonçant profondément ; mes tentatives renouvelées me permirent à peine d'en détacher un lambeau, et la prudence me détermina à m'en tenir à ce résultat.

Il n'est aucun exemple dans la science d'un fait semblable, d'une cataracte de ce genre, constatée avant l'opération par un signe aussi certain que celui des trois lumières.

De ce fait, M. Magne tire les conclusions suivantes : La cataracte noire, niée par plusieurs oculistes, existe réellement ; elle peut affecter le cristallin et son enveloppe ; elle peut simuler d'une manière parfaite l'amaurose : l'expérience des trois lumières de Sanson établit sûrement le diagnostic, et nous offre le seul signe qui ne puisse pas nous tromper.

Villosités du canal intestinal. — *MM. Gruby* et *Delafond* écrivent pour réclamer la priorité sur les mouvements des villosités et des fonctions de la substance organique spongieuse décrite par M. Lacauchie. Ils annoncent que les résultats de leurs recherches sont consignés dans un paquet cacheté déposé à l'Académie du 4 au 8 septembre 1842.

Quarantaines pour la peste. — *M. Aubert Roche* adresse une lettre pour indiquer à la commission nommée pour examiner ses mémoires sur les quarantaines, le sens et le but de ses opinions sur ce sujet. Il n'a pas voulu soulever la question de la contagion ou de la non-contagion de la peste, mais bien examiner si les quarantaines sont utiles ou non, et quels changements doivent être apportés aux lois sanitaires en se basant sur les faits, les chiffres, l'expérience, et en admettant même la contagion de la peste.

Hygiène publique. — *MM. Gisquet et Rouhan* sollicitent le prix

Montyon pour un procédé nouveau de rouissage du chanvre, qui met les ouvriers à l'abri de toute incommodité.

— *M. Flourens* présente son Traité de l'anatomie de la peau.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de conservation des eaux distillées médicamenteuses;
par M. MANHEIM.

M. Manheim vient de faire connaître un nouveau moyen de rendre certains hydrolats incorruptibles. Ce procédé, qu'il a mis en usage avec un succès marqué pour la conservation des eaux distillées de sauge, de sureau, de roses, de menthe crépue, de menthe poivrée, de mélisse officinale et de camomille, consiste dans l'addition de 58 grammes de chaux vives hydratée, et de 116 grammes de carbonate de potasse à 350 grammes d'eau. Lorsque le mélange de ces substances est fait depuis quelques heures, on verse le tout dans la cucurbite de l'alambic, avec la plante qui doit faire la base de l'hydrolat, et on distille en conduisant l'opération à la manière accoutumée.

Mais on doit se demander si l'addition de substances alcalines n'est pas de nature à modifier désavantageusement la nature du produit sous le point de vue de la thérapeutique; si, en un mot, l'odeur, la saveur et les autres propriétés des eaux distillées ainsi obtenues sont bien identiques avec celles de ces mêmes eaux préparées par la méthode ordinaire. C'est à l'examen des hommes de l'art, c'est à l'examen des praticiens qu'il appartient seulement de prononcer sur cette question.

(*Encyclopedische Zeitschrift.*)

Préparation du citrate de fer par un nouveau procédé;
par M. N. BERNIER.

Pr. Proto-sulfate de fer pur, 1 gramme;
Carbonate de soude 15 décigrammes.

On fait dissoudre séparément les deux sels dans de l'eau distillée, puis on réunit les deux solutés; et, après avoir filtré pour recueillir le carbonate formé, on lave ce produit à l'eau distillée, afin de le débarrasser complètement du solfate de soude qu'il peut retenir encore. Le lavage terminé, on met le carbonate dans une capsule de porcelaine, et on le délaie dans un peu d'eau distillée; puis on ajoute, en remuant toujours, de l'acide citrique pur et dissous dans la plus petite quantité d'eau possible, jusqu'à ce que le carbonate soit en partie décomposé.

On abandonne ensuite la liqueur à elle-même pendant un ou deux jours, en ayant soin de l'agiter de temps en temps. Si le carbonate de fer n'est pas dissous en totalité, on y instille quelques gouttes d'acide citrique, et on filtre. Alors il ne reste plus qu'à faire évaporer dans des assiettes de porcelaine à fond plat, et à une température de 25 à 30 degrés centigrades au-dessus de zéro, la solution très concentrée de citrate de fer.

Le sel que l'on obtient de cette manière est d'une belle couleur de grenat.

A l'aide de ce même procédé, on peut préparer et se procurer ainsi des sels de fer avec presque tous les acides faibles.

(*Revue scientifique*, 1843.)

Correspondance.

Paris, 29 mai 1843.

Monsieur,

J'espérais en avoir fini avec M. Bouchardat, mais sa lettre du 26 courant, publiée dans votre estimable journal, me force de réclamer de votre impartialité l'insertion d'une dernière réponse.

M. Bouchardat est un étrange adversaire; au lieu de répondre catégoriquement aux faits par moi avancés dans ma lettre du 21 courant, et de les contredire s'ils ne sont point vrais, il trouve plus simple de n'en pas dire un mot, et de citer des passages et des phrases tronquées d'un rapport, opinion d'un seul homme, modifiée par la décision des tribunaux, où les mots abus de confiance, conduite déloyale, ne figurent en aucune manière.

Je respecte beaucoup le caractère de M. l'arbitre-rapporteur, bon libraire, homme fort honorable surtout; mais il me sera permis cependant de penser qu'il ne comprend pas toujours la portée des expressions qu'il emploie; car il a été bien peu logique dans les diverses parties de son rapport, ainsi que je vais le démontrer.

En effet, M. Renouard admet complétement que je n'aurais retiré aucun bénéfice d'une édition de 4000 exemplaires, dont moitié aurait été cédée à M. Miquel à un prix très réduit; puis il reconnaît également qu'avec une édition de 6000 exemplaires, cette vente était encore toute dans l'intérêt du Formulaire, et « qu'elle a plutôt profité à l'avenir de ce livre qu'à moi »; ce sont les expressions du rapport, et pour cette raison il ne pense pas qu'il y ait lieu d'accorder à M. Bouchardat les dommages-intérêts qu'il réclame en sus de la résolution du contrat. Enfin, quant à cette résolution même, M. l'arbitre-rapporteur déclare s'en rapporter à la sagesse du tribunal.

En présence de pareils faits, n'était-il pas permis de penser que j'allais sortir blanc comme neige du rapport de M. Renouard? Eh bien, pas du tout! M. le rapporteur conclut à ce que je sois condamné à payer 500 francs à M. Bouchardat pour un fait pour lequel il ne réclamait rien, et il termine par la belle phrase que M. Bouchardat a eu bien soin de citer, tout en en retranchant toutefois la moitié, afin de la rendre plus sévère contre moi.

Quant aux renseignements donnés par MM. Locquin et Miquel, je ne dirai qu'une chose, c'est que M. Renouard n'a procédé qu'officieusement; je n'ai point été appelé à son simulacre d'enquête, et je n'ai pu par conséquent le contrôler. Je ferai remarquer, au surplus, que MM. Locquin et Miquel ne déclarent rien à ma charge; ainsi, M. Locquin reconnaît que j'ai d'abord demandé un tirage de 4000 exemlaires, et que ce n'est que plus tard qu'il a été question d'un tirage de 6000 exemplaires. De son côté, M. Miquel, à l'exception de la date du marché, se trouve parfaitement d'accord avec moi sur ce même marché et sur les conditions tout à l'avantage du Formulaire.

Tout ce que j'avance et tout ce que j'ai avancé dans ma précédente lettre, je suis prêt à le prouver, et si, pour terminer toute discussion et éviter un pourvoi en cassation, M. Bouchardat veut soumettre en dernier ressort la question à un tribunal arbitral composé d'au moins sept médecins, je lui laisse le choix des juges, et j'ai la conviction de gagner mon procès, tant ma cause est bonne, et tant les preuves que j'ai en main suffiront pour des hommes d'honneur lorsqu'elles n'ont pas suffi pour les tribunaux, où la preuve par témoins n'est pas admise, et où la preuve écrite doit être timbrée et enregistrée.

Si M. Bouchardat n'accepte pas l'arbitrage que je lui propose, il me permettra de me croire bien au-dessus de tout ce qu'il pourrait dire, et de ne plus lui répondre dorénavant.

Agréez, etc. A. GARDEMBAS.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis me décider à accepter une polémique avec M. Gardembas. Je renvoie vos lecteurs à ma précédente explication.

Quant à l'arbitrage qu'il me propose, il serait dérisoire d'y souscrire après deux jugements rendus à l'unanimité.

Paris, 29 mai 1842.

Agréez, etc. BOUCHARDAT.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu dans votre journal différents articles sur l'hygiène publique, qui m'ont vivement intéressé, notamment les articles sur les accidents causés par un tapioka qui aurait contenu du cuivre et l'emploi de papiers coloriés par les fruitiers et les épiciers pour envelopper des substances alimentaires.

Permettez-moi de vous signaler un fait que je ne crois pas moins important pour la santé publique, c'est l'emploi que font les épiciers, les marchands de substances amylacées, les confiseurs, etc., de sacs de papiers coloriés par le vert de Schwenfurt, pour renfermer des substances téculentes et autres (semouilles, tapioka, chocolat).

Si vous voulez bien vous donner la peine d'examiner les sacs, vous verrez que dans un grand nombre de cas la substance alimentaire est est contact immédiat avec ces papiers, ainsi coloriés par des substances toxiques au plus haut degré.

Il me semble qu'une ordonnance de police publiée et affichée à plusieurs reprises défend l'emploi de ces papiers. Si cette ordonnance établit cette défense, comment se fait-il que des papiers ainsi coloriés sont employés en aussi grande quantité et d'une manière aussi ostensible, — et ne serait-il pas à désirer que l'autorité fût prévenue, et qu'elle fît cesser un danger qui me paraît imminent?

Agréez, etc.

29 mai 1843. Césaire REGNARD.

Annonce d'une Maison d'accouchement en Allemagne. — Nous empruntons à l'un des derniers numéros de la *Gazette des Tribunaux*, qui elle-même l'a trouvée dans le *Wochenblatt* de Koethen, capitale du duché d'Anhalt-Koethen, l'annonce suivante signée MARIE HOEFELER, *accoucheuse.*

« La Maison d'accouchement que, avec l'autorisation du gouvernement, j'ai fondée l'année dernière, spécialement et exclusivement pour les demoiselles non mariées des classes élevées (la traduction est littérale), a obtenu un succès bien au-delà de mon attente.

» Le nombre des jeunes personnes, tant de cette ville que de ses environs immédiats, qui continuellement demandent à y entrer, s'est accru tellement que, pour donner à cet établissement, qui satisfait un besoin pressant, toute l'extension qu'il réclame, je me suis décidée à le transférer prochainement dans une grande maison que je viens d'acheter à cet effet, et où il y aura beaucoup plus de chambres de pensionnaires que dans l'ancienne.

» Dorénavant, comme par le passé, les demoiselles qui voudront bien m'honorer de leur confiance, pourront compter sur le secret le plus inviolable quant à ce qui les concerne. »

L'autorisation donnée par le gouvernement du duché d'Anhalt-Koethen à la formation d'un tel établissement, dans le but spécial et exclusif dont il s'agit, le besoin d'agrandissement qu'éprouve cet établissement dont l'activité, au dire même de l'annonce, se borne à la petite ville de Loethen et à ses environs immédiats, peuvent donner une idée de l'état des mœurs dans les innombrables petits états de l'Allemagne. Certes, on a eu raison de tonner chez nous contre l'indécence des affiches de tous les charlatans qui pullulent à Paris et qui couvrent les murs de cette ville et de sa banlieue de leurs annonces de traitements spécifiques particuliers et secrets appliqués aux maladies vénériennes; mais on devra du moins convenir que, sous le point de vue de l'immoralité des annonces médico-chirurgicales, nous avons encore du chemin à faire avant d'atteindre le point où en sont arrivés aujourd'hui certains exploitateurs des pays d'outre-Rhin.

OUVERTURE DES BAINS DE MER DU HAVRE.

1er JUIN.

Le Hâvre, par sa position rapprochée de Paris, attire depuis longtemps, et chaque année, un grand nombre d'étrangers de distinction; chaque jour cette ville acquiert une nouvelle importance, chaque jour aussi elle s'enrichit de nouveaux établissements; au nombre de ces derniers se fait remarquer celui des *Bains* et *Hôtel Frascati*, qui peut soutenir avantageusement la comparaison avec les grands établissements du même genre, tant français qu'étrangers.

L'établissement peut contenir *deux cents* voyageurs, et renferme un excellent restaurant, des jeux gymnastique, un salon de lecture, salle de réunion de concerts, des bains chauds et douches de toutes espèces, etc.

A tous ces avantages, il faut ajouter ceux que l'Hôtel tire de sa position et de son heureuse disposition intérieure, à proximité de la mer et de la ville; les appartements sont distribués de manière à satisfaire tous les goûts et toutes les fortunes.

On loue au jour, à la semaine, au mois, pour toute la saison.

Le voyageur malade qui vient au Hâvre pour améliorer sa santé et prendre des bains de mer, a un grand choix de moyens de transport:

1° Plusieurs diligences de jour et de nuit;

2° Les bateaux à vapeurs de Paris à Rouen et de Rouen au Hâvre, qui permettent de faire la route couché, et par conséquent presque sans s'en apercevoir;

3° Le chemin de fer;

4° La malle-poste;

En outre, un médecin capable, ancien élève des hôpitaux et hospices civils de Paris, réside jour et nuit dans l'établissement, et peut, par conséquent, surveiller ou modifier le traitement suivant les circonstances.

Note du Rédacteur. — Depuis trois ans le docteur Alf. Duchesne est le médecin des Bains de mer du Hâvre, et nous croyons encourager et rendre justice à son mérite en engageant nos confrères à lui adresser directement leurs malades.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 65, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE.—M. BAILLARGER.

(Leçons cliniques sur les maladies mentales.)

Des illusions des sens chez les aliénés (1).

Après avoir étudié longuement, dans le cours théorique, les illusions des sens chez les aliénés, nous avons aujourd'hui à les constater chez nos malades. Je dois à l'obligeance de M. Mitivié d'avoir pu, outre les exemples choisis dans mon service, vous en présenter plusieurs autres appartenant au sien; ce qui nous a permis de reconnaître presque tous les genres d'illusions des sens.

Avant d'appeler votre attention sur quelques-uns des malades que j'ai interrogés devant vous, je crois devoir revenir en peu de mots sur les divisions que nous avons admises pour les illusions chez les aliénés. Vous avez vu que les unes avaient leur source, leur cause excitante à l'extérieur, les autres au contraire dans l'intérieur même des organes; que tantôt, et le plus souvent, elles étaient le résultat de la préoccupation, les organes sensoriaux étant parfaitement sains; que dans d'autres cas, plus rares, elles étaient au contraire en partie l'effet du trouble des sensations. Nous retrouverons dans les observations que nous avons sous les yeux l'occasion de rappeler ces divisions.

Première observation. — *Empoisonnement par la belladone. Illusions de la vue.* (Service de M. Mitivié.)

C..., âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, est arrivée d'hier à l'hospice. Voici comment cette malade, qui dès son entrée n'offrait plus aucune trace de délire, a raconté elle-même ce qui lui est arrivé. Il y a quatre jours elle a pris chez un pharmacien plusieurs paquets de fleurs pectorales avec lesquels elle a fait de la tisane. Aussitôt après avoir bu le premier verre elle a éprouvé des étourdissements, et bientôt elle est tombée dans le délire. Le soir le délire a cessé, mais dans la nuit il a recommencé. Le matin elle est sortie, ne sachant ni où elle allait ne ce qu'elle faisait; elle a été arrêtée dans la rue, et comme elle ne pouvait donner aucun renseignement, on l'a conduite à la Préfecture de police et de là à la Salpêtrière. L'accès de délire avait été provoqué (comme M. Mitivié l'a appris depuis), par des feuilles de belladone mêlées aux fleurs pectorales que lui avait délivrées le pharmacien.

Vous avez entendu cette fille vous raconter les illusions de la vue auxquelles elle était en proie tant qu'a duré l'intoxication par la belladone. Elle voyait par terre de petits animaux qui marchaient; elle en était entourée; il y en avait de diverses grosseurs et de diverses couleurs. Elle a voulu en prendre un, mais au lieu d'un animal, elle n'a saisi qu'une feuille. A part ce souvenir, elle ne se rappelle d'ailleurs rien de ce qu'elle a fait ou dit, des endroits où elle est allée, de celui où elle a été arrêtée, etc. Il y a chez cette femme une circonstance qui mérite d'être remarquée; elle éprouve ordinairement à chaque époque menstruelle une céphalalgie plus ou moins forte. Or, le jour où elle s'est empoisonnée par un verre d'infusion de belladone, ses règles venaient de paraître. Je ne doute pas que cette circonstance n'ait favorisé chez elle le développement du délire et n'ait contribué à sa durée.

Ce n'est point par mégarde, en effet, que les feuilles de belladone se trouvaient mêlées aux fleurs pectorales; elles y avaient été ajoutées en très petite proportion, et le délire ne peut s'expliquer que par une idiosyncrasie particulière, qu'il n'est pas rare de rencontrer, et qui fait que le délire survient chez certains sujets avec une extrême facilité : sous ce rapport l'époque menstruelle est chez beaucoup de femmes un état véritable de prédisposition. Un autre fait que je dois signaler chez cette malade est la perte presque complète de la mémoire de ce qui s'est passé dans l'accès. Nous avons vu que dans la folie il en est autrement, et qu'à part quelques faits exceptionnels les convalescents se rappellent en grande partie tout ce qu'ils ont fait ou dit. Je n'ai pas besoin de faire observer que les illusions de la vue étaient de celles qu'on doit rattacher aux organes sensoriaux, car la préoccupation intellectuelle n'y était évidemment pour rien. On a d'ailleurs quelquefois occasion d'observer des cas de ce genre depuis que le travail de M. Moreau a conduit à employer le datura stramonium contre les hallucinations. Quelques malades soumis à ce traitement voient ainsi, et principalement la nuit, des animaux autour de leur lit.

Deuxième observation. — *Mélancolie avec stupeur. Illusion de l'ouïe. Guérison par les toniques.* (Service de M. Mitivié.)

La seconde malade offre un exemple d'illusions tout différent; chez elle, c'est évidemment la préoccupation intellectuelle qui dénaturait les impressions pour les transformer dans le sens du délire. Cette femme, aujourd'hui complètement guérie, vous a raconté qu'à la suite d'une longue maladie qui l'avait réduite à une extrême faiblesse, elle est tombée dans une mélancolie profonde; elle se croyait destinée au supplice; on allait la mettre dans l'eau bouillante; on l'accusait d'avoir commis des crimes; les impressions qu'elle éprouvait étaient toutes en rapport avec son délire. C'est ainsi que le bruit des clés était devenu pour elle un bruit de chaînes avec lesquelles on allait l'attacher; elle entendait des injures dans les paroles que prononçaient ses voisines, et jusque dans le bruit que faisait près d'elle l'eau d'une fontaine tombant dans un baquet. Une nuit, il lui a semblé qu'elle baignait dans une mare de sang. D'ailleurs elle ne savait où elle était, avait de l'embarras dans les idées et un commencement de stupeur qui, joint à quelques autres symptômes, avait pu faire soupçonner une fièvre typhoïde. La santé de cette femme s'est rapidement améliorée sous l'influence d'une bonne nourriture et des toniques, et on a vu la raison revenir graduellement avec les forces.

A ces deux observations d'illusions liées à une sorte d'état aigu, j'en joindrai quelques autres que nous ont présentés des malades dans un état de folie chronique.

Troisième observation. — *Illusions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût.*

M..., âgée de quarante-cinq ans, entrée à la Salpêtrière il y a huit ans, offre réunies des illusions de presque tous les sens. La bonne tenue de cette femme, son assiduité au travail, l'expression naturelle de la physionomie, ne laissent guère, de prime-abord, soupçonner toute l'étendue de son délire. M... est persuadée qu'il y a parmi les femmes qui habitent la même salle qu'elle, plusieurs hommes déguisés; elle se plaint amèrement qu'on abuse d'elle pendant son sommeil. Il y a deux ans, si on l'en croit, elle est accouchée avant terme d'un enfant dont elle n'a vu que la tête; mais elle a parfaitement reconnu les yeux. Cet accouchement ne peut s'expliquer que par les violences qu'on exerce sur elle pendant qu'elle dort, car elle n'a jamais eu commerce avec les hommes. Depuis lors M... s'est de nouveau crue enceinte, et nous l'avons vue faire une layette pour l'enfant dont elle allait accoucher.

La nuit on lui jette dans la bouche des poudres métalliques, du blanc d'œuf, des ordures; de là les saveurs désagréables qu'elle a constamment au réveil. Souvent on saupoudre son pain d'émétique, ou bien on lui envoie des odeurs empestées. D'ailleurs, on lui donne des coliques, on l'a fait vomir. Rien de ce qu'elle éprouve ne lui arrive naturellement; c'est l'effet des manœuvres de ses ennemis. Souvent, quand on cause à quelque distance d'elle, M... entend des injures dans les paroles qu'on prononce.

Nous trouvons ici réunies des illusions de quatre sens. Les préoccupations et le délire ont principalement pour objet tout ce qui se rapporte à la génération; c'est aussi sur ce point que roulent ses illusions. Convaincue qu'elle est enceinte, M... a pris un caillot de sang qu'elle a rendu il y a deux ans, pour la tête d'un fœtus; et, telle était sa préoccupation, qu'elle a cru y reconnaître des yeux. Depuis lors, elle confond les mouvements des gaz qu'elle sent dans l'abdomen avec les mouvements de l'enfant qu'elle porte. Rien de plus fréquent, chez les femmes, que ce délire se rapportant à la génération; et, chose singulière, il paraît s'observer bien plus souvent chez les filles dont les mœurs ont toujours été pures, que chez celles qui ont vécu dans le désordre, et surtout que chez les femmes qui ont été mariées et ont eu des enfants.

Vous avez vu une autre malade qui, chaque mois, à l'époque menstruelle, garde le lit et pousse des cris, prétendant qu'elle éprouve les douleurs de l'enfantement. Chez trois ou quatre autres, vous avez rencontré une illusion de la vue semblable à celle de M..., et qui consiste à prendre des femmes pour des hommes déguisés. Ces sortes d'illusions provoquent souvent des discussions, et même des actes de violence.

Illusion de l'ouïe par suite de bruits ou de mouvements intérieurs.

Je désire spécialement appeler votre attention sur les illu-

(1) Le compte-rendu de la première leçon du cours de M. Falret, que nous avons inséré dans l'un des derniers numéros, contient une erreur que l'auteur de ce compte rendu nous a prié de rectifier. L'enseignement de M. Baillarger n'a pas commencé l'année passée seulement, mais en 1840. Cet enseignement n'a pas lieu uniquement à l'Ecole pratique, mais aussi à la Salpêtrière. C'est en 1841 que les leçons cliniques de M. Baillarger, autorisées par le Conseil des hospices, ont été faites pour la première fois, et la *Gazette des Hôpitaux* du mois d'août 1841, contient un compte-rendu d'une partie de ces leçons, par M. le docteur Bourdin. A cette époque l'enseignement des maladies mentales continué à Bicêtre par M. Ferrus, et plus tard par M. Leuret, avait complètement cessé à la Salpêtrière depuis seize ans, c'est-à-dire depuis que M. Esquirol, nommé médecin en chef de Charenton, avait été forcé de renoncer à son cours de clinique.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier. JUSTICE CRIMINELLE.

Accusation de parricide. — Homme pendu après sa mort. — Simulation d'un suicide par strangulation.

Antoine Sigé, né à Féline (Hérault), quitta ce village après la mort de sa première femme, pour aller habiter non loin de là la métairie de Refregé. Son père, âgé de soixante-quinze ans, qui avait toujours vécu avec lui, le suivit dans cette émigration. Là, Sigé fit la connaissance d'une fille nommée Anne Combes, avec laquelle il entretint bientôt des relations intimes. Cette fille, qui était signalée dans le pays par sa mauvaise couduite, avait eu déjà un enfant naturel qu'elle gardait avec elle. Sigé, néanmoins, résolut de se marier avec elle, et il fit part de ce projet à son père, qui s'y opposa autant qu'il le put; mais ses avis n'ayant pas été écoutés, le mariage eut lieu, et Sigé père continua de vivre avec son fils et la nouvelle femme de ce dernier. Toutefois, il ne couchait pas dans la partie de la maison occupée par eux, car la chambre qui lui avait été donnée pour logement était située au nord de la métairie, et séparée de leur habitation par des bâtiments ruraux.

Dans les premiers temps de leur mariage, les époux Sigé vécurent en bonne harmonie avec leur père; mais, plus tard, celui-ci fut vivement pressé par eux de vendre quelques terres qu'il possédait seul, pour leur en donner le prix; il s'y refusa, malgré toutes leurs instances : de là vinrent la haine qu'ils lui vouèrent et qu'ils lui manifestèrent à chaque instant du jour; il se vit en butte à de mauvais traitements, et cela à la connaissance de tous les voisins de l'habitation.

Le lendemain d'une scène plus violente que de coutume, le 7 novembre 1842, Sigé père, qui n'avait présenté la veille aucune apparence de préoccupation, fut trouvé mort dans sa chambre. Son fils prétendit l'avoir trouvé pendu au cadre de son lit et déjà froid. Des soupçons s'étant élevés aussitôt sur la culpabilité de Sigé et de sa femme, leur arrestation préventive fut ordonnée, et une instruction provisoire fut commencée.

Dès leur arrivée, les magistrats instructeurs se livrèrent à d'actives investigations. Ils trouvèrent le cadavre de Sigé suspendu au cadre du lit; il était vêtu d'un gilet de laine attaché avec une épingle, et portait un caleçon; il était coiffé d'un bonnet qui lui tombait sur les yeux, et, circonstance remarquable, il avait sa cravate superposée à la corde qui lui entourait le cou. Cette corde n'avait de nœud coulant qu'au cadre du lit. On ne remarquait, d'ailleurs, sur le corps, aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement ce genre de mort.

Les trois médecins experts, MM. Lignon, Jalabert et Lanet, qui furent appelés dès les premiers moments pour assister à la levée du cadavre, pour procéder à l'autopsie et pour déterminer la cause de la mort, déclarèrent unanimement, dans leur rapport, que la mort de Sigé père ne saurait être considérée comme le résultat d'un suicide par strangulation, mais qu'elle avait été produite par une asphyxie dont ils ne pouvaient cependant pas déterminer la cause. Toutes leurs observations les ont portés à penser que le vieillard a été pendu alors qu'il était déjà mort, et, pour justifier cette opinion, ils se sont fondés principalement sur les faits suivants : la corde, passée par trois fois autour du cou de Sigé, ne formait pas un véritable nœud coulant; les bouts de cette corde étaient attachés, l'un au-dessus de la tête, l'autre autour du cou, de telle manière qu'on ne pouvait supposer que c'était la main du vieux Sigé qui l'avait attachée ainsi; aucune ecchymose n'existait autour du cou; les paupières étaient fermées; la langue ne sortait pas de la bouche; le bout des pieds touchait par terre; la cravate et le col de chemise étaient posés au-dessus de la corde; Sigé portait son caleçon, sa chemise et un gilet de dessous parfaitement arrangés et sans aucune trace de désordre, de telle sorte qu'il semblait qu'on avait fait la toilette au cadavre; enfin, le cadre du lit auquel était suspendu le corps ne présentait qu'une légère inclinaison : or, ce cadre était tellement vieux et faible que la chute du corps et les mouvements convulsifs qui auraient accompagné la strangulation l'auraient infailliblement entraîné ou rompu, si le corps n'y eût été attaché avec beaucoup de précaution, et déjà privé de vie. Les experts, tout en procédant à l'autopsie, remarquèrent, en outre, en examinant le lit, sur les draps de dessous, presque derrière le cadavre, des taches de crottins écrasés, ce qui indiquait que quelqu'un portant des souliers avait dû monter sur le lit, soit pour attacher la corde, soit pour suspendre le cadavre.

Les accusés se sont renfermés dans un système complet de dénégation.

A la première audience, les trois médecins cités plus haut ont confirmé de vive voix tous les détails consignés dans leur rapport.

A l'ouverture de la seconde audience, M. le docteur René, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, a été appelé, en vertu du pouvoir discrétionnaire du président, pour donner son opinion sur les conclusions du rapport des médecins experts.

Ce professeur, après avoir entendu la lecture du rapport circonstancié des hommes de l'art, a estimé comme eux, soit d'après leurs motifs, soit d'après quelques autres qu'il a indiqués ou sur lesquels il a insisté plus particulièrement (celui surtout que le cadavre avait les yeux fermés), que Sigé père a été pendu après la mort. Toutefois, il s'est abstenu d'affirmer que sa mort a dû être produite par l'asphyxie, cette opinion ne pouvant, selon lui, s'induire que de certaines vérifications faites sur le cadavre, vérifications auxquelles il n'a pas été procédé.

L'accusation a été soutenue par M. Bonnafoux, substitut du procureur-général près la Cour royale de ...... Ce magistrat, après avoir exposé les diverses circonstances qui ont entouré la mort de Sigé père, s'est attaché à faire ressortir la justesse des conclusions des médecins experts, et l'autorité de la sanction que venait de leur donner l'opinion de M. le professeur René. « Nous nous doutons bien, a-t-il ajouté, que la défense contestera ces conséquences, si évidentes pourtant, tirées par les hommes de l'art des faits matériels soumis à leur observation, et nous ne serions pas surpris de voir la science elle-même lui fournir les moyens de les contredire et de les combattre. Mais, en dehors des preuves scientifiques, messieurs les jurés, nous vous présenterons des preuves morales si nombreuses, si puissantes dans cette cause, et, vous rappelant les paroles du savant procureur-général de la Cour de Cassation, au sujet du drame judiciaire qui a eu un si grand retentissement

sions de l'ouïe dont le point de départ est dans l'intérieur même des corps dans la majorité des cas. Ces illusions paraissent avoir été confondues avec des hallucinations toutes d'une exploration assez minutieuse.

Quatrième observation. — *Inspirations. Illusions de l'ouïe ayant leur point de départ dans les battements du cœur.*

D..., âgée de vingt-huit ans, sortie il y a peu de temps de l'hospice de Lourcine, est entrée dans une maison religieuse. Bientôt, sous l'influence des conseils qu'elle y a reçus, elle a pris la ferme résolution de ne plus retomber dans les désordres qui l'avaient conduite à l'hospice ; elle s'est livrée avec ardeur à la prière ; peu à peu sa tête s'est exaltée, et bientôt le délire a éclaté. D... est convaincue qu'on la force de parler, ou plutôt que Dieu parle par sa bouche. C'est ainsi qu'elle s'est confessée tout haut, ce qu'elle n'aurait pas fait si elle avait été libre, et si c'était réellement elle qui eût parlé ; elle ne sait pas ce qu'elle dit ; ce n'est pas elle qui parle, c'est Dieu qui l'inspire ; mais en outre elle éprouve un phénomène étrange ; elle entend une voix dans sa poitrine ; et, chose singulière, c'est *son cœur qui parle.* On chante des cantiques, et les battements de son cœur accompagnent ce chant. Après une nuit calme les voix partant du cœur ont recommencé en même temps qu'une violente palpitation.

Beaucoup d'autres malades offrent des faits analogues. Vous en avez vu une dont les *voix* cessent quand elle retient son souffle respiratoire. Une autre ajoute qu'on change son souffle en paroles. Une femme n'entend des voix dans son ventre que lorsqu'elle a des coliques. Une autre perçoit des chants dans son estomac seulement au moment de l'apparition des règles. M. Marquis, interne de la salpêtrière, a eu l'idée d'explorer, sous ce rapport, les carotides chez plusieurs malades anémiques, et nul doute que le souffle qu'il y a trouvé ne devienne, dans beaucoup de cas, une source d'illusions de l'ouïe.

Plus on observe avec soin, sous ce rapport, et plus on arrive à cette conviction, que beaucoup de malades regardées comme ayant des hallucinations de l'ouïe, n'ont réellement que des illsions dues ainsi à des causes internes. Les battements du cœur, des artères de la tête, les mouvements des intestins, le souffle respiratoire, les bruit gazeux et gutturaux ; enfin le souffl dans les carotides, sont les causes et le point de départ les plus fréquents auxquels il faut rattacher les erreurs des malades.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme; recueillies et dirigées par M. le docteur A. BESSIÈRES.

(Septième leçon.)

Le *bubon*, ou l'*adénite syphilitique*, est tout engorgement des ganglions lymphatiques précédé ou suivi d'accidents vénériens locaux ou généraux, après l'absorption et le transport du virus dans ces ganglions.

Il est bien entendu que les bubons qui se manifestent dans la syphilis constitutionnelle ne nous occuperont pas actuellement.

C'est aux aines, ainsi que l'indique le mot *bubon*, que la tumeur ganglionnaire se montre le plus souvent ; mais ce n'est pas là son siége unique, tant s'en faut. On rencontre l'adénite vénérienne à l'aisselle, au-dessus et au-dessous de la clavicule, au-dessus de l'épitrochlée, vers l'angle de la mâchoire, dans la région sus et sous-hyoïdienne, au milieu de la hauteur du cou ; en avant, sur les parties latérales des muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien ; dans certaines circonstances, fort rares, à la vérité, on l'observe dans l'intérieur du bassin, sur les parties latérales de l'extrémité inférieure du rectum, à la partie inférieure de la fosse iliaque, sur le ganglion qui est situé au-dessus ou dans l'épaisseur du septum crural, vers l'ouverture supérieure du canal crural.

Le développement de cette maladie a, dans le virus vénérien, sa cause essentielle. Dans la blennorrhagie, le chancre, le tubercule muqueux et ses causes prédisposantes, quoiqu'elle puisse quelquefois se manifester sans cause déterminante bien évidente, son développement est généralement dû à l'acte du coït ou de la masturbation souvent répétés dans un temps très court, à une marche longue et rapide, à des travaux fatigants exécutés debout, à des excès de danse, un repas trop copieux, etc. Ces causes rendent aisément raison de la plus grande rareté des bubons chez la femme ; mais, comme chez elle, les chancres se montrent moins communément aux environs du méat urinaire que sur d'autres points, M. Ricord, lui, voit dans ce fait la cause suffisante de cette moindre fréquence des bubons ; car il pense que les chancres des environs du méat urinaire donnent lieu, plus souvent que ceux qui se montrent ailleurs, au développement du bubon.

Le temps qui s'écoule entre un coït infectant et l'apparition d'une adénite, entre le moment de l'absorption du virus sur une surface syphilitique et le développement du bubon, est très variable ; cette incubation peut présenter, selon Hunter, toutes les variétés, toutes les phases de celle du chancre. Ce n'est qu'après le premier septenaire, ou mieux, après le second, et plus tard après l'apparition du chancre, dit M. Ricord, que le bubon se développe.

Comme les bubons inguinaux sont de tous les plus communs, les considérations générales que nous avons à vous présenter encore les auront pour objet ; ils sont le type d'après lequel nous allons parler.

On doit admettre deux espèces de bubons basées sur le degré d'infection de l'économie, la manière dont l'infection a eu lieu et l'époque de la maladie pendant laquelle les bubons se manifestent. Ainsi, bubons primitifs après la syphilis primitive ; bubons consécutifs ou constitutionnels après la syphilis constitutionnelle. Nous pensons que c'est à tort que M. Ph. Boyer a nié que le virus syphilitique puisse porter son action sur les ganglions dans les cas de syphilis constitutionnelle.

Nous admettons dans les bubons primitifs deux variétés :

1° Bubons d'*emblée*, lorsqu'ils se développent sans qu'il y ait de lésion locale aux parties directement contaminées par l'absorption du virus déposé à leur surface. Nous continuerons à admettre cette espèce, sur laquelle nous reviendrons plus tard, jusqu'à ce que les auteurs qui l'ont niée aient péremptoirement prouvé qu'elle n'existe pas.

2° Bubons *extensifs*, lorsqu'ils se développent après la lésion préalable des surfaces contaminées. Nous distinguons ces bubons en aigus ou phlegmoneux, sans entendre ce dernier mot, ainsi que l'ont fait Lucas et Cullerier, comme synonyme d'inflammation du tissu cellulaire ; et en chroniques ou indolents, forme appartenant le plus ordinairement à la syphilis constitutionnelle.

D'après le siége des bubons, nous les distinguerons en sous-inguinaux ou cruraux, en inguinaux proprement dits, en sus-inguinaux ou abdominaux, en sus-pubiens ou superficiels, et en profonds. Et, à l'occasion de ces deux dernières espèces, nous ferons remarquer que les superficiels se manifestent dans les ganglions situés dans l'épaisseur du fascia superficialis, entre la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et la paroi antérieure du canal crural ; les profonds, dans les ganglions situés au-dessous de cette aponévrose, paroi antérieure du canal crural, et plus particulièrement dans ceux que loge la partie interne de ce même canal, qui remonte jusque dans la fosse iliaque ponr se continuer avec les ganglions iliaques de l'excavation pelvienne. Ces différentes espèces de bubons établis d'après leur siége, peuvent se rencontrer sur le même individu et constituer un bubon mixte. Dans un instant nous allons faire passer sous vos yeux une malade couchée au n° 34 de la salle Saint-Alexis, qui porte dans la région inguinale droite deux bubons bien distincts, l'un crural, l'autre abdominal, séparés l'un de l'autre par un enfoncement profond qui répond au pli inguinal proprement dit ; de telle sorte que les deux tumeurs présentent entre elles un intervalle de cinq centimètres environ. Les ganglions inférieurs de la région inguinale forment la tumeur crurale, qui offre un volume plus considérable que la tumeur abdominale, laquelle, quoique moins volumineuse, est pourtant le siége d'une plus forte inflammation et d'une douleur plus grande.

Le bubon est unique, lorsqu'il n'occupe qu'un ou deux ganglions lymphatiques formant une seule tumeur bien circonscrite dans une même région ; lorsqu'il y a plusieurs tumeurs, les bubons sont multiples ; cette multiplicité peut avoir lieu dans la même région ou exister dans plusieurs à la fois dans les deux régions inguinales, par exemple.

Le tissu qui est le siége particulier de l'affection, a fait aussi distinguer les bubons en glanduleux ou adéniques, lorsqu'elle siége uniquement dans la glande même ; en cellulo-glanduleux ou cellulo-adéniques, lorsqu'elle siége à la fois dans le ganglion et dans le tissu cellulaire qui l'environne ; et celluleux ou péri-ganglionnaires, lorsque le tissu cellulaire qui entoure le ganglion est seul enflammé.

Les bubons ont encore reçu des dénominations particulières dues à la nature du principe de l'engorgement ; ainsi, ils ont été appelés syphilitiques sympathiques et syphilitico-sympathiques, selon que l'inflammation avait été causée par le virus vénérien, par la sympathie des ganglions avec les organes génitaux en souffrance, ou par ces deux causes réunies.

Ai-je besoin de dire enfin qu'on les a appelés simples ou compliqués selon qu'ils se montrent seuls, ou bien accompagnés de divers accidents, tels que érysipèle, gangrène, décollement des tissus, etc.

Bubons aigus à l'état de simplicité. Quelquefois pendant une sorte de période d'incubation qui peut durer sept, huit, quinze, vingt jours, le malade éprouve de la gêne dans la région inguinale ; il la voit tous les jours augmenter ; d'autrefois, après un excès de table, de danse, de marche, de coït, après une excitation prolongée des organes génitaux, l'adénite se déclare tout à coup ; une petite tumeur sensible, douloureuse même au toucher, se laisse facilement percevoir, et en général accuse une forme arrondie. Que le bubon soit seul ou qu'il soit multiple, tant qu'il n'y a que la glande d'enflammée, la chaleur paraît peu augmentée, la douleur est très modérée, souvent même à peine sentie. Si le malade est à l'état de repos, vous concevrez que dans ce silence de la douleur l'adénite pourrait échapper aisément, dans un grand nombre de cas, au chirurgien qui ne prendrait pas le soin particulier de palper la région inguinale avec attention, surtout lorsque le malade a un embonpoint considérable et que la tumeur est ensevelie au milieu du tissu cellulaire sain. Mais lorsque la glande n'est plus seule enflammée, que le tissu cellulaire s'engorge, que la peau se tend, devient chaude, sensible, la suppuration s'élabore, la tumeur rouge à sa base ne tarde pas à l'être moins à son sommet, qui semble se détacher de la tumeur générale et appartenir à une sphère plus petite. Cette partie saillante et ramollie n'est pas arrondie et mamelonnée comme on l'observe dans les abcès ordinaires, mais forme une éminence oblongue dirigée dans le sens du pli inguinal qui a une analogie assez frappante avec la moitié d'une olive coupée dans le sens longitudinal. J'insiste sur cette forme particulière du centre fluctuant de la tumeur, parce que, à elle seule, elle suffit au praticien exercé pour juger que le bubon est arrivé à une période avancée de la suppuration. On sent dans le reste de l'étendue de la tumeur, de l'empâtement, de la mollesse, de la fluctuation ; et en quelques circonstances, çà et là, certains points durs, douloureux, non fluctuants, qui appartiennent aux ganglions lymphatiques voisins, dans lesquels l'inflammation n'est point arrivée encore à un degré aussi avancé. Parvenue à ce point, l'inflammation cesse quelquefois de marcher, la résorption a lieu, et l'adénite se termine par une résolution. Mais le plus souvent il n'en est point ainsi, la tumeur qui avait commencé à blanchir en un point, blanchit tout autour de ce point, et alors au bout de deux ou trois jours s'ouvre spontanément, et par une ou plusieurs ouvertures, laisse écouler une plus grande quantité de pus qu'elle ne semblait en contenir. Ce pus se trouvait accumulé dans le centre et dans les parties profondes, si bien qu'une sorte de dépression, de creux, se montre quelquefois dans la région inguinale ou existait le foyer. Un stylet introduit par l'ouverture vous montre des décollements des tissus sous-cutanés.

C'est dans cette adénite cellulo-glanduleuse, que le bubon se complique souvent d'angéïoleucite ; dans ce cas la tumeur

---

dans toute la France, et dont le principal personnage (madame Lafarge) subit en ce moment son expiation dans les murs de Montpellier ; nous vous dirons de ne pas oublier qu'en dehors de la science à la portée de quelques hommes, il y a la raison à la portée de tous, au-dessus des appréciations des médecins légistes qui peuvent tromper, les appréciations du bon sens qui ne trompe pas. »

L'orateur énumère alors et développe avec ordre et clarté les charges graves relevées par les débats contre Sigé fils, à l'égard duquel il persiste avec force dans son accusation, déclarant s'en remettre à la sagesse de MM. les jurés quant à la femme Sigé, dont la complicité morale ne lui paraît pas douteuse, mais vis à vis de laquelle les preuves directes ne sont peut-être pas suffisantes.

Me Fraisse, défenseur des accusés, après quelques considérations sur l'ensemble de la cause, a repris une à une les différentes circonstances signalées dans le rapport des médecins-experts, et il s'est livré à une discussion médico-légale pour démontrer que chacune de ces circonstances s'est retrouvée plus ou moins souvent dans des cas de mort violente où les individus avaient été ou s'étaient pendus vivants ; d'où la conséquence qu'il ne faut pas considérer ces circonstances comme exclusives d'une pendaison pendant la vie.

Le défenseur a invoqué à cet égard l'opinion de certains médecins légistes, qui citent dans leurs ouvrages une foule de cas (entre autres celui relatif à la mort du prince de Condé), semblables à ceux qui ont été observés au sujet du cadavre de Sigé père.

La possibilité de la pendaison pendant la vie une fois établie dans la cause, l'avocat en a déduit la possibilité, la probabilité même d'un suicide de la part de Sigé père ; circonstance qui, selon lui, détruit complétement le système de l'accusation.

Arrivant aux preuves morales, Me Fraisse les a discutées et les a soutenues exagérées ou sans importance. Il a fait remarquer, en terminant, que l'abandon de l'accusation vis à vis de la femme Sigé devait entraîner l'abandon de celle dirigée contre son mari, puisque cette femme pouvait seule avoir un ressentiment à satisfaire contre le vieux Sigé, qui s'était opposé à son mariage. Or, celle-ci étant reconnue innocente, Sigé fils, qui n'aurait pu être excité au crime que par sa femme, ne saurait être déclaré coupable.

Après diverses répliques de la part du ministère public et de la défense, et un résumé rapide de M. le président, le jury ayant rapporté un verdict négatif sur toutes les questions, les accusés ont été acquittés.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Boisson malfaisante. — Imprudence.*

M. Aiguebelle, employé au ministère des finances, dirige en même temps une tannerie ; il est de plus inventeur d'un procédé pour la reproduction d'anciennes gravures sur pierres graphiques, et se livre, non sans succès, à des travaux diuriques qui lui ont valu plusieurs médailles. Un jour que le sieur Brunet, qu'il emploie dans sa tannerie, revenait de faire une longue course, M. Aiguebelle lui proposa, pour se rafraîchir, un verre d'une boisson rafraîchissante qu'il prépara lui-même. Mais à peine M. Brunet avait-il bu, qu'il fut pris de coliques violentes. Un officier de santé, M. Biolé jeune, fut appelé, donna ses soins au malade, et demanda à voir la substance avec laquelle avait été préparée la malencontreuse boisson ? il reconnut que, bien que renfermée dans un bocal étiqueté *bi-carbonate de potasse*, cette substance n'était autre qu'un poison des plus énergiques ; en effet, c'était de l'arséniate de potasse. M. Aiguebelle avait acheté 500 grammes de ce sel pour faire ses expériences, et en même temps 250 grammes de bi-carbonate de potasse ; le tout avait été pris chez un pharmacien qu'il indiqua.

M. Gourlet, commissaire de police, se transporta chez celui-ci pour vérifier les bocaux, car M. Aiguebelle rejetait sur le pharmacien la faute ou l'imprudence. A qui cette faute était-elle imputable ? C'est ce qui se débattait dernièrement à la 8e chambre du tribunal civil de la Seine, entre M. Brunet, plaignant, partie civile (qui avait déjà reçu une somme de cinquante francs et qui ne réclamait pas moins de cinq mille francs de dommages-intérêts), le pharmacien et M. Aiguebelle.

Le tribunal, après avoir entendu M. Lafeuillade, avocat du roi et les défenseurs du pharmacien et de M. Aiguebelle, a renvoyé le pharmacien des fins de la plainte et condamné le dernier à deux cents francs d'amende et cinq cents francs de dommages-intérêts envers Brunet.

II. *La mélasse de la Cochinchine. — L'ervolenta de l'Afrique septentrionale.*

A l'aide de ces dénominations pompeuses, et aussi à la faveur de nombreux prospectus lancés à propos dans le public, un sieur Warton était parvenu à attirer dans son magasin cette foule si niaise, toujours disposée à se laisser prendre à l'appât de la nouveauté, et sur la robuste crédulité de laquelle les charlatans de toute espèce fondent à bon droit leur espérance de réussir. Au dire du sieur Warton, ces substances, indépendamment de l'excellence et de la supériorité de qualité que devait leur assurer leur origine, possédaient, mais plus spécialement encore l'*ervolenta*, la vertu de remplacer avantageusement chez les malades l'emploi assez désagréable des lavements. Quoi qu'il en soit, le débit de ces marchandises prétendues exotiques suivait son cours florissant, lorsque l'autorité se décida à faire examiner par un homme de l'art, et la mélasse et l'ervolenta. M. Chevallier, professeur à l'Ecole de pharmacie, fut chargé de cet examen.

Ce chimiste reconnut sur-le-champ que la prétendue mélasse de la Cochinchine n'était autre que de la mélasse de canne ordinaire, telle qu'on peut en trouver chez tous les épiciers, avec cette seule différence que la mélasse de M. Warton coûte un franc vingt-cinq centimes les cinq cents grammes, tandis que l'épicier, en général, en donne une égale quantité pour vingt-cinq centimes.

Quant à l'ervolenta, M. Chevallier a de fortes raisons de supposer que, fidèle à son étymologie latine (*ervum lens*, lentille), cette substance consiste exclusivement en de la farine de nos lentilles ordinaires, que M. Warton a tort de vendre trois fois plus cher que ne la vendent tous les grainetiers. Au surplus, en terminant son rapport, l'expert a rendu hommage à l'innocuité complète de ces deux produits.

Néanmoins, des poursuites ont été dirigées par le parquet contre M. Warton, et ce dernier a comparu récemment devant le tribunal correctionnel de la Seine, sous la triple prévention de tromperie dans la

toujours moins bien circonscrite, plus large que précédemment, est douloureuse dès le principe aux moindres pressions, et dans presque toute l'économie existe et se montre une tendence inflammatoire.

Dans l'adénite péri-ganglionnaire, la tumeur n'est plus circonscrite dans le ganglion ni dans le tissu cellulaire voisin. Son volume devient moins considérable, parce que l'inflammation gagne surtout en surface ; on la voit s'étendre parfois depuis l'épine du pubis jusqu'à la partie supérieure de l'os des îles. Dès le début de cette espèce de bubon, de ce flegmon développé autour d'un ganglion, la peau est intéressée, elle prend rapidement une teinte rouge, érysipélateuse, devient douloureuse, et cette douleur se propage, s'irradie tout autour. Les mouvements de la cuisse deviennent difficiles, pénibles. Il n'est pas rare alors de voir, l'inflammation se continuant de proche en proche, des abcès qui peuvent n'être aucunement vénériens, se former jusque dans la fosse iliaque, autour de l'épine du pubis, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région hyoogastrique, autour de la crête de l'os des îles, etc.

Indépendamment de ces symptômes locaux inflammatoires, les fonctions des vaisseaux et des ganglions lymphatiques se trouvent altérées ou même suspendues ; la fonction d'absorption peut être diminuée ou abolie ; de là, des œdèmes du côté correspondant à l'adénite ; de là ces infiltrations que je vous ai déjà fait remarquer aux grandes lèvres, infiltrations que vous avez vu augmenter, rester stationnaires ou décroître, selon que le bubon parcourait l'une de ces trois périodes ; et cet œdème, je vous en ai aussi présenté des exemples, peut ne pas se borner à l'une des lèvres, mais envahir partie ou la totalité du membre du côté où siége l'inflammation : il peut se montrer aussi à la partie inférieure de l'abdomen, ou sur le flanc du côté correspondant. Par suite de l'extension de l'irritation aux nerfs voisins, la douleur de l'aine peut s'irradier aux organes génitaux, le long du membre et même jusqu'à la fesse. Les fonctions du membre et surtout ses mouvements peuvent être troublés. A ces symptômes locaux, lorsque la tumeur est volumineuse et très enflammée, viennent naturellement s'en joindre de généraux ; on ne tarde pas, en effet, à voir se développer tous ceux de la fièvre inflammatoire.

Bubons chroniques ou indolents. Cette espèce, qu'on voit quelquefois succéder à des symptômes primitifs aigus, accompagne le plus ordinairement les accidents primitifs à marche chronique. Aussi la voit-on paraître à la suite des blennorrhagies anciennes, des tubercules muqueux, des végétations, des condylômes.

Ce sont, le plus fréquemment, les ganglions inguinaux ou sous-inguinaux qui sont atteints de chronicité ; rarement cette marche s'observe-t-elle dans ceux situés au-dessus du pli inguinal. Presque constamment c'est à la première espèce d'engorgement que nous avons admise, au bubon adénique, qu'appartiennent les bubons chroniques. Dans cette espèce, l'inflammation se renferme dans le ganglion, et ce n'est que rarement qu'elle franchit les limites de cette glande. Quelquefois, cette inflammation sort de l'organe glanduleux et passe dans le tissu cellulaire qui embrasse immédiatement le ganglion, sans néanmoins que le caractère de chronicité soit en la moindre chose modifié par cette transformation d'une ganglionite de la première espèce en une de la deuxième. Quant au bubon péri-ganglionnaire, nous ne l'avons jamais observé sous forme chronique.

Ce n'est pas ordinairement dans un seul ganglion, mais dans plusieurs à la fois que se développe avec lenteur l'engorgement chronique ; ce sont donc, presque toujours, un plus ou moins grand nombre de petites tumeurs bien limitées, bien circonscrites, mobiles et diversement allongées ou arrondies qu'enferme cet engorgement. Entièrement indolentes ou à peine sensibles lorsque les malades gardent le repos, elles ne se montrent un peu douloureuses que sous les impressions du toucher ou lors des fatigues, des efforts de la marche. Quant au volume de l'adénite chronique, rarement elle atteint celui que l'on voit acquérir au bubon aigu ; et, pour sa forme, la tumeur revêt assez bien celle d'une noisette, celle d'un marron.

Dans cette forme de l'adénite, la peau et le tissu cellulaire conservent leurs propriétés normales, glissent facilement sur la tumeur, et ne s'altèrent qu'alors que celle-ci arrive à la suppuration ; ce que l'on n'a lieu d'observer, au reste, que très rarement. Ce n'est que très rarement aussi que les ganglions lymphatiques voisins, qui ne participent point à l'affection, s'engorgent sympathiquement ; et comme ces derniers ne sont ni irrités, ni comprimés par les ganglions engorgés, il est peu commun de voir l'œdème des parties d'où émanent les vaisseaux lymphatiques. Il n'existe pas non plus de douleur qui se propage au loin, de douleur sympathique, l'affection ayant moins de retentissement dans les nerfs voisins. Il y a également complète absence de symptômes de réaction générale.

Que les bubons soient aigus ou chroniques, il est un certain nombre d'états par lesquels ils peuvent passer en se terminant. Il est très rare qu'ils se terminent par délitescence, par disparition subite des phénomènes inflammatoires. La terminaison par résolution est de beaucoup moins rare ; lors surtout que l'inflammation n'a atteint que le ganglion, il est assez fréquent de la voir peu à peu revenir à son état normal. Dans le plus grand nombre de cas, particulièrement chez l'homme, les bubons suppurent ; cette terminaison présente, selon les espèces, quelques particularités sur lesquelles nous allons nous arrêter un moment.

Dans le bubon ganglionnaire, la peau conserve sa couleur normale, n'est point altérée, le ganglion devient mollasse et la fluctuation très limitée d'abord, s'étend, devient plus sensible et affecte, dans l'aine, une direction allongée dans le sens du pli ainguinal.

Dans le bubon cellulo-ganglionnairie, la tumeur est fréquemment bi-lobée ; l'un des lobes est placé au-dessus, l'autre au-dessous du pli inguinal. Cette disposition est due à une membrane cellulo-fibreuse qui attache la peau à la lame antérieure du ligament de Fallope et qui est l'analogue du ligament coraco-axillaire, qui maintient la peau de l'aisselle constamment relevée au fond de cette région.

Dans le bubon péri-ganglionnaire, la suppuration se prononce de bonne heure, acquiert une grande étendue, la peau se dénude et la tumeur s'ouvre spontanément par une ou plusieurs ouvertures. La résorption a quelquefois lieu dans le bubon de la première et de la deuxième espèce. Dans cette dernière, la gangrène peut mortifier les tissus, mais cette fâcheuse complication est surtout propre à la troisième espèce. Le bubon, une fois ulcéré, constitue un véritable chancre. Si le bubon est passé à l'état chronique, il reste long-temps induré ; le résultat de cette induration est quelquefois le passage à l'état carcinomateux, comme nous en avons déjà observé quelques exemples dans ce service.

Le diagnostic de ces affections, que nous ne saurions ici reproduire avec toute l'étendue que lui a donné le professeur, mais dont nous allons fixer les principaux traits, ne présente pas une grande difficulté pour qui s'adresse et peut répondre avec justesse aux questions suivantes :

1° Est-ce un engorgement ganglionnaire ? Cela pourrait être une hernie crurale ou inguinale, un abcès froid, un lipôme, un kyste, une tumeur anévrismale, et des tumeurs variqueuses du golfe de la saphène interne, etc.

2° L'engorgement, reconnu ganglionnaire, est-il vénérien ? Ici les antécédents, les signes concomitants, le mode d'ulcération, l'inoculation enfin éclairent le diagnostic, qui ne laissera presque aucune incertitude, s'il y a eu ou mieux s'il y a encore des symptômes vénériens, des chancres, des tubercules muqueux, etc.

3° L'engorgement est-il purement inflammatoire ou idiopathique ?

4° Est-il sympathique ? Il peut l'être d'une éruption pustuleuse de la peau, d'un érysipèle, d'une angéioleucite des membres, d'une ulcération de la matrice d'un ongle, d'une plaie, d'un ulcère à la jambe, etc.

5° Le bubon est-il scrofuleux ?

6° Cancéreux ?

Quant à la durée des bubons, elle est assez généralement d'un à deux mois pour les aigus ; de plusieurs mois, d'années même pour les bubons chroniques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 1er avril 1843. — Présidence de M. Brière de Boismont.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Administration du sulfate de quinine à haute dose. — *M. La Corbière* revient sur la question relative à l'administration du sulfate de quinine à haute dose ; il dit qu'on ne saurait trop se tenir en garde contre certaines méthodes thérapeutiques, qui ne craignent pas d'administrer les médicaments en général à des doses considérables ; il ne faut pas perdre de vue les aptitudes si variées de l'estomac, qui n'est point, comme disait Broussais, une cornue inerte.

M. Bourjot parle dans le même sens.

M. Larrey se demande si sous l'influence de certaines localités, de constitutions atmosphériques particulières, on ne peut pas sans danger porter à hautes doses les diverses substances médicamenteuses, et le sulfate de quinine dont il s'agit en ce moment. Pour lui il le pense, et se fonde sur les observations qu'il a recueillies en Algérie ; il dit que son père et lui furent surpris de la quantité prodigieuse de sulfate de quinine administrée aux soldats atteints de fièvres intermittentes. Cette forme de médication était nécessaire pour que la guérison eut lieu.

Correspondance. — Elle comprend :

1° Une brochure ayant pour titre *Essai sur l'idiotie*, offerte à la société par M. le docteur Belhomme ;

2° Le compte-rendu annuel de la société phrénologique, et le discours prononcé en cette séance par son président, M. La Corbière ;

3° Les numéros de la clinique vétérinaire (mois de février et avril) ;

4° Un mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne, par M. Hubert Valleroux ;

5° Un mémoire sur les divers moyens propres à délivrer la femme en cas de rétrécissement du bassin ; et sur le forceps scie, par M. le docteur Vanhuevel, professeur à l'université de Bruxelles.

M. La Corbière demande, au nom de la société phrénologique, qu'une commission soit nommée pour examiner le travail qu'il vient d'offrir à la société et faire un rapport dans une des prochaines séances.

MM. *Forget* et *Giraldès* combattent successivement la demande d'une commission. Ils font remarquer que les usages s'y opposent, et que la société d'émulation doit des remercîments à la société phrénologique, et n'a nullement à exercer de contrôle sur le compte-rendu de ses travaux qu'elle a bien voulu lui envoyer.

M. Belhomme insiste pour qu'il soit nommé une commission.

Plusieurs membres demandent l'ordre du jour, qui est mis aux voix et adopté.

Rapport sur un nouveau modèle de sondes. — *M. Piédagnel* expose à la Société les résultats auxquels l'a conduit l'examen qu'il a fait des sondes adressées à la Société par M. le docteur Bonhoure.

Ces sondes sont faites avec un ruban de fil roulé en spirale, et maintenu sous cette forme à l'aide d'une couche de gomme arabique employée en dissolution dans de l'eau. Le ruban de fil est recouvert de cette solution gommeuse dans toute sa longueur ; et à mesure que la gomme se sèche, la nouvelle sonde acquiert de la solidité. Les inconvénients qui doivent faire rejeter l'instrument de M. Bonhours, sont les suivants :

1° Pour faire usage de ces sondes, il faut les tremper dans l'eau ; autrement la gomme arabique qui les recouvre se brise en écailles par l'introduction du mandrin, la sonde devant se fléchir pour s'accommoder aux courbures de ce dernier ;

2° Une fois ramollie par l'eau, la gomme empêche la sonde de glisser sur les parois du canal auxquelles elle adhère en raison de sa consistance poisseuse ;

3° Enfin ayant perdu ainsi la fixité que lui communiquait la couche de substance plastique, le ruban de fil s'allonge, et le moindre effort suffit pour que l'extrémité du mandrin se montre à l'extérieur de la sonde. Le rapporteur conclut au rejet de cet instrument, qui ne saurait être employé sans danger. Ses conclusions sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

— *M. Giraldès* fait un rapport favorable sur un travail de M. le docteur Bonnamy, ayant pour titre : *De la circulation placentaire.* M. Giraldès conclut à l'admission de M. Bonnamy à titre de membre résident. Cette conclusion est mise aux voix et adoptée. (M. Bonnamy est proclamé membre de la Société médicale d'Emulation.)

Variole congénitale. — *M. Laborie* communique les deux faits suivants qui sont intéressants, surtout au point de vue de la transmission des maladies de la mère à l'enfant ou à l'enfant par la mère.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, étant entrée dans le service de M. Dubois pour y être traitée d'accidents qui compliquaient sa grossesse parvenue au huitième mois, y fut prise d'une variole confluente. La maladie suivit régulièrement ses phases, et elle était parvenue à sa dernière période, c'est-à-dire que la dessiccation était complète lorsqu'elle accoucha d'une fille qui présentait aussi des pustules varioliques, mais à un degré bien moins avancé ; les boutons n'étaient pas encore parvenus à la suppuration ? cette variole congénitale était d'ailleurs fort discrète. Doit-on admettre, dit M. Laborie, que la même maladie a frappé la mère et l'enfant en même temps, et que le retard observé dans la marche de la variole chez l'enfant, dépendait de la situation particulière où il se trouvait plongé à l'abri du contact de l'air dans le liquide amniotique ; ou ne serait-il pas rationnel de penser que ce n'est que consécutivement et quand l'incubation eut rendu chez la mère l'affection transmissible, que l'enfant à son tour a été atteint !

---

nature des choses vendues, d'exercice illégal de la pharmacie, et de vente et débit de remèdes secrets.

Contrairemeot aux conclusions de l'avocat du roi, M. Anspach, qui a soutenu les trois chefs de prévention, et sur la plaidoirie de Me Marie, défenseur du prévenu, le tribunal a renvoyé le sieur Warton des fins de la plainte.

Il y a, dit-on, appel de la part du ministère public.

III. *Un médecin en faillite.*

Un médecin peut-il être mis en faillite ? Pourquoi non ? On lui fait bien payer patente comme à un marchand. Or, si le médecin est patentable comme faisant négoce, il est clair qu'il peut faire faillite. Le docteur N... l'a bien prouvé en venant répondre, il y a quelques jours, à une prévention de banqueroute simple. Il racontait d'une voix émue, à l'audience de la 8e chambre du tribunal civil de la Seine, qui ne pouvait l'entendre sans intérêt, comment après bien des années et bien du travail, il était arrivé à se former une clientelle, clientelle bien modeste toutefois, à peine suffisante quant au chiffre de ses produits ; et, pour améliorer sa position, il avait accepté la surveillance d'un établissement qui réclamait le concours d'un homme de l'art, du Bazar chirurgical, où se confectionnent différentes sortes d'appareils pour la médecine et la chirurgie.

Le chef de l'établissement étant venu à mourir, sa veuve allait laisser péricliter l'entreprise faute de connaissances suffisantes. La propriétaire avait donc un grand intérêt à ce qu'il en fût autrement. Aussi proposa-t-elle au bienveillant docteur, qui n'y avait jamais pensé, n'ayant fait jusqu'alors que de la médecine, la place de directeur-gérant du Bazar chirurgical, avec des appointements de 2,000 francs par an, et un intérêt de dix pour cent pendant la première année ; quinze pour cent dans la seconde, et vingt pour cent au bout de la troisième année. On en vint, au bout de quelques mois, jusqu'à lui proposer l'acquisition du fond, et il eût le malheur et la faiblesse d'y consentir.

En vain la courageuse épouse de M. N...., devenu industriel, lui vint-elle en aide ; sans argent, sans crédit ; ignorant les affaires et les usages du commerce, chargé d'un loyer de quatre mille francs qui absorbait les maigres bénéfices de la maison, il ne put continuer. Quoique retardée pendant dix-huit mois, la catastrophe devint bientôt inévitable. La faillite fut déclarée, et le syndic nommé signala un passif d'environ 28,000 francs, ainsi que l'absence de livres de commerce et le défaut d'inventaire.

On crut pouvoir reprocher aussi à M. N... la mise en circulation de billets de complaisance au profit de deux individus également tombés en faillite depuis, et qui lui avaient fait trouver de l'argent fort onéreux au moyen de billets semblables. D'après le rapport du syndic, une instruction fut commencée, et elle eut pour résultat d'amener le malheureux docteur à répondre à la prévention de banqueroute simple. Mais le grand jour de l'audience lui a été favorable ; et le tribunal, après avoir entendu M. Croissant, avocat du roi, et quelques paroles touchantes de Me Rozet, n'a condamné le failli qu'à vingt-cinq francs d'amende et aux dépens.

§ III. JUSTICE CIVILE.

I. *Demande en paiement d'honoraires par un médecin.*

Le 1er décembre dernier, M. le docteur Martin Saint-Ange, en rentrant de ses visites du matin, apprit par son domestique qu'il avait été demandé pour un sieur Girard, demeurant à Vaugirard, ruelle des Favorites. Il s'y rendit immédiatement ; il trouva auprès du malade le sieur Girard père, et l'état du fils lui ayant paru alarmant, il demanda une consultation ; le père proposa M. Récamier pour le lendemain. Trois consultations eurent lieu successivement. Le 24, le malade succomba. Quelque temps après, M. Martin Saint-Ange ayant réclamé de M. Girard père, marchand de bois fort riche, la somme de trois cent vingt francs pour ses honoraires, celui-ci refusa de solder cette note sous prétexte que son fils, qui n'était plus avec lui depuis 1833, avait une place au ministère de l'instruction publique, et était par conséquent à même de payer son médecin et ses fournisseurs : il ajoutait que d'ailleurs il n'avait pas réclamé ses soins.

A cette réponse, M. Martin Saint-Ange s'est décidé à former devant le tribunal civil une demande à fin de paiement des honoraires qui lui étaient légitimement dus, et, à l'appui, il a produit une lettre de M. Girard père, en date du 14 décembre 1842, qui le priait de se trouver chez M. Girard fils, conjointement avec M. Récamier et un troisième médecin, pour pouvoir constater l'état moral du malade.

Le tribunal, après avoir entendu les avocats des parties, a condamné M. Girard à payer la somme réclamée par notre confrère.

II. *Fourniture d'un râtelier.* — *Le dentiste et son client.*

Il a quelque temps, madame Holsbacher alla chez M. Paul Simon, dentiste, pour se faire remettre deux dents qu'elle avait eu le malheur de perdre. Celui-ci, trouvant le remède insulfiant, conseilla à cette dame et parvint à lui persuader de se faire arracher quinze autres dents, et de faire remplacer le tout par un râtelier complet, dont le prix fut fixé à cinq cents francs.

Le marché arrêté, M. Paul Simon se mit à l'œuvre, et, peu de temps après, il livra à sa cliente un râtelier qui est devenu l'objet d'un procès.

Après avoir vainement essayé de s'en servir, madame Holsbacher refusa d'en prendre livraison à cause de la malfaçon qui, suivant elle, en rendait l'usage impossible. M. Paul Simon l'ayant fait assigner en paiement des 500 francs, prix convenu à l'avance, le tribunal, avant faire droit, avait ordonné qu'une expertise aurait lieu, et avait nommé pour expert M. Martoret, dentiste.

L'affaire est revenue dernièrement à l'audience de la 5e chambre du tribunal civil de la Seine, et le tribunal, après avoir entendu les avocats des parties, et examen fait du ratelier en litige, a, conformément aux conclusions de l'expert, déclaré M. Paul Simon non recevable dans sa demande. (*Gazette des Tribunaux.*)

Nos dernières causeries ont ému quelques personnes. Nous avons reçu même certaines réclamations auxquelles nous ferons pleine justice dans le prochain numéro.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui, parvenue aussi au huitième mois de sa grossesse, fut admise à l'hôpital de la Pitié pour y être traitée d'une affection étrangère à la gestation : elle fut couchée dans un lit voisin de celui d'une malade affectée de variole. Cette femme, vaccinée, n'éprouva aucune influence morbide de ce voisinage. Peu de temps après, elle entra aux cliniques de la Faculté, où elle accoucha d'un enfant présentant une éruption varioleuse.

M. *Laborie* fait ressortir l'importance de ce fait au point de vue des soins hygiéniques qu'il convient de donner aux femmes enceintes. Il ajoute que M. Paul Dubois, à l'occasion de cette malade, rappela une observation analogue qui lui fut communiquée par M. Baudelocque.

M. *Chailly Honoré* pense que dans les faits qui précèdent il ne faut pas chercher les raisons de développement de la variole chez l'enfant ailleurs que dans le sang de la mère : c'est bien évidemment là l'unique voie de transmission.

M. *Souberbielle* croit qu'on pourrait donner pour raison de la différence qui existait entre le caractère des boutons de la mère et ceux de l'enfant, que la mère n'a pu lui communiquer la petite-vérole qu'à l'époque de la maturité de ses boutons, c'est-à-dire lorsqu'ils étaient en pleine suppuration. On a dit que la petite-vérole était dans le sang, sans aucun doute ; mais elle y est à des conditions et à des degrés différents : par exemple si on plongeait la lancette dans un bouton phlegmoneux qui n'eût pas acquis le degré de maturité convenable et qu'on voulût vacciner, on n'obtiendrait rien ou une *fausse vaccine*.

Médecine légale. — *M. Bérigny* dit qu'il a reçu de M. le procureur du roi de Versailles, un réquisitoire qui lui a paru sans précédent, et par cela même mériter l'attention de la Société, qui voudra bien l'éclairer sur la conclusion qu'il a prise. Il s'agissait de rechercher si des breuvages qu'une jeune fille aurait été contrainte de boire dans les premiers mois de sa grossesse, n'auraient pas laissé de traces sur l'enfant. (La justice ignore la nature des breuvages.) Les preuves ayant été fournies que la jeune fille est accouchée à terme, ayant trouvé son enfant long de 50 centimètres et pesant 3 kilogrammes 200 grammes, c'est-à-dire parfaitement sain et bien constitué, je n'ai pas hésité à déclarer que s'il était permis de préjuger l'effet des breuvages inconnus, il me semblait qu'ils auraient dû provoquer un avortement de préférence à une altération de santé ou même à une infirmité.

Le père (présumé), qui était en accusation préventive depuis cinq mois, a été mis en liberté aussitôt après le reçu de mon procès verbal.

Vaccinations et revaccinations gratuites. — *M. Bérigny* donne lecture à la société d'un projet sur les moyens à prendre pour la propagation de la vaccine en France. Ce travail a été renvoyé devant une commission composée de MM. Cornac, président, Gillette, Piédagnel, Chailly Honoré, Faivre et Bérigny.

Anatomie pathologique. Tumeur de la grande lèvre. — *M. Piédagnel* présente une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur est implantée par un pédicule allongé et grêle dans l'épaisseur de la grande lèvre, à laquelle elle tient encore, cette lèvre ayant été réséquée en même temps que la tumeur sur le cadavre d'une femme morte à l'hôpital. Cette tumeur n'avait d'autre inconvénient que la gêne qu'elle déterminait par son poids; depuis long-temps la malade la portait sans avoir jamais songé à se faire opérer. En tout semblable à une autre tumeur que notre collègue M. Forget vous présenta au mois de janvier dernier, on y retrouve comme dans celle-ci tous les éléments constitutifs du derme ; ils sont hypertrophiés ; la tumeur incisée est d'un blanc nacré à l'intérieur ; par sa consistance et sa forme, elle a quelque analogie d'aspect avec le polype fibreux. La pression en exprime un liquide séro-albumineux. Du vivant de la femme qui la portait, cette tumeur offrait le même phénomène que M. Forget a observé chez la malade dont il vous a entretenu, savoir: que, résistante et tendue dans l'intervalle des règles, elle s'affaissait et diminuait un peu de volume pendant l'époque menstruelle.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du séton dans un cas d'épanchement purulent de la cavité abdominale ; observation recueillie par M. le docteur GIMÉ de Bernécourt.

Un cultivateur, âgé de 38 ans, était atteint, depuis environ deux mois, d'une entéro péritonite qui s'était aggravée depuis quelques jours par suite d'un excès de travail. Les douleurs qui étaient occasionnées par les mouvements imprimés aux extrémités inférieures, et la position inclinée en avant dans laquelle le corps était presque constamment placé faisaient pressentir en outre que les os du bassin n'étaient pas dans un état de parfaite intégrité.

Depuis le mois de mars 1839 jusqu'au mois d'août suivant, M. Gimé, dont les soins avaient été réclamés, conseilla l'emploi de tous les moyens rationnels pour combattre cet état, mais sans en retirer d'avantages bien prononcés. Tout semblait même indiquer une terminaison fatale, lorsque, le 3 août, ce médecin pratiqua l'ouverture d'une tumeur fluctuante volumineuse, qui se montrait à droite de la région hypogastrique et dans la direction du muscle droit : l'incision donna passage à deux litres environ d'un pus séreux, de couleur verdâtre et d'une excessive fétidité. Bientôt, à l'aide des soins de propreté, des pansements fréquement répétés, des injections avec des liquides chlorurés, un mieux apparent fut obtenu, et l'état général s'améliora ; mais, le 21 du même mois, il apparut, à la partie inférieure de l'hypochondre gauche, un nouveau foyer, dont M. Gimé put constater la communication avec le foyer primitif. Ce praticien se décida, en conséquence, à introduire, par l'ouverture déjà pratiquée, un stylet courbe et d'un calibre assez gros dont il fit saillir l'extrémité à la partie centrale de la tumeur opposée; puis, il incisa sur le point saillant, et il en résulta aussitôt un écoulement considérable d'un pus jaunâtre, parsemé de stries noirâtres. Le stylet fut ensuite retiré, mais en laissant à sa place une mèche de linge effilé, formant séton : une distance de vingt-trois centimètres séparait les deux plaies l'une de l'autre.

Depuis cette époque jusqu'au 30 octobre suivant, la suppuration fut abondante, et le plus ordinairement très fétide et colorée en jaune-verdâtre ; elle arriva ensuite à diminuer peu à peu ; les forces et l'embonpoint revinrent par degrés, tous les organes recommencèrent à fonctionner normalement ; enfin le sujet reprit ses travaux accoutumés, et les plaies du séton se rétrécirent progressivement et finirent par se fermer tout à fait.

M. Gimé n'a pas employé avec moins de bonheur le séton dans les cas d'hydrocèle sans complication. Après avoir pratiqué la ponction selon le procédé ordinaire, il profite du moment où la tunique vaginale se trouve encore assez distendue par le liquide séreux épanché, pour introduire dans le canal du trocart un stylet tranchant vers la pointe; il le pousse avec force afin d'ouvrir le scrotum du côté opposé ; puis, retirant le stylet et la canule en sens contraire, il laisse à demeure une bande de linge effilée qu'il maintient en place jusqu'à ce que les deux plaies ne fournissent plus de suintement purulent. Cette méthode, qui donne lieu à des douleurs moindres que celles de l'injection avec du vin chaud, a encore sur cette dernière pratique l'avantage très grand de mieux mettre à l'abri des récidives.

(*Journ. des conn. méd.-chir.*)

Empoisonnement par la ciguë des jardins et par le laurier-rose.

On a cité dernièrement un empoisonnement dû à l'ignorance d'une cuisinière, et ce fait a remis en mémoire à M. J. Rossignol quelques faits du même genre qu'il a jugé utile de signaler. Il s'agit d'un empoisonnement par la ciguë des jardins (*Conium maculatum,* L.) qui avait été prise pour du cerfeuil et employée comme tel dans une salade: toutes les personnes qui en mangèrent furent gravement indisposés. Il est à remarquer que la ciguë n'aurait produit aucun effet fâcheux, si, au lieu d'être mise dans une salade, on s'en fût servi dans une soupe aux herbes ou toute autre préparation qui ne peut se faire sans le secours du feu. Le principe vénéneux de la ciguë (la conicine) est volatil et disparaît par la coction. La cuisinière avait déclaré qu'elle s'était déjà servie de cette herbe pour faire la soupe, quelques jours auparavant, et elle persistait à dire que c'était bien la même et qu'on devait rechercher ailleurs la cause de cette indisposition.

Il y a quelques années, un jeune enfant mourut pour avoir mâché toute une matinée une quantité de fleurs de laurier-rose: il fut d'abord atteint de violentes coliques, mais on ne s'occupa pas de rechercher la cause de cette indisposition qui prit bientôt un caractère alarmant ; l'enfant fut pris d'une fièvre brûlante, et succomba au bout de deux jours.

A propos de ce dernier cas, on peut noter le fait suivant raconté par M. le professeur Richard. En 1809, nos troupes bivouaquaient devant Madrid ; des soldats étant allés à la maraude, chacun d'eux rapporta ce qu'il avait pu trouver, de la farine, du bétail, de la volaille. Un soldat eut la malheureuse idée de couper des branches de laurier-rose, qui, en Espagne, sont très communs et atteignent de grandes dimensions, pour en faire des broches et enfiler les pièces de viande que l'on mit à rôtir. Le bois de cet arbrisseau, dépouillé de son écorce, se trouva donc en contact avec la chair, et cette circonstance fut suffisante pour amener de bien tristes résultats ; car, sur douze soldats qui mangèrent de ce rôti, sept moururent, et les cinq autres furent dangereusement malades. Le lendemain de ce fâcheux accident, un ordre du jour interdisait aux militaires de couper les branches de lauriers.

(*Echo du Monde savant.*)

Cas d'hydropisie traitée avec succès par le suc de citron ;
par M. le dr DRECHSLER ; de Coethen.

Un ouvrier âgé de cinquante-cinq ans, qui avait été affecté, six ans auparavant, d'une fièvre intermittente tierce, mais qui depuis lors s'était toujours bien porté, fut atteint d'une maladie caractérisée par tous les symptômes de l'ascite et de l'hydrothorax simultanés. La gêne de la respiration était considérable, particulièrement pendant la position couchée sur le dos et pendant la marche ; toux sèche, parfois spasmodique ; réveil en sursaut par suite de la dyspnée ; sécrétion urinaire diminuée ; fluctuation abdominale très sensible ; œdème prononcé des extrémités inférieures. Le malade montrait un découragement profond en raison de la suffocation imminente dont il était incessamment menacé.

Tous les agents conseillés généralement contre l'hydropisie, le quinquina et ses alcaloïdes ; la digitale, la scille, la bryone, le nitrate de potasse, le soufre doré d'antimoine, la belladone, etc., continués les uns et les autres pendant quelque temps, n'avaient amené aucune amélioration dans l'état du malade.

Ce fut alors que M. Drechsler se rappela les observations déjà publiées sur l'efficacité du suc de citron dans les maladies de cette nature. Dès le jour même, il en fit commencer l'usage à la dose d'une cuillerée à bouche trois fois par jour, en prescrivant d'augmenter d'une cuillerée tous les trois jours, jusqu'à ce que le malade fût arrivé à six cuillerées dans les vingt-quatre heures. Il fit continuer cette dernière dose pendant dix jours, puis il prescrivit de la diminuer en suivant une progression décroissante pareille à celle qui avait été suivie pour l'augmentation. Le malade prit en tout trois kilogrammes à trois kilogrammes et demi de suc. Il est bon de noter qu'immédiatement après chaque dose, M. Dreschsler fit boire une demi-tasse d'eau sucrée.

Déjà, pendant l'emploi de ce médicament, mais surtout après, le malade se sentit entièrement dégagé : tous les symptômes disparurent; l'appétit revint avec le sentiment de bien-être qui se manifesta, et depuis deux ans cette guérison ne s'est pas démentie, car c'est aujourd'hui un ouvrier des plus actifs que l'on puisse trouver.

Un mois environ après que M. Drechsler eut obtenu ce beau résultat, un second cas d'hydropisie, mais moins grave que le précédent, se présenta chez un jeune homme de vingt-huit ans, fort et replet, qui déjà avait été soumis sans aucun avantage à un assez grand nombre de moyens variés. Il fut mis à l'usage du suc récemment exprimé de citron, et recouvra la santé.

(*Medicinische Zeitung.*)

M. Souberbielle nous prie de publier l'opinion suivante qu'il a émise dans une discussion récente de la Société d'émulation :

« L'embryon dans l'œuf contient les principes élémentaires et constitutifs qui forment le fœtus ; il est distincts et séparé de la mère ; il ne tient à elle que par l'implantation du placenta à la matrice, d'où il tire sa nourriture, ainsi que la plante le fait de la terre à laquelle elle se trouve attachée. Le fœtus ayant une circulation qui lui est particulière, il n'existe aucun rapport entre lui et la mère qui puisse établir que celle-ci, par son influence, ait le pouvoir de changer la conformation naturelle du fœtus, et de donner lieu à ces excroissances, taches de vin, de café au lait, ou autres difformités que le vulgaire ignorant attribue aux effets des impressions de crainte, de frayeur, aux envies éprouvées par la mère pendant la gestation. Au contraire, ces changements dans la structure de l'enfant, sont purement et simplement des vices de la végétation ; et d'ailleurs, dans cette transmutation des parties, où placerait-on celles qu'on enlèverait, et où prendrait-on celles qui viendraient les remplacer? Non, les gens de l'art qui doivent se conduire d'après des principes et des règles positives, ne peuvent pas admettre des idées aussi absurdes qu'erronées et repoussées par le bon sens. »

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 66, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

(Revue du service.)

Amputation de la jambe au tiers inférieur. Extirpation d'une tumeur de la joue. Sciatique. Deux fractures de l'olécrane. Exostose syphilitique. Fistule lacrymale traitée par l'iodure de potassium. Bubon syphilitique résorbé. Bourrelet hémorrhoïdal. Polype cancéreux de la fosse nasale. Tumeur du sein résolue. Extirpation; gangrène.

Nous nous bornerons dans cette première revue à rappeler sommairement les cas les plus intéressants que renferme en ce moment le service de M. Lisfranc, et à reproduire les réflexions dont quelques-uns d'entre eux seulement ont été l'objet de la part du professeur, les autres devant faire plus tard le sujet d'observations plus détaillées.

Salle Saint-Louis. — N° 1, malade soumis à l'amputation du tiers inférieur de la jambe pour une carie des os du pied. (Voir plus bas.)

N° 7, extirpation d'une tumeur de la joue. Un jeune homme portait une tumeur de mauvaise nature à la joue droite, située près de l'aile du nez, au-dessous de la pommette; elle avait environ le volume d'un petit œuf.

La tumeur fut excisée, et avec elle un portion centrale de la peau qui était altérée. Il en résulta une perte de substance circulaire du diamètre d'une pièce de 5 fr. Comptant sur le travail naturel de cicatrisation, M. Lisfranc ne crut pas devoir recourir à l'un de ces procédés autoplastiques auxquels, dit-il, on accorde aujourd'hui une faveur souvent exagérée, et que l'on emploie quelquefois trop précipitamment, et non toujours sans préjudice, dans des cas où le seul travail de cicatrisation naturelle eût suffi à réparer la perte de substance. L'événement a parfaitement justifié la prévision et la conduite prudente de M. Lisfranc dans le cas dont il s'agit. Le travail de cicatrisation non entièrement livré à la nature, mais modéré et lentement dirigé par des cautérisations répétées tous les jours avec le nitrate d'argent, est parvenu à combler entièrement la perte de substance par un tissu qu'il est à peine possible de distinguer aujourd'hui d'avec les tissus sains environnants; et il ne reste plus actuellement qu'une petite cicatrice presque linéaire au centre de l'ancienne plaie.

N° 31, malade atteint d'une sciatique. (Voir plus bas.)

N° 35 et 37, deux fractures de l'olécrane. Le premier de ces malades présentait une fracture comminutive de l'olécrane, accompagnée d'une tuméfaction inflammatoire considérable du coude. On a commencé, avant de procéder au pansement, à combattre les phénomènes inflammatoires; après quoi on a procédé à l'application de l'appareil, consistant en un bandage analogue à celui des plaies en travers, le bras étant maintenu dans une forte extension.

Aujourd'hui, le soixante-quatorzième jour, l'appareil a été enlevé, et il ne reste plus aucune trace des désordres considérables dont ce coude a été le siége. Bien que l'avant-bras ait été maintenu pendant soixante quatorze jours dans une extension forcée, les mouvements de flexion peuvent être portés assez loin.

Le malade du n° 37 présente de l'intérêt sous un autre rapport. Il est entré à l'hôpital avec une fracture transversale de l'olécrane, datant de quinze jours. On a appliqué l'appareil sitôt son entrée dans les salles; il le porte maintenant depuis quarante jours; on le laissera vingt jours encore, et ce ne sera qu'au bout de ce terme, c'est-à-dire après deux mois, qu'on en fera la levée. Il sera curieux de voir si une fracture négligée pendant quinze jours est susceptible ou non de se consolider.

N° 39, exostose syphilitique du cubitus. (Voir plus loin.)

Salle Saint-Antoine. N° 2, sujet scrofuleux chez lequel on a guéri une fistule lacrymale par le seul emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur.

N° 8, bubon syphilitique résorbé. La résorption se fait-elle par les veines? elle est presque toujours mortelle; tandis que si la résorption s'opère dans un foyer non encore ouvert, auquel cas elle se fait par les vaisseaux lymphatiques, il n'en résulte aucun accident. Les exemples de ce genre sont très nombreux.

Dernièrement il y avait dans les salles un jeune garçon qui portait plusieurs abcès énormes le long de la colonne vertébrale; ces abcès furent résorbés à la longue, sans qu'il se soit manifesté aucun symptôme morbide. A quoi tient cette différence? Je crois que cela tient à la circonstance suivante: Si la résorption est faite par les veines, le pus passe immédiatement dans le cœur et dans les poumons; d'où les abcès métastatiques; tandis que lorsqu'elle a lieu par les lymphatiques, le pus passe par les ganglions et de là dans les veines, après avoir subi une certaine élaboration, ou peut-être même directement dans les vaisseaux exhalants. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait est toujours constant et on en conçoit toute l'importance pratique.

N° 15, malade sorti guéri. Cet homme portait depuis trois mois un bourrelet hémorrhoïdal énorme, du volume du poing, non ulcéré, non induré, mais faisant éprouver des douleurs intolérables. On lui administra des lavements presque froids; le repos le plus absolu lui fut prescrit; alimentation légère; il fut pratiqué une saignée révulsive de trois ou quatre palettes; joignez à cela l'usage de l'onguent populéum. Enfin, à défaut des moyens d'administrer des douches, nous avons touché légèrement avec le nitrate d'argent fondu, de manière à exciter un peu les parties. En peu de jours les douleurs furent entièrement dissipées, et le paquet hémorrhoïdal considérablement diminué était rentré. Que l'on compare ce résultat avec celui qu'aurait pu avoir une opération!

Salle Saint-Augustin, n° 2. Femme portant un polype cancéreux dans la fosse nasale gauche; l'aile du nez était d'une couleur bleuâtre de mauvais aspect et présentait une phlyctène à son centre. Dans l'espoir de conserver cette dernière partie nous avons largement fendu l'aile du nez dans toute sa longueur, et, à la faveur de cette incision, nous avons enlevé le polype. Si l'altération de l'aile du nez fait des progrès nous serons à temps à en exciser toute l'étendue des parties affectées; dans le cas contraire nous en serons quittes pour raviver les deux bords de la plaie et les affronter. Nous nous serons ainsi, grâce à cette précaution, réservé une chance de conserver l'intégrité du nez. Il y a, au moment où nous parlons, plus de quinze jours que l'opération a été pratiquée et l'aile du nez présente un très bon aspect. Tout fait donc espérer qu'on pourra la conserver (1).

N° 5, femme qui est entrée à l'hôpital avec une tumeur du sein d'apparence squirrheuse ayant le volume d'un œuf de dinde. On a appliqué d'abord des sangsues, puis des fondants; ces moyens ont été atténués à diverses reprises, suivant que la tumeur offrait ou non des signes d'irritation sub-inflammatoire. Elle est aujourd'hui complétement résolue. On ne trouve même plus au toucher la moindre trace d'un noyau d'induration, à peine sent-on, dans la partie qui a été le siége de cette tumeur, un certain empâtement tout-à-fait indolent d'ailleurs à la pression.

N° 10, une femme qui a subi, il y a huit jours, l'amputation du sein pour un cancer. Il y est survenu un phénomène qui n'a été indiqué nulle part par les auteurs. Il s'est exhalé et il s'exhale encore aujourd'hui une odeur gangréneuse. Qu'est-ce que cette odeur, et d'où vient-elle? J'ai examiné la plaie avec beaucoup de soin afin de m'assurer si en énucléant la tumeur je n'avais point laissé quelques petits lambeaux, quelques débris de la tumeur; c'est en effet ce qui était arrivé. Dans ce cas ces tissus morbides s'enflamment et sont frappés ensuite de mortification; telle est l'origine de l'odeur gangréneuse qui s'exhale de la plaie. Il est bon que l'on soit prévenu de cette circonstance afin qu'on ne se méprenne pas sur la nature de cet accident et qu'on n'en déduise pas un pronostic fâcheux pour l'issue de l'opération. A part quelques points mortifiés la plaie conserve d'ailleurs dans ce cas un très bon aspect.

(1) Au moment où nous rédigeons cet article, nous venons de voir la malade en question. L'affection cancéreuse a commencé à envahir l'aile du nez, et rend son excision indispensable.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Réclamations. — Lettre de M. Gibert. — Réponse. — Les agrégés de la Faculté; réparations. — Un professeur qui fait *fiasco*. — M. Raspail et son livre. — Bossini et son chef d'orchestre. — Pétition des médecins de Blois. — La patente, le pantalon et les *sans culottes*.

Ne réclamez pas tous à la fois, Messieurs, si vous voulez que je sache à qui entendre. Me voilà prêt à vous rendre justice; voyons, de quoi s'agit-il?

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi, je vous prie, une courte réponse à une plaisanterie que j'ai trouvée, pour ma part, fort innocente, mais qui a été jugée d'une manière plus sévère par quelques-uns de nos confrères.

On m'a reproché dans le feuilleton du numéro d'hier de la *Gazette des Hôpitaux*, : 1° d'avoir usurpé *le sceau* et les *têtes de lettres* de l'Association des médecins de Paris, pour donner plus de poids à une invitation personnelle; 2° d'avoir cherché ainsi à rendre plus fructueuses pour mes intérêts particuliers les leçons que je fais chaque été à l'hôpital Saint-Louis, *sous les tilleuls*, et on a ajouté que l'Association indignée devait, pour ce motif, provoquer ma démission de secrétaire.

Le fait est que je n'ai employé ni *sceau*, ni *têtes de lettres officielles* (ce qui ne me serait pas possible, puisque je n'ai ni l'un ni l'autre à ma disposition), et que si j'ai exprimé l'intention de donner ma démission, c'est qu'après dix ans de service je crois avoir quelques droits à la retraite.

L'invitation que j'ai faite (non pas assurément à *tous* les membres de l'Association, mais à une partie de ceux avec lesquels j'avais eu le plus souvent des relations dans les commissions ou autrement) n'était, dans ma pensée, qu'un acte de politesse et de bonne confraternité. J'avais le double but de prévenir un certain nombre de membres pour qu'ils fussent plus en mesure de me donner un successeur l'année prochaine, et d'inviter plusieurs d'entre eux à se joindre à ceux de nos collègues qui me font l'honneur d'assister à mes leçons.

Quant à l'intention que vous me supposez, de profiter de la circonstance pour appeler sur le professeur la bienveillance et l'attention d'une partie des médecins-praticiens de la ville, je l'adopte avec empressement. Si mes efforts obtenaient ce résultat, qui donc pourrait blâmer un succès obtenu par un moyen aussi loyal et aussi légitime?

Je serai reconnaissant, monsieur et honoré confrère, si vous voulez bien insérer ma lettre dans l'un de vos prochains numéros, et vous prie d'agréer, etc.

GIBERT.

Paris, ce 31 mai 1843.

A cette lettre je vous répondrai, monsieur le secrétaire-général, que vous êtes évidemment un homme d'esprit, car vous ne vous fâchez pas. Les imbéciles seuls crient et s'emportent contre une plaisanterie, et prennent un fusil pour tuer une mouche.

Mais de quelle plaisanterie parlez-vous au début de votre lettre? Est-ce de la vôtre ou de la mienne? La phrase est assez diplomatiquement construite pour qu'on puisse s'y méprendre. Si c'est la vôtre qui a été *sévèrement jugée* par quelques-uns de vos confrères, je l'avais déjà dit, et c'est à vous un grand acte d'humilité de le redire. Si c'est la mienne, ayez la bonté de lire à ces confrères la première phrase de ma réponse; ils seront plus tolérants à l'avenir.

Veuillez remarquer, monsieur le secrétaire-général, que vous ne contestez pas le fait capital de cette affaire, celui d'avoir adressé à vos collègues une lettre d'invitation à votre cours sous les tilleuls désormais célèbres de l'hôpital Saint-Louis. Vous vous défendez seulement d'avoir employé pour cette missive le papier et le cachet de l'Association. Ceci, en vérité, n'est plus qu'une question d'expert en écriture. La main sur la conscience, qu'ont dû croire vos collègues et que croiront mes lecteurs en lisant la lettre suivante textuellement copiée sur une de celles que vous avez fait distribuer:

Association des médecins de Paris.

Monsieur et honoré confrère,

Sur le point de me démettre des fonctions que j'ai remplies pendant dix ans avec constance et assiduité, je désire vivement continuer d'entretenir avec vous des relations auxquelles je me suis habitué.

Je commence le mardi 16 mai à neuf heures du matin (la visite des salles à huit heures et demie) mon Cours annuel sur les *Maladies de la peau*, dans le jardin de l'hôpital Saint-Louis, où je m'efforce de continuer les traditions de Biett et d'Alibert.

S'il vous était possible d'honorer de votre présence quelqu'une de mes leçons, j'ose espérer que cet enseignement spécial, appuyé de l'observation de malades nombreux et choisis, vous offrirait de l'intérêt.

Agréez, etc.

GIBERT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis et secrétaire-général de l'association des médecins de Paris.

Paris, ce 1er mai 1843.

Je ne vous ferai pas l'injure de supposer que vous puissiez nier cette lettre dont plusieurs centaines d'exemplaires circulent dans Paris. Ai-je dit autre chose que ce qu'elle renferme? Vous niez que la tête de lettre qui porte ces mots *Association des Médecins de Paris* appartienne à l'Association. Je le veux bien; mais ce n'est là qu'une circonstance atténuante, et le fait capital, celui d'avoir fait servir le nom de l'Association, et votre titre de secrétaire-général comme de passeport à une annonce, ce fait subsiste dans toute son intégrité, et cela m'importait à prouver.

Vous ne voyez là rien que *d'innocent, de loyal et de légitime*; c'est là une question d'interprétation trop difficile et trop délicate pour que je vous suive sur ce terrain; nous l'abandonnerons, s'il vous plaît, au bon sens de nos lecteurs qui ont les pièces sous les yeux.

L'autre réclamation est plus sérieuse. Elle est relative à ce que j'ai dit des agrégés de la Faculté de Paris, qui se seraient excusés de faire le cours de pathologie interne pendant ce premier semestre, sous le prétexte qu'ils n'étaient pas prêts. Cette nouvelle, je ne l'ai donnée que sous forme de doute, quoiqu'elle vînt d'une source que j'étais en droit de croire pure, car elle venait d'un professeur de cette faculté. Eh bien! il paraît que ce professeur, qui du reste est coutumier du fait, n'a pas dit la vérité. Les agrégés, loin de refuser, ont au contraire vivement sollicité l'honneur de faire ce cours; et s'il en a été décidé autrement, ce n'est pas leur faute, ce n'est pas de leur fait, et toute la responsabilité doit en retomber sur la Faculté, qui a permis à M. Piorry de continuer son cours pendant toute l'année. Je fais droit à cette réclamation avec le plus grand plaisir. Il ne m'en coûtera jamais, et toute la rédaction de ce journal partage ce sentiment, de réparer une injustice, et c'en était une que de laisser même soupçonner le zèle ou l'aptitude des agrégés de la Faculté de Paris.

Tout cet arriéré vidé, revenons au présent.

J'ai été invité à assister à un cours sur les *erreurs et les déceptions en médecine et en chirurgie*. Ce titre m'a tenté et j'ai fait partie de l'auditoire qui, vendredi dernier, assistait à la première séance de ce cours. Il y a, me disais-je, plusieurs manières de traiter cette thèse. Si l'orateur prend son sujet de haut, je pourrai entendre une bonne leçon d'histoire et de philosophie médicales, quelque chose d'analogue, sous un autre point de vue, sans doute, à ce que fit Broussais dans l'*examen des doctrines*, avec promulgation de quelque doctrine nouvelle. Ou bien, si le professeur est homme d'esprit et de verve, il se peut qu'il me convoque à quelque vive satire des hommes et des choses; ou bien encore, si c'est un praticien rompu à toutes les difficultés de la pratique, il pourra me faire connaître et m'apprendre à éviter les causes nombreuses d'erreurs et de déceptions qui rendent la profession de médecin si chanceuse et si pénible.

Je ne sais si les auditeurs assez nombreux qui se trouvaient là

La conclusion pratique de ce fait est qu'il faut aussitôt qu'on reconnaît ces flocons et les languettes de tissu mortifiées, en faire l'excision, car leur séjour dans la plaie aurait un double inconvénient, celui de s'opposer à la réunion, surtout si l'on a tenté la réunion immédiate, et de donner lieu consécutivement et par propagation à la gangrène de la plaie. Dans le cas où les tissus sains auraient déjà commencé à être envahis par la gangrène, il faut avoir recours immédiatement aux lotions d'eau chlorurée.

N° 33, autre tumeur squirrheuse du sein, du volume d'un œuf de pigeon, résolue par l'emploi des frictions avec la pommade d'iodure de plomb.

Suite d'une amputation au tiers de la jambe.

Le malade du n° 1 de la salle Saint-Louis entré à l'hôpital pour une carie profonde des os du pied, de l'astragale et du calcanéum, subit il y a un an l'amputation de la jambe au tiers inférieur. Il a été gardé jusqu'à présent dans les salles à cause d'une ankylose du genou. M. Lisfranc a profité de cette circonstance pour faire remarquer aux assistants le bon état du moignon qui présente en effet les meilleures dispositions. Il est admis, dit-il à cette occasion, que l'amputation du tiers inférieur de la jambe est un procédé vicieux, que le moignon qui en résulte est ordinairement défectueux. Pendant très long-temps, en effet, on a par ce motif rejeté cette opération. J.-L. Petit rapporte l'histoire d'un officier qui eut la jambe emportée par un boulet à son cinquième inférieur et auquel il se crut obligé de pratiquer l'amputation au lieu d'élection. Un autre motif a encore contribué à faire rejeter l'amputation au bas de la jambe; c'est la difficulté, dit-on, d'adapter une jambe artificielle convenable. Plusieurs chirurgiens signalèrent la jambe artificielle de M. Mille comme étant défectueuse, si bien que le Conseil des hôpitaux se vit dans l'obligation de provoquer une enquête sur ce sujet. M. F. Martin fit alors un relevé de toutes les amputations pratiquées au tiers inférieur de la jambe, et comparativement de celles qui avaient été pratiquées au lieu d'élection; il en est résulté que le nombre des succès avait été proportionnellement plus considérable pour les premières que pour les secondes.

Pourquoi donc reste-on encore dans l'indécision aujourd'hui à cet égard? C'est uniquement à cause des prétendus inconvénients des jambes artificielles. Les inconvénients qu'on leur reproche est de déterminer de la gêne et de la douleur pendant les premiers jours et même les premières semaines que les malades en font usage. Ces douleurs doivent être attribuées à ce que dans les premiers temps les malades, manquant d'habitude, ne savent pas se servir convenablement de cet appareil, ou à ce que son application est faite d'une manière inexacte. Mais d'ailleurs, en admettant que de pareils inconvénients soient effectivement inhérents aux jambes artificielles, nous demanderons aux adversaires de cet instrument ce qui se passe dans les premiers temps où les malades font usage de la jambe à pilon. Quelle que soit l'exactitude avec laquelle le pilon soit appliqué, ne le voit-on pas tous les jours produire aussi de la gêne, de la douleur et même souvent des érosions et des déchirures de la cicatrice, accidents plus graves encore que ceux que l'on a reprochés à la jambe artificielle?

Ce n'est donc pas une objection sérieuse que celle qu'on a opposée à la pratique des amputations au tiers inférieur, et, du moment où la statistique a démontré les avantages réels de cette méthode, nous ne voyons pas par quel motif on persisterait à la rejeter. Pour nous, nous n'hésitons pas à nous prononcer en sa faveur.

Sciatique. Traitement par les sangsues en grand nombre.

Au n° 31 de la même salle est couché un malade qui éprouve des douleurs très vives tout le long de la face postérieure du membre abdominal; ces douleurs augmentent par le mouvement, à tel point que ces mouvements sont presque impossibles. C'est évidemment une douleur sciatique.

En quoi consistent ces douleurs sciatiques? Voilà une question de pathologie et d'anatomie pathologique importante à déterminer pour la thérapeutique. Les uns ont dit que cette névralgie était toujours constituée par une inflammation; les autres, qu'il n'y avait jamais d'inflammation. Consultons l'anatomie pathologique.

Chaussier, dont l'indépendance et le talent sont bien connus, porta plusieurs fois à ses cours des nerfs sciatiques de femmes mortes à la Maternité, après avoir éprouvé des douleurs sciatiques; et il faisait remarquer à ses élèves que ces nerfs présentaient des traces évidentes d'inflammation. Ainsi on a vu publiquement des nerfs sciatiques enflammés. J'ai quelquefois fait voir moi-même des nerfs sous-orbitaires enflammés dans un cas où l'inflammation paraissait suivre ce nerf jusque dans la boîte osseuse. Les malades avaient succombé après avoir souffert des accès de céphalée extrêmement violente. Dans d'autres cas, au contraire, on ne trouve aucune trace d'inflammation dans les nerfs qui ont été le siége de douleurs, et il ne faudrait pas objecter que dans ces cas les traces de la maladie ont disparu, ainsi que le disent les partisants exclusifs de l'inflammation, car on n'en sait rien. Ainsi il faut donc admettre que ces névralgies ont lieu tantôt avec inflammation, tantôt sans inflammation.

Voyons maintenant ce que disent les pathologiques. Il n'y a, sous le rapport des symptômes, aucune différence qu'il y ait ou non inflammation; de sorte que cette question n'est point susceptible d'être jugée par la pathologie.

La thérapeutique est, comme chacun le sait, la pierre de touche la plus sûre, dans un très grand nombre de circonstances, pour arriver au diagnostic. Si les antiphlogistiques ne produisent aucun amendement, on peut être à peu près certain que l'inflammation n'y est pour rien; si les excitants augmentent les douleurs, c'est un signe incontestable de la participation de l'inflammation. Mais il est des cas où, quoi qu'on fasse, à quelque méthode de traitement qu'on ait recours, les névralgies persistent, où elles ne cèdent momentanément que pour reparaître peu de temps après avec une intensité nouvelle, cessant et reparaissant ainsi alternativement. Il y a quinze ans environ, je donnais des soins à un individu qui était affecté depuis trois ans d'une névralgie frontale qui reparaissait assez régulièrement tous les deux ou trois mois. Je le traitai énergiquement par les sangsues en grand nombre (je dirai tout à l'heure pourquoi), les douleurs disparaissaient pour un instant, puis elles renaissaient et ainsi de suite. Esquirol fut appelé en consultation; je lui fis part du soupçon que j'avais de l'existence d'une tumeur dans l'intérieur du crâne. Ce méd 'il avait remarqué effectivement que toutes le ecin me dit qu algies de ce genre persistaient avec une pare s fois que des névr a dépendait ordinairement de l'existence ille opiniâtreté, ce l que du cerveau. Tels sont les cas qui résis d'une lésion organi les mieux combinés.

Je ne rappellerai ici, que pour mémoire seulement, quelques-uns des traitements qui sont plus ou moins généralement adoptés, tels que l'emploi des vésicatoires, d'après la méthode de Cotugno, l'acupuncture, l'électricité, etc., qui, entre les mains de plusieurs médecins paraissent avoir eu des succès. Je ne veux parler ici en particulier que de l'usage des sangsues. On est assez généralement dans l'habitude de les appliquer contre cette affection, et presque toujours on échoue; pourquoi cela? Parce qu'on les emploie trop mollement; on en met, en général, une trop petite quantité à la fois, et cette médication, si efficace lorsqu'on sait l'employer avec l'énergie convenable, reste sans effet. J'ai long-temps traité moi-même des névralgies sciatiques d'après la méthode généralement usitée et je les ai vu durer pendant dix mois, un an, se perpétuer en quelque sorte, et la méthode rester sans aucun succès. Il me vint un jour dans l'idée d'appliquer dans un cas semblable cent sangsues, et je vis les douleurs céder immédiatement. Depuis, j'ai plusieurs fois répété cette expérience et j'ai presque toujours eu lieu de m'en louer. Les personnes auxquelles j'ai fait subir ce traitement en ont été à peine affectées. Chez les individus avancés en âge ou d'une constitution faible, je me borne à appliquer 70 à 80 sangsues. Chez le malade qui a fait le sujet de ces réflexions, j'en ai fait appliquer 70 une première fois et 40 une seconde fois; la sciatique a complètement disparu. J'aurais un grand nombre d'exemples du même genre à citer.

A l'époque où je fis connaître ces premiers résultats, M. Rayer, alors médecin à l'hôpital Saint-Antoine, en ayant eu connaissance, employa la même méthode et en reconnut les bons effets. J'ai enfin enlevé de cette manière un grand nombre de névralgies occupant différents siéges. Qu'on ne pense pas cependant, que je donne cette méthode comme une sorte de panacée contre toutes les névralgies; elle a échoué quelquefois entre nos mains, et nul doute qu'elle n'échoue aussi entre les mains de ceux qui l'emploieront; mais ce n'est pas une raison pour la négliger, car dans un très grand nombre de cas elle peut rendre de grands services, tandis que la méthode des sangsues en petit nombre est très rarement suivie de bons effets.

Exostose syphilitique du cubitus.

En quoi consistent les exostoses? Lisez les auteurs; vous verrez les uns dire que c'est un excès de nutrition, d'autres une atonie; et ces hypothèses servent de base à toutes les méthodes de traitement. Sur quoi se fonde-t-on pour dire que l'exostose résulte d'une atonie? Examinons ce que sont ces exostoses, d'abord sous le point de vue pathologique, puis au point de vue de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

L'exostose s'accompagne de douleur; il y augmentation de chaleur sur la peau qui recouvre la tumeur. Qu'est-ce que ces signes, si non ceux de l'inflammation, à moins qu'on n'admette que ces douleurs soient du caractère névralgique. Dans quelques circonstances, il n'y a ni chaleur, ni rougeur, ni douleur; mais qu'est-ce qui nous dit que dans ces cas il n'y a pas une inflammation latente? Consultons l'anatomie pathologique. Si l'on ouvre ces exostoses lorsqu'il y a eu de la douleur et de la chaleur dans les téguments, on trouve constamment les traces de l'inflammation. Si, d'un autre côté l'on ouvre des exostoses qui ne sont accompagnées ni de douleur, ni de chaleur, on ne trouve ordinairement aucun des caractères anatomiques de l'inflammation.

Voyons les faits thérapeutiques. Si je traite une exostose compliquée d'inflammation, c'est-à-dire avec chaleur et douleur par des évacuations sanguines et des topiques émollients, je vois diminuer cette exostose sous la seule influence de cette médication antiphlogistique. Si d'un autre côté je traite de la même manière des exostoses sans douleur et sans chaleur, je ne remarque aucun résultat sensible; tandis que si j'ai recours aux fondants, aux moyens discussifs, je n'obtiens au-

---

avaient fait aussi un de ces rêves, mais il n'y avait pas mal de muode et des médecins en assez grand nombre. M. Londe, en commençant, a déclaré qu'en acceptant la présidence, il n'avait nullement entendu se rendre garant des opinions de M. Maisonabe, pas plus que des objections qui lui seraient adressées; il a tenu parole en conservant la plus grande impartialité.

Sur la première partie de l'argumentation, nous dirons que si la médecine comme science et comme art ne rencontre pas d'autre adversaire que M. Maisonabé, elle gouvernera long-temps encore les esprits. — La seconde partie du programme était consacrée à une attaque contre l'orthopédie et les diverses méthodes de traitement qu'elle emploie, machines ou ténotomie. Ici tout s'est borné à des assertions sans démonstration scientifique. Pour sa réputation de savant et d'adversaire loyal de l'orthopédie, j'engage fortement le professeur à modifier son programme. J'engage non moins vivement l'honorable M. Londe, qui présidait cette séance, à laisser à d'autres l'bonneur du fauteuil; il y compromettrait sa dignité propre et celle de l'Académie de médecine qui a été souvent mise en cause dans cette séance.

L'Académie a eu sa part dans les attaques de M. Maisonabe, qui lui a reprocbé avec raison d'avoir repoussé ses offres de fonder un prix. Bien que M. Londe ait repoussé cette attaque, d'après un assistant qui n'a pas été démenti, l'accusation est retombée en plein sur le Conseil d'administration qui, comme chacun sait, est coutumier du fait, et que nous ne sommes pas chargés de blanchir. Cette séance a pourtant piqué assez la curiosité pour durer de huit heures à onze heures, et pour faire désirer celle de vendredi.

J'ai sous les yeux un ouvrage dont il faut que je parle, car je m'y suis précédemment engagé, ce qui me jette dans un grand embarras: c'est l'ouvrage en deux gros volumes grand in-8°, que vient de publier M. Raspail, sous ce titre magnifique: *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général, et en particulier chez l'homme.* Si je prends au sérieux cet ouvrage, les médecins ne me blâmeront-ils pas d'attirer l'attention sur un système médical qui bouleverse de fund en comble notre science; sur cette critique vive, quelquefois éloquente, mais injuste, de notre profession? Si je le traite sur le ton ordinaire de ces causeries, ne m'accusera-t-on pas de blesser des convenances et de ridiculiser un nom respectable à tant de titres? D'un autre côté, et ce n'est pas le côté le moins embarrassant, l'auteur, oubliant d'anciennes et d'affectueuses relations, a cru devoir répéter contre la *Gazette des Hôpitaux* — ce qu'elle lui pardonne de grand cœur — des insinuations dont depuis long-temps le bon sens public a fait justice; et si j'allais dire ce que je pense de ce livre, ne nous accuserait-on pas de représailles, de vengeance, que sais-je? Mieux vaut donc nous abstenir et ne rien dire, même sur le certificat de civisme et de bonne conduite que l'auteur donne au grand citoyen, M. Gendrin. Le rapprochement de ces deux noms n'est pas la chose la moius curieuse de ce livre, et, disons-le, la moius affligeante.

Je dirai pour mon propre compte au lecteur que je ne voudrais certainement pas éloigner de l'ouvrage de M. Raspail, qu'il trouvera dans cette lecture plus d'un genre de plaisir et d'intérêt; qu'il s'en faut que tout soit a dédaigner dans la révolution médicale tentée par l'auteur; qu'au milieu de choses qu'il rejettera inévitablement, il trouvera des aperçus, des idées, des faits qui font profondément penser; que si des pages nombreuses le font sourire, il en verra d'autres où se trahissent la plus merveilleuse aptitude et la plus belle intelligence, et en tournant le dernier feuillet de cette œuvre, comme moi il ne pourra s'empêcher de déplorer qu'une fatalité cruelle ait égaré d'aussi puissantes facultés dans une voie stérile.

Je donnerai comme spécimen les conclusions générales de ce livre:

« 1° Satisfaire à tous les besoins que nous impose la nature, mais n'outre-passer jamais en cela nos forces et notre capacité;

» 2° Une nourriture largement aromatisée, du vin du cru, et non travaillé, si âpre que soit le premier, si agréable que soit le second;

» 3° Enveloppez votre veille et surtout votre sommeil de parfums protecteurs de votre santé;

» 4° Parfumez-vous, embaumez-vous à l'intérieur comme à l'extérieur. La nature a partout eu soin de faire croître le baume à côté de l'aliment;

» 5° Dans la vie sédentaire, tenez-vous le ventre libre tous les quatre jours; dans la vie occupée, le travail corporel est le purgatif le plus salutaire;

» 6° Nous avons mille baumes divers: que chacun choisisse le sien; moi j'ai choisi le mien, et je m'en trouve à merveille. Vingt-cinq centigrammes de camphre trois fois par jour à l'intérieur; la nuit, toutes les fois que je m'éveille. Frictions et lotions fréquentes à la pommade camphrée ou à l'alcool à 40° camphré.

» Eau sédative contre la fièvre et les embarras du cerveau.

Poudre de camphre entre les draps tous les soirs.

Trente centigrammes d'aloès entre deux soupes tous les cinq à six jours.

» Nourriture hautement épicée et vin généreux chaque jour.

» Resignation dans mes malheurs, modération dans mes petits bonheurs; bienveillance pour les bons, indulgence pour les fautes, pardon pour les torts; consulations puisées dans l'étude de la nature, qui nous apprend que le diamant n'est en définitive que du charbon.

» Telle est ma méthode pour me bien porter de corps et d'esprit. »

Rossini est à Paris, et ce n'est pas le plus beau de son affaire. Il y vient, en effet, pour s'y faire traiter d'une affection des voies urinaires; ce qui est très peu musical. Ce que je vous dis là, je l'ai appris par un journal qui, par pure indiscrétion sans doute, donne le nom du spécialiste à qui sont confiées ces voies précieuses. Ce qui est certain, c'est qu'à peine le grand maëstro était descendu de voiture, il était entouré, sollicité, importuné par deux espèces de gens de leur nature fort tenaces, les faiseurs d'opéra et les faiseurs d'opérations. Ces derniers l'ont emporté, et à tous ceux qui viennent lui porter leur libretto, Rossini répond: « Trève de musique; mon chef d'orchestre actuel est M. X. . . . » Aussi, pour légitimer la comparaison et en considération du personnage, on assure que l'opérateur ne se servira que de l'instrument *à archet*. On voit bien

Qu'Esculape est le fils d'Apollon.

La Société de médecine de Blois, sous la présidence de M. le docteur Desparanche, s'est réunie aux autres Sociétés médicales de France, et a envoyé sa pétition contre la patente. Je l'ai sous les yeux. Je n'y trouve, il est vrai, aucun argument nouveau, ce qui est impossible, en effet; mais la forme en est excellente, pleine de dignité et de convenance, et si le gouvernement ne se rend pas à nos raisons, il faudra désespérer de toute cause qui n'aura pour elle que la vérité, la justice et le bon droit.

Par contre, M. le docteur Greuvé nous adresse une lettre pour nous dire qu'on parle à *satiété* de la patente; que ce n'est pas là la réforme la plus urgente à faire, et qu'il vaudrait mieux commencer par la suppression des officiers de santé. Je répondrai à notre honorable abonné que nous ne sommes pas les maîtres de provoquer telles ou telles réformes; que si nous parlons beaucoup de la patente aujourd'hui, c'est que le gouvernement a proposé une loi sur les patentes, et que le moment ne pouvait donc pas être plus opportun pour faire entendre nos réclamations. M. Greuvé ajoute: « que moi ou que mon voisin paie 50, 60 ou 100 fr. de moins par an, cela ne suffit qu'à la dépense d'un pantalon ou d'une redingotte. » Soit; mais je crois qu'il est prudent de prendre d'abord le pantalon. En fait de réformes sociales, ce sont les *sans-culottes* qui gâtent tout.

NOUVELLES.

Dans un tableau publié dans le *Siècle* par M. Léon Faucher, des individus arrêtés en 1842 dans la ville de Londres, nous remarquons 158 médecins. Il ne s'en trouve aucun dans le tableau comparatif des arrestations faites en 1840 à Paris. D'où provient cette différence?

— M. Charles Gonzalès, ancien médecin principal des armées, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Charles III d'Espagne, vient de mourir. Ses obsèques ont eu lieu lundi matin, à huit heures, en l'église Saint-Vincent-de-Paule.

eun résultat dans les exostoses accompagnées d'inflammation, et je vois diminuer rapidement et guérir sous l'influence de ce traitement celles qui sont dénuées de l'appareil inflammatoire.

Tels sont les faits, faits incontestables puisés dans la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique, et dont il faut conclure que les exostoses sont tantôt avec, tantôt sans inflammation. Que si l'on pose la question suivante: Cette inflammation, quand elle existe, est-elle primitive? est elle consécutive? Nous répondrons qu'on n'en sait encore rien. Mais peu importe la solution de cette question. Le fait étant acquis, c'est sur les signes de l'existence ou de l'absence de l'inflammation que je fonde ma thérapeutique. Lorsque ces signes de l'inflammation existent, j'ai recours aux sangsues jusqu'à ce que l'inflammation soit dissipée, et souvent l'exostose diminue et se dissipe entièrement par ce seul moyen; si au contraire, l'inflammation dissipée, l'exostose persiste, j'en viens aux fondants qui terminent la cure. Enfin, ces derniers moyens seuls sont employés dans les cas où l'exostose est entièrement dépourvue de caractères inflammatoires.

Chez le jeune homme qui est couché au n° 39 de la salle Saint-Louis, et qui porte une exostose sur le cubitus, celle-ci présentait les caractères inflammatoires. On l'a traitée par les sangsues d'abord; puis la chaleur et la douleur ayant disparu, il a été mis à l'usage des fondants qui sont continués encore dans ce moment-ci, et l'exostose diminue presque à vue d'œil.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Tubercules de la colonne vertébrale. Gibbosité. Autopsie.

Au n° 11 de notre salle Sainte-Thérèse, on nous amena une jeune fille de trente mois, qui toujours avait joui de la plus florissante santé. Jamais elle n'avait éprouvé de ces accidents qui traversent si souvent la santé des enfants du premier âge. Son père et sa mère étaient parfaitement bien portants.

Il y a trois mois, on s'aperçut tout à coup que la colonne épinière s'incurvait au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. On constata dès le premier jour une gibbosité formée par la saillie de plusieurs apophyses épineuses. La gibbosité fit quelques progrès pendant deux jours, puis resta stationnaire.

Je n'eusse pas appelé votre attention sur ce fait, si connu d'ailleurs dans l'histoire de la science, s'il n'eût présenté quelques particularités dignes d'intérêt.

Remarquez d'abord la soudaineté de l'invasion. Il a pu se faire pendant plusieurs mois sans doute un travail de destruction dans les corps des vertèbres, sans que l'enfant témoignât la moindre douleur, sans que la santé fût le moins du monde altérée; puis, lorsque la partie solide de la vertèbre a été détruite, tout à coup la gibbosité s'est montrée.

C'est ainsi que procèdent assez souvent les tubercules du corps des vertèbres. Chez l'adulte, des douleurs que le malade regarde le plus souvent comme rhumatismales, et qui d'ailleurs sont rarement aiguës, peuvent mettre un médecin attentif sur la voie du diagnostic; mais chez les enfants, ces douleurs fugaces ne leur ôtent ni leur gaieté, ni leur sommeil, et la maladie se développe le plus souvent sans aucun signe qui puisse la révéler, et par conséquent elle échappe, et doit nécessairement échapper au médecin le plus expérimenté.

Cette absence de symptômes s'observe seulement quand l'abcès tuberculeux se forme en avant de la colonne vertébrale, et lorsque la partie antérieure du corps de la vertèbre se ramollit. Mais si la partie médullaire de la vertèbre vient à suppurer, l'accumulation du pus venant à se faire au dedans du canal rachidien, il en résulte ordinairement un affaiblissement dans les mouvements des extrémités pelviennes, et une paresse de la vessie et du rectum qui mettent sur la voie.

En outre, il peut encore arriver, et il arrive en effet assez fréquemment que l'inflammation des parois du foyer se propage aux membranes de la moelle et à la moelle elle-même, et que tous les signes de la myélite viennent à éclater.

Quelque différence symptomatique qu'il y ait d'abord, dans les premiers temps de la maladie, entre les maladies tuberculeuses de la colonne vertébrale, cette différence s'efface ordinairement dès que le ramollissement du corps de l'os est porté à un tel point, que l'affaissement en doive être la conséquence nécessaire. Il semble, en effet, que dans ce cas la paraplégie doive toujours se montrer, à cause de l'écrasement de la portion de la moelle qui se trouve comprise dans la gibbosité. Il est bien singulier qu'il n'en soit pas toujours ainsi, et l'enfant qui nous occupe aujourd'hui en est un éclatant exemple. Chez cet enfant, les vertèbres participent à la gibbosité; l'écrasement s'en fait tout à coup, et cependant la vivacité, l'alacrité de la petite malade ne sont en rien diminuées; les fonctions de la vessie, du rectum, ne sont nullement entravées; en un mot, rien dans la santé de l'enfant n'indique le moindre trouble fonctionnel.

Il semblait que cette patience de l'économie était d'un favorable augure, et vous devez être d'autant mieux invités à penser ainsi, que pendant les six semaines que l'enfant est encore restée à l'hôpital, rien n'a paru faire présumer une terminaison fâcheuse.

Cependant l'enfant que l'on nous avait dit avoir été vaccinée, et chez qui la vaccine n'a pas pris, est atteint d'une variole et meurt le neuvième jour.

A l'autopsie, nous trouvons le corps de deux vertèbres dorsales complètement détruit, et celui des deux vertèbres voisines détruit dans la plus grande partie, et infiltrée de matière tuberculeuse à l'état cru, là où le parenchyme osseux existait encore. Au devant de ces quatre vertèbres existait un foyer purulent enkysté; la moelle épinière suivait l'incurvation de la colonne vertébrale; mais comme le corps de deux vertèbres n'existait plus, même du côté de la moelle, celle-ci ne se trouvait pas pressée par des fragments osseux, et n'était qu'incurvée.

Il est difficile de croire qu'une pareille lésion n'eût pas causé la mort tôt ou tard; et cependant le bon état de la santé générale, l'absence de toute gêne du côté de la moelle, étaient bien propres à induire en erreur, et faire porter au médecin un favorable pronostic.

Vous savez combien peu j'avais fondé d'espérances sur cet enfant, nonobstant le peu de gravité des symptômes, et si mon pronostic avait été si sévère, c'est qu'une triste expérience m'avait appris que bien rarement on trouve des tubercules des os chez les enfants en très bas âge, sans que, en même temps, on en rencontre dans d'autres organes.

L'autopsie cadavérique nous a fait voir, en effet, que les ganglions mésentériques et bronchiques étaient presque tous convertis en matière tuberculeuse. Tôt ou tard l'enfant aurait donc succombé au ramollissement de ces masses tuberculeuses, quand bien même, ce qui est peu probable, la lésion de la colonne vertébrale aurait pu s'arrêter dans sa marche destructive.

N'êtes-vous pas étonné de la fréquence de la diathèse tuberculeuse même chez les enfants qui ont les plus belles apparences de la santé. Voyez celui-ci avec des masses de tubercules dans les ganglions bronchiques et dans le mésentère, et qui cependant a semblé jusqu'ici à l'abri même des indispositions ordinaires à l'enfance; et jugez par ce fait, entre mille autres, de l'impossibilité d'un diagnostic complet chez ces enfants, et du peu de fondement qu'il faut faire sur leur vie, lors même qu'ils semblent défier la maladie.

De l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté dans quelques cas d'affections chroniques de l'utérus; par le docteur ARNAL, ancien interne des hôpitaux, médecin des asiles de Paris.

Les opinions que les auteurs ont émises sur l'action du seigle ergoté sont si contradictoires qu'aujourd'hui encore, malgré les expériences nombreuses qu'on a faites, on ne sait positivement à quoi s'en tenir. Il est d'autant plus embarrassant de se prononcer au milieu de ce conflit de propositions qui se repoussent mutuellement, que chacune d'elles a pour garants des praticiens également recommandables, des hommes dont la véracité et le talent d'observation ne sont mis en doute par personne; ajoutons encore que de part et d'autre (ce qui rend le choix plus difficile) on produit des observations et des raisonnements en apparence irréprochables.

Considérant, quoiqu'en aient dit quelques auteurs d'ailleurs peu nombreux, que le seigle ergoté a sur l'utérus une action bien réelle, bien positive; considérant, d'autre part, que cette action porte spécialement sur la contractilité de l'organe, nous l'avons tout d'abord expérimenté dans les cas d'engorgement simple soit du col, soit du corps, soit des deux en même temps, et, comme on le verra plus tard, bien nous en a pris dans l'intérêt des malades auxquelles nous l'avons administré. Il est, du reste, facile de comprendre *à priori* les résultats heureux que nous avons obtenus; il est facile de comprendre qu'on parvienne à la longue à dégorger un organe éminemment contractile, lorsqu'on lui adresse un agent qui sollicite et met en jeu sa contractilité qui alors, par une sorte de compression naturelle, organique et, si nous pouvons ainsi dire, vitale, repousse les fluides de toute espèce qui l'oppressent et en facilite par cela même la résorption.

Cependant nous avons tout d'abord été embarrassé par le choix du mode de préparation le plus convenable, les auteurs variant beaucoup à cet égard, les uns vantant telle forme, les autres telle autre, et aucun d'eux n'ayant fondé sur des faits ni assez positifs, ni assez nombreux les motifs de leur préférence. Nous n'étions pas fixé davantage sur les quantités que nous devions administrer, car les expériences tentées à cet égard étaient jusqu'à ce jour restées contradictoires. A la dose de 30 à 40 grains, ainsi qu'on le donne généralement aujourd'hui, pour provoquer les contractions utérines, le seigle en nature aurait peut-être produit des accidents réels, d'autant mieux que c'était pendant des mois entiers que nous devions l'employer, les engorgements utérins étant toujours très lents à guérir, même dans les cas les plus heureux: aussi, quoique nous fussions bien convaincu qu'on a beaucoup exagéré les dangers de cette substance, nous avons jugé convenable de procéder avec discrétion, et nous avons débuté par de faibles doses que nous avons progressivement augmentées. D'ailleurs, pour le but que nous nous proposions, nous n'avions pas besoin d'obtenir, comme dans l'accouchement, des contractions convulsives, car elles auraient infailliblement produit un effet inverse de celui que nous attendions: *ultrà citrà que nequit consistere rectum.*

Nos premiers essais ont été faits avec l'ergot fraîchement pulvérisé, et la dose a été d'abord de 20 à 30 centigrammes par jour. N'ayant observé aucun accident, aucun symptôme même n'indiquant une action positive sur l'utérus, nous avons successivement administré 60 centigrammes et même 1 gramme en vingt-quatre heures. A cette dose, il est vrai, quelques femmes ont éprouvé d'assez vives coliques qui se prolongeaient dans le bassin, et des douleurs lombaires prononcées; mais c'était le plus petit nombre. Deux surtout ont ressenti de la pesanteur à la tête et des vertiges passagers; une seule, au bout d'un mois de l'administration progressive du médicament, s'est plainte de fourmillements aux mains et aux pieds, et de vibrations douloureuses dans les muscles des cuisses et des jambes. Ces derniers symptômes, dira-t-on peut-être, auraient dû nous effrayer et nous décider à tout suspendre, dans la crainte de voir survenir les accidents si formidables d'ergotisme dont les auteurs nous ont transmis les lamentables histoires, et surtout ces gangrènes bizarres qui en si peu de temps faisaient tomber des membres entiers; mais nous étions parfaitement rassuré à cet égard et cela par une raison bien simple, c'est que nous ne croyions nullement à la possibilité de ces accidents. La lecture attentive de tout ce qui a été écrit à ce sujet nous avait, en effet, convaincu de l'impuissance de l'ergot de seigle à produire des résultats si variés, si étranges, si opposés; Aussi sommes-nous persuadé qu'il n'a joué qu'un rôle tout à fait secondaire dans les épidémies en question, et qu'il faut en demander compte à une toute autre influence; c'est du moins ce que nous espérons démontrer dans un prochain mémoire que nous nous proposons d'adresser à l'Académie.

Cependant, pour plus de garanties, et aussi parce que nous nous proposions d'administrer des doses plus élevées encore, nous avons voulu faire usage d'un composé qui, sous un moindre volume, pût produire le même résultat, et nous avons fait préparer par plusieurs pharmaciens un extrait aqueux de cette substance. Indépendamment qu'il était plus commode à administrer, ce produit nous a paru encore mériter d'autant plus notre préférence qu'il se trouve entièrement privé du principe toxique, c'est-à-dire de celui qui, selon les auteurs, exerce une si funeste influence sur le système nerveux central et aussi, dit-on, sur l'appareil de la cicatrisation. Il résulte, en effet, des expériences de M. Bonjean de Chambéry, confirmées par celles de M. Félix Boudet, qui avait été chargé par la société de pharmacie d'examiner le mémoire que le premier lui avait adressé, que le seigle ergoté renferme deux substances principales, l'une vénéneuse représentée par une huile soluble dans l'éther, l'autre qu'on n'a pu encore isoler bien complètement, mais qui est soluble dans l'eau, et qui a pour effet d'augmenter la contractilité générale et spécialement celle de la matrice. L'huile étant, au contraire, insoluble dans l'eau, notre extrait ne renfermait donc de l'ergot que la partie qui a une action sur les muscles; aussi en avons-nous employé des doses énormes. Qu'il nous suffise de rappeler ici que plusieurs de nos malades ont pris par jour 60 centigr. et même 1 gr. d'extrait, et cela pendant des mois consécutifs; or chaque 5 centigr. de cet extrait représentaient 50 centigr. environ de poudre: c'était donc à peu près la valeur de 8 gr. 1/2 de cette poudre que nous administrions en 24 heures, et pourtant aucune de nos malades n'a éprouvé d'accident sérieux.

Chez toutes, en effet, même chez celles qui prenaient les doses les plus élevées, l'estomac n'a éprouvé aucun dérangement appréciable. L'appétit est toujours resté bon et la digestion a continué de se faire comme par le passé: chez l'une d'elles même, qui depuis très longtemps était sujette à une gastralgie qui avait résisté aux moyens les plus énergiques, il y a eu disparition complète de cette affection, qui depuis n'a plus reparu.

A la dose de 30 à 40 centigrammes, un assez grand nombre de femmes ont ressenti des douleurs abdominales et lombaires analogues à celles qui, comme nous venons de le dire, avaient été produites chez d'autres par le seigle ergoté en nature. Les unes et les autres les comparaient du reste aux coliques qui assez souvent précèdent les règles de quelques jours. Loin de nous en effrayer, nous considérions au contraire ces douleurs comme étant de bon augure; car elles prouvaient que l'utérus était sous l'influence du médicament. Celles-là, en effet, à dater de ce moment ont éprouvé une amélioration chaque jour plus appréciable, et ont vu leur engorgement marcher vers la guérison avec une grande rapidité.

Au surplus ces douleurs n'ont jamais été continues. Le plus souvent même elles se développaient brusquement et ressemblaient assez bien à ces élancements subits, à ces *fulgura doloris* des névralgies, puis cessaient tout à coup pour reparaître au bout d'un temps variable. Nous avons vainement cherché à nous rendre raison de la cause actuelle de leur apparition: c'était bien sans aucun doute au seigle ergoté que nous devions les rapporter, car les malades ne les éprouvaient pas avant de faire usage de cette substance; car elles ont cessé d'en être tourmentées aussitôt le traitement terminé; mais il y a là évidemment un inconnu qui nous a échappé? Pourquoi, en effet, n'y a-t il eu que quelques femmes qui les aient éprouvées? Pourquoi n'ont-elles pas généralement augmenté à mesure que nous administrions des doses plus fortes? Pourquoi se déclaraient-elles tel jour et pas tel autre? tantôt à une heure, tantôt à une autre, lorsque pourtant nos malades faisaient usage de ce remède tous les jours et à des heures à peu près régulières? Nous ajouterons que dans quelques cas elles ont été assez vives pour nous décider à joindre aux pilules ergotées diverses substances calmantes. Toutefois elles ne se sont jamais accompagnées de symptômes d'irritation congestive, ni d'inflammation du canal intestinal. Nous dirons même que parmi nos malades deux étaient tourmentées de borborygmes continuels: chez l'une d'elles surtout la sécrétion gazeuse était si abondante que son ventre se ballonnait outre mesure; il y avait en outre digestion laborieuse, difficulté de respirer, tension douloureuse du ventre, bref tous les symptômes d'une véritable tympanite. Eh bien! l'extrait de seigle ergoté a eu ici la plus heureuse influence, car au bout de peu de temps nos deux malades n'éprouvaient plus rien du côté du ventre. Nous avions guéri sans le savoir, sans le vouloir, et pourtant on nous fit grand honneur de ce résultat. Eh qu'importe! N'est-ce pas presque toujours le hasard, ce grand dieu des grands médecins, qui se charge d'un même coup de leur ouvrage et de leur renom? Ah! s'ils étaient francs.... mais chut! et revenons à nos deux malades:

Tout bien considéré, le résultat dont nous venons de parler n'avait en lui-même rien qui dut nous étonner: il était tout naturel en effet qu'une substance qui, comme le seigle ergoté, augmente la contractilité générale, fit revenir les intestins sur eux-mêmes, et par suite de la compression que ce retrait déterminait sur les gaz épanchés, facilitât leur absorption et s'opposât ensuite à une nouvelle sécrétion. C'est donc un service de plus que nous devons à cette précieuse substance.

Encore un fait analogue. Une dame, affectée d'un engorgement utérin, était sujette depuis sa première grossesse à une incontinence d'urine. Cette incontinence n'était du reste qu'incomplète, car la vessie pouvait encore conserver deux ou trois cuillerées d'urine; mais aussitôt cette quantité sécrétée, le moindre effort et même la simple situation debout suffisait pour amener une émission involontaire. Ajoutons que la malade n'éprouvait presque jamais le besoin d'uriner. Nous étant assuré par le toucher que la matrice parfaitement en place n'entrait pour rien dans la production de cette infirmité; qu'il n'y avait non plus, dans le réservoir de l'urine, aucune lésion matérielle appréciable, qu'aucune tumeur extérieure ne pouvait également rendre compte des symptômes dont il vient d'être question; il nous a bien fallu reconnaître là une lésion de l'innervation, ou tout au moins une modification apportée dans la contractilité de l'organe. Quoi qu'il en soit, au bout de vingt jours de l'usage de l'extrait aqueux de seigle ergoté, les besoins d'uriner se sont fait sentir, la vessie a repris sa capacité et sa tolérance normales, et la malade s'est trouvée guérie de sa repoussante infirmité Ce fait prouve encore toute l'influence de l'ergot sur la contractilité musculaire. Si ces guérisons ne sont pas de simples coïncidences, si de nouveaux faits viennent encore s'ajouter à ceux-ci et à quelques autres que possède déjà la science, on devra d'autant plus, dans les affections analogues, recourir de préférence à cette substance, qu'elle remplacera avec avantage des moyens dangereux; il suffit de nommer la strychnine.

Pour terminer ce que nous avons à dire sur l'appareil urinaire, nous noterons que le seigle ergoté ne nous a paru avoir aucune influence marquée sur l'organe sécréteur de cette fonction. Les malades, en effet, n'ont uriné ni plus, ni moins que d'habitude. La composition du liquide n'a éprouvé non plus aucune modification appréciable; le plus souvent acide, nous ne l'avons trouvée que très rarement alcaline: or, c'est ce qu'on observe ordinairement même en état de santé. Il n'y a donc rien à conclure à cet égard. Nous ajouterons cependant que six fois sur trente, elle nous a paru évidemment albumineuse.

Quoi qu'on en ait dit, le seigle ergoté ou tout au moins son extrait aqueux, n'a aucune action sur le sang ni sur l'organe de l'hématose; mais il est bien entendu que nous ne voulons parler ici que d'une action matérielle qui se traduit à l'extérieur par des modifications également matérielles et appréciables. En d'autres termes, le sang sorti de la veine ne nous a présenté aucune différence, qu'il ait été recueilli avant, pendant ou après l'usage du seigle ergoté, et surtout il ne nous a jamais offert d'altération qui se rapprochât de celle que les auteurs ont signalée dans quelques circonstances; par exemple, dans l'ergotisme gangreneux. Mais pour ne pas être appréciable au premier coup-d'œil, cette action n'en est pas moins certaine. Il est positif en effet que cette substance est un des moyens les plus efficaces de la thérapeutique pour arrêter, nous ne dirons pas seulement les pertes utérines, mais bien encore l'épistaxis, l'hémoptysie, en un mot toutes les hémorrhagies. Sous ce rapport, son action est d'autant plus prononcée, que son application est plus directe. Nous possédons à cet égard quelques observations intéressantes, que nous nous proposons de publier plus tard. Nous citerons seulement ici, par anticipation, celle d'une jeune personne à laquelle M. Cruveilhier avait déjà donné ses soins, et qui fut prise à Notre-Dame-de-Lorette d'un vomissement de sang si abondant, qu'on craignit vivement de la voir succomber dans le lieu même où l'accident venait de lui arriver. Appelé près d'elle, nous lui

fîmes administrer une décoction de 2 grammes de seigle ergoté en poudre, et tout aussitôt l'hématémèse s'arrêta, et il en a été de même chaque fois que, dans des circonstances analogues, nous avons eu recours à l'emploi du même moyen.

M. Mialhe, qui applique avec tant de zèle et de succès ses grandes connaissances chimiques à la détermination du mode d'action des médicaments, s'est assuré par de nombreuses expériences que le seigle ergoté, dans les cas d'hémorrhagie, agit en précipitant, disons plutôt en organisant l'albumine du sang, de manière à en former des sortes de petits bouchons qui, déposés sur les orifices ouverts des vaisseaux, mettent obstable à tout écoulement ultérieur. Il est de fait, ainsi que nous l'avons nous-mêmes constaté, que les quelques gouttes d'un soluté de seigle ergoté versées dans un liquide contenant de l'albumine, transformaient tout aussitôt cette dernière en filaments nombreux et tenaces qui ressemblent assez bien au premier degré d'organisation des fausses membranes. Agit-il de même lorsqu'on le donne à l'intérieur, par exemple, pour une hémorrhagie du poumon ou de la matrice, etc.? Nous n'oserions nons prononcer sur ce dernier point, aucune expérience n'ayant encore démontré sa présence dans le sang, et l'analyse chimique n'ayant pu déterminer les modifications réelles que lui fait subir préalablement l'acte de la digestion. Nous l'oserions d'autant moins que l'action très positive qu'il a sur la contractilité organique peut suffire au besoin pour rendre compte du résultat dont il s'agit, c'est-à-dire de la suspension de l'hémorrhagie.

En raison de cette même action, nous avions pensé, *à priori*, qu'il devait avoir aussi une influence réelle sur les battements du cœur, et nous nous sommes attachés à vérifier ce nouveau fait. Nous avons donc compté les pulsations artérielles à diverses époques de la journée; nous les avons en outre fait compter en notre absence par les malades, mais il nous a été impossible de constater une différence sensible entre les jours ordinaires et ceux où nous administrions l'extrait ergoté. Sur deux malades cependant les battements sont devenus évidemment plus forts, leur fréquence restant à peu près la même; mais nous n'oserions pas assurer que cette différence, si elle n'était pas une illusion, dépendait réellement de l'absorption de l'extrait et non d'autres influences intérieures ou extérieures qu'il ne nous a pas été donné d'apprécier. C'est donc encore un fait à vérifier.

Si le seigle ergoté agit sur la contractilité musculaire (et le fait n'est pas douteux), ce n'est certainement, si nous pouvons ainsi dire, que de seconde main et par l'intermédiaire du système nerveux central; mais nous devons le dire, nous n'avons constaté aucune influence évidemment directe, encore moins constante. Jamais il n'a produit ni agitation générale, ni spasmes, ni mouvements convulsifs. Le sommeil, pendant son administration, n'a été ni meilleur, ni pire, etc. Cependant, comme nous l'avons déjà dit, une malade a éprouvé des fourmillements aux mains et aux pieds, et six sur trente-six ont ressenti une douleur profonde et opiniâtre à la partie postérieure de la tête et du col. Faudrait-il rapporter ces symptômes à une action spéciale du seigle ergoté sur le cervelet; et serait-ce par suite de cette action qu'il influencerait les muscles et les organes de la génération de la femme? Le fait dont nous venons de parler n'est pas assez constant pour nous permettre d'avoir une opinion arrêtée à cet égard; aussi ne l'exprimons-nous ici que sous forme de doute.

Nous dirons toutefois qu'il n'y aurait là rien de bien extraordinaire: combien, en effet, n'y a-t-il pas dans la science d'explications physiologiques qui offrent moins de vraisemblance encore que celle-là! Au surplus, qu'elle soit valable ou non, peu importe; toujours est-il que le seigle ergoté en extrait a, sur l'utérus, une action aussi réelle que spéciale et puissante; or, c'est là l'essentiel.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de la phthisie tuberculeuse; par M. le Dr BEHREND, de Berlin.

M. Behrend, qui a employé avec un succès marqué, contre la phthisie tuberculeuse, le mode de traitement conseillé par le médecin anglais Scudamore, y a apporté certaines modifications que l'expérience lui a suggérées, et il décrit ainsi cette médication.

La première indication est toujours de soutenir les forces du malade par un régime diététique bien approprié à la constitution des individus et à la nature des symptômes prédominants. En général, ce régime doit consister en une nourriture animale prise deux fois par jour, de la décoction d'écorce de cacao avec du lait au lieu de thé ou de café; un peu de vin de bonne qualité. Mais, d'après M. Behrend, le moyen par excellence, et qui malheureusement n'a pas encore été suffisamment apprécié jusqu'ici, c'est l'huile de foie de morue continuée pendant des mois entiers, à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour, à moins que l'usage de ce médicament ne soit contre-indiqué par l'existence de la diarrhée ou par l'intolérance de l'estomac.

Depuis plusieurs années Scudamore a prescrit contre cette maladie des inhalations d'iode et de ciguë. (Cette dernière substance est ajoutée dans le but de corriger l'action irritante locale exercée par l'iode.) L'appareil dont il se sert pour ces inhalations consiste en un flacon de verre muni des tubes nécessaires, et qui doivent être tous d'un assez grand diamètre pour qu'un malade, même avec une faible puissance respiratoire, puisse sans gêne inspirer les vapeurs qui s'en dégagent; il faut toutefois engager les sujets à respirer aussi profondément que possible, sans qu'il en résulte d'ailleurs de la fatigue ou de la douleur. La solution d'iode qu'il met en usage est préparée d'après la formule suivante:

Pr. Iode pur,	30 centigrammes.
Iodure de potassium,	30 id.
Eau distillée,	20 à 24 grammes.
Alcool,	8 grammes.

M. et F. diss. S. A.

En commençant, on ne doit employer qu'une faible dose de cette solution, environ 2 grammes, par exemple, pour chaque inhalation; mais on a soin d'augmenter par degrés, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 20 grammes, limite qu'il n'est pas prudent de dépasser. On introduit d'abord les deux tiers de la dose pour la première moitié du temps que doit durer l'inhalation, et on n'ajoute le tiers restant que pour la seconde moitié de l'opération. Sans cette précaution, le dégagement des vapeurs d'iode serait trop considérable dès l'abord, en raison de la volatilité de cette substance; par contre, les vapeurs iodées existeraient à peine à la fin de l'inhalation. On ajoute à chaque dose 2 grammes d'alcoolé de ciguë; mais ce dernier liquide, moins volatil que l'iode, n'a pas besoin d'être augmenté, si ce n'est dans les cas où la membrane muqueuse pulmonaire est douée d'une excessive irritabilité.

Le vase servant à l'inhalation ne doit pas même être rempli à moitié d'eau chauffée à 38 degrés environ de l'échelle de Réaumur: on obtient à peu près cette température en mélangeant parties égales d'eau bouillante et d'eau froide, et on l'entretient à ce point en plaçant le vase dans un bain-marie à 44 degrés de Réaumur. Dans le principe, on fait faire deux inspirations par jour, puis trois; après quoi, on redescend à deux, et enfin à une seule. Arrivé à ce terme, on suspend l'usage du moyen pendant quelque temps pour le reprendre ensuite de la même manière, jusqu'à guérison des sujets. D'abord, chaque inhalation ne doit être que de cinq à dix minutes au plus, mais on augmente graduellement cette durée, et on la porte ainsi à quinze, vingt ou même vingt-cinq minutes.

Scudamore assure qu'à l'aide de cette médication il a obtenu des centaines de guérisons. Il reconnaît toutefois que chez certains individus, en raison de l'idiosyncrasie, ce traitement reste sans succès ou même se montre nuisible; mais il a soin de faire observer qu'il en est de même pour tous les médicaments. Quelquefois, après un certain nombre d'inhalations, il se manifeste dans la bouche et dans l'arrière-bouche, une ulcération de couleur foncée et de mauvais aspect, qui se complique ordinairement d'angine: dans les cas de ce genre, il faut suspendre le traitement, et prescrire l'emploi d'un gargarisme. L'ulcération ne tarde pas à se guérir, et dès lors on peut recommencer les inhalations. M. Behrend, de son côté, dit avoir employé ce mode de traitement avec succès.

Pour seconder l'action de ce moyen, Scudamore fait prendre le mélange suivant, seul ou coupé avec du lait chaud:

Pr. Racine de salsepareille contuse,	12 grammes;
Eau de chaux,	360 id.;

faire macérer pendant douze heures, passer et ajouter à la colature:

Sirop de salsepareille,	24 grammes;
Solution de potasse,	8 à 12 id;
Alcoolé d'écorce d'orange,	8 à 16 id.;
Iodure de potassium,	50 à 60 centigrammes.

M. S. A.

A prendre deux ou trois fois par jours, de deux à quatre cuillerées à bouche.

Après avoir donné ce mélange pendant un temps plus ou moins long, Scudamore administre la quinine, associée à l'élixir aromatico-sulfurique, avec ou sans addition de sulfate de fer, ou même il donne simplement la préférence à la teinture de fer composée. Mais M. Behrend, dans ce cas, trouve plus utile encore de conseiller l'huile de foie de morue.

L'un des toniques les plus utiles, surtout lorsqu'il est besoin d'agir en même temps sur les nerfs qui président à la respiration, c'est l'azotate d'argent à très petite dose. On peut aussi donner des préparations de cuivre, si elles ne déterminent pas de nausées.

M. Scudamore rejette les expectorants comme inutiles, et même comme pouvant nuire à l'estomac. Dans les cas où il est nécessaire d'exciter l'expectoration, il fait ajouter à la solution inspiratoire une certaine proportion d'alcoolé d'ipécuanha, ou, si la respiration est entravée par un état spasmodique, de l'éthérolé de lobélie renflée.

Pour combattre la toux qui est souvent très fatigante, et pour remédier en même temps à l'insomnie, ce praticien a recours au sirop suivant:

Pr. Solution d'acétate de morphine,	10 gouttes;
Acide sulfurique dilué,	2 à 4 grammes;
Sirop de Tolu,	36 id.

M. S. A.

A prendre une cuillerée à café dans un peu d'eau, en ayant soin de répéter la dose suivant les circonstances.

La solution d'acétate de morphine qui entre dans ce sirop contient 5 centigrammes de sel par chaque 6 gouttes. On peut aussi donner la morphine seule ou la liqueur de Battley.

Si l'estomac réclame l'emploi d'un excitant, M. Scudamore conseille l'alcoolé de cannelle composé (cannelle, gingembre et poivre).

Contre les sueurs nocturnes, il faut recourir à des lotions pratiquées sur le thorax avec un mélange de deux parties d'eau en poids, d'une partie d'acide acétique et d'une partie d'eau de Cologne. Ces lotions sont faites à froid ou à chaud, et à la suite on frictionne avec une brosse douce les surfaces lotionnées. Mais si les sueurs sont considérables et si elles épuisent les malades, on remplace l'eau de la lotion par une solution de tannin pur (8 grammes de tannin pour 360 grammes d'eau distillée chaude).

Scudamore recommande contre la diarrhée colliquative, des lavements préparés avec une forte décoction d'écorce de grenade, de l'amidon et un peu d'alcoolé d'opium. A l'intérieur, il prescrit quelques astringents avec de l'opium et un régime diététique convenable. Ce médecin, d'ailleurs, regarde comme très important l'emploi des révulsifs cutanés, et il conseille l'application de petits vésicatoires, surtout s'il existe quelque tendance à la pleurésie et à l'hémoptysie. Si l'on redoutait quelque affaiblissement par suite de ces vésicatoires, on devrait employer une dissolution de cantharidine dans l'acide acétique, le tout dilué de manière à ne produire qu'une légère irritation.

Un point sur lequel on ne peut trop attirer l'attention des médecins, c'est la nécessité de soutenir avec persévérance pendant long-temps l'emploi de tous ces moyens, si l'on en retire quelque fruit.

(*Hufeland's Journal.*)

Extrait de ratanhia sulfatisé; par M. TISSIER, de Lyon.

En traitant le ratanhia par l'alcool sulfurique, on obtient pour produit un extrait brun, parfaitement soluble dans l'eau distillée, et donnant, lorsqu'on le met en contact avec la pointe de la langue, la sensation d'un resserrement sapide, suivi bientôt de chaleur et de sécheresse.

C'est à cette nouvelle préparation, due à M. Tissier de Lyon, et fréquemment expérimentée depuis quelques années par M. le docteur Levrat, que la dénomination d'*extrait de ratanhia sulfatisé* a été imposée.

Cet extrait, qui possède, comme il vient d'être dit, la vertu astringente à un très haut degré, est employé par M. Levrat dans tous les cas d'hémorrhagies passives, et spécialement dans les métrorrhagies qui sont dues à l'état d'inertie de l'utérus par suite de certains accouchements laborieux ou de fausse couche.

Ce médecin la prescrit aussi avec succès dans plusieurs cas de pertes rouillées et continuelles, et contre la leucorrhée et la blennorrhée symptomatiques d'un état catarrhal chronique de la membrane muqueuse génito-urinaire.

Il le fait prendre à la dose de 30 à 60 centigrammes par jour, dissous dans 200 grammes environ d'un véhicule approprié, en faisant administrer cette solution par cuillerée à bouche, à des intervalles plus ou moins rapprochés suivant l'intensité des accidents et l'état de calme ou d'irritation dans lequel se trouvent les voies digestives.

Dans les cas d'écoulement muqueux par le vagin, il le prescrit en injections, à la dose de 15 à 30 centigrammes, en dissolution dans un demi litre d'eau d'orge miellée.

L'ingestion de ce médicament donne lieu, chez la plupart des sujets, à une sensation particulière de chaleur à l'épigastre, sensation qui va rarement jusqu'à devenir douloureuse. Alors, les malades éprouvent une soif ardente et appètent vivement les boissons fraîches; le pouls, ordinairement faible dans les hémorrhagies passives, se relève et prend bientôt le caractère gastrique. Du reste, cet état morbide n'a jamais qu'une durée éphémère, et quelques tasses de tisane de guimauve, ou mieux encore d'une orangeade légère, suffisent pour le faire disparaître dans l'espace de quelques jours au plus.

L'emploi de ce nouvel extrait sous forme d'injections détermine d'abord de l'irritation dans le canal de l'urètre, et, lorsque cette irritation a atteint un certain degré d'intensité, il convient de suspendre les injections et de les remplacer par quelques bains locaux et généraux, par l'usage d'une tisane sucrée prise en petite quantité et par un régime diététique doux. A l'aide de ces simples moyens, la guérison est généralement obtenue en quelques jours. (*Bulletin gén. de Thérap.*)

Emploi de l'arsenic contre la syphilis invétérée; par M. le docteur SICHERER, de Heilbrunn.

M. Sicherer qui a employé avec un succès remarquable l'arsenic contre les formes les plus rebelles et les plus redoutables de la syphilis invétérée, cite comme exemple des avantages de cette médication, l'observation suivante.

Une dame fut infectée par son mari sans s'en douter en aucune manière, et elle parcourut tous les stades de la syphilis jusqu'à ce point d'être réduite à un véritable état de marasme et d'attendre la mort pour ainsi dire à chaque instant. Elle avait le palais et les organes de dégustation détruits, de manière qu'elle pouvait à peine avaler une très petite quantité de liquide et encore fallait-il pour cela qu'elle se tînt dans la position couchée.

M. le docteur Sicherer considérant la position de cette malade comme tout à fait au dessus des ressources de l'art, et sachant que tous les remèdes avaient été inutilement employés, soit par lui soit par d'autres; crut devoir recourir à l'emploi de l'arsenic. En conséquence il prescrivit la teinture de Fowler qu'il administra d'abord à la dose de deux gouttes, en ayant soin d'augmenter chaque jour progressivement, de manière à arriver à trente gouttes, trois fois par jour. Le traitement fut continué jusqu'à ce que la malade eût pris environ 60 grammes de la solution arsenicale.

Le succès fut tellement brillant que la malade se trouva complètement débarrassée de son affection et qu'elle recouvra la faculté d'avaler. Il y a dix ans maintenant que cette guérison a été obtenue, et la personne qui fait le sujet de l'observation a atteint aujourd'hui l'âge de quarante six ans sans avoir jamais rien éprouvé depuis cette époque. (*Haeser's repertorium*).

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 67, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Considérations cliniques sur l'anévrisme de l'artère poplité.

A l'occasion d'un cas remarquable d'anévrisme de l'artère poplitée, M. Roux a émis quelques considérations pratiques d'un grand intérêt, que nous nous empressons de reproduire.

Il s'agit d'un malade âgé de quarante-trois ans, exerçant actuellement la profession de marchand de vin; auparavant il se livrait à des occupations beaucoup plus pénibles, telles que de transporter et rouler des futailles; il a encore exercé pendant quelques années de sa jeunesse le métier de tisserand. Ces circonstances, dit M. Roux, la dernière surtout, ne sont pas sans importance pour l'étiologie : ainsi dans l'état de tisserand, par exemple, on est obligé de maintenir habituellement les membres inférieurs fléchis. Cette attitude, d'après l'expérience, semble prédisposer beaucoup à l'espèce d'anévrisme dont il s'agit. L'époque précise à laquelle cette maladie a débuté, n'a pas pu être déterminée; en général, cela est assez difficile; l'artère poplitée est profondément placée; sa dilatation doit souvent rester ignorée par le malade, jusqu'à ce qu'elle ait pris un degré tel qu'il en résulte de la gêne dans les mouvements du membre. Il arrive cependant une époque qui est plus ou moins éloignée du début de la maladie, où des symptômes extérieurs caractéristiques se manifestent; tels sont un œdème de la partie inférieure du membre, une tuméfaction dans le point où siége l'anévrisme, une gêne et un engourdissement dans tout le membre, etc. Le malade nous dit qu'il y a quelque temps il remarqua une tumeur en arrière du genou, à la partie interne un peu inférieure de la cuisse, avec quelques battements et de légères douleurs, mais sans qu'il ait pu se rendre compte de la manière dont la maladie avait commencé. Auparavant il avait éprouvé des douleurs rhumatismales du côté opposé; mais les douleurs nouvelles différaient de celles-là, en ce qu'elles étaient persistantes et qu'elles semblaient avoir un tout autre caractère que les douleurs rhumatismales. Depuis cette époque, il y a cinq à six semaines, la tumeur a fait des progrès rapides; la peau qui l'environne est devenue rouge, luisante, tendue; sa température s'est élevée, les battements y sont devenus très évidents; isochrones aux battements du pouls. Du reste, l'état général du sujet est bon, et on ne dirait pas à voir cet homme qu'il est malade. Il nous a dit en outre avoir eu une affection vénérienne, un bubon, dont il a été guéri. Pour quelques pathologistes, cette circonstance constitue une prédisposition aux anévrismes; mais il n'y a pas de faits bien positifs selon nous à l'appui de cette opinion. Il y a donc, en résumé, chez cet homme, une tumeur du volume des deux poings réunis environ, située à la partie interne et inférieure de la cuisse droite immédiatement au-dessous du genou, accompagnée de battements isochrones aux pulsations artérielles. Ces battements constituent bien un des signes caractéristiques de l'anévrisme; mais ce signe n'a point une valeur absolue; car il est des tumeurs qui présentent des battements isochrones aux battements artériels, sans être pour cela des anévrismes; tels sont, par exemple, certaines tumeurs fongueuses ou cancéreuses situées au devant des artères, ainsi que nous en avons cité des exemples dans les leçons de généralité que nous avons faites au commencement de notre clinique. Ce signe, d'une assez grande valeur, n'est donc pas un signe pathognomonique. Du reste, dans les cas en question, il y a un concours d'autres signes aptes à établir un diagnostic de la plus grande probabilité. Sous ce rapport, l'anévrisme poplité présente beaucoup plus de variétés que tous les autres anévrismes. L'artère poplitée n'est pas longue, elle est limitée à l'espace de ce nom; cette circonstance constituait un assez grand obstacle pour les chirurgiens qui opéraient dans le creux poplité, d'après la méthode ancienne, avant qu'on eût eu l'idée de lier le vaisseau au-dessus de la tumeur anévrismale; c'était aussi un grand embarras d'aller chercher l'ouverture par laquelle le sang s'épanchait dans le sac anévrismal. Les battements, de résistants qu'ils sont au début, peuvent s'affaiblir et finir par disparaître; car le sang épanché dans la tumeur se coagule avec le temps, des couches concentriques de sang coagulé se forment de la circonférence vers le centre, et la tumeur peut prendre une dureté remarquable. C'est au point que quelquefois ces tumeurs sont méconnues et prises pour des tumeurs de toute autre nature; c'est ce qui est arrivé plus d'une fois. Quand on exerce une compression sur le tronc artériel supérieur à la tumeur, on voit celle-ci s'affaiblir, se décolorer, et cesser de battre, parce que par ce moyen on arrête l'afflux du sang dans le sac anévrismal.

Il y a suivant toute apparence chez notre malade, un commencement d'un autre anévrisme à la partie supérieure de l'artère crurale, près du ligament de Fallope; car dans ce point le vaisseau semble plus élargi, plus gros qu'il ne devrait être dans l'état normal. Peut-être nos craintes sont-elles exagérées et illusoires, et n'est-ce qu'une simple tuméfaction des tissus qui recouvrent l'artère et des tissus qui l'environnent. En supposant d'ailleurs qu'il en fût ainsi, cela ne constituerait pas une contre-indication pour l'opération que nous nous proposons de faire et que l'état du malade réclame.

Il arrive quelquefois que plusieurs anévrismes se présentent sur le même individu; ce qui a fait admettre par quelques chirurgiens une sorte de diathèse anévrismale, une disposition constitutionnelle aux anévrismes. Il peut se faire cependant que le même individu ait plusieurs anévrismes, sans qu'il soit nécessaire d'admettre pour cela l'existence de cette diathèse. Il n'est pas rare de voir plusieurs anévrismes de l'artère poplitée se succéder chez la même personne, anévrismes dépendant plutôt des dispositions particulières de cette artère que d'une diathèse anévrismale. Je pourrais citer plusieurs cas de ce genre, entre autres celui d'un individu qui était venu pour être traité d'un anévrisme poplité et qui, après avoir été guéri par la ligature de l'artère crurale, eut un autre anévrisme dans le même vaisseau, qui fut traité avec le même succès. Je rappellerai encore le fait d'un individu traité à l'hôpital de la Charité; il était entré avec un anévrisme de la poplitée; le pied et la jambe étaient tombés en gangrène, et on n'eut plus d'autres ressources que l'amputation de la cuisse. Cet homme portait une autre petite tumeur anévrismale à la partie la plus supérieure de la cuisse; de sorte qu'après l'amputation qui eut un heureux résultat, il fallut penser à remédier à ce second anévrisme. Il n'y avait à choisir entre d'autres moyens que la ligature de l'iliaque qui n'avait pas encore été tentée jusqu'alors, et la compression méthodique. On eut recours à cette dernière, et le malade vécut encore quelques années, la compression n'ayant produit qu'un effet palliatif.

Disons maintenant quelques mots sur l'opération d'après la méthode dite de Hunter. On sait qu'autrefois on opérait les anévrismes en ouvrant largement le sac dans toute sa longueur, après avoir préalablement suspendu le cours du sang dans le membre à l'aide de la compression, après quoi on liait les deux bouts de l'artère, au-dessus et au-dessous de cette ouverture. Anel fut le premier qui introduisit une innovation heureuse dans cette opération; ayant à traiter un anévrisme de l'artère cubitale, il se contenta de découvrir l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur et en pratiqua la ligature, sans toucher à la tumeur elle-même. Cette méthode, qui paraissait si rationnelle, resta pourtant presque oubliée pendant de longues années, lorsque environ soixante et quelques années après, Desault la retira de l'oubli et la mit en pratique pour un anévrisme de l'artère poplitée; cependant elle fut abandonnée de nouveau. Il est facile, du reste, de comprendre l'hésitation des chirurgiens à cet égard. Ils ne savaient trop se rendre compte du mécanisme du succès que l'on obtient par cette méthode, et dans les cas d'insuccès, ils l'attribuaient à ce qu'on n'avait pas ouvert la tumeur. Ce ne fut que plus tard, après les travaux de Hunter, de Winslow et de Scarpa, qu'on expliqua d'une manière satisfaisante le mécanisme de ces succès; dès lors, tout le monde dut se rendre à l'évidence. Pourtant la véritable méthode classique, telle qu'on la pratique habituellement aujourd'hui, n'est devenue générale que depuis vingt-cinq à trente ans. Je l'ai pratiquée pour la première fois en 1814, et je suis un de ceux qui ont le plus contribué à rationaliser cette méthode et à l'introduire en France. L'ancienne méthode avait d'immenses inconvénients, comparativement à celle-ci; mais nous ne pouvons pas partager l'opinion de Scarpa qui allait jusqu'à nier qu'on eût jamais pu obtenir aucun succès par l'ancienne méthode, car dans notre impartialité, nous devons assurer avoir vu Boyer réussir plusieurs fois par cette méthode, et c'est même pour cela que ce chirurgien y tenait et qu'il y resta attaché de cœur jusqu'à sa mort, ne pouvant se décider à lui préférer la méthode de Hunter, quoiqu'il la reconnût à plusieurs égards supérieure.

Desault avait échoué la première fois qu'il pratiqua la ligature au-dessus de l'anévrisme, parce qu'il avait, suivant la méthode d'Anel, lié trop près de la tumeur. Hunter a introduit une modification très heureuse, en voulant qu'on liât l'artère à une certaine distance de la tumeur anévrismale; ainsi, pour l'anévrisme poplité, il voulait qu'on liât la crurale au tiers inférieur. Scarpa alla encore plus loin, et proposa de la lier au tiers moyen, près de sa partie supérieure; nous avons adopté à cet égard les idées de Scarpa, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. Quant au genre de ligature que nous employons, c'est aussi celui que Scarpa avait adopté, et qui consiste en un lien de fil aplati et un petit cylindre de sparadrap qu'on applique sur le vaisseau et qu'on lie avec le vaisseau même. Nous avons toujours obtenu de bons résultats avec cette manière de lier et nous avons continué à l'employer, surpris que ce grand chirurgien qui l'avait imaginée et pratiquée longtemps, ait voulu la modifier pendant ses dernières années.

Parlerai-je maintenant du nombre de fois que j'ai pratiqué la ligature des grosses artères. Le hasard m'a beaucoup favorisé à cet égard; j'ai lié la fémorale 33 fois pour des anévrismes, soit spontanés, soit consécutifs à une cause traumatique; 18 fois la brachiale, 3 fois la carotide primitive. Je n'ai jamais eu l'occasion de lier l'iliaque externe.

Après ces premières considérations, M. Roux abordant la question sous le point de vue spécial de l'étiologie et des caractères propres à l'anévrisme poplité, s'est exprimé ainsi :

L'anévrisme poplité est de tous les anévrismes celui qui a le plus fixé l'attention des chirurgiens et qui a été le mieux étudié. Cet anévrisme, outre l'intérêt qu'il présente par ses caractères communs avec tous les autres anévrismes, mérite plus spécialement l'attention des praticiens, à cause de certaines particularités qui lui sont propres et qu'il importe de connaître pour avoir une idée complète de l'histoire de cette maladie.

D'abord c'est de tous les anévrismes celui qui s'offre le plus souvent à l'observation. Quelle en est la cause? On est conduit par le raisonnement à penser que cela tient à des conditions toutes spéciales. Remarquez que nous ne parlons ici que de l'anévrisme spontané et non de celui qui se développe par une cause traumatique. Si, comme beaucoup de pathologistes l'ont pensé, comme beaucoup le pensent encore aujourd'hui, cette maladie dépendait d'un vice particulier de l'organisme, d'une disposition spéciale des artères; s'il était vrai, ainsi que le disaient Scarpa et presque tous les chirurgiens après lui, que dans les cas d'anévrisme poplité, les artères se trouvent dans un état morbide particulier qui les rend très susceptibles de subir la dilatation anévrismale, pourquoi serait-ce plutôt l'artère poplitée qu'une autre qui deviendrait anévrismatique? Il est d'observation que les artères de certaines autres régions du corps, celles du bras, par exemple, deviennent rarement anévrismatiques : on voit très rarement, en effet des anévrismes de l'artère radiale ou de la cubitale. Ces faits déposeraient contre la doctrine de Scarpa.

Il faut donc rechercher ailleurs des causes qui expliquent cette fréquence particulière de l'artère poplitée. Ces causes, on les trouve plutôt dans les dispositions anatomiques et physiologiques spéciales de l'artère poplitée. Cette artère, en effet, est remarquable par sa disposition peu flexueuse, presque rectiligne dans tout son trajet. D'un autre côté on sait combien les tuniques interne et moyenne des artères sont friables et peu susceptibles de se prêter à une extension brusque, telle que celle qui doit résulter fréquemment du voisinage d'une articulation aussi mobile que celle du genou. On comprend dès-lors que les mouvements imprimés au membre et à l'artère elle-même, doivent la tirailler, la distendre. Il est en outre certaines professions qui paraissent surtout propres à mettre en jeu les conditions que nous venons d'énumérer, comme, par exemple, celles dans lesquelles les membres inférieurs sont habituellement maintenus dans la flexion, telles sont celles de cocher, de tailleur, et généralement des personnes qui travaillent dans la position assise, ou bien encore celles qui obligent à des mouvements brusques et à des tensions considérables du jarret, comme les individus habitués à porter ou traîner de lourds fardeaux; dans le premier cas, la situation fléchie des membres étant long-temps prolongée, il survient une espèce de rétraction des parties molles et par conséquent des vaisseaux et surtout de l'artère poplitée qui est déjà naturellement tendue; et lorsqu'on passe brusquement de cet état de flexion à celui de l'extension, ces artères doivent nécessairement être tiraillées. L'expérience prouve effectivement que l'anévrisme poplité est très fréquent chez les personnes qui exercent une des professions que je viens de signaler. Je n'ai pas présente à mon esprit la profession de tous les malades que j'ai opérés pour des anévrismes de cette nature; je n'ai pas fait encore une statistique exacte à cet égard, mais autant que je puis me le rappeler, les uns étaient des cordonniers, d'autres des tailleurs, deux étaient des remouleurs, position qui oblige à des mouvements de flexion et d'extension alternatifs exagérés des membres inférieurs.

La position habituelle de l'artère poplitée dans certaines attitudes du corps long-temps prolongées peut donc, suivant nous, rendre jusqu'à un certain point raison de la fréquence relativement plus grande des anévrismes de ce vaisseau. C'est à tel point qu'on a vu l'anévrisme poplité double ou des deux côtés à la fois sur le même individu, beaucoup plus fréquemment que l'anévrisme double crural. J'en pourrais citer plusieurs exemples observés dans ma pratique, et, chose remarquable, et qui vient bien à l'appui de notre opinion, c'est que chez les individus qui nous ont offert un double anévrisme poplité, il n'existait point de diathèse anévrismatique, car en général ils ont guéri de leur double anévrisme et il ne s'est manifesté depuis aucun signe de la reproduction de la maladie. L'admission de cette diathèse, du reste, est inutile à nos yeux pour expliquer la reproduction de l'anévrisme dans l'artère déjà affectée.

Cette sorte d'anévrisme est encore remarquable par les variétés qu'elle présente ; quoique occupant un espace assez limité, tel qu'est celui de la région poplitée, qui n'a pas plus d'un pouce et demi à deux pouces d'étendue. Au point où en est arrivée maintenant la chirurgie, et depuis l'adoption générale de la méthode de Hunter, ces variétés de siége, de position, de manière d'être ne sont plus qu'un objet de pure curiosité ; mais en se reportant par la pensée au temps où cette méthode n'était pas encore connue, et où l'on opérait par l'ouverture du sac anévrismal, la connaissance du siége précis et de l'état particulier de la tumeur était de la plus haute importance pratique. Quelquefois cette connaissance même jetait le chirurgien dans un grand embarras, car il voyait toutes les difficultés qui pouvaient se présenter dans l'exécution de l'opération. Celle-ci devenait alors une des plus difficiles et des plus redoutables ; les choses en étaient au point que beaucoup de chirurgiens du plus grand mérite, tels que Pott et autres, avaient adopté pour système dans ces circonstances de ne pas tenter l'opération et de recourir de préférence à l'amputation de la cuisse, trouvant cette mutilation moins dangereuse que l'ouverture du sac anévrismal.

Cet anévrisme se distingue des autres par ses caractères particuliers, ses symptômes, sa marche et par certains phénomènes qui l'accompagnent. Nul autre n'offre au même degré que celui-ci les phénomènes dépendant de la compression des parties au-dessus desquelles il se développe. Cela tient à la nature même et à la disposition des parties. L'espace poplité est étroit, limité et exactement circonscrit de toutes parts, ses parois sont formées par des plans aponévrotiques solides, résistants et habituellement tenus dans un état de tension tiparculière. Les vaisseaux et les nerfs compris dans cet espace sont par conséquent bridés et plus ou moins comprimés. De là résultent des phénomènes que le malade éprouve plus particulièrement dans l'anévrisme poplité que dans les autres anévrismes, et souvent même avant que la tumeur soit sensible à la vue ou au toucher. Tels sont des fourmillements, des picottements et une douleur sourde, profonde ; de là aussi la dilatation des veines, la stase veineuse et l'œdème des membres. C'est aussi parce que cet anévrisme est sujet à une compression plus ou moins énergique de la part des parties qui l'environnent, qu'il est susceptible de deux modes de terminaison, l'une funeste, l'autre heureuse que l'on n'observe jamais ou presque jamais dans les autres anévrismes, je veux parler de la terminaison par sphacèle ou mortification du membre et de la terminaison par guérison sontanée. Je crois qu'il y bien peu de cas d'une terminaison par mortification du membre pour l'anévrisme de l'artère fémorale, tandis que la science en a enregistré un bon nombre de cas de cette nature pour l'artère poplité. Nous en avons vu plusieurs exemples pour notre propre compte. Cette gangrène est produite par la compression des vaisseaux principaux avant que les divisions collatérales aient acquis une dilatation suffisante pour entretenir la circulation dans le membre ; elle dépend aussi de la compression des nerfs, compression qui en privant les parties de l'influence nerveuse leur soustrait un principe de vitalité.

La terminaison par guérison spontanée consiste dans la disparition insensible de la tumeur anévrismale, à la suite de l'oblitération du vaisseau qui l'alimentait. Ceci s'explique aisément et par un mécanisme analogue à celui que nous avons assigné à la terminaison funeste, c'est-à-dire par la compression. Si celle-ci se fait pendant que les vaisseaux collatéraux ne sont pas encore dilatés, le cours du sang étant interrompu dans le membre, la gangrène en sera nécessairement la suite, ainsi que nous le disions tout à l'heure ; mais si la compression des vaisseaux principaux ne s'exerce qu'après que les branches collatérales se seront suffisamment dilatées pour entretenir la circulation, le vaisseau qui est le siége de la tumeur anévrismale s'oblitère peu à peu et la guérison peut ainsi s'opérer spontanément.

Nous avons voulu, avant de parler du malade qui a fait le sujet de ces considérations, faire connaître les idées de M. Roux sur cette importante question de chirurgie. Dans un prochain article nous donnerons les détails de l'opération qui a été pratiquée et de ses suites.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Vulvites. Observations. Quelques réflexions sur la marche et le traitement de cette maladie.

Un assez grand nombre de sujets affectés de vulvite se sont présentés chez M. Guersant depuis cinq à six mois. Cette maladie ne se rencontrant guère que chez les enfants, parmi lesquels elle est assez commune, mérite de fixer l'attention des observateurs, d'autant plus qu'elle a jusqu'à présent été l'objet de peu de recherches particulières. Nous avons donc pensé que l'on nous saurait gré d'en publier quelques observations, et d'y joindre les réflexions qu'elles ont suggérées à M. Guersant.

— Le 9 décembre 1842, est entrée à l'hôpital des Enfants la nommée Marie F..., âgée de trois ans, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse.

Cette enfant, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, au dire de ses parents, ne présente aucune trace d'affection scrofuleuse. Elle n'a point de ganglions engorgés au cou ; n'a point eu mal aux yeux, au nez. A une époque assez récente, mais que les parents ne peuvent préciser, elle a commencé à présenter du côté de la vulve des rougeurs qui se sont bientôt accompagnées d'ulcérations, peu profondes d'abord, mais qui ont pris peu à peu un accroissement assez considérable.

Au moment de l'entrée de la malade, la vulve, c'est-à-dire la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris, sont le siége d'une ulcération assez profonde. De loin en loin, l'on observe des points noirâtres, comme gangrenés. L'état général de l'enfant est assez bon. Pansement avec la charpie imbibée de jus de citron ; houblon ; deux portions.

Cinq à six jours après le commencement du traitement, l'aspect des ulcérations était beaucoup plus satisfaisant. Les taches gangréneuses n'avaient pris aucun accroissement. Les pansements, très douloureux les premiers jours, étaient mieux supportés.

Au bout de quinze jours environ, les plaies étaient en pleine voie de cicatrisation. Quelques points gangréneux s'étaient détachés sans trop grande perte de substance, et les parties sous-jacentes aux escarrhes détachées étaient vermeilles, d'un bon aspect. Cautérisations avec le nitrate d'argent.

Les mêmes pansements, secondés par un régime tonique et fortifiant, et une alimentation substantielle, suffirent pour amener une guérison complète après un mois de séjour à l'hôpital, d'où elle sortit parfaitement rétablie.

Deuxième observation. — Au n° 21 de la salle Sainte-Thérèse, a été admise une enfant de six ans, entrée vers le milieu du mois de mars 1843.

Cette enfant, assez bien portante habituellement, est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, non scrofuleuse, ne présentant aucun symptôme que l'on puisse rattacher à l'existence de cette affection. Les parents de la petite malade sont également d'une bonne constitution, forts, et disent jouir d'une bonne santé. Ils affirment n'avoir jamais eu de maladies syphilitiques.

L'enfant, malade depuis plusieurs mois au moment de son entrée dans le service de M. Guersant, présente à la vulve des ulcérations de mauvaise nature, grisâtres, assez profondes. Ces ulcérations ont produit une véritable dégénérescence des petites lèvres, qui, par suite de l'inflammation à laquelle elles sont en proie, sont passées à l'état d'induration véritable. Dans les deux aines, on constate l'existence de petites tumeurs molles, bosselées, d'une couleur noisette légèrement ardoisée, de nature suspecte, probablement cancéreuse, indolente à une légère pression.

Le médecin qui avait vu l'enfant avant son entrée à l'hôpital, et un chirurgien que l'on avait consulté également, pensèrent que l'on avait affaire à une affection cancéreuse. Sans rejeter complètement leur opinion, M. Guersant voulut essayer d'abord l'emploi du traitement auquel il a recours habituellement dans les cas de vulvite simple des enfants. En conséquence, il fit faire des pansements avec la charpie imbibée de jus de citron; et dans l'intervalle de chaque pansement, quelques lotions avec l'eau blanchie par le sous-acétate de plomb liquide.

Ce traitement fut suivi pendant quelque temps sans amener dans l'état local des parties aucune amélioration, et la médication ordinaire échona complètement. Les indurations persistèrent, les tumeurs des aines restèrent les mêmes, sans augmenter, il est vrai, non plus. Dans cet état de choses, M. Guersant crut devoir recourir à une médication plus énergique, à un modificateur plus puissant, au cautère actuel, dans l'espérance de détruire le cancer. Il excisa préalablement les petites lèvres et le prépuce du clitoris, puis il appliqua à deux reprises le fer incandescent, avec lequel il fit déterminer une large escarrhe.

La chute des escarrhes laissa apercevoir une surface vermeille et des bourgeons charnus d'un assez bon aspect, rosés. Un pansement simple, aidé quelquefois d'une cautérisation très superficielle avec l'acétate d'argent, détermina un commencement de cautérisation qui s'opéra cependant très lentement.

M. Guersant fit remarquer aux élèves qui assistent à ses leçons cliniques, qu'évidemment il y avait une cause générale qui s'opposait à la guérison, ou du moins qui l'entravait. Que devait-on faire en pareille circonstance? Il était probable que l'on avait affaire à une affection cancéreuse, et malheureusement il n'existe aucun spécifique contre ce genre de maladie. M. Guersant, en désespoir de cause, crut pouvoir faire suivre à l'enfant un traitement antisyphilitique, et le mit à l'usage des pilules de proto-iodure de mercure, à la décoction de salsepareille et au sirop de Cuisinier.

Cette médication n'amena pas, nous devons le dire, une amélioration bien évidente dans l'état de l'enfant. Mais, sous l'influence des moyens énergiques qui avaient été d'abord mis en usage; la cicatrisation, quoique lente, finit par s'opérer presque complètement; et, à part quelques accidents légers et sans gravité, l'enfant, en voie de guérison, quitta l'hôpital, il y a près d'un mois, pour retourner chez ses parents.

— La vulvite, avons-nous dit au commencement de cet article, est une maladie fort commune chez les enfants jusque vers l'âge de neuf à dix ans, et fort rare chez les femmes adultes (1), chez lesquelles elle prend la forme de vaginite ou se confond avec les maladies spécifiques des organes génitaux déterminées par la présence du virus vénérien. Chez les enfants, elle n'est causée que peu fréquemment par le virus syphilitique, quelle que soit la manière dont l'enfant ait été soumis à l'action de ce modificateur, que ce soit directement ou par transmission héréditaire. Et dans ces cas, car on les rencontre quelquefois, les symptômes que l'on est à même d'observer ne laissent, pour la plupart du temps, aucun doute sur la nature spéciale de la maladie.

Lorsqu'il s'agit de vulvite simple deux cas peuvent se rencontrer. Ou elle se développe chez des enfants sains, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle ; ou elle se développe chez des sujets lymphatiques, scrofuleux, qui offrent aux yeux de l'observateur, dans l'ensemble de la constitution, d'autres phénomènes dus à l'existence de cette diathèse particulière, si commune, principalement dans la classe pauvre des grandes villes. Nous croyons utile d'établir cette division pour la recherche des causes qui peuvent produire la vulvite.

Dans le premier cas, c'est à des causes exclusivement locales que l'on doit la rapporter : la malpropreté est la plus fréquente et la plus habituelle. Chez les enfants que leurs parents ne surveillent pas, que l'on néglige de laver soigneusement, la matière sébacée sécrétée par la muqueuse de ces parties n'étant à mesure qu'elle se forme, suffit pour produire, par son séjour prolongé, des ulcérations qui, d'abord sans gravité, peuvent, si l'influence de la même cause persiste, devenir dangereuses et par leur profondeur, et par leur étendue. Il est facile de comprendre que l'inflammation une fois développée dans des parties d'une sensibilité aussi exquise, se propage rapidement par voie de continuité dans les points de la muqueuse qui avoisinent la première ulcération qui s'est produite.

Il y a, avons-nous dit, une autre circonstance dans laquelle on peut rencontrer la vulvite ; c'est chez les enfants faibles, lymphatiques, scrofuleux, soit actuellement, soit dans des temps antérieurs, débilités par des maladies antécédentes, par un affaissement, un état d'anémie, d'atonie générale. Dans ces cas il y a cause prédisposante bien manifeste ; la cause occasionnelle ou déterminante est toujours à peu près la même, mais la marche de la maladie n'est plus aussi bénigne. Au lieu d'avoir affaire, comme dans la plupart des cas de la première espèce, à des ulcérations peu profondes, à moins qu'on ne les ait long-temps négligées, à des surfaces enflammées ne fournissant qu'une suppuration peu abondante, on voit les parties enflammées se gangrener de la manière la plus prompte et la plus étendue. Alors, et souvent, la face interne des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et le repli muqueux qui le recouvrent, se sphacèlent. Les escharres peuvent s'étendre fort loin et causer alors des désordres tels, qu'il est impossible au chirurgien, non plus seulement de les prévenir ou de les arrêter, mais même d'y remédier.

Enfin, il peut se rencontrer une troisième circonstance dans laquelle on trouve réunies les deux causes, générale et locale, et ces cas sont, sans contredit, les plus graves, autant à cause de leurs suites que pour la difficulté que l'on éprouve à diriger contre l'état local et contre l'état général un traitement toujours efficace.

Une autre forme de la vulvite que nous n'avons pas encore indiquée, mais qui est beaucoup moins grave que les précédentes, consiste dans une espèce de blennorrhagie bâtarde non syphilitique, de catarrhe aigu, si l'on veut, que l'on constate assez souvent chez les petites filles de deux à quatre ou cinq ans. Dans ce cas il n'y a pas d'ulcérations, au moins au commencement, et l'on n'observe guère qu'une rougeur plus ou moins intense de la muqueuse, qui secrète un liquide jaunâtre, visqueux, analogue, pour la consistance, à de l'albumine, et qui s'étend en filaments glaireux quand on écarte les lèvres. Ce sont alors de petites glandules situées en dehors et autour du méat urinaire, qui se trouvent affectées. Il est rare que chez les adultes cette inflammation ne se complique pas du développement de petits abcès dans les follicules vulvaires signalés par les anatomistes dans l'épaisseur des grandes lèvres, et qui ont fait dernièrement l'objet d'un mémoire de M. Robert. Cette forme de catarrhe aigu de la vulve est ordinairement assez facile à guérir par les astringents employés en lotions et directement appliqués sur les parties malades à l'aide de plumasseaux de charpie. Nous n'en parlerons point ici plus longuement, tant à cause de son peu de gravité habituelle que parce qu'étant communes aux femmes adultes, elle a été décrite par ceux qui se sont occupés des maladies des organes génitaux de la femme.

Enfin, et avant de terminer ce qui est relatif à l'étiologie pour passer à l'étude du traitement, nous dirons qu'une des causes assez fréquentes de la vulvite chez les enfants de six à douze ans, c'est l'habitude de la masturbation, pratique qui entretient vers les organes génitaux un foyer d'excitation presque continuelle, et qui, agissant vivement sur l'organisme entier, qu'elle débilite, le met dans les conditions les moins favorables pour la réussite du traitement que l'on met en usage.

Le traitement doit nécessairement varier suivant les circonstances dans lesquelles se trouve le sujet malade, les conditions sous l'influence desquelles s'est développée et entretenue la maladie, et la nature elle-même de l'affection. Nous le diviserons en traitement local et traitement général.

Si l'affection est de nature vénérienne, il est presque inutile de dire que l'on devra mettre en usage le traitement spécifique habituel. Les mercuriaux, les sudorifiques, tels que la décoction de salsepareille, le sirop de Cuisinier, dont on a fait usage dans l'une des observations précédentes, constitueront le traitement général, surtout si l'on craint d'avoir affaire à une syphilis constitutionnelle, et que l'enfant présente des symptômes secondaires. Nous avons vu dans le service une enfant de 10 ans, couchée il y a quelques mois au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse, qui présentait à la vulve des tubercules muqueux nombreux, évidemment d'origine syphilitique, indépendamment de la vulvite que l'on avait constatée en même temps. En pareil cas, le traitement des accidents locaux se réduit à la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent, cautérisation dont les heureux résultats sont souvent si rapides qu'ils tiennent presque du prodige, pendant qu'un traitement général mercuriel détruit le virus dont est infecté l'économie.

Quand il s'agit, et c'est le cas le plus commun, de vulvites de nature non syphilitiques, voici le traitement local que l'on doit mettre en usage.

D'abord, et si l'inflammation est violente, les lotions émollientes, les bains tièdes, soit bains de siége, soit bains entiers, avec l'eau simple ou l'eau de son; ces bains ont deux effets, d'abord d'entretenir la propreté, condition essentielle pour que la guérison s'opère, ensuite d'apaiser la force de l'inflammation. Quelle que soit la violence et l'intensité de l'inflammatian, l'on ne doit se servir des émollients que lorsqu'il n'y

(1) On peut consulter sur ce sujet l'article *Vulvite* de la Bibliothèque du Médecin-Praticien (1re livraison, p. 22 et suivantes), où cette maladie est traitée d'une manière complète et dans toutes ses formes.

a point encore ulcération, et à plus forte raison, qu'il n'y a pas gangrène.

Quand la maladie date déjà d'un certain temps, qu'il y a ulcération ou gangrène, le traitement local change, et l'on y joint un traitement général sur lequel nous allons insister plus loin. Le traitement local ne se borne plus à de simples lotions émollientes; il s'agit d'empêcher les ulcérations de s'étendre. Lorsqu'elles présentent une surface grisâtre, de mauvaise nature, que le pus qui en découle est fétide, mal lié, on se trouve bien d'appliquer comme pansement sur les ulcérations mêmes, des plumasseaux de charpie imbibée de jus de citron pur. Quand on renouvelle les plumasseaux, c'est-à-dire, entre chaque pansement, on lave les parties avec du vin aromatique légèrement tiède. Il est rare que sous l'influence de ce traitement topique, les phénomènes locaux ne subissent pas une modification bien évidente et rapide. Au bout de quatre ou cinq jours ordinairement, le fonds des ulcérations, de grisâtre, devient rosé et vermeil. La tuméfaction des parties environnantes diminue; le pus change également de nature, et devient par degrés à l'état de pus phlegmoneux, sous le rapport de l'aspect et de l'odeur, qui cesse d'être fétide.

Lorsqu'une fois la maladie a pris une marche meilleure, et que l'aspect des plaies s'est ainsi modifié, on cesse l'application du jus de citron, et l'on se borne au traitement tonique, toujours sous le point de vue local. On lave trois ou quatre fois par jour les parties malades avec du vin aromatique ou de l'eau chlorurée, et l'on se sert pour imbiber les plumasseaux de charpie, de ce même vin aromatique. De temps en temps, c'est-à-dire tous les jours, ou tous les deux jours seulement, selon que le chirurgien le juge convenable d'après les circonstances particulières du fait, on touche légèrement les parties ulcérées avec le nitrate d'argent, principalement à la circonférence, pour hâter les progrès de la cicatrisation. Ce moyen a été mis en usage chez l'un des deux enfants dont nous avons rapporté l'observation plus haut. Il est excessivement rare, lorsque la vulvite est simple, que l'on n'agit pas sur des sujets d'une constitution éminemment détériorée, scrofuleuse, ou sous l'influence d'une diathèse cancéreuse, il est très rare que ces moyens locaux ne soient pas suivis d'un succès rapide et presque infaillible.

Lorsque, indépendamment de la cause locale, occasionnelle et déterminante, il en existe une autre, générale, comme celles dont nous venons de parler, la scrofule, le tubercule, ou le cancer, il faut joindre au traitement local un traitement général énergique, quoique l'on ne puisse guère espérer lutter avec succès contre les deux derniers de ces états, une fois qu'ils sont bien confirmés.

Quant à la scrofule, les boissons amères et toniques, les ferrugineux, une alimentation substantielle, l'iode pris sous diverses formes que les circonstances apprendront au chirurgien à choisir, tels sont les moyens que l'on devra employer pour la combattre, et rarement ils resteront sans effet, lorsqu'ils seront combinés attentivement avec la médication locale que nous avons indiquée. On aura d'autant plus de facilité à faire suivre aux enfants ce régime tonique et cette alimentation substantielle que la plupart du temps, dans les cas simples, la maladie n'est pas assez grave pour avoir profondément influé sur l'organisme entier, que l'appétit est conservé et que les fonctions digestives ne sont pas sensiblement troublées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juin. — Présidence de M. P. Dubois.

M. *Michel-Levy* adresse une nouvelle lettre confirmative de la simultanéité et de la fréquence de la phthisie pulmonaire et des fièvres intermittentes à Strasbourg.

M. *Blandin* lit un rapport sur un mémoire de M. Diday, ayant pour titre : « Des règles à suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique à l'origine de ses branches. »

Nous avons donné un long extrait de ce travail dans les numéros de septembre 1842. Nous n'y reviendrons pas.

M. Blandin, après avoir apprécié ce mémoire à une grande valeur, propose les conclusions suivantes :

Remerciements à l'auteur, renvoi du mémoire au comité de publication; engager M. Diday à continuer ses recherches sur l'application de la méthode de Brasdor aux autres anévrismes.

M. Velpeau. J'aurais désiré que M. Blandin eût donné plus explicitement son opinion sur la méthode de Brasdor, appliquée aux anévrismes du col et de la partie supérieure de la poitrine. Il croit qu'il est important de lier dans le même jour la sous-clavière et la carotide; les faits manquent pour appuyer cette opinion. Il est imprudent de donner trop de valeur à la méthode de Brasdor. Il existe à peu près vingt cas où elle a été employée; quatre ou cinq fois seulement il y a eu guérison. Par les autres méthodes, les succès ont été plus nombreux. Il faut garder la méthode de Brasdor pour des cas où on ne peut faire autrement.

M. Blandin. Dans les anévrismes du tronc brachio-céphalique, on ne doit, on ne peut employer que la méthode de Brasdor. Sous peine de rester inactif et de laisser périr le malade sans rien tenter, il faut nécessairement y avoir recours. Quant au conseil de lier dans le même jour la sous-clavière et la carotide, je le maintiens, et je rappellerai à l'appui le fait de M. Liston où il y a eu guérison sans aucun accident. Dans les cas d'anévrisme de l'origine des branches du tronc brachio-céphalique où l'on n'a lié qu'une branche, très certainement c'est que l'autre était oblitérée, ou bien il n'y avait anévrisme que de la branche liée.

M. Velpeau cite deux faits appartenant à des chirurgiens hollandais dans lesquels une seule branche a été liée. Les malades ont succombé long-temps après à une affection étrangère à l'anévrisme, et l'autopsie a prouvé que l'anévrisme siégeait réellement dans le tronc brachio-céphalique.

M. Roux se plaint qu'on n'ait pas discuté la question de savoir par quelle artère on doit commencer la ligature. Il pense que c'est par la sous-clavière.

Il saisit cette occasion pour communiquer à l'Académie deux faits dans lesquels, pour des anévrismes de l'artère poplitée qu'il avait traités par la méthode de Hunter avec le procédé d'Ambroise Paré, c'est-à-dire en liant l'artère iliaque sur un cylindre de sparadrap, il a eu des hémorrhagies, l'une après le vingt-huitième jour, l'autre après la cinquantième.

M. Blandin croit que les accidents éprouvés par M. Roux tiennent au procédé qu'il emploie. L'introduction d'un corps étranger détermine l'inflammation, la suppuration de l'artère, retarde la cicatrisation et son oblitération.

M. Roux. — C'est là une simple assertion. J'ai fait dans ma carrière chirurgicale plus de 70 ligatures de grosses artères. 50 et plus ont été opérées par le procédé que je préconise, qui n'est pas à moi; pour la méthode c'est celle de Hunter, pour le procédé c'est celui d'Ambroise Paré, modifié par Scarpa. Eh bien! sur ce nombre imposant de faits, je n'ai eu que cinq hémorrhagies consécutives. Dans les deux cas que je viens de citer, cet accident a eu lieu pour l'un après 28 jours, pour l'autre après 50. Il me paraît impossible de l'attribuer ici au procédé. Je mourrai probablement dans l'impénitence finale; mais pour me combattre il faudrait m'opposer des faits analogues et en nombre égal.

M. Blandin. Une question en dehors du rapport tend à s'engager; je ne m'en plains pas, car elle est fort sérieuse. Est-il préférable d'employer le cylindre sur lequel on lie l'artère, ou bien de la lier immédiatement? M. Roux est le seul chirurgien français qui préconise aujourd'hui le cylindre. Cette question ne peut être jugée que par les faits. Sur 50 cas, dit M. Roux, j'ai eu 5 hémorrhagies. Mais c'est déjà grave; ce nombre est considérable. Je n'ai pas pratiqué autant de fois que M. Roux la ligature des grandes artères; mais j'ai pratiqué ces opérations un assez grand nombre de fois; j'affirme sur l'honneur n'avoir jamais eu d'hémorrhagie. La question de temps qui s'est écoulé depuis l'opération jusqu'à l'hémorrhagie, dans les observations de M. Roux, est plus spécieuse que solide. Le fait est que l'hémorrhagie a toujours eu lieu sur le point comprimé, sur le point où existait une inflammation, une suppuration provoquée par le corps étranger.

M. Roux reprend son argumentation, et ajoute que dans le premier cas qu'il a cité l'artère iliaque était presque complètement oblitérée, et que l'hémorrhagie a été déterminée par un accès d'asthme.

M. Velpeau. Cette discussion a soulevé trois points qui demandent à être éclaircis.

Le premier est de peu d'importance, et concerne le nom de méthode de Hunter employé par M. Roux. J'ai déjà prouvé ailleurs que cette dénomination était une usurpation; cette méthode est toute française, c'est la méthode d'Anel.

Est-il utile, ensuite, d'appliquer la méthode de Brasdor dans les cas d'anévrisme de la partie supérieure de la fémorale? Elle a été employée cinq à six fois, elle n'a jamais réussi.

Enfin, quelle est la meilleure méthode de lier les artères? On va peut-être voir une contradiction dans ce que je vais dire et ce que j'ai dit et écrit, ce que j'ai fait jusqu'alors; mais pour être juste, je dirai que les faits connus ne sont pas plus en faveur des ligatures rondes que des ligatures au moyen du cylindre. Il y a eu des accidents de part et d'autre et en nombre à peu près égal; je crois même que l'avantage serait pour le procédé de Scarpa. J'ai pratiqué quinze ou dix-huit ligatures de grandes artères, j'ai eu trois hémorrhagies. Molt, qui est le chirurgien contemporain qui a fait le plus de grandes ligatures, compte quatre-vingts ligatures simples; il a eu beaucoup d'hémorrhagies.

Pourquoi les ligatures rondes se sont-elles généralisées! par des expériences faites sur les animaux, desquelles on a conclu que pour qu'il y eût oblitération, il fallait qu'il y eût rupture des tuniques interne et muqueuse de l'artère. Aujourd'hui, d'autres expériences ont conclu qu'il faut que les parois de l'artère se touchent pour qu'il y ait oblitération; aussi a-t-on préconisé les ligatures plates. Les explications, les théories se prêtent à tout; les faits seuls ont de la valeur; or ces faits ne sont pas contraires aux opinions de M. Roux.

M. Blandin. On a dit avec raison que rien n'était plus perfide et plus décevant que la statistique brute. Sans doute les faits ont la plus grande valeur; mais il faut que ces faits soient analogues et comparables. Les chiffres bruts que vient de poser M. Velpeau n'auront une signification que lorsque les circonstances dans lesquelles les hémorrhagies se sont produites, seront parfaitement connues.

Toute la question, d'ailleurs, peut se réduire à une notion générale de pathologie. Pour qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie, il faut qu'il y ait oblitération de l'artère : c'est clair. Pour qu'il y ait oblitération, il faut qu'il y ait cicatrice. Or, dans toute plaie, la cicatrice est d'autant plus prompte qu'elle a lieu par première intention. La ligature ronde est le procédé par première intention. En interposant un corps étranger entre l'artère et la ligature, vous agissez par seconde intention, c'est-à-dire que vous vous placez dans les conditions les plus lentes de la cicatrisation, et par conséquent dans les conditions les plus favorables de l'hémorrhagie.

Après quelques observations de *M. Rochoux*, qui soutient que les expériences sont en faveur de la rupture des membranes; de *M. Amussat*, qui rappelle ses propres expériences sur la ligature par les fils ronds, les conclusions du rapport sont adoptées.

— Pendant cette discussion on a procédé à la nomination par scrutin d'une commission de onze membres chargée de décider dans quelle section aura lieu la nomination nouvelle. Le scrutin a donné le résultat suivant :

MM. Dumeril, Ferrus, Espiaud, Martin-Solon, Lagneau, Husson, Gevillars, Adelon, Huzard, Thillaye et Guibourt.

— *M. Gimelle* présente un malade qu'il avait déjà présenté au mois de mars 1841. C'est un homme qui, après avoir reçu plusieurs coups de yatagan en Afrique, vit pousser sur les cicatrices des tumeurs sur la nature desquelles l'Académie entendit plusieurs opinions. M. Gimelle a tenté l'excision de ces tumeurs, elles ont repullulé. Leur inspection anatomique a laissé les choses indécises. M. Cruveilhier qui les a examinées, les croit formées de tissu fibreux. Pour M. Velpeau, c'est une keloïde, une sorte de tissu squirrheux. M. Blandin n'y voit rien d'analogue au squirrhe. M. Nacquart voudrait qu'après l'excision de la tumeur, on promenât profondément le cautère actuel.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 juin 1843. — Présidence de M. Dumas.

Anatomie et fonctions des villosités intestinales; recherches sur l'absorption, la préparation et la composition organique du chyle dans les animaux. — MM. Gruley et Delafond envoient le résumé suivant de leur travail.

De nouvelles et nombreuses expériences faites depuis dix-huit mois sur plus de cent-vingt animaux vivants, chevaux, bœufs, vaches, moutons, porcs, chiens, lapins et souris, leur permettent de dire que

1° Ce que M. Lacauchie nomme substance organique spongieuse des villosités, n'est autre chose que leur épithélium décrit par Henlé, et dont M. Flourens, dans son ouvrage sur la Structure des membranes muqueuses, a démontré l'existence par la macération et la dissection.

2° Les villosités de l'intestin grêle sont recouvertes, non-seulement des épithéliums cylindriques d'Henlé; mais encore d'autres épithéliums que nous nommons *capitatum*, ou à tête.

Ces derniers, beaucoup plus longs que les premiers, sont disséminés à la surface des villosités et à une distance symétrique.

3° Les cellules de l'épithélium des villosités du gros intestin du chien ont une cavité ovale beaucoup plus développée que celle existant aux épithéliums de ces mêmes organes dans les intestins grêles du même animal.

4° Chaque cellule d'épithélium est pourvue d'une cavité dont l'ouverture externe est parfois béante, et d'autrefois plus ou moins exactement fermée.

5° A la surface des épithéliums des villosités de l'intestin grêle du chien, existent des corps *vibratiles* non encore décrits, dont la fonction est peut-être de déplacer, quand il est nécessaire, le chyle brut qui est en contact avec les épithéliums.

6° Au dessous des épithéliums la villosité n'est composée que d'une couche vasculaire et fibrillaire, et, en dedans de cette couche, d'un vaisseau ou canal chylifère unique.

7° Chaque villosité, examinée de dehors en dedans, montre :

1° Les cellules de l'épithélium,
2° La couche vasculaire et fibrillaire,
3° Le canal chylifère unique.

8° En se contractant suivant leur axe longitudinal, les villosités se raccourcissent, forment des plis transversaux, et prennent une forme conique dont la base est à la membrane muqueuse. En se contractant suivant leur largeur, elles se rétrécissent et s'amincissent; enfin elles exécutent des mouvements d'inclinaison dans tous les sens. En exécutant ces mouvements, les villosités chassent le sang et le chyle contenus dans leurs vaisseaux, et se mettent continuellement en rapport avec de nouvelles parties de chyle brut des aliments digérés.

9° Chaque cellule d'épithélium doit être considérée comme un organe chargé spécialement de recevoir le chyle brut provenant de la digestion et de le convertir en un chyle homogène formé d'une infinité de petites molécules, tenues en suspension dans un liquide transparent et coagulable spontanément. Ces molécules, ce liquide sont seuls aptes à passer par l'ouverture profonde et effilée des cellules de l'épithélium pour parvenir dans le vaisseau chylifère unique placé au centre de la villosité.

10° Chaque cellule de l'épithélium a une quadruple fonction :

1° De se remplir de chyle brut provenant de la digestion.

2° De diviser, d'atténuer ce chyle et de le convertir en un chyle pur et homogène.

3° D'expulser ce liquide ainsi confectionné, et de l'engager dans le canal chylifère à travers le tissu vasculaire et le tissu fibrillaire. Cet appareil nous le nommons *chylogène*.

4° Enfin de s'imbiber, en outre, des substances dissoutes par la digestion et de les faire parvenir dans l'appareil vasculaire. Cette fonction des épithéliums est aidée dans son exécution par la contraction des parois intestinales sur les aliments et sur les villosités.

11° Le canal chylifère est seulement chargé de transporter le chyle provenant de la digestion et confectionné par les cellules de l'épithélium. Il ne doit donc être considéré que comme un appareil d'exportation.

12° L'appareil vasculaire sanguin est destiné, non-seulement à servir à la nutrition des villosités, mais encore à conduire dans la circulation générale les matériaux solubles des cavités de l'intestin, lesquels matériaux sont aussi absorbés par les parois des cellules des épithéliums, ainsi que l'observation directe peut le démontrer.

13° Le chyle brut se forme dans l'estomac et dans l'intestin; mais cette opération varie dans son mode d'exécution suivant la nature de la matière alimentaire ingérée dans l'estomac.

14° Nous distinguons deux espèces de chyle : l'un *brut*, formé par la digestion et composé d'éléments hétérogènes; l'autre *préparé, purifié* par l'appareil chylogène des villosités. Ce dernier chyle, pris dans les chylifères sortant du tube digestif, ne contient que les fines molécules tenues en suspension dans le liquide spontanément coagulable dont nous avons parlé, plus quelques globules de lymphe ordinaire qui ont été pris pour des globules de chyle.

15° Le chyle contenu dans les cavités des épithéliums des villosités a tous les caractères physiques de la graisse très divisée en globules de 1/100 à 1/000 de millimètre de diamètre. Ces globules se voient aussi bien dans les cavités des épithéliums des villosités des herbivores qui ont été nourris avec des herbes vertes, du foin, de la farine d'orge, que dans les cavités des épithéliums des villosités des carnivores qui ont été alimentés avec de la graisse pure, de la viande crue ou cuite, du pain, de la fécule ou du lait.

16° L'action de divers réactifs microscopiques démontre que les fines molécules du chyle purifiées par l'appareil chylogène sont uniquement composées de graisse emprisonnée dans une pellicule albumineuse, et que le liquide transparent spontanément coagulable dans lequel elles nagent, est formé de fibrine et d'albumine dissoutes dans l'eau contenant en solution différents sels connus.

17° Le chyle confectionné par l'appareil chylogène est formé de deux substances : l'une *insoluble* dans *l'eau salée*, mais excessivement divisée et à l'état moléculaire, est formée par la graisse et l'albumine provenant des matières alimentaires végétales ou animales; l'autre *soluble*, dans laquelle les molécules sont en suspension, est constituée par de l'eau saline extraite des aliments, plus les matériaux des substances végétales et animales solubles dans cette eau.

18° La partie insoluble très divisée du chyle provenant des aliments digérés et purifiés par l'appareil chylogène, passe seulement dans le canal chylifère de chaque villosité. Les parties solubles dans l'eau sont absorbées avec une activité surprenante par les parois des cellules de l'épithélium, et parviennent dans l'appareil vasculaire sanguin; en sorte que les matériaux formés par la digestion se divisent en trois parties : la première, insoluble et très divisible, passe nécessairement par les cavités de l'épithélium ou l'appareil chylogène, et est portée seulement dans les vaisseaux chylifères; la seconde, ou les matériaux solubles dans l'eau salée, est imbibée par les parois des épithéliums et portée tout à la fois dans le chyle et dans le sang; enfin la troisième, insoluble et peu divisible, ne peut jamais entrer dans la circulation et est rejetée au dehors.

Fonctions des lobes thyroïdes des mammifères et du corps thyroïde dans l'espèce humaine. — M. le docteur Maignien envoie un volumineux mémoire sur ce sujet. Après avoir démontré les difficultés attachées au sujet qu'il traite, après avoir annoncé qu'à l'époque où il entreprit son travail, il y avait déjà dans les annales de la science des faits qui auraient pu mettre sur la voie de la découverte des fonctions du corps thyroïde, M. Maignien, indiquant la méthode expérimentale qui lui a servi de guide, établit d'abord l'analogie organique et de structure qu'on rencontre entre les lobes thyroïdes des mammifères et le corps thyroïde de l'homme. Ces organes sont des ganglions vasculaires de nature artérielle, lesquels ont la propriété, en raison de leur spongiosité, de se gonfler, d'entrer en turgescence et en érection sous l'influence d'une accélération momentanée ou continue du cours du sang artériel, et comme ces ganglions sont pourvus d'un appareil ligamenteux et musculaire qui les cerne, ils peuvent en cet état d'accroissement de volume, comprimer les carotides primitives et diminuer la quantité de sang artériel qui s'élance par les canaux carotidiens. En somme, M. Maignien conclut que les lobes thyroïdes des mammifères et le corps thyroïde de l'homme, sont, non-seulement des compresseurs des canaux carotidiens, mais encore des compensateurs et des régulateurs de la quantité et de la vitesse du sang artériel dans les quatre courants artériels qui fondent la circulation aorto-encéphalo-rachidienne.

En conséquence, puisque la quantité et la vitesse du sang artériel normalement constitué, mesure jusqu'à un certain point la masse et l'activité des divers centres nerveux, nécessairement il devait y avoir un rapport de volume et d'action entre le corps thyroïde compensateur et régulateur de la circulation aorto-encéphalo-rachidienne, et entre le volume et l'action des divers centres nerveux qui composent l'axe cérébro-spinal. C'est pourquoi l'auteur a rencontré le corps thyroïde d'autant plus développé et d'autant plus étroitement uni aux carotides primitives, que les lobes antérieurs du cerveau étaient moins volumineux et moins actifs, et par conséquent que l'intelligence était plus faible.

Après avoir démontré comme conséquences pratiques, les rapports d'évolutions qui existent entre les lobes thyroïdes et l'axe cérébro-spinal, après avoir exploré les relations qui se remarquent entre les vices de conformation de ce corps thyroïde et l'axe cérébro-spinal des crétins, M. Maignien annonce que le ganglion vasculaire artériel du col

remplit un rôle spécial dans tous les efforts musculaires, dans la course, le saut, la parturition et l'accouchement; dans l'érection du pénis, le développement des mamelles et la menstruation; qu'il a également une action particulière dans le sommeil, qui est l'état négatif des efforts vasculaires; et enfin, que le même organe est chargée d'une mission fort curieuse dans le mal de mer.

Néanmoins, un des résultats les plus extraordinaires auquel M. Maignien ait été conduit par l'étude comparative du corps thyroïde, est sans contredit la classification nouvelle qu'il présente des races humaines.

M. Maignien a constaté d'après des dissections particulières, que dans tous les hommes originaires de l'*hémisphère austral*, le corps thyroïde est beaucoup plus volumineux, plus étroitement appliqué sur les carotides primitives, qui sont suivies de carotides internes munies de courbures très prononcées, et qu'au contraire dans tous les indigènes de l'*hémisphère boréal*, jusqu'au 60e de lat. N., le corps thyroïde est moins volumineux, moins intimement uni aux carotides primitives qui sont ici suivies de carotides internes presque toujours rectilignes. Par suite de ces vues, sept classes ont été établies : une race équatoriale, une race métis boréale, une race métis australe, une race boréale franche, une race australe pure, une race hyperboréenne, et enfin une race hyperaustrale.

Phthisie pulmonaire.— M. E. Pereyra, D.-M., à Bordeaux, envoie un mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Placé depuis long-temps à la tête d'un grand service médical dans le bel hôpital de Bordeaux, il a poursuivi avec persévérance ses observations, et il dit être arrivé à des résultats qui ne lui laissent plus de doute sur la curabilité de la phthisie pulmonaire arrivée à un degré qui ne laisse aucune incertitude dans le diagnostic. Sur près de 900 malades qu'il a eus dans son service depuis 1838, il a observé 362 phthisiques, dont 243 sont sortis, 110 sont morts et 7 restaient dans ses salles au 1er mars 1843. La moitié au moins des malades sortis était dans un état très satisfaisant. Le traitement qu'il a employé a été l'huile de foie de morue, et un régime tonique et fortifiant. Tous ces malades avaient des tubercules ulcérés. Dans les cas de tubercules crus ou miliaires le succès a été plus constant encore.

Hémorrhagies nasales — M. le docteur Négrier, d'Angers, a déjà indiqué le moyen dont il est ici question, d'arrêter sûrement toutes les hémorrhagies nasales, consistant dans l'élévation d'un bras ou des deux bras à la fois en même temps que la narine ou les narines d'où coule le sang sont fermées par une pression latérale. Après avoir constaté le fait dans un grand nombre de circonstances, M. Négrier cherche aujourd'hui à en donner l'explication. M. Négrier est convaincu que l'élévation des bras ralentit certainement le mouvement ascentionnel du sang vers la tête. 1° M. Hil, chirurgien-interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, fait cesser promptement les congestions cérébrales auxquelles il est sujet, par l'élévation des deux bras à la fois. Il a répété le moyen un grand nombre de fois avec un plein succès; 2° M. L..., employé des contributions, très sanguin, a fait plusieurs fois disparaître instantanément des céphalalgies violentes avec assoupissement. Il a remarqué que sa face se décolorait peu d'instants après l'élévation du bras. — « C'est le front qui s'éclaircit d'abord, » dit-il.

Conservation des matières animales. — M. le docteur Dussourd adresse un Mémoire sur la conservation des matières animales par le *sirop ferreux*. Ce sirop est une combinaison de sucre et de fer, qui ne s'altère, ne cristallise et ne fermente pas, quelle que soit la température à laquelle on l'expose. Il conserve les matières animales sans altérer leur tissu. Les viandes, en sortant du sirop, sèchent sans diminuer beaucoup de volume, résistent sans se gâter aux agents les plus actifs de la putréfaction, reprennent en un instant dans l'eau froide le volume, la couleur et l'odeur de celle des boucheries, et servent à faire des mets agréables et sains.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Administration de l'hyperiodate d'arsenic dans un cas de squirrhe; par M. le docteur HAESER, d'Iéna.

Une femme âgée de quarante-six ans, sans enfants, et qui, depuis plus de vingt ans, était atteint d'épilepsie, vit, il y a quatre ans, se développer un squirrhe dans la glande mammaire du côté droit. Ce squirrhe fut enlevé par M. Haeser au moyen de l'extirpation. La malade se porte bien depuis cette opération, aux accès d'épilepsie près, lesquels se reproduisaient régulièrement toutes les quatre à six semaines.

Au commencement du mois de mars 1842, la cavité axillaire droite présentait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon environ, dont M. Haeser reconnut aussitôt la nature squirrheuse. Comme il n'y avait pas moyen de renouveler l'opération, l'auteur fit préparer par M. Wackenroder une certaine quantité d'hyperiodate d'arsenic, qu'il administra ensuite de la manière suivante :

Pr.	Hyperiodate d'arsenic,	30 centigrammes;
	Eau distillée,	180 grammes.

Faire dissoudre.

A prendre, matin et soir, vingt gouttes dans une demi-tasse d'eau convenablement édulcorée.

Comme le médicament ne produisait d'autre effet sensible qu'un léger sentiment de chaleur dans l'estomac, immédiatement après l'injection, M. Haeser augmenta la dose de jour en jour, d'abord de trois, puis de cinq gouttes, jusqu'à ce que le malade fût arrivé à la dose de deux cents gouttes par prise (environ deux centigrammes de sel arsenical). Cette quantité n'a pas été dépassée, bien qu'il n'en soit résulté aucun symptôme fâcheux, et le malade a pris, depuis le commencement de mars jusqu'au 20 novembre, six grammes soixante-quinze centigrammes d'hyperiodate d'arsenic en totalité.

En même temps, on fit appliquer un cautère au bras droit, et l'on prescrivit un régime diététique sévère.

Pendant la durée de ce traitement, la glande squirrheuse n'a pas varié; est-elle restée stationnaire par suite de l'effet du médicament ? La suite pourra seule répondre à cette question.

L'hypériodate d'arsenic a été préparé, par M. Wackenenroder, de la manière suivante, qui a surtout l'avantage de fournir un produit constamment homogène.

On a fait sublimer l'arsenic métallique dans un tube de verre. On a pris ensuite 5 centigrammes du métal sublimé qu'on a trituré et qu'on a fait digérer pendant une heure avec 30 centigrammes d'iode et environ 8 grammes d'eau. Enfin, on a évaporé soigneusement jusqu'à cristallisation, et on a obtenu pour produit l'hypériodate d'arsenic. La solution de ce sel dans les 180 grammes d'eau doit être claire et limpide. (*Haeser's Repertorium.*)

Antagonisme du goître et du travail de tuberculisation; par M. le docteur ESCHERICH.

D'après M. Escherich, le goître est une véritable assurance contre la phthisie pulmonaire tuberculeuse, et il regarde comme un attentat (ce sont ses propres expressions) de chercher à guérir le goître chez les sujets qui présentent le moindre indice d'une prédisposition à la phthisie. Depuis quatre ans, il donne des soins à une femme chez laquelle il a constaté l'existence d'une caverne dans la partie supérieure du poumon droit avec pectoriloquie; cette femme, qui est en même temps affectée d'un goître considérable, tousse habituellement et expectore, et néanmoins la phthisie reste stationnaire.

L'observation de ce praticien n'est pas isolée, car il a soin d'ajouter que MM. les docteurs Flechner et Sauter ont remarqué le même fait dans les montagnes de la Styrie et du Tyrol, où le goitre est endémique.

M. Escherich demande si l'on a jamais observé une mort par phthisie chez un sujet qui fût simultanément affecté de goître ?

(*Medicinisches Corresp.-Blatt bayerischer Aerzte.*)

Collyre belladoné.

Pr.	Feuilles de belladone,	50 grammes;
	Feuilles de jusquiame,	50 id.;
	Eau bouillante,	1 litre.

Faire infuser en vase clos jusqu'à parfait refroidissement, passer avec forte expression, et ajouter à la colature :

Extrait de belladone sans fécule,	28 grammes.

Faire dissoudre, puis filtrer le soluté et le conserver dans un flacon plongé dans la glace.

Ce collyre, dont la formule est due à M. Desmarres, s'emploie dans les cas de hernies récentes de l'iris par cause traumatique ou consécutives à des ulcérations de la cornée, et, dans ces ulcérations elles-mêmes, lorsque la perforation est imminente.

On applique toutes les cinq minutes, sur l'œil malade, une compresse imbibée de ce liquide; et, chaque fois qu'on la renouvelle, on instille une goutte du collyre entre les paupières. Pour faciliter ces applications, les malades doivent garder, dans le lit, la position couchée sur le dos. (*Gazette de Santé*, 1843.)

Elixir anti-catarrhal.

Pr.	Extrait de chardon bénit,	4 grammes.
	Hydrolat de fenouil,	30

Faire dissoudre, puis ajouter au soluté :

Hydrolat de laurier-cerise,	4

Mêler exactement par agitation.

Cette préparation s'emploie dans les toux catarrhales récentes.

On en fait prendre, quatre fois par jour, 60 gouttes étendues dans une tasse d'une infusion théiforme appropriée, chaude et convenablement édulcorée.

Si l'usage du médicament doit être soutenu pendant quelque temps, il convient, pour éviter les effets de l'assuétude, d'élever progressivement la dose de l'hydrolat de laurier-cerise, ayant soin toutefois de se guider, pour cette augmentation, sur l'action exercée par les doses déjà ingérées de cette préparation. (*Revue scientifique.*)

Liniment de strychnine.

Pr.	Huile d'olive,	120 grammes.
	Ammoniaque liquide,	8 grammes.
	Alcoolat de Fioraventi,	15 grammes.
	Strychnine,	30 centigrammes.

M. et F. S. A. une mixture d'une parfaite homogénéité.

Ce liniment, dont la formule est due à M. le docteur Furnari, s'emploie avec succès dans les cas d'amaurose torpide. On l'applique en frictions sur le front et sur les tempes.

Les frictions sont répétées plus ou moins souvent, et la dose du liniment pour chacune d'elles doit être plus ou moins forte, suivant que l'effet produit par les premières applications est plus ou moins marqué. (*Ibid.*)

M. COSTE, par autorisation spéciale du ministre de l'instruction publique, ouvrira, au Collége de France, lundi 12 juin prochain, à midi précis, son Cours d'organogénie comparée, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 68, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 9 JUIN 1843.

Discussion sur la ligature des artères pour le traitement des anévrismes.

Un rapport de M. Blandin a fourni à M. Roux le texte et le prétexte d'un discours. Ce professeur a été plus abondant que jamais. Il a eu, il faut en convenir aussi, le mérite de bien poser une des plus grandes questions de médecine opératoire, question qui aurait pu remplir très facilement plusieurs séances. L'Académie en a jugé autrement. Elle qui prête une attention si soutenue aux discours sur les pois à cautères, aux lectures sur les cigarettes, cette même Académie a clos une discussion à peine commencée, et qui devait rouler sur cette immense question : *Le traitement chirurgical des anévrismes*. Plusieurs orateurs qui avaient demandé la parole, d'autres qui voulaient la demander, ont été obligés de se taire. Ainsi, M. Amussat n'a pu articuler que quelques mots, et M. A. Bérard n'a rien articulé. Ce n'est pas le seul discours rentré dont cet académicien soit porteur; ce qui est un vol dont nous avons droit de nous plaindre plus que personne.

La question est née, comme nous l'avons dit, du discours de M. Roux, discours dans lequel ce professeur a exposé les détails de plusieurs ligatures qu'il a pratiquées sur le même individu pour un anévrisme du jarret qui s'est reproduit à la partie supérieure de la cuisse. Cette circonstance a obligé M. Roux à pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe, ce qu'il n'avait pas encore fait pendant le cours d'une brillante carrière, et qui peut déjà compter comme une des plus longues, et surtout des plus actives, puisque le professeur a fait soixante-dix fois la ligature pour anévrismes d'artères importantes! M. Roux a dû nécessairement parler de l'espèce de ligature dont il fait toujours usage. Il lie l'artère *médiatement;* il place entre les fils et l'artère un rouleau de sparadrap, ce qui complique la plaie de plusieurs corps étrangers. En effet, au lieu d'une ligature, M. Roux en fait deux, et ce sont plutôt deux petits rubans que deux fils qui étreignent le vaisseau. On sait que presque tous les praticiens, soit en France, soit à l'étranger, se servent *d'un seul fil rond immédiatement appliqué sur le vaisseau.*

Le procédé adopté par M. Roux a surtout pour autorités Paré, Scarpa, et, selon le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ce qui vaut mieux encore, son procédé est appuyé sur de nombreuses observations. Ainsi, M. Roux a fait soixante-dix ligatures, et il ne compte que cinq hémorrhagies, qui encore se sont produites très tard. M. Blandin s'est montré partisan très décidé de la ligature immédiate. Il déclare d'abord que jamais ce procédé ne lui a failli; il n'a jamais observé d'hémorrhagie par le point de l'artère qui a été lié, et cependant, sans se flatter d'avoir opéré autant d'anévrismes que M. Roux, il en a pratiqué un assez grand nombre pour s'être fait, sur ce point de pratique, une conviction pleine et entière. M. Blandin dit avoir lié plusieurs fois la carotide et l'iliaque externe. On voit déjà naître les difficultés d'une solution légitime, si on oppose deux expériences personnelles; si on voulait tenter cette solution, les faits sur lesquels M. Roux se sent si fort le serviraient mal; car cinq hémorrhagies sur soixante-dix opérations établissent une prévention contre le procédé suivi par M. Roux, prévention que ne peuvent établir des succès constants sur moitié moins d'opérations que M. Blandin pourrait avoir faites. Mais M. Velpeau arrive, et déclare avoir observé trois hémorrhagies sur 15 ou 18 ligatures immédiates qu'il a pratiquées pour des anévrismes artériels. Cette proportion d'accidents est supérieure à celle fournie par les opérations de M. Roux, qui se trouve ainsi avoir gain de cause contre M. Blandin, en se servant de l'expérience de M. Velpeau. Mais si on réunit les expériences de MM. Blandin et Velpeau, qui, à elles deux, peuvent certainement balancer celle qui est personnelle à M. Roux, reste le chiffre trois pour les accidents causés par la ligature immédiate, et cinq pour les accidents de la ligature médiate.

La conclusion statistique est donc défavorable à M. Roux. Les hommes qui ont l'habitude de la statistique, et de la bonne statistique, ceux surtout qui ont l'habitude de la bien raisonner, voient déjà que si l'on veut procéder par les faits seulement, il est nécessaire qu'ils soient plus nombreux de part et d'autre. Il est donc évident que l'expérience de trois praticiens, quelque répandus qu'ils soient, ne peut résoudre la question qui a été incidemment agitée à l'Académie. Il faut donc appeler d'autres faits, les puiser à de nombreuses et bonnes sources, afin de les opposer par masses.

Mais ici se présente une difficulté qui, au premier abord, paraît insurmontable; la voici : M. Roux est le seul, ou à peu près le seul, qui pratique actuellement la ligature en plaçant un corps étranger entre les fils et le vaisseau. Ce praticien compte soixante-dix opérations et accuse cinq hémorrhagies. Mais que devient ce chiffre si on l'oppose à l'énorme total qui résulterait des groupes de chiffre fournis par le nombre considérable de chirurgiens qui pratiquent la ligature immédiate, et avec un fil simple? Cette circonstance, qui semble d'abord faire naître une difficulté insurmontable pour la solution du problème, serait, selon nous, déterminante s'il s'agissait de faire un choix entre les deux procédés dont il s'agit. En effet, dans les questions difficiles, où trop souvent les preuves directes manquent, le meilleur parti est de faire un appel au bon sens. Hé bien! Cette circonstance de l'adoption de la ligature immédiate par presque tous les praticiens, est un argument invulnérable au point de vue pratique.

En effet, admettez qu'un tiers de ces praticiens se soit laissé séduire par la théorie née des expériences de Jones et Béclard, que vous prétendez combattre par d'autres expériences, lesquelles appuyent une théorie opposée. Mais reste encore la masse, la grande majorité des praticiens, qui prend ses déterminations, non dans les théories, mais dans les faits. Et sachez que ces mêmes praticiens ne se font pas la moindre peine d'abandonner un procédé quand il leur fait souvent défaut quelle que soit l'auréole de gloire qui entoure son auteur, quel que soit le brillant des théories qui l'ont fait naître.

La position exceptionnelle dans laquelle se trouve M. Roux par rapport à la ligature des vaisseaux se remarque, à un moindre degré à la vérité, relativement à l'opération de la cataracte. Ainsi, M. Roux est peut-être le seul des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui pratique l'opération par extraction. Ici se présente ce fait, que nous avons tantôt mis en lumière : c'est que les opérations se sont éloignées de la méthode par extraction, et s'en éloignent tous les jours, non par une impulsion théorique, mais par des inspirations prises dans la pratique même. Ce crois qu'un auteur a dit : « Quand tout le monde » est contre quelqu'un, il y a quelqu'un contre la raison. »

Nous reviendrons sur cette discussion, car nous ne pensons pas que de pareilles questions doivent être ainsi étranglées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Calcul vésical considérable. Taille hypogastrique. Difficultés de l'opération. Mort.

Dans les premiers jours de mai est entré à la Charité le nommé Jean-Baptiste Bediol, âgé de trente-sept ans, bonnetier, demeurant à Grevecourt, département de l'Oise. Cet homme est d'une constitution assez bonne; il porte dans la vessie un calcul, dont M. Velpeau constate approximativement le volume, qui lui paraît être considérable. L'opération est résolue, le malade y consent. La taille hypogastrique est pratiquée le samedi 6 mai. Voici quelles sont les particularités qui accompagnent cette grave opération.

L'incision n'a présenté rien de remarquable, si ce n'est la difficulté qu'a le chirurgien pour éviter les muscles de la région; il semblerait qu'on peut toujours tomber directement sur la ligne blanche, et ménager par conséquent les fibres musculaires; mais tout le monde sait que la ligne blanche n'existe plus tout-à-fait en bas, que les muscles pyramidaux tendent à se croiser en ce même endroit; il est donc extrêmement difficile de tomber juste dans l'interstice, et alors comme les fibres musculaires se contractent spasmodiquement, galvani-

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DES VERS INTESTINAUX;

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.,

Correspondant de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôpital de Loudun (Vienne).

(Suite du n° 53.)

Convulsions. — Les convulsions sont les plus fréquentes de toutes les maladies que peuvent produire sympathiquement les vers, et c'est peut-être le seul point à l'égard duquel l'expérience des médecins de province se trouve confirmée par celle des praticins de Paris. En effet, MM. Guersant et Blache s'expriment ainsi (Dictionn. de méd., 2e éd., t. XI, pag. 150, art. : *Eclampsie*) : « Quant à l'influence des vers sur le développement de cette maladie, l'observation en est si commune qu'il est presque superflu de la signaler. » Dans les colonies aussi le plus grand nombre de convulsions est attribué à cette cause. Cela se concevra aisément si l'on fait attention à ce que dit M. Levacher (Guide médical des Antilles, in-8°, p. 96), dont l'opinion se trouve déjà confirmée par l'observation que nous avons citée plus haut et empruntée à Bajon. «Fréquemment, dit M. Levacher, on voit, dans l'espace de quelques jours, des enfants en bas âge rendre, par les vomissements et par les selles, jusqu'à quatre et six cents lombrics. Des autopsies cadavériques m'ont plusieurs fois révélé la présence de ces animaux dans les intestins grêles, par multitude innombrable. »

Dans certaines parties de la France cette cause de convulsions s'observe presque journellement, et les annales de la science renferment un grand nombre de faits qui se rapportent à ce point de pathologie. Nous allons en présenter quelques-uns que nous choisirons de manière à mettre le lecteur à même de connaître les divers caractères que peuvent offrir les convulsions *vermineuses*, si l'on peut ainsi dire, les suites fâcheuses qu'elles peuvent avoir si leur cause reste inconnue, et la facilité, au contraire, avec laquelle les accidents disparaissent aussitôt après l'expulsion des vers.

Parmi les faits qui se sont présentés à mon observation depuis dix ans que j'exerce la médecine en province, je choisirai le suivant que j'ai recueilli il y a plusieurs années.

Au milieu de septembre 1836, je fus mandé en toute hâte chez un nommé Renaud, dont un des enfants, âgés de 8 ans, était en proie à de fréquentes et fortes convulsions. En questionnant la mère, j'appris que déjà elle avait perdu, presque au même âge, et pour le même accident, deux autres enfants. J'appris aussi que, dans la matinée, ce jeune garçon avait mangé une grande quantité de pommes crues, qu'il avait ensuite été pris de vomissements qui lui avaient fait rendre beaucoup de débris de ces fruits, et que depuis ces vomissements il était plus tranquille, les convulsions étant moins fortes et moins fréquentes. Croyant pouvoir rationnellement attribuer les convulsions à une indigestion, j'administrai immédiatement un vomitif qui fit rendre beaucoup de morceaux de pommes non digérées et 3 vers vivants. Le petit malade se plaignant de colique, je fis donner un lavement légèrement laxatif, qui entraîna aussi des débris de fruits et un ver. Une potion calmante fut ensuite donnée par cuillerée toutes les heures, et le lendemain matin le jeune Renaud, pâle, abattu, ne se plaignait que d'un peu de fatigue et de défaut d'appétit. Toutefois, quelques jours s'étaient à peine écoulés que son état de santé habituel avait reparu.

Dix-sept jours plus tard, cet enfant fut encore pris de convulsions peu de temps après son réveil, et je fus appelé de nouveau. A mon arrivée, j'observai des convulsions des membres et des yeux, qui durèrent dix à douze minutes environ, et après lesquelles le malade tomba dans un état de stupeur et d'insensibilité. Il eut ainsi plusieurs attaques successives, et lorsqu'enfin il revint à lui, je pus observer une dilatation considérable des pupilles; la langue était blanche, rubanée, c'est-à-dire rouge dans toute sa partie moyenne; il y avait un crachotement continuel, et le malade se plaignait d'éprouver dans l'estomac et le long de la gorge un mouvement de reptation fort incommode.

Ces circonstances, jointes à l'absence de toute autre cause, le souvenir de l'expulsion de vers qui avait eu lieu lors de la première attaque de convulsions, cette remarque des parents que quelques jours auparavant leur fils avait rendu quelques autres vers, et que leurs deux enfants morts précédemment dans les convulsions, étaient également sujets à expulser de ces animaux, et que chez l'un d'eux il en était sorti plusieurs après la mort, par le nez et par la bouche, me portèrent à penser que sans doute les convulsions que je venais d'observer ne reconnaissaient pas d'autre cause qu'une affection vermineuse.

Mon diagnostic ainsi porté, j'administrai des graines de *semen contrà* récemment pulvérisées, à la dose de 8 décigrammes, à deux heures de distance; le ventre étant un peu ballonné, je le recouvris avec un cataplasme d'absinthe, et donnai un lavement avec l'infusion de la même plante. Dans la journée, il y eut encore quelques retours de convulsions. Dès le lendemain matin, je fis prendre une potion avec l'huile de ricin, potion dont une partie fut vomie, et en même temps quatorze gros lombrics morts ou presque morts. Bientôt après, il y eut plusieurs selles liquides, jaunâtres, d'une odeur fétide et contenant une quarantaine de vers de même espèce, presque tous morts. Les jours suivants, le petit malade expulsa encore, à plusieurs reprises, une trentaine de vers plus ou moins gros. Dès lors, les accidents cessèrent, la santé se rétablit, et le petit malade put reprendre ses jeux et retourner à l'école.

Depuis cette époque aucune récidive ne s'est manifestée; ce que je crois devoir attribuer à la précaution que, d'après mes conseils, les parents n'ont pas négligée, de donner de temps en temps des vermifuges à leur enfant, éminemment disposé à l'affection vermineuse, puisque le *semen contrà*, donné au moins une fois par mois, n'a jamais manqué de produire l'expulsion d'une certaine quantité de vers.

Je viens de dire les raisons qui m'engagèrent dans ce cas à regarder les convulsions comme dépendant de la présence des vers. Cependant l'hydrocéphale aiguë, dont les convulsions sont si souvent un des symptômes les plus importants, et que l'on observe fréquemment d'une manière successive sur plusieurs enfants de la même famille, aurait pu être soupçonnée, et avec d'autant plus de raison que notre petit malade avait une intelligence très développée et une tête très volumineuse. Les mêmes circonstances se retrouvaient chez un enfant dont Hufeland a publié l'observation, et empêchèrent également ce médecin de croire à une hydrocéphale, bien que l'ensemble des symptômes pût porter à supposer l'existence de cette maladie.

Un enfant de sept ans, habituellement mal nourri, ayant la tête plus grosse qu'il ne convenait à sa taille, souffrait depuis long-temps de convulsions, lorsqu'il fut inopinément atteint des symptômes de l'hydrocéphale aiguë. Dilatation de la pupille, contorsion des yeux, regard fixe, constipation, vomissements, urines peu abondantes, mutisme, stupeur, somnolence et convulsion; mais comme il avait eu précédemment des vers, et que quelques symptômes annonçaient qu'il en avait encore, on lui administra un vermifuge composé de semence de santonique, de calomel et d'huile de ricin, et on prescrivit sur l'abdomen des frictions avec le pétrole; ces moyens provoquèrent la sortie d'une grande quantité d'ascarides, et la maladie fut entièrement guérie. (Recueil périodique, 1818, t. LXII, p. 279.)

On trouve dans les auteurs un certain nombre de faits analogues. (Revue médicale, 1840, t. I, pag 332; Baumes, Œuvres médicales, t. II, p. 235; Indicateur médical, 1824, t. I, p. 91; Recueil périodique, t. LXIII, p. 301) que nous croyons inutile de relater ici. Seulement nous devons mentionner quelques circonstances particulières que le praticien ne doit pas perdre de vue, s'il veut obtenir des guérisons qu'il tenterait vainement d'obtenir sans cela, et même soustraire quelques malades à la mort.

Ainsi le ver solitaire pouvant aussi bien que les vers lombricoïdes donner lieu aux convulsions, le médecin devra examiner avec soin les matières expulsées par les malades, afin de s'assurer si en même temps qu'elles contiennent de ces vers, elles ne présenteraient pas quelques portions de tænia; ce qui est d'autant plus important, que les médicaments qui réussissent contre les vers lombrics n'ont qu'une action nulle

sées qu'elles sont par l'instrument qui les touche, il est rare qu'elles ne soient pas entamées. Mais c'est là un léger inconvénient. Une difficulté plus grande est celle qui consiste à éviter le péritoine; il faut porter tous ses soins à ce que l'incision ne l'atteigne point, et pour cela il est nécessaire de la pratiquer le plus bas possible. Il n'est pas besoin de dire, qu'ainsi que cela se fait ordinairement, la vessie a été modérément distendue par une injection d'eau tiède, et que la sonde à dard a été introduite dans l'organe. Dès que la vessie est à découvert, une nouvelle difficulté, et des plus sérieuses, se manifeste; c'est le moment où la sonde à dard doit manœuvrer. Pour perforer la vessie dans le point correspondant à l'incision qui vient d'être faite, elle doit nécessairement passer contre les pubis, et cela n'est possible qu'à la condition de la refouler fortement; ce qui est extrêmement douloureux pour l'urètre. Ce temps de l'opération est un de ceux qui exigent le plus de précautions; car si l'on n'y prenait pas garde, la sonde tendant à ramener le péritoine, on le lèserait inévitablement en deux endroits. Lorsque cette sonde occupe le lieu où elle doit agir, et que le dard a incisé la vessie, la sonde a une très grande tendance à passer alors par l'incision, et la vessie tend par conséquent à se dérober au chirurgien; c'est là un fait bien connu de tous ceux qui ont pratiqué la taille hypogastrique; mais on ne peut s'en faire qu'une idée fort incomplète sur le cadavre, parce qu'alors il n'y a ni contractions de la vessie, ni contractions du diaphragme.

C'est afin d'obvier à cet inconvénient qu'on a inventé tous ces instruments pour retenir la vessie; dans le cas actuel, toutes les précautions ont été prises contre cet accident; ce qui ne l'a pas empêché de se produire néanmoins. La sonde a passé toute entière par l'ouverture, la vessie s'est affaissée, et il n'a plus été possible de retrouver l'incision. M. Velpeau a été obligé alors d'aller à sa recherche avec le doigt, et dès qu'elle a été sentie, il a introduit ce doigt en crochet dans la vessie elle-même, et s'en est servi comme d'un conducteur pour placer dans la plaie le crochet suspenseur. La vessie étant suspendue de manière à ne pouvoir échapper de nouveau, il a fallu songer à agrandir l'incision, temps de l'opération qu'on ne pratique pas quand le calcul est très petit; mais comme ici il avait été constaté que la pierre était fort grosse, on a dû songer à lui frayer un passage en proportion avec son volume; et d'ailleurs quand le calcul est peu considérable, ce n'est pas à la taille hypogastrique qu'on a recours, mais bien à une des tailles périnéales.

Si l'on réfléchit aux rapports du péritoine avec la face antérieure de la vessie, on sait bientôt de quelle manière l'incision doit être prolongée; il est évident qu'en la conduisant de bas en haut, on ne pourrait manquer de léser la séreuse, et c'est là un des accidents que l'on doit pendant toute l'opération se préoccuper le plus d'éviter; ce sera donc de haut en bas qu'on devra diriger l'instrument pour agrandir la plaie. Le prolongement de cette incision, même dans ce sens, n'est pas toujours exempt de dangers, ainsi que le prouvent cinq ou six exemples d'hémorrhagies mortelles survenues à sa suite. En effet, cette incision prolongée dans ce sens, arrive nécessairement assez près du col de la vessie; et comme il se trouve dans cette région des vaisseaux d'une assez grande importance, tels que la dorsale de la verge et tout le plexus prostatique, on se rend bien compte comment, dans quelques cas, l'incision prolongée en bas a amené des accidents hémorrhagiques assez graves pour devenir une cause de mort pour l'opéré.

L'opération arrivée jusqu'au point où nous l'avons décrite, il restait l'extraction du calcul; temps pénible, difficile, douloureux quand ce calcul a atteint le volume qu'il présentait chez notre malade. Tant que la pierre ne dépasse pas deux ou trois centimètres, l'extraction ne présente pas alors de difficultés véritablement sérieuses; mais quand le corps étranger atteint des dimensions qui dépassent trois, quatre, cinq, six centimètres; comme, en définitive, on ne peut donner à l'incision qu'une étendue déterminée par la présence du péritoine qu'il est interdit d'intéresser; comme d'un autre côté, les tenettes dont on doit se servir pour extraire un calcul considérable sont de nécessité plus fortes, plus épaisses, plus volumineuses, et occupent par conséquent une place plus grande dans la plaie, il en résulte quelquefois des difficultés énormes pour attirer le calcul hors de la vessie. Et ce ne sont pas là les seuls obstacles qu'il faille surmonter pour pratiquer l'extraction des calculs volumineux. Dans la taille hypogastrique, les tractions que l'on est obligé d'exercer doivent être faites dans une direction de bas en haut, très défavorable au déploiement des forces de l'opérateur et qui ne tarde pas à le fatiguer beaucoup; de plus, à mesure que l'on tire pour amener la pierre hors de la vessie, la contraction de tous les organes environnants est portée à un degré plus élevé, ce qui ne contribue pas peu, comme on le pense, à augmenter les difficultés de l'extraction. On ne rencontre rien de semblable dans les tailles périnéales, où les tissus cèdent ordinairement avec assez de facilité. Il faut dire cependant qu'il est une ressource précieuse à laquelle on peut recourir pour aider cette extraction, nous voulons parler de l'emploi de la curette. Quand on peut parvenir à la placer convenablement en arrière, ce qui n'est pas toujours aisé, alors elle est beaucoup plus avantageuse que les tenettes en ce qu'elle tient infiniment moins de place, et que l'on peut avec elle terminer l'extraction en faisant basculer le calcul.

Telle est l'opération de la taille hypogastrique, et l'on conviendra qu'en en lisant la description, cela paraît tout d'abord assez simple; cependant une opération qui depuis plusieurs siècles a successivement été abandonnée et reprise, doit être entachée de quelque grand vice pour motiver ces délaissements. C'est qu'en effet, si ce n'est l'opération elle-même qu'on doive beaucoup redouter, ses suites sont bien faites pour inspirer de terribles craintes. Dans les tailles périnéales, la plaie occupe le point le plus déclive de la région, et, en conséquence, les urines, tous les liquides, quels qu'ils soient, sont naturellement sollicités à suivre la route tracée sans jamais séjourner au sein des tissus; mais dans la taille hypogastrique, la plaie se trouve dans un point élevé, les urines baignent des parties nombreuses, le tissu cellulaire qui se trouve là communique avec tout le tissu cellulaire du bassin; s'il vient à s'enflammer, et le séjour des liquides rend cette supposition probable, il en résultera la plus mauvaise, la plus détestable espèce d'inflammation, car personne n'ignore que les phlegmasies déterminées par la présence de l'urine sont gangréneuses et mortifient très promptement les tissus dont elles s'emparent. Et comment empêcher cet accident? On se trouve dans une des positions les plus difficiles, les plus malheureuses mêmes, celle de prévoir un accident formidable, tout en demeurant désarmé pour le prévenir. Et ce n'est pas sans raison que nous disons un accident formidable, il en est peu qui aient une valeur aussi grande; l'inflammation du tissu cellulaire pelvien dans les conditions dont nous venons de parler, arrive à peu près une fois sur six ou sept opérations de la taille hypogastrique, et il faut malheureusement ajouter que c'est par suite une mort sur six ou sept opérations que l'on aura à déplorer.

Mais que serait-ce encore, si cet accident seul mettait en question l'existence de l'opéré? L'espoir de sauver un malade sur six ou sept serait un résultat assez encourageant pour ne jamais hésiter devant cette opération; mais il est, outre l'inflammation, des maladies dont la taille hypogastrique est la cause, qui laissent bien peu d'espérance de conserver le malade quand elles viennent à se manifester. Dans ce nombre, il faut ranger la péritonite qui peut survenir de différentes manières: ainsi, une blessure du péritoine peut en être le point de départ; elle peut naître par voisinage, c'est-à-dire par propagation de l'inflammation développée dans la plaie, dans les parties voisines, qui peu à peu gagnera jusqu'à la séreuse. Et ce que nous venons de dire de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, il faut que nous le répétions de la péritonite, elle est presque constamment mortelle dans ce cas, plus encore peut-être quand elle s'est développée sous l'influence d'une infiltration urineuse. On l'observe à peu près une fois sur sept ou huit opérés, et l'on se trouve en présence de la péritonite, dans la même position que pour l'inflammation du tissu cellulaire; c'est-à-dire qu'on est réduit à faire des vœux pour que l'accident n'arrive pas, sans pouvoir rien entreprendre pour l'empêcher de survenir. Dans la taille périnéale on a au moins quelques moyens pour la prévenir et la combattre.

Si l'on ajoute aux dangers que nous signalons ceux que peuvent faire courir à l'opéré l'hémorrhagie et les blessures de l'intestin, il est aisé de se convaincre que la taille hypogastrique a tous les inconvénients de la taille périnéale sans en avoir les avantages, et l'on peut aussi se rendre raison de l'abandon dans lequel, plusieurs fois déjà on a laissé tomber cette opération. Il est une question simple et qu'on est tout naturellement porté à s'adresser après les considérations qu'on vient de lire. Pourquoi pratiquer la taille hypogastrique, puisqu'elle entraîne généralement autant de suites fâcheuses? C'est que la taille hypogastrique est la seule qui soit applicable aux gros calculs, et l'on est en quelque sorte forcé d'y avoir recours toutes les fois que la pierre dépasse une certaine dimension.

Préoccupé des dangers qu'entraîne à sa suite cette opération, plusieurs chirurgiens ont cherché les moyens de les prévenir, de manière à pouvoir généraliser la taille hypogastrique.

M. Verner proposa, en 1828, de pratiquer l'opération en deux temps, afin d'empêcher les infiltrations urineuses; il voulait que dans le premier temps on incisât les parois abdominales et qu'on cherchât à établir des adhérences au moyen d'une pince, puis l'incision de la vessie et le reste de l'opération se pratiquait dans un second temps.

M. Vidal a également proposé de pratiquer la taille hypogastrique en deux temps. Dans le premier, il coupe tous les tissus jusqu'au-devant de la vessie et du péritoine; puis, il laisse s'établir là une suppuration. Au bout d'une huitaine de jours il incise la vessie et termine l'opération. Evidemment, le but que veut atteindre M. Vidal est de faire adhérer tous les tissus jusqu'à la vessie, et de constituer ainsi une sorte de canal qui mettrait à l'abri de plusieurs des accidents consécutifs.

Cette méthode a été mise deux fois en usage, une fois, en particulier, par M. Nélaton; il est vrai que le malade a succombé; mais, néanmoins, la marche des suites de l'opération a paru confirmer la justesse de l'idée de M. Vidal. Il y a certainement dans la pensée de M. Vidal quelque chose d'excellent et qui est susceptible d'exercer la plus heureuse influence sur les suites de cette redoutable opération; car qui ne comprendra que lorsqu'on aura fait ainsi adhérer les uns aux autres tous les tissus qui se rencontrent pour arriver à la vessie, ces couches perdront la possibilité de se laisser imbiber par les liquides sortant de la plaie, imbibition dont les conséquences nous sont connues.

Cependant M. Velpeau envisage une difficulté dans le pro-

---

ou très faible contre le tænia. Sans cette précaution, il est fort probable que dans le cas suivant, où le médecin croit avoir affaire seulement à des vers ascarides, la guérison se serait long-temps encore fait attendre, et que des accidents plus graves et peut-être la mort auraient pu en être la suite.

Mademoiselle O..., âgée de vingt-sept ans, d'une forte constitution, jouissait d'une bonne santé. Le 19 septembre 1838, après souper, elle se coucha et s'endormit profondément. Vers onze heures, son père la trouva sans connaissance; sa bouche, couverte d'écume, était entraînée de côté, et la malade faisait des efforts pour vomir. Les yeux étaient hagards et la face d'un rouge foncé. On appliqua des sinapismes aux extrémités inférieures, un vomitif, une potion anti-spasmodique et un lavement d'asa-fœtida furent également administrés. Pendant toute la nuit l'intelligence fut obtuse, mais le lendemain matin mademoiselle O... était rétablie.

On apprit de la malade que pendant les quatre dernières années elle avait fréquemment rendu de petits vers; en conséquence, on prescrivit un lavement d'eau salée et une dose d'huile de ricin.

Le 28 février 1839 nouvelle attaque plus violente que la première. Le lendemain, vers dix heures du soir, l'accès se reproduisit, et cessa pendant un temps fort court pour reparaître à deux heures du matin. Les convulsions n'avaient jamais été aussi violentes, et la congestion cérébrale simulait une apoplexie. Mêmes prescriptions suivies des mêmes résultats. On fit conserver quelques-uns des vers rendus habituellement, et à leur examen on reconnut des fragments de tænia. Deux onces d'écorce de racine de grenadier bouillie dans une livre et demie d'eau; réduire aux deux tiers et prendre en trois fois. L'administration du premier verre fut suivie de coliques, et bientôt un tænia long de douze pieds et demi fut expulsé en entier par les selles. Aucun fragment ne fut rendu à la suite des autres doses, mais le surlendemain dix-huit grains de calomel provoquèrent l'expulsion de deux énormes lombrics. Depuis cette époque les attaques n'ont jamais reparu. (The London Med. Gaz., 28 septembre 1839.)

Ainsi, comme le prouve déjà le fait précédent, ce n'est pas seulement chez les enfants que l'on observe les convulsions par cause vermineuse, mais bien encore chez les adultes, circonstance qu'il est bon de noter; car l'âge des malades semblant devoir faire exclure la présence des vers, on pourrait méconnaître le véritable point de départ des accidents. Dans le cas suivant, par exemple, croyant d'abord à une inflammation du cerveau, le médecin eut recours à un traitement antiphlogistique qui fut sans succès, et on ne sait même pas si la cause première de la maladie n'eût enfin été soupçonnée, ce qu'il fût arrivé, puisque déjà les symptômes s'étaient aggravés sous l'influence d'une thérapeutique mal appliquée.

Un jeune homme de seize ans éprouvait depuis deux jours tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire violente, tels que céphalalgie frontale, douleurs dans les cuisses et la colonne vertébrale, soif, constipation opiniâtre, langue chargée, peau sèche, abdomen tuméfié et douloureux à la pression, yeux injectés et brillants, pupilles dilatées; pouls fort et accéléré, etc.

On pratiqua une saignée de vingt-quatre onces, et on prescrivit une forte dose de calomel et de jalap. Le lendemain, les symptômes étaient aggravés. Il y avait eu trois selles liquides et peu abondantes, accompagnées de ténesmes violents. A trois reprises différentes, le malade eut de légères convulsions précédées par des grincements de dents, des spasmes musculaires, de la rougeur à la face, etc. Ces symptômes firent penser que la maladie pouvait dépendre de l'irritation produite par des vers intestinaux. Dans cette vue, M. Kennedy prescrivit une once d'huile essentielle de térébenthine, mêlée à une certaine quantité de lait sucré. Quatre heures après, une nouvelle dose fut administrée de la même manière; mais on y ajouta une once d'huile de ricin. Une heure après cette seconde dose, le malade commença à éprouver de violentes tranchées, accompagnées d'étourdissements et de confusion dans les idées. Une sueur abondante se manifesta, et enfin, après beaucoup de difficultés, le malade rendit, avec une grande quantité de matières liquides et muqueuses, une masse composée de vingt-un vers lombrics morts, et d'une quantité innombrable d'ascarides. Il en rendit encore quelques-uns pendant la nuit et le lendemain matin. Tous les vers ainsi expulsés étaient morts. Tous les symptômes diminuèrent graduellement, et en quelques jours la guérison fut complète. (Archives de médecine, 1823, t. III, p. 608.)

Citons encore un fait plus remarquable.

Marie Détrille, veuve, âgée de quarante-cinq ans, fut attaquée de convulsions si vives et si extraordinaires, qu'on croyait, dans le village et aux environs, que c'était l'effet d'un sortilège. Quand elle était dans les accès, elle se roulait en beuglant, et s'accrochait avec tant de force à ce qu'elle pouvait saisir, qu'il n'était pas possible de lui arracher des mains ce qu'elle serrait. M. Sylvestre, chirurgien-major du régiment de Touraine, fut appelé, et présent à un accès furieux qui dura une demi-heure. Le calme étant revenu avec la connaissance, il demanda à la malade si elle sentait approcher les moments de ses souffrances. Elle dit qu'ils s'annonçaient par des maux de cœur, par des picotements très vifs à l'estomac; qu'elle rendait alors de l'eau fort claire, et qu'elle y sentait comme un poids remuer lorsqu'elle mangeait et buvait, et même quand elle ne faisait pas ces fonctions. Trois grains de tartre stibié, pris en deux verres, lui firent rendre, une demi-heure après, sept vers vivants: le reste du remède devint cathartique, et procura trois évacuations par bas, avec douze vers vivants, et beaucoup de velouté des intestins, imprégné de sang. Le lendemain, on passa une potion anti-vermineuse et une boisson avec la racine de fougère mâle. Quelques jours après l'usage de ces remèdes, les convulsions diminuèrent de moitié. Le cinquième jour, la malade fut purgée et rendit soixante vers morts, dont six étaient noués. Le lendemain, elle eut encore des envies de vomir qui furent secondées par le même vomitif, et elle rendit un peloton de trente-deux vers qui faillirent l'étouffer. Deux autres secousses la vidèrent encore, l'une de dix-sept et l'autre de vingt-quatre vers, et elle continua à en rendre pendant quatorze jours, de manière qu'on peut porter à environ cinq cents le nombre qu'elle en rendit ainsi; ensuite elle se porta très bien. (Ancien journal, 1770, t. XXXIV, p. 424.)

Ainsi les convulsions qui reconnaissent pour cause la présence des vers peuvent être intermittentes, comme le prouve le fait suivant:

M. Perrault a vu une fille de 22 ans, qui régulièrement depuis deux ans avait tous les jours, à une même heure, une violente convulsion qui se terminait par un vomissement de vers avec quelques eaux. M. Perrault lui en vit rendre 30; elle en rendait quelquefois davantage. Ayant remarqué que les remèdes chauds qu'elle avait pris avaient été inutiles, et ayant vu qu'en versant de l'eau froide sur ces vers il les tuait de suite, il la guérit avec de l'eau à la glace. (Journal des savans, année 1675, T. IV, p. 154.)

Enfin la mort peut être la suite de ces mêmes convulsions. Gaultier de Claubry père rapporte deux observations dans lesquelles la cause des accidents ne fut connue qu'après la mort. (Recueil périodique, T. LXIII, p. 301.) Il en fut de même dans le cas suivant dans lequel la mort fut tellement rapide qu'on n'eut le temps d'administrer aucun remède.

Une jeune fille de 8 ans, assez faible, mais ayant cependant toujours joui d'une bonne santé, éprouva tout-à-coup de violentes coliques, accompagnées de vomissements, d'évacuations alvines sanglantes, de convulsions et d'une espèce de coma. Le docteur Herz fut appelé; il trouva le ventre tendu, volumineux, douloureux, le pouls dur; pendant qu'il examinait la petite malade, il survint un accès d'horribles convulsions qui ne cessa qu'avec la vie. Il était midi, les premières douleurs avaient commencé à 5 heures du matin. Une autopsie judiciaire fut ordonnée et permit de constater la présence de 13 ascarides lombricoïdes dans l'estomac et de plusieurs centaines de ces entozoaires dans le canal intestinal, et principalement dans l'intestin grêle. Un grand nombre d'entre eux étaient enroulés en pelotons et environnés de mucosités intestinales épaisses.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, et ce que nous avons déjà noté plusieurs fois dans ce travail, c'est que l'enfant n'avait jamais rendu d'ascarides, et que la présence d'un aussi grand nombre de ces entozoaires n'avait jamais déterminé d'autres accidents que ceux qui furent si rapidement mortels. (Archives de médecine, 1838, 3e et nouv. sér., T. I, p. 480.)

cédé de M. Vidal ; il se demande si cette première plaie se prolongeant jusqu'à la vessie et devant donner lieu à une suppuration nécessaire, est elle-même exempte de dangers ; il craint que cette incision et la suppuration qu'on y détermine ne puissent être le point de départ d'un vaste phlegmon diffus, maladie sur la gravité de laquelle il n'est pas besoin d'insister. Enfin, il hésite à décider s'il n'y aura pas quelque possibilité d'infiltration par derrière les pubis. Avant de formuler nettement son opinion sur cette méthode, dont le but est certainement fort utile, il faut, dit M. Velpeau, attendre que les faits aient prononcé. D'ailleurs, M. Vidal a depuis modifié sa méthode, il divise maintenant les tissus à l'aide du caustique, et ce procédé, ainsi que l'autre, a besoin de maturité avant qu'on puisse se faire sur lui une opinion définitive.

Le malade a été reporté dans son lit après l'opération qui a été longue, le temps d'extraction ayant été fort difficile. Le pansement a été fait avec une bande de diachylon sur la partie supérieure de l'incision, une mèche dans la vessie et pendant au dehors, des gâteaux de charpie et un bandage.

Le 7 mai, le malade n'a rien éprouvé de particulier ; il s'est plaint seulement de quelques coliques, le bas-ventre était un peu gonflé, balloné ; les urines n'avaient pas suivi la mèche. Dans la nuit du 7 au 8 il y a eu des gargouillements dans le ventre sans aller à la selle cependant.

Le 8, à la visite, crainte de péritonite ou d'inflammation du tissu cellulaire pelvien ; le pouls est petit, dépressible ; il n'est pas permis de songer aux émissions sanguines ; du reste, elles ne sont pas indiquées dans les inflammations urineuses qui entraînent immédiatement la gangrène. On tiendra avec la plus grande propreté ; un lavement purgatif va être administré pour débarrasser les intestins, puis on pratiquera des onctions sur l'abdomen avec huit grammes d'onguent mercuriel, quatre fois dans la journée. En résumé, l'état du malade est loin d'être satisfaisant, sans cependant être nécessairement désespéré.

Le 9, le malade va mal ; le pouls a peu changé ; il n'y a pas eu de vomissements ; le ventre se ballonne comme dans les infiltrations ; il y a des tremblements dans les muscles ; les parois abdominales sont empâtées.

Le malade succombe le 10 à six heures du matin.

Pièces anatomiques. — Les accidents qui se sont manifestés ne furent point assez tranchés pour qu'il n'y eût pas lieu d'hésiter entre une péritonite et une infiltration urineuse qui aurait amené une phlegmasie promptement mortelle. Il y avait contre la pensée d'une péritonite, la petitesse du pouls et l'absence des vomissements. M. Velpeau soupçonna donc le dernier de ces accidents, et l'empâtement tout particulier des parois du ventre lui fit penser que la phlegmasie était plutôt sous-cutanée que sous péritonéale ; cependant la faiblesse de la réaction qu'on observa jusqu'à la mort détournait un peu de cette idée, quoique l'on sache bien que les infiltrations urineuses donnent lieu à des phlegmasies qui ne provoquent, en général, qu'une réaction modérée.

A l'ouverture du cadavre, on a trouvé le péritoine parfaitement sain ; il a été visible qu'il avait été complétement épargné par l'opération ; la plaie de la vessie ne présentait rien de particulier ; une infiltration considérable s'étendait de tout un côté dans la fosse iliaque et jusque dans le flanc, on en retrouvait entre la peau et les aponévroses et le pus s'était même frayé un passage par le canal inguinal jusque dans le sacrum ; il y en avait également au-devant des pubis.

Ce qui peut diminuer un peu les regrets que laissent un pareil résultat, c'est que cet homme présentait une désorganisation des reins tout à fait incompatible avec la vie et des calculs considérables dans ces organes qui ne lui eussent permis de vivre que fort peu de temps encore.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Jadelot.

Varioles. Quelques considérations sur les complications et le traitement.

Au n° 23 de la salle Sainte-Catherine est couchée la nommée Pétronille Delamarre, entrée le 14 mai 1843, âgée de onze ans.

Cette enfant, d'une constitution assez forte, non vaccinée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, tomba malade il y a cinq jours. Elle commença par ressentir une céphalalgie assez intense, accompagnée de fièvre violente, plus forte le soir, sans sueurs abondantes. Le lendemain, au début de la maladie, quelques nausées suivies de vomissements bilieux, verdâtres (trois ou quatre dans la journée). Il n'y eut de vomissements que ce second jour ; pas de diarrhée ni de constipation ; anorexie, soif vive ; pas de douleurs dans la région lombaire, du moins au dire de l'enfant ; sentiment de faiblesse générale ; pas d'épistaxis. Avant-hier seulement, les parents de cette enfant ont commencé à s'apercevoir de l'apparition de quelques petites vésicules acuminées sur la face, sur les avant-bras et les mains, vésicules qui sont devenues plus abondantes et plus volumineuses hier, et ont envahi le tronc et les membres inférieurs.

Voici l'état que présente la malade, le 15 mai :

Visage rouge, gonflé, présentant une grande quantité de pustules peu développées encore, mais appartenant manifestement à une irruption variolique. Le tronc et les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, sont également couverts de pustules ou de vésicules analogues, dont quelques-unes présentent déjà la dépression centrale et la forme ombiliquée. Pouls à 80, assez développé, régulier. La céphalalgie persiste ; pas d'appétit ; soif modérée ; ni nausées, ni vomissements ; ventre souple, indolent ; pas de toux. Mauve sucrée. Diète.

Le 16 mai, les pustules continuent à se développer ; la plupart sont ombiliquées, remplies d'un liquide opalin, trouble ; visage toujours gonflé, rouge. Du reste, même état.

Le 17 mai, les pustules ont pris depuis hier un développement considérable. Elles sont remplies d'un liquide jaune, trouble, purulent ; chaleur vive de la peau ; un peu de douleur de gorge, avec difficulté de la déglutition. On aperçoit quelques pustules aplaties, blanchâtres sur la muqueuse buccale et pharyngienne ; langue blanche, saburrale. Pouls à 92-96 ; ventre un peu sensible à la pression ; pas de diarrhée. Sommeil un peu agité. Mauve édulcorée ; looch blanc. Diète.

Le 19 mai, l'éruption est complète. Les pustules nombreuses, confluentes, sont remplies d'un pus épais, jaunâtre ; le visage est bouffi ; les yeux fermés par suite du gonflement des paupières ; persistance du mal de gorge ; chaleur de la peau très forte. Pouls à 96-100, développé. Insomnie ; un peu d'agitation cette nuit. Cataplasmes aux jambes ; lotions huileuses sur la face ; gargarisme. Diète.

Le 21, les pustules sont en pleine suppuration ; quelques-unes commencent même à entrer en dessication, principalement sur le visage. Pouls toujours à 96 ; le mal de gorge et la difficulté de la déglutition persistent ; moins d'agitation pendant la nuit ; un peu de sommeil ; anorexie ; soif vive. Mauve sucrée ; looch gommeux. Diète.

Le 23 mai, la dessication continue à s'opérer ; la plupart des pustules de la face sont sèches ; celles des membres commencent à s'aplatir également ; le visage toujours gonflé, les yeux fermés ; chaleur de la peau un peu plus que normale. Pouls à 88, régulier.

Le 25 mai, toutes les pustules de la face et la plus grande partie de celles du tronc et des membres sont sèches. Quelques-unes des croûtes de la face sont tombées. La gorge est plus libre, la déglutition plus facile. Pouls à 80-81, régulier, peu développé. Même traitement. Diète.

Le 30 mai, la dessication est complète partout depuis plusieurs jours, et un grand nombre de croûtes sont tombées. Il en est quelques-unes, peu nombreuses à la face, sous lesquelles existent une petite dépression rouge. Du reste, l'état de la petite malade est très satisfaisant, et depuis trois jours elle prend du bouillon.

Deuxième observation. — Au n° 13 de la même salle est entrée, le 19 avril, la nommée Eugénie Blot, âgée de treize ans.

D'une constitution assez délicate, d'un tempérament lymphatique, cette enfant est malade depuis trois jours environ. Elle ne présente aux bras aucune trace de vaccine, et ses parents n'ont pas été interrogés à ce sujet quand ils l'ont amenée à l'hôpital. Il y a trois jours, elle commença à ressentir un malaise général ; elle éprouva un sentiment de courbature, avec fièvre intense, céphalalgie. Quelques nausées sans vomissements. Pas de diarrhée. Ventre un peu douloureux. Douleur lombaire assez forte. Ce n'est que ce matin que l'on commença à s'apercevoir d'une éruption sur la face, principalement sur le front.

Etat de la malade le 20 avril. — Le visage, et surtout le front, sont parsemés de petites élevures acuminées, rouges. Le visage est un peu gonflé. La peau est chaude, sèche. Langue blanche. Pas de nausées, ni de vomissements. Pas de selles depuis trois jours. Anorexie. Soif vive. La peau de l'abdomen et des membres commence à présenter aussi des traces de l'éruption signalée plus haut. Mauve sucrée ; diète.

Le 21, l'éruption continue à se faire, mais lentement. Les vésicules, plus volumineuses, sont encore discrètes. Pouls à 84-88 ; peau chaude, sèche. Pas de larmoiement, ni de gonflement des paupières. Douleur au pharynx ; gonflement des amygdales et rougeur de la muqueuse, avec difficulté de la déglutition.

Le 22, les pustules, principalement celles de la face, sont plus volumineuses, plus larges et commencent à s'ombiliquer ; céphalalgie, inappétence. Ventre un peu sensible à la pression. Mauve sucrée ; lavement émollient ; diète.

Le 23, une partie des pustules de la face sont remplies d'un liquide trouble, presque puruleut ; elles sont toutes bien ombiliquées. L'éruption, quoique assez abondante, est bénigne. Mal de gorge. Une selle pour le lavement. Pouls à 96. *Idem.* Diète.

Le 24, toutes les pustules sont purulentes. Visage bouffi, tuméfié. Pouls à 100-104, développé. Les yeux sont fermés par suite du gonflement des paupières.

Le 28, la malade va assez bien. La dessication qui a commencé à s'opérer avant-hier, continue bien. Une grande partie des pustules de la face et quelques-unes de celles des membres sont sèches. Pouls à 96-100. L'enfant se plaint de la faim et demande à manger. Douleur de gorge moins forte. Bouillon coupé.

Le 1er mai, elle va très bien. Les croûtes du visage commencent à se détacher ; quelques-unes de celles du tronc et des membres se détachent aussi, mais peu nombreuses. Le pouls est tombé à 92, peu développé. Langue toujours blanche, saburrale. Appétit ; soif peu vive. Mauve sucrée ; 2 bouillons.

Le 5, la constipation persistant depuis quelques jours, on fait prendre à l'enfant 60 grammes de manne.

Pendant les derniers jours de sa convalescence, il lui est survenu un érysipèle phlegmoneux occupant une partie du bras droit, érysipèle qui s'accompagna d'empâtement sous l'aisselle, et fut suivi de la formation d'un petit abcès. Guérison complète le 12 mai ; l'enfant quitte l'hôpital parfaitement rétablie, et conservant seulement sur le visage des taches rouges, dont un très petit nombre seulement sont déprimées.

— Il est une remarque qu'ont déjà faite souvent les observateurs attentifs ; c'est que dans un grand nombre de cas, les symptômes précurseurs de la variole sont tels qu'ils peuvent en imposer pour l'existence d'une fièvre typhoïde commençante. Il ne se passe pas une année sans que cette erreur de diagnostic ne soit commise plusieurs fois, et cela par les plus habiles praticiens. Hâtons-nous d'ajouter que le traitement des deux maladies étant le même dans cette période, l'erreur pour la plupart du temps ne tire pas gravement à conséquence, et se dissipe forcément au bout de peu de temps, lorsque paraît l'éruption.

Les symptômes accessoires de la maladie qui peuvent contribuer à induire en erreur, sont d'abord : la céphalalgie ordinairement violente dont se plaignent la plupart des sujets malades. Cette céphalalgie dure habituellement pendant tout le temps qui précède l'éruption et pendant les premiers jours de l'éruption elle-même. La gravité de la maladie ne paraît guère influer sur l'intensité de la céphalalgie qui est toujours à peu près la même.

Les nausées, les vomissements, l'inappétence, l'état de la langue sont autant de phénomènes également communs à la variole et aux affections inflammatoires du tube digestif. Nous ne prétendons pas qu'ils se montrent toujours ; mais ils se rencontrent assez fréquemment pour que l'erreur soit facile à commettre dans un grand nombre de cas. Ces vomissements, quand ils ont lieu, sont ordinairement bilieux, verdâtres, peu abondants.

La variole est ordinairement précédée de constipation, symptôme assez fréquent, on le sait, dans certaines formes de l'affection typhoïde, dans ces formes où l'on emploie avec succès la médication purgative. Cette constipation, pour le dire en passant, persiste quelquefois encore pendant quelque temps

---

Un fait presque tout semblable avait déjà été publié par le docteur Ebermaier (Gazette médicale, 1834, p. 615). Un enfant succomba inopinément à des symptômes convulsifs ; l'autopsie en fut faite par autorité de justice. Tout fut trouvé à l'état naturel, à l'exception d'une grande quantité de vers dont la présence suffit pour expliquer la cause de la mort.

La mort n'aurait-elle pas pu encore avoir lieu chez le malade dont parle M. de La Rode (Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon, 1821, in-8°, p. 38), si le calomélas donné dans une tout autre intention n'eût produit l'expulsion de nombreux vers, et fait par là cesser la cause de tous les accidents. Un enfant de sept ans entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; pâleur générale, insensibilité presque complète ; pouls lent, faible et intermittent ; peau froide ; les yeux sont recouverts de cette concrétion albumineuse qui s'observe chez les mourants ; mouvements convulsifs fréquents (vésicatoire à la nuque, sinapisme aux extrémités inférieures, calomel à doses purgatives répétées) ; évacuations alvines abondantes ; éjection d'une énorme quantité de lombrics ; rétablissement très prompt.

Un autre effet sympathique de la présence des vers sur l'encéphale, est le développement de tous les symptômes qu'on a l'habitude de regarder comme caractéristiques de l'hydrocéphale aiguë. Bien que ces symptômes n'aient le plus souvent qu'un caractère nerveux, comme le prouvent quelques cas dans lesquels la cessation des accidents a été trop brusque pour qu'on puisse admettre une lésion organique, cependant on ne peut guère se refuser à croire que l'irritation particulière produite par les vers sur la muqueuse intestinale ou stomacale ne puisse pas tout aussi bien produire symphatiquement l'irritation et ensuite l'inflammation de la séreuse cérébrale, qu'une autre irritation de cette même muqueuse due à des écarts de régime ou à une substance vénéneuse. C'est ce que nous semble démontrer le fait suivant :

Pierre, enfant de l'hospice (de Carentan), âgé de huit ans, scrofuleux, sujet à essuyer des indigestions, a les dents cariées, l'haleine fétide habituellement, la diarrhée depuis un mois, des douleurs de coliques, et bon appétit. — Le premier jour, avant déjeuner, vomissement de matières muqueuses, puantes ; état comateux, face pâle, bouffie, traits altérés, déglutition impossible ; pouls presqu'impossible ; les irritants sont sans effets. Le deuxième jour, respiration profonde, ronflement, sueur froide, abondante à la tête et à la poitrine, râlement. Mort à dix heures du matin.

Autopsie. Sérosité très abondante dans les ventricules, adhérences du poumon droit, tubercules sans suppuration dans les deux poumons. Vingt-neuf lombrics morts, disséminés sur la masse intestinale ; onze plus ou moins près de sortir de l'estomac ; trente-cinq dans ce viscère, et dix dans l'intestin, qui paraît n'avoir été percé dans aucun endroit. (Recueil périodique, 1819, t. LXVII, p. 74.)

Quelques personnes sans doute voudront voir dans ce cas plutôt une simple coïncidence qu'une véritable corrélation entre la présence des vers et l'existence d'une inflammation des membranes du cerveau. Nous n'avons point à notre disposition un nombre de faits assez imposant pour faire passer notre conviction dans l'esprit du lecteur ; et cependant nous pensons que l'irritation nerveuse et sympathique du cerveau, produite par les vers, peut, lorsque cette cause est inconnue et reste ignorée un temps assez long, déterminer un véritable état phlegmatique du cerveau ou de la membrane. Au reste, il faut bien que cette cause de méningite ait été avouée par quelque médecin, car nous voyons quelque auteur la discuter. Ainsi M. Piet (Recherche sur la maladie connue sous les noms de méningite, arachnitis, hydrocéphale aiguë des enfants, Gazette médicale, 1837, p. 273), recherchant dans son mémoire quelles sont les causes de la méningite, dit que les vers n'ont qu'une influence douteuse sur le développement de cette maladie. Mais peut-être serait-il permis de récuser l'autorité des écrivains de Paris, car nous avons déjà dit qu'il résulte des diverses statistiques faites à l'hôpital des Enfants, et des comptes-rendus de la pratique de plusieurs médecins, que les vers se rencontrent fort rarement à Paris, même chez les enfants. De son côté, M. Cruveilhier (Dict. de méd. et de chir. prat., t. VII, 336), dit que des médecins ont attribué à des maladies puerpérales commençantes des symptômes qui ont cédé à l'évacuation de vers intestinaux. Mais peut-être que ces médecins ne se sont pas mépris, car faisant cesser la cause des accidents, ils ont dû arrêter dans sa marche une maladie qui ne faisait que débuter et qui a dû disparaître avec sa cause. C'est ce qui nous semble prouvé par le fait que relate M. Martinet (De la méningo-céphalite, thèse, Paris, 1835, n° 307, p. 51). « J'ai vu, dit-il, un enfant de quatorze ans avoir des convulsions semblables à celles qui sont produites par l'inflammation de la base du cerveau et de ses membranes. Je lui fis pendant plusieurs jours poser des sangsues et prendre des bains, sans obtenir le moindre amendement ; enfin sur la sollicitation des parens, je prescrivis un vermifuge. Six heures après trente vers furent expulsés, et mon petit malade n'eut plus aucune attaque. »

Quoi qu'il en soit, une affection vermineuse peut simuler l'hydrocéphale aiguë, et c'est là un fait passablement établi par l'expérience, et que les praticiens ne doivent jamais perdre de vue, pour ne pas insister sur une thérapeutique qui, quoique paraissant commandée par la nature apparente des accidents, ne saurait avoir un résultat favorable, puisqu'elle ne s'attaque pas à la cause même du mal, comme on le voit dans le cas suivant.

(La suite à un prochain numéro.)

après la première apparition de l'éruption.

On rencontre quelquefois, mais plutôt chez les adultes que chez les enfants, des épistaxis pendant les jours qui précèdent l'éruption. Nous n'avons point eu occasion d'en remarquer chez les deux enfants qui font le sujet des deux observations précédentes. On se rappelle encore, et il est presque inutile de le dire ici, que souvent la fièvre typhoïde à son début est précédée ou accompagnée d'épistaxis plus ou moins abondantes.

Enfin, pour en terminer avec les symptômes communs aux deux affections, variole et fièvre typhoïde, parlerons-nous de la douleur abdominale assez fréquente dans la variole, et que les malades rapportent souvent à l'ombilic et à l'épigastre. Un phénomène que l'on observe souvent dans la première période de la variole et qui lui est particulier, est une douleur dans la région lombaire, assez semblable à celle d'un lumbago, qui se fait sentir d'ordinaire dans les trois ou quatre premiers jours.

Nous ne mentionnerons ici que pour mémoire la faiblesse, le malaise, le sentiment de courbature générale, tous symptômes dont l'intensité est presque toujours en rapport avec l'intensité de la maladie ; la soif vive que l'on observe dans presque toutes les inflammations un peu violentes, enfin l'anorexie dont nous avons déjà plus haut signalé l'existence.

S'il est rare de rencontrer des rougeoles d'une certaine gravité, sans complication de bronchite, il est aussi rare de trouver des varioles pendant le développement desquelles on n'observe pas d'inflammation avec rougeur, tension et gonflement de la membrane muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx. Ce symptôme secondaire, que les auteurs ont plus particulièrement affecté à la scarlatine, nous paraît pour le moins aussi fréquent dans la variole ; mais dans la maladie qui nous occupe maintenant, il arrive très souvent que l'on constate sur cette muqueuse et sur le voile du palais la présence de petites pustules blanchâtres, aplaties, lenticulaires, tout à fait semblables, sauf de très légères modifications tenant à la différence des tissus, à celles qui se développent sur les téguments du reste du corps.

On voit, par tout ce que nous venons de dire, qu'il est des cas où l'erreur de diagnostic est facile au début et pendant la période des prodrômes de l'affection variolique. Il est peu de praticiens auxquels il ne soit pas arrivé de la commettre, et nous voyons, dans un ouvrage récent, publié sur les maladies des enfants par deux jeunes médecins distingués, deux observations de ce genre, dans lesquelles les auteurs avouent, avec une franchise digne d'éloges, s'être trompés le premier jour de cette manière, en se laissant trop dominer par l'état actuel des malades. Mais, nous le répétons, il est rare que cette erreur momentanée ait de l'influence sur la marche de l'affection, le traitement étant à peu de chose près le même dans les deux cas, qu'il s'agisse d'une variole ou d'une fièvre typhoïde commençante.

Quel est maintenant le traitement à mettre en usage contre la variole et contre ses complications? Les auteurs ont divisé le traitement de la variole en traitement prophilactique et traitement curatif. Le traitement prophylactique de cette maladie est la vaccine, dont nous n'avons point à parler ici. Quant au traitement curatif, il présente à examiner plusieurs points de la plus haute importance.

Les auteurs sont tous à peu près d'accord sur ce point, qu'une fois la variole déclarée, il ne faut point par des moyens perturbateurs quelconques, chercher à faire avorter ou à modifier l'éruption. Ces moyens, peut-être utiles chez l'adulte, sont toujours ou presque toujours nuisibles chez l'enfant. Sydenham et depuis lors tous les praticiens instruits se sont élevés avec force contre la méthode ancienne qui consistait à donner aux malades des boissons échauffantes, à les couvrir plus que de raison, dans le but de favoriser le développement des pustules et d'en augmenter le nombre. Il serait, en effet, difficile de concevoir quelle utilité on pourrait trouver à augmenter l'inflammation si violente déjà du tégument externe.

Quelques médecins, mais peu nombreux, redoutent encore d'employer, au début de la variole, une émission sanguine générale dans les cas où la sécrétion inflammatoire est très forte, et où l'on pourrait craindre des accidents du côté du cerveau. Ces craintes paraissent maintenant un peu exagérées, et l'expérience démontre d'une manière bien évidente que rarement ces émissions sanguines, prudemment pratiquées, sont nuisibles, que fréquemment elles sont suivies d'heureux résultats. Cependant il faut dire que l'on ne devrait se servir de ce moyen que chez des sujets qui auraient déjà passé la première période de l'enfance, et qui seraient d'une forte et robuste constitution. Il serait dangereux chez des enfants très jeunes ou de faible complexion.

On a vanté comme moyen abortif de la variole la cautérisation avec le nitrate d'argent, soit la cautérisation en masse, et des faits nombreux l'ont fait rejeter comme dangereuse et sans influence sur les suites de l'éruption ; soit la cautérisation de chaque pustule en particulier, et celle-ci est souvent suivie de succès quand on la pratique avec précaution et sur un certain nombre de pustules seulement. On n'emploie guère ce moyen abortif que pour empêcher les cicatrices de la face, et seulement dans des cas de variole discrète ou semi-confluente. Un moyen abortif plus commode en ce sens qu'il ne cause aucune douleur à l'enfant, et que son emploi exige beaucoup moins de précautions, c'est l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, qui, appliqué sur une partie quelconque tout à fait au début de l'éruption, empêche le développement des pustules et prévient les cicatrices qui pourraient en résulter.

Il est des cas où l'on est obligé de favoriser l'éruption des pustules lorsqu'elle est entravée par une cause quelconque. Un bain médiocrement chaud alors détermine une légère excitation de la peau qui remplit cette indication. On a même conseillé les bains de vapeur ; mais cette médication est beaucoup trop énergique pour les cas simples, et ne doit être qu'exceptionnelle. Si l'on veut accroître l'éruption sur une partie du corps seulement, c'est surtout aux membres inférieurs de l'on s'adresse, et l'on emploie les synapismes ou les pédiluves sinapisés pour remplir ce but.

Quand la variole est simple et bénigne, on doit la laisser marcher et abandonner la maladie aux seules forces de la nature, se bornant à en seconder les efforts par un régime adoucissant, des boissons gommeuses, des infusions pectorales ; l'irritation de la gorge et de la bouche exige l'emploi des gargarismes légèrement astringents, la décoction d'orge avec le miel rosat, par exemple, gargarisme qui a été mis en usage dans un des deux cas qui précèdent. Des lotions émollientes et des embrocations huileuses sur les yeux et la face entière, des cataplasmes aux membres inférieurs, la diète, le repos au lit, constituent à peu près toute la thérapeutique.

Lorsque la pharingite est extrêmement violente, on doit porter sur les amygdales et sur la muqueuse du pharynx des topiques astringents, l'alun ou le chlorure de chaux sec en petite quantité.

L'emploi des purgatifs constitue une méthode abandonnée de la plupart des médecins. Elle serait nuisible pendant la période de suppuration, à moins d'indications spéciales. Ce n'est guère qu'une fois la maladie complètement terminée et parvenue à la fin de la période de dessication, que l'on peut se permettre un léger laxatif. Nous voyons que chez un des sujets dont nous avons rapporté l'observation, 60 grammes de manne ont été administrés à la fin de la maladie. Ce n'est qu'alors que l'on peut donner les purgatifs sans craindre de déterminer la diarrhée, accident grave ordinairement dans la variole, et souvent suivi d'une diarrhée mortelle.

Les complications de la variole sont, comme nous l'avons dit, des accidents inflammatoires du côté du thorax, de l'abdomen ou du diaphragme. Les accidents de la première espèce doivent être combattus à l'aide des moyens que l'on emploie ordinairement contre eux chez des sujets qui ne présentent pas d'autres affections, soit principales, soit secondaires. Ainsi le tartre stibié, les émissions sanguines mis en usage suivant les circonstances particulières indiquées par la constitution du sujet, etc., constitueront la base du traitement.

Si la pneumonie se développait pendant le cours d'une variole anormale, d'une variole hémorrhagique, par exemple, ce ne serait plus ainsi qu'il faudrait la combattre, mais bien par les toniques.

Du côté de l'abdomen, une des complications les plus sérieuses est sans contredit celle qui consiste dans le développement d'une entéro-colite. Nous avons fait voir combien est dangereuse la diarrhée dans la variole, pour qu'il soit facile de comprendre que l'on doit à tout prix l'arrêter. Des émollients d'abord, des cataplasmes, des lavements, puis l'eau de riz pour boisson, suffiront pour les accidents de peu de gravité. Des lavements astringents seraient indiqués dans les cas où la diarrhée persisterait d'une manière inquiétante.

Nous avons indiqué plus haut les moyens propres à remédier à l'angine si fréquente chez les variolés. Nous devons faire remarquer que rarement les sangsues sont suivies d'heureux résultats. Elle n'a pas été assez grave dans les deux cas précédents pour nécessiter autre chose que l'emploi de gargarismes un peu astringents.

Quand il survient des accidents hémorrhagiques, M. Jadelot emploie quelquefois le sulfate de quinine à la dose de 0,20 ou même 0,40 par jour, et favorise l'action de ce sel par une médication tonique appropriée et analogue.

Quelques mots, avant de terminer, sur les abcès qui se rencontrent quelquefois chez les sujets atteints de variole. Cette complication, heureusement assez peu commune chez les adultes, l'est encore moins chez les enfants. Cependant nous l'avons observée chez un des deux sujets dont nous avons rapporté l'histoire. C'est ordinairement autour des articulations que se développent ces abcès, quand ils ne sont pas très profonds et qu'ils n'ont pas donné lieu à un décollement très considérable ; la cicatrisation se fait ordinairement assez vite. Il y a des auteurs en assez grand nombre qui regardent ces abcès comme de favorable augure ; la vérité est que la plupart de ceux chez lesquels ils surviennent guérissent, et même assez rapidement. On ne doit donc pas chercher à les arrêter dans leur cours, mais simplement chercher à les modérer pour les empêcher de passer certaines limites. On y parviendra par quelques applications de sangsues si l'enfant est assez fortement constitué pour le permettre. On y joindra les cataplasmes tièdes, laudanisés, fréquemment renouvelés. Les abcès devront être ouverts aussitôt que la fluctuation s'y fera sentir, et la plaie sera pansée comme un abcès ordinaire avec la charpie enduite de cérat.

NOUVELLES.

La loi sur les patentes est décidément renvoyée à la session prochaine. On doit regretter que le mouvement général qui s'était manifesté dans le corps médical n'aboutisse, pour le moment, qu'à une fin de non recevoir. Le sol politique est si mouvant, les circonstances si chanceuses, que pour une loi le renvoi à une session prochaine est souvent un atermoiement indéfini. Nous ne voudrions décourager personne ; mais, en vérité, il faut être doué d'une forte dose de patience pour trouver que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes.

— M. le ministre de la guerre vient de casser un concours qui avait eu lieu au Val-de-Grâce, et à la suite duquel un professeur d'hygiène avait été nommé dans l'un des hôpitaux d'instruction de province. Cette décision a été prise sur la protestation franche et énergique de l'un des hommes les plus honorables de notre profession. Entr'autres irrégularités, une personne s'était permis, dit-on, pendant que l'un des candidats subissait son épreuve, de faire des notes dans lesquelles elle exprimait son opinion, notes que cette personne communiquait aux autres juges. Si cela est, la décision nous paraît parfaitement juste.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 12 JUIN 1843.

Nous publions plus bas une lettre qui nous est arrivée de Montpellier, en forme de réclamation, sur une prétendue inexactitude que nous aurions commise, dans ce Journal, à l'occasion du remplacement temporaire de M. le professeur Lallemand dans son cours de clinique chirurgicale. Nous admettrions qu'il y a eu erreur (1), que nous n'en remercierions pas avec moins de vivacité notre ingénieux et spirituel rédacteur des *Causeries*, d'avoir suscité la réponse pleine d'enseignements qui nous arrive. Assurément, dans nos plus vives attaques contre les Facultés, nous n'aurions rien trouvé de plus amer et de plus incisif que ce que nous raconte l'honorable agrégé de Montpellier. Figurez-vous une Faculté qui, en l'absence d'un professeur titulaire, désigne un agrégé pour le suppléer, laquelle Faculté, qui avait pour elle la loi, les règlements, les statuts, cède à une simple injonction du recteur, lequel recteur s'incline devant... devant quoi? Cherchez tout ce que vous voudrez de plus invraisemblable et de plus absurde, vous n'arriverez pas certainement à la version donnée par notre honorable correspondant. C'est incroyable, mais cela nous est adressé par un homme digne de foi, partie intéressée dans l'affaire, et qui a dû prendre toutes ses mesures pour savoir et pour dire la vérité avant de donner à son accusation la garantie de sa signature. Bref, si la décision d'une Faculté a été annihilée, si un recteur a commis une injustice, si les convenances, la loi, les règlements ont été violés, c'est qu'ainsi l'a voulu quelqu'un qui, à Montpellier, est supérieur à la Faculté, au recteur et à la loi; et ce quelqu'un c'est *une sœur de l'hôpital*. Il paraît qu'au plus petit froncement de sourcil de ce Jupiter en cornette tout tremble et s'incline, ou bien il semble que sous le beau ciel languedocien, les vieilles traditions chevaleresques subsistent dans toute leur force, et que, comme autrefois les troubadours, aujourd'hui les porteurs de toques et de souquenilles sont esclaves des volontés charmantes d'une autocrate embéguinée.

Pour nous autres, dont le brumeux climat du nord a tant soit peu ramolli la fibre chevaleresque, la chose nous paraît singulièrement ridicule, et nous ne lui donnerions pas plus d'importance si elle ne nous fournissait une naturelle occasion d'attirer encore une fois l'attention publique sur le néant de ces institutions non moins orgueilleuses que stériles qu'on appelle si ridiculement FACULTÉS. Parce que, absorbés par les soins de vastes et importantes publications scientifiques, nous avons donné, les circonstances aidant, quelques instants de trêve à notre vieille, mais toujours vivace opposition, quelques loustics fanfarons, soldats du lendemain, ont cherché à relever notre drapeau qu'ils disaient abattu; mais leurs débiles mains n'ont pu le soutenir; et, incapables d'élever leur opposition à la hauteur d'un principe, ils n'ont su, dans leur haineuse passion, que s'acharner sur une question personnelle, sur un homme, que leur maladresse aurait sauvé du blâme qu'il méritait s'il avait pu être sauvé.

Non, assurément, nos convictions n'ont pas changé à l'endroit des corps enseignants. Si, avec vérité, nous avons pu dire :

> Et quelquefois encor d'un distique sanglant
> J'ai de la fière Ecole ecchymosé le flanc,

tout ce qui se passe aujourd'hui n'est pas fait pour nous rendre plus tolérants et moins sévères. Il l'a bien compris, le corps entier des agrégés, qui, nous jugeant incapables de vouloir jeter la déconsidération sur son zèle, son instruction, sa jeunesse pleine d'avenir, s'adresse à nous pour ses récriminations comme à son organe naturel. Nous dirons prochainement aux agrégés ce qu'ils auraient pu, ce qu'ils auraient dû faire, soit à Paris, soit à Montpellier, quand, au mépris de tous leurs droits, on les a privés du seul avantage qu'ils possèdent, celui de remplacer les professeurs absents. Aujourd'hui nous ne voulons que signaler l'état de désordre et de décadence dans lequel se trouvent ces fières corporations enseignantes, dont l'une courbe la tête sous le sceptre féminin d'une sœur de charité, et dont l'autre, déchirée par ses divisions intestines, sans volonté pour le bien, sans énergie pour résister au mal, se traîne misérablement à la remorque de la ruse et de l'adresse qui l'exploitent.

Nous verrons bien quand, pénétrant dans l'examen de ces institutions, nous attaquerons leur principe, leurs actes, leurs conséquences, leur fatale influence sur l'enseignement; nous verrons bien si tous ces criards d'opposition, qui font semblant de s'indigner contre le privilége et qui ne vivent que de privilége, feront cause commune avec nous. Nous leur demanderons ce qu'ils veulent; si c'est la sincérité dans les concours, eux qui ont donné l'exemple des plus honteuses défections; si c'est la loyauté dans la polémique, eux qui n'ont pu inventer que la calomnie et le mensonge, de quelles réformes ils veulent être les patrons, eux qui ont compromis le succès des meilleures causes par la maladresse de leur haine et le ridicule de leur emphase boursoufflée.

Nous avons méprisé, et nous mépriserons toujours comme la plus vile des choses, cette opposition mesquine et intéressée, parce que la nôtre est pure de toute ambition autre que celle du bien général. Ce que nous voulions hier, nous le voulons toujours : liberté de l'enseignement, cliniques dans toute salle d'hôpital et par tout médecin d'hôpital; renouvellement des médecins d'hôpitaux, examens probatoires confiés à un jury élu par la majorité des médecins, telle est la réforme pour laquelle, pendant quinze ans, nous avons combattu; C'est elle qui, après quinze ans, nous retrouve encore sur la brèche, et que nous ne déserterons jamais pour mendier un ruban dans une antichambre, ou solliciter à genoux quelque faveur ministérielle.

(1) M. le docteur Chrestien nous écrit, de son côté, qu'il est étranger à toute cette affaire, à laquelle il n'a pris part que par ses honorables réclamations.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Gangrène spontanée de la jambe. Tétanos foudroyant.

Une femme entrée à l'hôpital pour une gangrène spontanée de la jambe droite, a été frappée d'accidents tétaniques auxquels elle a succombé avec une extrême rapidité. Elle fut atteinte des premiers symptômes dans la soirée du dimanche 7 mai, vers onze heures du soir. Les accidents avaient atteint un très haut degré le lendemain matin; à midi elle avait succombé. La maladie a duré en tout de douze à treize heures; elle a débuté par un trismus; la contraction s'est rapidement étendue aux muscles du cou, et elle n'a pas dépassé la région postérieure et supérieure du tronc.

Voilà un cas de tétanos foudroyant dont les exemples sont très rares dans notre climat. Avant d'examiner le cadavre de cette femme, M. Bérard s'est livré à une discussion intéressante sur la valeur des lésions pathologiques du tétanos. Nous la reproduisons.

Toutes les fois qu'on voit un trouble fonctionnel, on est porté à chercher des lésions dans les organes qui sont le siége de la fonction troublée. Or, dans le tétanos, quelles sont les fonctions qui sont perverties? Ce sont celles de la motilité. Il existe bien, il est vrai, dans cette maladie, des troubles de la fonction respiratoire et de la sensibilité générale, mais ces perturbations ne sont que secondaires; le fait capital, à coup sûr, est celui de la contracture musculaire. Quels sont les organes qui desservent cette fonction? Ce sont, d'une part, les muscles; d'autre part, les nerfs, servant d'agent intermédiaire entre les muscles et les centres nerveux, et enfin ces mêmes centres nerveux. Tels sont les systèmes d'organes dont le concours d'action accomplit la fonction du mouvement. Il était naturel de rechercher dans ces trois systèmes les lésions auxquelles on peut rapporter la maladie en question. Ces recherches, en effet, n'ont pas manqué. Examinons d'abord quel en a été le résultat général, avant de voir si nous en trouverons la confirmation dans ce cas particulier.

Commençons par les centres nerveux. Que prétend-on avoir trouvé dans les centres nerveux? Du côté de l'encéphale, nous mettrons d'abord hors de cause les lobes cérébraux; les lobes cérébraux, en tant qu'organes présidant à la volonté, ne sont pas sans doute étrangers à la production du mouvement; mais comme il ne s'agit ici que de mouvements convulsifs, nécessairement et irrésistiblement soustraits à l'influence de la volonté, il est naturel de n'en point rechercher la cause ou le point de départ dans les organes de la volonté. D'un autre côté, la maladie dont il s'agit n'implique aucun trouble fonctionnel de l'intelligence. Il n'y a donc lieu de soupçonner aucune relation entre l'état des lobes cérébraux et les phénomènes tétaniques. Aussi les observateurs ont-ils, en général, dirigé leurs recherches d'un tout autre côté. On prévoit que c'est plutôt sur le bulbe rachidien qu'on a porté l'examen. On a prétendu trouver, chez les sujets qui ont succombé au tétanos, de la rougeur, du ramollissement et de l'injection dans le bulbe rachidien et dans la moelle, particulièrement dans ses faisceaux antérieurs, qui, ainsi que tout le monde le sait, président spécialement aux mouvements.

Relativement au bulbe on a fait une remarque assez spécieuse. On a dit qu'il existait constamment dans le tétanos un trouble fonctionnel de la cinquième paire de nerfs, mais des faisceaux de ce nerf qui sont dévolus aux mouvements involontaires, et qui, partant de la portion ganglionaire de ce nerf, se rendent aux mâchoires, d'où le trismus. Cette explication est ingénieuse; mais il faut voir si elle est confirmée par l'anatomie pathologique. L'opinion que je viens de rappeler a été émise et soutenue par MM. Monod, Prérat et quelques

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'Académie en déménagement. — Modèle d'éloquence académique. — Cours sur les *déceptions*. — Un argumentateur difficile. — Histoire d'un bossu. — Anecdote sur un cancer guéri. — Les libéralités du marquis d'Aligre et du gouvernement. — O'Connell, le docteur Duncan, et le chancelier d'Irlande.

Nous avons été menacés d'un grand malheur. L'Académie de médecine a failli n'avoir plus ni feu, ni lieu; cette compagnie, que les pains *Gricini*, les pois *Frigerio*, et la moutarde blanche ont rendue si célèbre, ne savait plus, il y a huit jours, où porter ses pénates, et peu s'en est fallu qu'en la voyant errante comme une âme en peine, nous n'ayons été obligés, vous et moi, d'en recueillir les débris dispersés sous notre toit hospitalier. Cependant nous en sommes quittes pour la peur; le 15 juillet prochain l'Académie transporte ses banquettes, ses fauteuils et ses cartons, y compris les huissiers, de la rue de Poitiers où elle est née, qu'elle ne quittera pas sans verser d'abondantes larmes, à la rue de Lille, où elle vivra long-temps, je l'espère, pour notre satisfaction et nos plaisirs.

Je devais commencer ces *causeries* par cette bonne nouvelle; car plus le danger a été grand, plus on rend grâce au ciel de l'avoir évité. Figurez-vous ce que nous serions devenus sans Académie! J'en ai froid seulement que d'y penser. Etre privé le mardi, de trois à cinq, de ces charmantes réunions où l'on entend un si beau langage, où l'on ne sait quoi le plus admirer, de la science profonde qui s'y fait jour par tous les pores, ou de cette magnifique éloquence qui sort de toutes les bouches. En voulez-vous un échantillon tout frais éclos? Mardi dernier il s'agissait, comme vous savez, du traitement chirurgical des anévrismes. Les plus brillants orateurs de l'endroit s'y sont fait entendre; mais aucun n'a pu, ne pourra rivaliser avec le plus célèbre de tous, M. le professeur Roux, dont j'ai été assez heureux pour saisir au vol une phrase, une seule, mais qui en vaut mille, quoiqu'elle soit la plus courte de cette oraison. La voici, je la garantis exacte, car je l'ai sténographiée :

« Je saisirai aussi cette occasion pour dire quelques mots, mais seulement quelques mots courts, succincts, rapides; car je ne veux pas abuser de l'attention bienveillante que me prête l'Académie, sur un fait qui s'est présenté à mon observation il y a peu de temps, tout récemment même, fait rare, curieux, exceptionnel, intéressant sous le double, sous le triple rapport du diagnostic, du procédé opératoire et des accidents consécutifs, sur un fait d'anévrisme de l'artère poplitée; du moins telle fut la pensée que j'eus d'abord en examinant le malade; je dirai plus bas que ma pensée première fut complètement justifiée et par l'examen ultérieur, et par l'aspect de la tumeur dont les caractères étaient clairs, évidents, palpables; circonstance heureuse qui ne se rencontre pas toujours dans les anévrismes dont le diagnostic est si souvent obscur, lent, difficile, mais qui cette fois ne présenta aucune difficulté réellement sérieuse, soit que j'examinasse les circonstances dans lesquelles la tumeur s'était produite, son invasion, soit que je me rendisse compte de son accroissement progressif, de sa situation, de ses battements, etc.; car j'abrège pour arriver rapidement au but que je me suis proposé en demandant la parole, moins sous le rapport très bien fait d'ailleurs de notre honorable collègue M. Blandin, qu'à l'occasion de ce rapport et pour exposer à l'Académie le fait dont je vais avoir l'honneur de l'entretenir, fait qui soulève de grandes, d'importantes, de magnifiques questions chirurgicales, à la solution desquelles je m'estimerais heureux de contribuer pour ma faible part. »

J'admire, sans le comprendre, comment sans le secours d'une machine à vapeur, on peut prononcer d'un trait des phrases de ce calibre.

En fait de phrases, j'en ai entendu de belles au cours sur les *déceptions*, dont la seconde séance a eu lieu vendredi dernier. Je vous assure qu'après tout ces séances sont fort amusantes, et que M. Maisonabe est un maître homme en fait d'argumentation. Vous savez à peu près de quoi il est question, et d'ailleurs un de ces jours mes co-rédacteurs des colonnes supérieures vous expliqueront la partie sérieuse de cette affaire. M. Maisonabe professe, soutient, parie qu'on n'a jamais guéri un seul bossu, et que tout ce qu'on a dit à l'encontre est erreur et déception, ce sont les termes académiques dont il se sert pour cacher une pensée beaucoup moins académique. Entre nous, sur ce point, je suis un peu de son avis, c'est-à-dire que je ne crois pas que du torse d'un bossu, mais d'un véritable bossu, on ait jamais fait le torse d'un Antinoüs. Vous savez cependant que l'orthopédie a eu de ces prétentions-là. Et à ce sujet, je ne peux me rappeler sans en rire, mais aussi sans tristesse, l'histoire d'un mien ami, homme charmant d'esprit et de cœur, qui ne put supporter avec philosophie une légère proéminence dont la nature l'avait gratifié du côté gauche. A l'annonce des premiers succès de l'orthopédie, mon pauvre ami arrive à Paris, et, contre mes conseils et ceux d'hommes fort éclairés du reste, il se met d'abord entre les mains, je pourrais dire entre les griffes de fer de l'orthopédie mécanique. Les barbares! ils l'ont tenu sept mois durant sur une machine à extension continue. Je l'ai vu dans cette affreuse position, lié comme le plus scélérat des criminels, le carcan au cou, tiraillé par la tête, par les pieds, comme un homme qu'on veut écarteler. Sa patience et son courage ne faiblirent pas un seul instant, et après sept mois de ce benin traitement, il sortit de ce lit, — ils osaient appeler cela un lit! — ayant obtenu un bénéfice immense, trois à quatre lignes de redressement. Six mois après mon pauvre ami était plus bossu que jamais. — Vint la période des ceintures de je ne sais plus quel inventeur Angevin. Mon ami accourt de nouveau de sa province et se sangle de plus belle; même succès; il retourne à ses affaires, et j'apprends trois mois après que cette proéminence obstinée lui a fait manquer un très beau mariage. — Enfin la ténotomie vint, et mon ami, séduit par ses promesses, avait déjà fixé le jour et l'heure où ses muscles dorsaux allaient se détendre sous le scalpel sous-cutané, quand, hélas! une pneumonie double enleva en six jours mon pauvre camarade, pour qui mourir fut doublement cruel, de mourir d'abord et de mourir bossu.

M. Maisonabe raconte à foison de ces histoires-là, et le plus drôle de l'affaire, de ces histoires à lui, de malades qu'il a dit, qu'il a im-

autres médecins. Tous ont dit qu'il existait, dans ce cas, une lésion du bulbe rachidien ou de la moelle ; mais il est de fait que dans un très grand nombre de cas on ne trouve aucune lésion dans ces parties. Or ces lésions sont trop faciles à constater pour supposer qu'elles aient pu être méconnues par le plus grand nombre des observateurs, et d'autre part la maladie est trop rapide pour admettre que ces lésions aient pu être effacées au moment de l'examen.

Mais supposons un instant qu'on trouve effectivement ces lésions. En acceptant les faits invoqués par les médecins que nous citions tout à l'heure, ces lésions ne pourraient être autre chose qu'une inflammation, une myellite. Mais nous savons que la myellite ordinaire produit les symptômes essentiellement différents de ceux du tétanos ; les contractures qu'éprouvent les sujets atteints de myellite, ne ressemblent en rien aux contractions tétaniques; de sorte que pour une lésion identique, on aurait deux ordres de symptômes différents, en d'autres termes des maladies différentes. On ne peut donc admettre une semblable opinion.

Dans une autre théorie le tétanos ne serait pas dû à une inflammation de la moelle, mais à celle des membranes qui l'enveloppent; telle est l'opinion de Dupuytren et de M. Lallemand. Dupuytren avait en effet rencontré des traces de méningite dans un cas de tétanos. D'après la manière de voir de ces deux chirurgiens, l'inflammation des méninges produirait une perturbation dans les fonctions de la moelle, et spécialement dans les faisceaux de la moelle correspondant à la portion de méninge enflammée, en vertu de cette théorie ingénieuse de M. Lallemand qui attribue les troubles fonctionnels, l'innervation, le délire, les convulsions, non à l'inflammation du tissu cérébral, mais à l'inflammation de ses membranes, de la même manière que l'inflammation de poitrine donne lieu aux troubles fonctionels des organes digestifs.

Cette théorie est, ainsi que je le disais, très ingénieuse ; mais si on la soumet au creuset de l'observation, elle ne résiste pas à un examen sévère. On ne trouve en réalité que très rarement des traces de méningite dans le tétanos.

Ceci nous conduit à parler de la rougeur considérée comme signe de l'inflammation chez les sujets qui sont subitement pris d'accidents tétaniques au milieu d'une santé florissante : on trouve une grande quantité de sang qui engorge et colore toutes les issus; mais l'affluence du sang et l'injection ne constituent pas à eux seuls, comme on le sait, les caractères anatomiques de l'inflammation. Or, c'est sur cette seule circonstance, à ce qu'il paraît, qu'on s'est fondé pour admettre l'existence d'une inflammation des méninges dans le tétanos.

Relativement au ramollissement, il faut tenir compte de bien des circonstances qui pourraient en imposer pour un véritable ramollissement inflammatoire ; telles sont la température, le temps qui s'est écoulé depuis l'instant de la mort, les moyens d'examen, les lésions mécaniques qu'on a pu produire en ouvrant le rachis, etc.

Ainsi, en résumé, il y a peu de faits en faveur de cette théorie de la méningite, tandis qu'un grand nombre de faits militent contre. Aussi nous croyons-nous suffisamment motivé à ne pas l'admettre.

Reste le second ordre d'organes, les organes intermédiaires aux muscles et aux centres nerveux, les nerfs. MM. Lepelletier et Dumas ont décrit une inflammation du névrilème, à laquelle quelques auteurs, notamment M. Jobert, ont rattaché l'existence du tétanos. Voyons si cette théorie a plus de valeur que la précédente. Les cas connus de névrite sont très rares ; dans les névralgies on ne trouve ordinairement aucune lésion appréciable. Je ne vois donc pas de raison plausible en faveur de cette hypothèse.

Enfin qu'a-t-on trouvé dans les muscles ? On a trouvé des lésions consécutives, des désordres qui ne sont que la conséquence de la contraction ; ce sont des déchirures, des ecchymoses ; mais point de lésion aucune qui puisse être considérée comme la cause des contractions tétaniques.

Les conclusions de tout ce qui précède sont qu'on n'a pu démontrer encore la lésion anatomique sous la dépendance de laquelle se trouve le tétanos.

L'autopsie de la femme qui a été le sujet de ces considérations est venue à l'appui de ces conclusions. On n'a pu constater, ni dans le cerveau, ni dans la moelle, ni dans les nerfs desservant les muscles qui avaient été le siége de la contracture tétanique, ni enfin dans ces derniers, aucune lésion autre qu'une légère suffusion sanguine.

— Cette malade offrait de l'intérêt sous un autre point de vue, sur lequel M. Bérard a également appelé l'attention de son auditoire. On a vu que cette femme était entrée à l'hôpital pour une gangrène spontanée de la jambe. Or, il est bon de noter à ce sujet qu'elle était d'une assez forte constitution, âgée de soixante et quelques années seulement; qu'elle n'a jamais commis d'abus, ni vécu de privations. Elle a été prise des symptômes de gangrène spontanée, improprement dite sénile, sans aucune circonstance accidentelle extérieure. Nous allons examiner, a dit M. Bérard, la marche et les diverses circonstances particulières qu'a présentées la maladie ; après quoi nous discuterons quelques-uns des points relatifs à son étiologie.

La maladie a débuté par une sorte de momification des orteils, laquelle s'est graduellement étendue au côté externe de la jambe, tandis que les autres parties du membre ont conservé leur humidité. On a, à raison de ces deux circonstances, distingué la gangrène en sèche et humide. Laissons pour le moment de côté ces dénominations, pour ne nous occuper que du point de vue étiologique. La gangrène à laquelle nous avons affaire est une de celles que l'on désigne sous le nom de spontanées, c'est-à-dire survenue sans cause externe, mais sous l'influence d'une cause interne organique. Nous ne rechercherons pas pour l'instant quelles pourraient être les causes occasionnelles de son développement, soit l'action du seigle ergoté, l'abus des alcooliques, etc. ; nous nous bornerons à rechercher les lésions anatomiques du système vasculaire qui se lient à l'existence de la gangrène dite spontanée. Nous aurions à examiner sous ce rapport ce qui est relatif au système lymphatique et au système vasculaire sanguin, mais il n'a été fait jusqu'à présent aucune observation importante en ce qui touche le système lymphatique; nous nous bornerons donc à rappeler les données que la science possède sur l'état du système sanguin :

1° *Le cœur*. Est-ce dans le cœur que gît l'altération organique qui cause ordinairement la gangrène? Non. On a bien rapporté quelques cas de gangrène avec lésion organique du cœur, mais ce n'étaient point là de véritables gangrènes spontanées; voici, dans ces cas, comment la gangrène s'était produite : l'affection du cœur avait donné lieu à un œdème, à une infiltration plus ou moins étendue qui avait nécessité l'usage des frictions excitantes et des scarifications, et donné lieu à des érysipèles terminés par gangrène. On ne peut donner à cette lésion le nom de gangrène spontanée, et la considérer comme une conséquence directe et immédiate de la maladie du cœur. D'un autre côté, une maladie du cœur qui serait assez complète pour donner lieu à la gangrène spontanée, devrait produire une gangrène générale et non une gangrène locale; car il n'y aurait aucune raison pour que celle-ci occupât plutôt un point qu'un autre. On ne peut donc admettre que la gangrène spontanée puisse être le résultat d'une altération organique du cœur.

2° *Artères*. — Les lésions des artères sont les causes les plus fréquentes de cette espèce de gangrène ; ce sont tantôt des concrétions, des dépôts de matières anormales, quelquefois des matières artéromateuses ; le plus ordinairement des concrétions calcaires et des ossifications des artères. Quoi qu'il en soit, les petites artères peuvent être tellement obstruées par ces concrétions que le sang ne peut plus traverser leur calibre et qu'elles cessent de fonctionner. Non seulement l'ossification peut produire la gangrène en oblitérant consécutivement les gros vaisseaux et en paralysant la circulation, mais encore aussi en soulevant et détachant la membrane interne des artères, qui devient ainsi elle-même un nouvel obstacle à la circulation.

Chez quelques individus l'inflammation circonscrite d'un des points d'une artère a pour effet la coagulation du sang et la sécrétion d'un fluide plastique qui tend à faire adhérer ses parois. Cette coagulation d'une part, d'autre part cette sécrétion plastique ont nécessairement pour effet d'oblitérer le calibre de l'artère. Aussi l'artérite est-elle une cause réelle de gangrène. Les symptômes viennent encore à l'appui de cette manière de voir. Quels sont les symptômes de la gangrène spontanée ? Ce sont une douleur sur le trajet de l'artère et la momification des tissus ou gangrène sèche. Ces symptômes ont eu lieu chez notre malade.

Capillaires. — On ne connaît pas bien les changements qui se passent dans les capillaires ; cependant Delpech et M. Dubreuil ont admis une lésion des capillaires dans la gangrène ; mais cette lésion n'est nullement démontrée, elle est admise par ces auteurs comme une théorie qui ne repose sur aucun fait constaté. Aussi, sans rejeter formellement cette idée, devons-nous passer outre dans l'impossibilité où nous sommes d'en examiner la valeur.

Veines. — Un obstacle au cours du sang veineux peut-il entraîner la gangrène ? Je répondrai affirmativement ; mais j'ajouterai en même temps que cette circonstance ne s'est présentée que très rarement. Sans doute on pourrait objecter que dans les phlébites, par exemple, il reste des voies de dérivation assez nombreuses pour rétablir la circulation veineuse. Cependant on a vu des cas dans lesquels cette circulation s'est trouvée assez obstruée par le seul fait de l'inflammation de l'une des veines principales d'un membre, pour produire la gangrène. Dans ce cas la gangrène est humide ; les fluides séreux séjournent dans les parties frappées de mort, d'où la forme humide. Godin a prouvé l'existence de la gangrène par les veines, notamment dans un cas où existaient à la fois les deux formes combinées, celle de la gangrène sèche et de la gangrène humide ; cette dernière était plus récente. Il a trouvé dans ce cas les deux ordres de lésions correspondant à ces deux formes, une artérite primitive et une phlébite consécutive et d'une origine par conséquent plus récente.

Les choses se sont passées à peu près de la manière que nous venons d'indiquer chez la femme qui fait le sujet de ces considérations.

L'examen cadavérique a révélé, en ce qui concerne la gangrène, des traces manifestes d'inflammation dans l'artère tibiale postérieure. Sa membrane interne était épaissie, ses parois adhérentes en plusieurs points et son calibre considérablement rétréci dans une grande étendue et complétement oblitéré en quelques points.

HOSPICE DES INCURABLES (Hommes). — M. DUPLAY.

Hémorrhagie méningée. Ramollissement du cerveau.

Le 1er mars 1843, le nommé C..., âgé de soixante-seize ans, tomba frappé comme d'un coup de foudre, privé subitement de toute intelligence, de tout sentiment et de tout mouvement ; la respiration est stertoreuse ; il ne voit plus, il n'entend plus ; il ne sent plus lorsqu'on le pince, et ne fait que de légers mouvements convulsifs avec le bras gauche ; le droit est complétement paralysé.

On ouvre la veine médiane basilique, et à mesure que le sang coule, la respiration devient moins embarrassée. Immédiatement après la saignée le malade répond assez nettement à quelques questions qui lui sont adressées, et distingue les objets qui l'environnent. Le soir il est beaucoup mieux encore; il voit, il entend, il parle, et commence à remuer les membres qui étaient paralysés. Il n'y a pas eu déviation de la bouche. On lui donne de la limonade pour boisson ; un bain de pieds sinapisé ; le lendemain un bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 7, il quitte l'infirmerie dans un état satisfaisant.

Le 14, il y rentre pour des accidents de nouvelle nature.

La sensibilité et le mouvement sont détruits dans tout le côté droit du corps. Si on le pince aux membres gauches, il s'empresse de les retirer, ce qui n'arrive pas quand on pince ceux du côté droit. L'intelligence est anéantie, ainsi que la mémoire et la parole. Le malade est plongé dans un coma profond ; il n'entend pas, il ne voit pas. Cependant, si on approche une lumière des yeux, les pupilles se resserrent. Le goût et l'odorat ont perdu beaucoup de leur sensibilité; la face est pâle; la bouche n'est pas déviée ; les lèvres et les dents sont

---

désarçonner ; en effet, il ne veut qu'on lui oppose ni des faits, ni des autorités. — Monsieur, lui dit-on, vous niez qu'on puisse guérir telle difformité ; voici des faits qui prouvent le contraire. — Où sont-ils vos faits, répond-il ? Dans les livres? dans les journaux ? Je n'en veux pas. Amenez-moi ici, devant cet auditoire, un bossu ; qu'on puisse constater, apprécier, mesurer sa bosse ; et puis présentez-le après le traitement, s'il est guéri je vous donne un prix de mille francs. — Mais cependant, insiste-t-on, messieurs tels et tels ont publié leurs observations probantes. — Ne me parlez pas de noms, ni d'autorités, je les répudie en masse; je veux un fait, un seul fait que je puisse voir et constater... Et à propos de noms, il raconte histoires sur histoires et, entre autres, celle-ci dont j'ai fait mon profit.

On venait de citer le nom d'un praticien éminent renversé par la révolution de juillet, de la double chaire qu'il occupait dans l'enseignement de la médecine. — Que dites-vous là, répondit M. Maisonabe, et quel nom invoquez-vous?... Pendant mon agrégation, j'argumentais une thèse sur la guérison du cancer par une méthode inventée par le médecin dont vous parlez. Un fait surtout, par la gravité des symptômes et la nature de l'altération, me paraissait extraordinaire, et je demandai avec instance au candidat si ce fait de guérison était bien réel. Le médecin en question présidait la thèse, et répondit avec assurance que la guérison était certaine. Cette affirmation ne me contenta pas ; j'allai aux renseignements, et j'appris que le malade était en effet guéri de tous ses maux, il était mort.

Pour mon compte, je ne crois pas un mot de cette histoire que je fais figurer au nombre des erreurs et des déceptions dont il est tant parlé dans ce cours amusant. La troisième séance aura lieu vendredi ; les portes seront ouvertes à tout venant et surtout *aux mères de famille*, a ajouté le professeur.

L'article sur les générosités princières de M. le marquis d'Aligre a inspiré de tristes réflexions à un de nos confrères des départements, qui met en parallèle les libéralités d'un particulier avec la lésinerie de l'autorité dont il a été victime dans une occasion où sa conduite fut pleine de dévouement et d'humanité. La suette ravageait plusieurs de nos départements méridionaux. Sur la prière du préfet, notre confrère quitte sa famille, ses affaires, sa clientelle et pendant dix-sept jours erre de village en village, portant les secours de son art aux malheureux atteints par le fléau. Il y use, il y perd son cheval qui coûtait mille francs. Ses frais de route, ses dépenses dans les hôtels et auberges s'élevaient à une somme considérable. Savez-vous ce que le préfet lui a alloué, non pas comme honoraires, notre confrère n'avait rien demandé, mais comme indemnité de ses dépenses? la somme de 105 fr., et une lettre de remerciements, et non pas directe encore, une lettre transmise au sous-préfet, qui la transmit au maire, lequel la communiqua à notre confrère.

Voici quelque chose de plus gai, c'est une anecdote que j'emprunte à O'Connell, et dont le grand agitateur vient d'égayer une de ses harangues dans les meetings pour le rappel de l'union. Le chancelier actuel d'Irlande, lord Sugden, en est le héros.

« Notre chancelier, a dit O'Connell, a la manie de vouloir tout inspecter par lui-même. Il s'était entendu avec l'attorney-général et le médecin en chef des hospices, pour faire une visite imprévue à la maison des aliénés de Dublin, tenue par le docteur Duncan.

» Le hasard voulut que le maître de l'établissement attendit ce jour-là un malade d'une très bonne famille, dont la monomanie consistait à se croire investi des plus hautes fonctions dans la magistrature ou dans l'état, mais qui sur tout le reste était assez raisonnable. On avait recommandé au docteur la plus grande circonspection dans l'accueil qu'il devait faire à son nouveau commensal. En voyant descendre de voiture lord Sugden et le médecin en chef, et surtout à sa mine, il ne douta pas que ce ne fût le maniaque qui lui était annoncé. Il fit séparer adroitement lord Sugden du docteur, et le reçut seul dans une salle où les infirmiers étaient tout prêts à lui donner main-forte au besoin.

« Est-ce que M. l'attorney-général n'est pas encore arrivé? demanda le chancelier. M. Duncan, qui n'attendait ni l'un ni l'autre, répondit : — Il va bientôt venir. — Il est bien étonnant, dit en souriant lord Sugden, que M. l'attorney-général ne se trouve pas au rendez-vous le premier; c'est donc moi qui vais l'attendre dans le jardin. — Vous ne pouvez pas sortir d'ici, reprit le docteur. — Pourquoi donc cela? — Je vous expliquerai plus tard mes raisons. — Mais, monsieur, vous le prenez sur un ton fort étrange, sachez donc que je suis le chancelier !..

» — Le chancelier, répliqua M. Duncan, j'en étais sûr ; nous avons déjà quatre ou cinq chanceliers d'Angleterre et d'Irlande ; ce sont de bons enfants, vous ferez connaissance avec eux. »

» Ce jeu de propos interrompus aurait duré encore longtemps sans l'entrée du médecin en chef qui dit : Mylord, M. l'attorney-général vient d'arriver. Nous pouvons commencer notre inspection.

» Le docteur Duncan, tout confus de la méprise, prodigua des excuses que lord Sugden fit semblant d'agréer, rancune tenante. »

NOUVELLES.

Tout le monde se rappelle que, le 3 mai dernier, on eut à déplorer une cruelle catastrophe arrivée sur le chemin de fer de Liége à Bruxelles. Le convoi prit feu; cinq voyageurs furent tués, et plusieurs grièvement blessés. M. de Lavacherie, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Liége, était sur le convoi. Le zèle, le talent, et surtout le sang-froid qu'il a déployés dans cette triste circonstance, lui ont valu, par arrêté royal du 7 mai, et sur la proposition de M. le ministre Deschamps, la décoration de l'ordre Léopold.

(*Ann. méd. belge.*)

— Un arrêté du roi des Belges a nommé M. Sichel chevalier de l'ordre de Léopold.

— Par ordonnance royale, en date du 28 mai, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel de l'Académie de médecine, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Metaxa, médecin distingué de Rome, rédacteur des Annales médico-chirurgicales de cette ville, vient d'y succomber.

sèches ; la langue est rugueuse ; il y a déjection involontaire des matières alvines ; les urines s'échappent à l'insu du malade ; la respiration est gênée ; le pouls est un peu plus fort que de coutume, et donne 80 pulsations par minute. Saignée de 400 grammes. Les accidents persistent.

Le lendemain, on lui donne une bouteille d'eau de Sedlitz, et il reste encore dans le même état.

Le jour suivant, on ne peut lui faire avaler le peu de tisane qu'on lui met dans la bouche ; la respiration est de plus en plus stertoreuse, et les accidents vont toujours en croissant. Enfin il meurt le 19, à huit heures du soir.

Autopsie. — On trouve les traces d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, entre le lobe moyen et le lobe antérieur de l'hémisphère gauche ; la substance cérébrale n'est pas détruite pour former le foyer, mais elle est comprimée. Le sang a dû se répandre dans les méninges, et comprimer le cerveau en le repoussant à mesure qu'il s'amassait. Le foyer est assez grand pour loger une noix ; il est elliptique, un peu aplati et ne contient que très peu de sang. Le cerveau, retiré de sa cavité osseuse, ne reprend pas sa forme primitive, et, comme nous l'avons dit tout à l'heure, le foyer ne s'efface aucunement.

Ce n'est pas tout : en incisant l'hémisphère gauche du cerveau, on trouve un ramollissement très considérable qui occupe les couches optiques et envahit un peu la substance grise au-dessus de ces mêmes parties. La partie ramollie peut égaler le volume d'un œuf de poule.

Quant à l'hémisphère droit, il est parfaitement sain ; du moins on n'y rencontre aucun produit morbide. Les ventricules ne contiennent pas plus de sérosité qu'à l'état normal.

Réflexions. — Il est évident que le malade fut atteint successivement de deux maladies bien distinctes : l'une, qui avait disparu facilement sous l'influence des émissions sanguines, et que nous avions prise pour une congestion cérébrale, était une apoplexie méningée, comme l'anatomie pathologique nous le fit voir ; l'autre, un ramollissement non inflammatoire de l'hémisphère gauche du cerveau, ramollissement qui s'était peut-être développé sous l'influence de la maladie qui avait frappé cet infortuné quelques jours auparavant, et dont il paraissait bien guéri.

Au premier abord, on serait tenté de prendre ces deux maladies pour les deux périodes du ramollissement ; mais si, d'une part, on remarque la rapidité avec laquelle les premiers accidents ont disparu sous l'influence des émissions sanguines, d'une autre part le temps qui s'est écoulé entre les accidents des deux ordres, et, en troisième lieu, l'existence d'un foyer apoplectique récent, on sera bien plus porté à admettre avec nous qu'il s'agit ici d'un ramollissement du cerveau, à la formation duquel aura pu contribuer l'épanchement du sang dont nous avons parlé.

Plaie de tête. Division de l'artère temporale.

Le 11 mars 1843, nous recevons à l'infirmerie un homme âgé de 72 ans. Il venait de tomber sur l'angle d'un mur et de se faire une petite plaie à la tête par laquelle s'échappe un jet de sang. C'est en vain que la sœur de la salle avait essayé d'arrêter l'hémorrhagie avant notre arrivée ; elle avait inutilement recouvert la plaie avec de la charpie et des compresses, le sang coulait toujours quand nous avons vu le malade, un quart d'heure après l'accident. Nous faisons enlever la charpie : aussitôt un jet de sang rouge, de la grosseur d'une plume de corbeau, s'échappe de la plaie par saccade et décrit des arcs de cercles de diverses grandeurs en rapport avec les pulsations artérielles. En comprimant l'artère temporale un peu en avant du conduit auditif externe, le sang cesse de couler. Dès lors, on établit sur ce point une compression permanente au moyen d'une compresse pliée en 16 et de plusieurs tours de bande convenablement serrés ; quand l'hémorrhagie est complétement arrêtée, on lave la plaie, on rase les cheveux qui se trouvent dans le voisinage, et on peut voir une petite incision de 2 centimètres de diamètre, située dans le cuir chevelu à 6 centimètres de l'arcade zygomatique, sur le trajet de l'artère temporale. On couvre la plaie de charpie enduite de cérat d'une compresse ployée en quatre ; on fixe le tout par quelques tours de bande ; on donne un bain de pieds sinapisé, de la limonade pour boissons et des bouillons pour tout aliment.

Le lendemain, la plaie n'a pas donné de sang ; le malade est très-faible ; on lui donne à manger.

Le troisième jour, il est très bien ; la compression, qui avait été établie sur le trajet de l'artère, s'est dérangée pendant la nuit ; la plaie n'a pas donné de sang, on ne rétablit pas la compression.

Le quatrième jour, il retourne dans sa salle ; la plaie de tête est presque entièrement cicatrisée.

A. Trifet, interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 mai 1843. — Présidence de M. Cornac.

A propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. *Adorne* dit qu'il est difficile d'attacher beaucoup d'importance aux observations faites en Afrique sur l'emploi du sulfate de quinine, à cause des falsifications nombreuses dont ce médicament est l'objet. — Ce procès-verbal est adopté.

Correspondance. — Elle comprend : 1° Un numéro de la Clinique vétérinaire de M. Leblanc (mai 1843).

2° Le discours d'ouverture du Cours de pathologie et de thérapeutique générales, professé à l'école de Bordeaux par M. le docteur Bonnet.

3° La thèse inaugurale de M. le docteur Demersay. Il demande le titre de membre résidant. (Commissaires : MM. Piedagnel, Giraldès et Cherest.)

4° Une lettre de M. le docteur Rampon, contenant une observation d'amaurose double guérie par l'usage de la pommade au proto-iodure de mercure. L'amaurose était survenue à la suite d'une ophthalmie violente, qui avait persisté malgré l'emploi des moyens dirigés par les mains les plus habiles. M. Rampon, croyant convenable d'attaquer d'abord l'inflammation, fit usage de pommades dans lesquelles la proportion de sel mercuriel fut portée jusqu'à 35 centigrammes par gramme d'axonge. Au bout de cinq semaines, l'ophthalmie était dissipée et la vue rétablie.

En second lieo, l'auteur annonce la guérison d'une malade présentée à la Société le 4 janvier, par M. Chailly, et atteinte d'une kératite scrofuleuse très intense, vainement traitée par les moyens habituellement en usage.

5° Une lettre de M. le docteur Desmarres, dans laquelle ce médecin se plaint d'imputations calomnieuses dont il aurait été l'objet de la part de membres de la Société. En outre, il renouvelle la demande adressée par lui le 4 janvier, d'être autorisé à faire une lecture.

6° Une lettre de M. le docteur Sichel, qui se porte garant de la moralité de M. Desmarres.

La Société n'étant pas solidaire des opinions individuelles de ses membres, et s'en référant au procès verbal de la séance du 4 janvier, lu et adopté en la séance du 18, ainsi conçu en ce qnt regarde M. Desmarres :

« La correspondance comprend... 3° une lettre de M. le docteur Desmarres, exprimant les mêmes désirs. (Etre autorisé à une lecture et devenir membre de la Société. Cette demande n'étant pas accompagnée de renseignements suffisants, on passe à l'ordre du jour. »

Décide qu'il sera envoyé à M. Desmarres un extrait du procès-verbal du 4 janvier, et qu'il sera autorisé à faire sa lecture.

Rapport. Elections. — *M. Cherest* lit un rapport sur un manuscrit envoyé par M. Debourge, qui sollicite le titre de membre correspondant.

« Ce n'est pas, dit-il, un mémoire que l'auteur adresse à la Société, c'est un recueil d'observations et de notes dans lesquelles il y a des matériaux utiles pour des monographies plus complètes. Plusieurs fois déjà nous avons reçu de travaux semblables, et je me joins avec plaisir à ceux d'entre nous qui, rapporteurs des diverses commissions, ont fait ici l'éloge de ces hommes qui, quoique éloignés des centres scientifiques, rassemblent avec soin tous les faits dignes d'intérêt que fournit leur pratique.

Dans l'impossibilité d'entretenir la Société en quelques minutes de plus d'une vingtaine de sujets de médecine, de chirurgie, obstétrique et matière médicale, M. Cherest se contente de citer les principaux faits.

M. Debourge, ayant eu occasion d'assister à plusieurs épidémies de variole, apporte de nouveaux arguments en faveur des vaccinations répétées. Le rapporteur passe rapidement sur ce sujet, la Société s'étant déjà occupée l'année dernière à plusieurs reprises de cette question.

M. Debourge ayant expérimenté le cowpox et le vaccin, est arrivé à un résultat assez curieux. Il inocula à la fois à plusieurs enfants, à l'un des bras le cowpox, à l'autre le virus vaccin, et ce ne furent que les piqures faites avec la lancette chargée de vaccin qui donnèrent lieu au développement de pustules. « Cependant, dit-il, il ne pouvait y avoir de doute sur la maladie des animaux ; car deux femmes occupées à les soigner portaient aux mains des pustules caractéristiques, et un examen microscopique des deux liquides avait démontré leur identité de nature. »

Je laisse de côté, dit le rapporteur, les considérations physiologiques auxquelles cette remarque peut donner lieu ; mais ne semble-t-il pas, si cette observation était contrôlée par un grand nombre d'expériences, que le cowpox ainsi devenu d'une absorption plus facile, après avoir passé par la circulation humaine, y ait subi une influence puissante d'assimilation.

M. Debourge passe alors à des faits plus pratiques, c'est l'observation de deux dames qui, malgré toutes les précautions possibles n'avaient jamais pu mener à terme une grossesse, et cela sans que rien n'eût démontré la cause de ces avortements. Ayant eu occasion de suivre pas à pas la marche d'une de ces grossesses et sa terminaison prématurée à huit mois, il crut reconnaître que la quantité énorme du liquide amniotique et la ténuité et l'ampleur excessive des membranes étaient la cause de ces nombreux accidents. En conséquence il s'appliqua à diminuer la quantité des liquides en circulation par la saignée, la privation des boissons et des aliments liquides, l'usage des durétiques, et il fut assez heureux pour conduire la grossesse à terme. Cette fois la quantité de liquide amniotique était normale. Deux fois cette même médication lui donna le même résultat.

Ces faits montrent surtout le parti que l'on peut tirer de l'abstinence des boissons dans des cas pareils. — « C'est, au reste, je crois, Messieurs, ajoute M. Cherest, un point de thérapeutique qui est en général trop légèrement examiné. Dans presque toutes les maladies, la prescription des boissons est une chose banale ; et dans combien de circonstances ne serait-il pas utile d'en faire prendre au malade une dose énorme ? dans combien d'autres ne tirerions-nous pas un parti très grand de leur privation absolue, ou presque absolue ? Les quelques tentatives qui jusqu'ici ont été faites dans l'un et dans l'autre sens n'ont pas été suffisamment suivies. La physiologie est très riche de faits ; mais il est malheureusement incontestable que la thérapeutique est loin d'en avoir tiré tout le parti possible.

Puis M. Debourge cherchant à contrôler certaines découvertes thérapeutiques, cite, entre autres, les essais multipliés qu'il a faits pour constater la vertu préservative de la belladone dans une épidémie de scarlatine, et les résultats négatifs auxquels il est arrivé.

Le rapporteur s'étonne encore du vague dans lequel la thérapeutique reste sur la valeur d'une foule de médicaments, et se demande à quoi s'arrêter lorsque des hommes comme Joseph Fraok, Lehmann, Wagner, etc., contredisent et rejettent entièrement les résultats favorables auxquels sont arrivés Hufeland, Zench, Gumpert, Martini, Hilenkamp, etc.

Suivant l'auteur, l'infusion de café a plusieurs fois guéri des fièvres intermittentes rebelles au sulfate de quinine ; il possède aussi deux cas de guérison d'épilepsie par le cyanure de fer.

Il rapporte ensuite des cas nombreux de narcotisme et d'empoisonnement par l'administration de très petites doses d'opium, faits qui, sans être nouveaux, sont utiles à connaître, car leur souvenir maintient en éveil la circonspection et la prudence du praticien ; aussi M. Cherest y joint quelques exemples observés par lui et par M. le docteur Despaulx Ader ; il insiste particulièrement sur le fait suivant, car tout le monde ne croit pas également à l'action des préparations opiacées en contact avec la peau couverte de l'épiderme.— Madame B., âgée de vingt-huit ans, brune et d'une assez bonne constitution, était depuis quelque temps affectée de gastralgie : on appliqua à l'épigastre un emplâtre de poix de Bourgogne, sur lequel on avait étendu un gramme d'extrait gommeux d'opium. Au bout de huit heures, cette dame était dans un narcotisme très inquiétant.

M. Debourge termine son intéressant recueil d'observations par un cas de calcul des fosses nasales. Un sexagénaire reçoit un coup de pied de cheval sur le nez. Il éprouve pendant très long-temps dans la fosse nasale droite des douleurs vives suivies de coryza. Au bout de deux ans cette partie se tuméfie, et la respiration reste impossible. L'examen fait découvrir à une grande hauteur un corps étranger, immobile, et de dureté pierreuse. Après son extraction, tous les accidents cessent. C'était un calcul très dur, à surface mamelonée, d'un gris brunâtre, ovoïde, de 14 millimètres de long sur 9 de large. La scie rencontra un noyau très dur, qui paraît être un petit morceau de caillou, autour duquel est déposé la matière calculeuse.

Le rapporteur, après avoir rappelé à la Société les mémoires que M. Debourge lui a précédemment communiqués, propose d'adresser à leur auteur le diplôme de membre correspondant.

A propos des expériences sur le cowpox, *M. Gillette* fait observer que les vaches sont sujettes à une espèce de varioloïde dont l'inoculation ne fournit pas de résultats ; et que peut-être M. Debourge a rencontré un de ces cas.

Au sujet de la prophylaxie de la scarlatine par la belladone, *M. Caffe* s'étonne des résultats indiqués dans le rapport ; résultats diamétralement opposés à ceux qu'a obtenus M. Riecher, médecin du roi des Belges. Il ajoute que traitant récemment un enfant affecté de scarlatine, il soumit ses frères à l'usage de la belladone, et qu'ils n'en furent pas atteints.

M. Cherest répond que les faits ci-dessus mentionnés par lui paraissent mériter toute confiance. M. Debourge exerçant la médecine dans une campagne, était bien plus à même que les praticiens des grandes villes d'observer dans son ensemble et dans ses détails une épidémie.

M. Gillette est d'avis qu'il faut se garder de tirer des inductions générales d'observations trop peu nombreuses. Contrairement au fait cité par M. Caffe, il rapporte qu'étant médecin d'une pension contenant dix-huit à vingt élèves, il vit en huit jours quatre enfants y être pris de la scarlatine. Il ne soumit les autres à aucun traitement préventif, et cependant ils ne devinrent pas malades.

M. Debourge est nommé membre correspondant de la Société.

Communication : M. Chailly présente un fœtus anencéphale d'un volume considérable, engendré par une primipare de quarante-trois ans, dont le bassin est rétréci, et extrait au moyen du céphalotribe.

Ce fœtus paraît appartenir à l'espèce des monstres désignés par M. J. Geoffroy-Saint-Hilaire, sous le nom de pseudencéphaliens et au deuxième genre (thlispsencéphale), monstruosité la plus commune de celles qui atteignent l'encéphale.

La voûte crânienne manque en partie seulement. Au moment où l'encéphale a été atteint par la maladie qui l'a détruit, il y a eu, suivant M. Chailly, destruction d'une partie de cette voûte, les pariétaux, le frontal et l'occipital, déjà assez développés, sont pour ainsi dire revenus sur eux-mêmes, et se sont épaissis ainsi que la base du crâne. Le cuir chevelu a aussi été détruit dans le même point que les os. La masse encéphalique n'existe plus, et ses différentes parties sont remplacées par une substance molle, fibreuse, revêtue par une membrane résistante. Cette tumeur est divisée en plusieurs lobes, et comme composée d'une série de sinus gorgés de sang, et de diverses cavités plus ou moins considérables, laissant écouler un liquide séro-sanguinolent. Les cloisons fibro-celluleuses sont toutes fortement adhérentes à la membrane externe de la tumeur, membrane qui se continue aussi sur le périoste de la base du crâne, et se perd insensiblement sur le pourtour de cette base dans le cuir chevelu. Dans ce point, la peau présente l'apparence qu'elle a sur les bords d'une cicatrice.

Pourquoi est constituée cette masse fibro-celluleuse, si ce n'est par les vaisseaux crâniens et la pie-mère, lesquels après que la substance cérébrale se serait atrophiée, auraient acquis un développement considérable. Telle est, au reste, l'opinion de Mr J. Geoffroy-Saint-Hilaire, et la pièce présentée par M. Chailly vient de tout point la confirmer. Il y a près d'un siècle, Morgagni a inséré dans sa vingtième lettre la description d'un monstre anencéphalien semblable à celui-ci.

Les nerfs prenant leur origine dans le crâne ou dans le bulbe, semblent réduits à leur enveloppe et à une substance intérieure rougeâtre, comme le reste de la tumeur encéphalique. Deux seulement paraissent avoir conservé leur composition normale. Ce sont les branches frontales de l'ophthalmique.

M. Chailly est porté à croire que cette monstruosité a été produite par une hydrocéphalie, comme le pensait Béclard.

M. Giraldès ne partage pas cette dernière opinion. Les produits, comme celui qui remplit la cavité crânienne, mis sous les yeux de la Société, n'arrivent jamais, dit-il, à la suite d'hydrocéphalie. Déjà décrits par Bartholin, ils tiennent à une maladie de l'arachnoïde, empêchant l'ossification de la voûte. C'est quelque chose de fongueux semblable à toutes les autres tumeurs sanguines, en quelque région qu'elles se trouvent.

La séance est levée à dix heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de l'hydrochlore dans le traitement de plusieurs maladies ; par M. le docteur D'Alquen.

C'est dans le but de répandre davantage l'application de cet agent médicamenteux, si utile et néanmoins si peu usité, que l'auteur publie les considérations suivantes.

L'hydrochlore agit comme tonique, car il excite tout le système nerveux ; néanmoins, il se distingue des autres moyens toniques en ce qu'il modère l'action excessive du système vasculaire, et c'est pour ce motif qu'il peut être considéré comme un antiphlogistique excellent, bien qu'il ne possède pas les propriétés débilitantes et relâchantes qui caractérisent les autres agents de la médication antiphlogistique : aussi, en raison de cette double manière d'agir, mérite-t-il d'être employé plus fréquemment que tout autre moyen. En outre, il est remarquable par son action sur les organes de la vie végétative, notamment sur les systèmes lymphatique et glandulaire dont il ramène à l'état normal les sécrétions excessives. Enfin, il doit être placé en première ligne parmi les antiseptiques.

Les maladies dans lesquelles M. D'Alquen le recommande spécialement, sont :

1° La synoque en général, surtout celle qui accompagne le travail de la première dentition ; dans ce dernier cas, il diminue les congestions et prévient les complications, les spasmes avec prédominance excessive de vascularité.

2° Le typhus (fièvre pétéchiale, fièvre adynamique, typhus abdominal ou ganglionaire). Donné de bonne heure dans cette redoutable affection, il prévient les érosions intestinales ; au contraire, dans les derniers stades de la maladie, il se montre généralement peu utile. Les doses doivent être fortes ; quatre grammes toutes les deux heures dans les cas légers, et huit grammes lorsque l'affection présente un plus haut degré de gravité, que la langue est sèche et fendillée, et que l'expression du regard offre le caractère propre que tous les praticiens connaissent.

Il convient en même temps de pratiquer des frictions mercurielles sur l'abdomen tant que cette partie reste douloureuse. On doit continuer cette médication jusqu'à ce que la tête devienne libre. Toutefois, d'après quelques observations, l'hydrochlore peut augmenter la diarrhée spécifique du second stade de la maladie ; il faut alors donner l'alun à la dose d'un gramme. Une grande tendance au sommeil, parfois interrompue par la faim, est un symptôme d'un favorable augure : on peut, lorsque cette circonstance apparaît, cesser l'administration du médicament et le remplacer par des amers et de légers astringents.

3° Dans la scarlatine, et particulièrement dans celle qui présente des caractères de malignité, une angine gangréneuse, une éruption très-forte, de la sécheresse et de la chaleur de la peau, du délire, des convulsions, il agit d'une manière spécifique aussi tranchée que celle du sulfate de quinine dans les cas de pyrexie périodique. Mais, dans les cas de ce genre, il convient de l'employer aussi à l'extérieur, sous forme de lotions, et ce mode d'application est de beaucoup préférable au bain froid. Pendant ces lotions, que l'on doit faire avec parties égales d'eau et d'hydrochlorure et à l'aide d'une éponge, il se développe une odeur particulière par suite de l'évaporation du liquide. Ce même moyen ne se montre pas moins utile dans la variole, la rougeole et les autres exanthèmes aigus.

4° Dans les fièvres intermittentes à marche régulière, par exemple

dans les pyrexies sub-intrantes que l'on a à craindre de voir passer au type continu, l'hydrochlore régularise les accès et permet ainsi de recourir avec succès à l'emploi des fébrifuges ordinaires.

5° Dans les fièvres qui reconnaissent pour cause la diathèse tuberculeuse, de grandes doses d'hydrochlore réitérées amènent au moins une rémission sensible.

6° Il convient encore dans la dysenterie putride, dans l'anthrax contagieux, dans le coma et contre la fétidité de l'haleine. Dans ces divers cas, il doit être employé simultanément tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

La dose normale, pour un adulte, est d'environ trente grammes dans les vingt-quatre heures ; néanmoins, on a pu donner impunément des doses plus fortes.

La meilleure manière de l'administrer consiste à l'étendre dans l'eau pure, parce qu'il se décompose très facilement lorsqu'on le met en contact avec des décoctions, des infusions, etc. M. D'Alquen avance que la décoction de la racine de jalap fait seule exception à cette règle ; mais nous ne savons sur quelle preuve il base cette opinion.

L'eau distillée, le sirop simple, le mucilage de gomme, sont les véhicules qui peuvent convenir le mieux pour cette administration.

(*Schmidt's Jahrbuecher*, 1843.)

Traitement des engelures; par M. Haeusler, de Sobernheim.

Lorsque les engelures ne sont pas compliquées d'ulcérations, M. Haeusler met en usage le savon suivant :

Pr. Camphre,	4	grammes;
Alcoolé de benjoin,	12	id.
Faire dissoudre, puis ajouter au soluté, à l'aide de la trituration,		
Iodure de potassium,	8	id.
Sous-acétate de plomb liquide,	15	id.
Huile d'amandes douces,	125	id.
Liqueur de potasse caustique, fraîchement préparée,	60	id.

On laisse reposer ce savon pendant quelques heures dans un mortier de marbre ou de toute autre substance convenable, en ayant soin de l'agiter de temps en temps. Quand il a acquis un certain degré de consistance, on le coule dans des capsules de papier ou de bois, et, après son entière consolidation, on peut le découper en morceaux plus ou moins gros que l'on renferme dans des vases bien bouchés, afin de les préserver du contact de l'air.

Le mode d'emploi de ce savon est des plus simples; en effet, il consiste à s'en frotter les mains préalablement trempées dans l'eau. On doit, après cette application, recouvrir les mains de gants.

S'il existe des solutions de continuité dans les parties occupées par les engelures, M. Haeusler prescrit avec beaucoup de succès le liniment ci-dessous :

Pr. Huile d'amandes douces,	60	grammes ;
Eau de chaux,	60	id.
Alcoolé d'opium et de benjoin,	8	id.

M. et F. S. A., un liniment bien homogène.

Le mode d'administration de ce liniment consiste à en pratiquer une légère onction, soir et matin, à l'aide d'une barbe de plume, sur toutes les surfaces ulcérées, ou à couvrir ces dernières de compresses fines imbibées du liniment. (*Jahrbuch. fuer praktische Pharmacie.*)

Sur le genre de mort que déterminent l'acide cyanhydrique et les substances qui contiennent cet acide; par M. le docteur Hayn, de Berlin.

Dans les observations d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique qui ont été publiées jusqu'ici, la rapidité de la mort, survenant presque instantanément, n'avait pas permis de constater la réalité de certaines particularités observées par MM. Orfila, Viborg, Krimmer, etc., dans leurs expériences sur les animaux, savoir : que l'action primitive de l'acide prussique consistait surtout dans une décomposition des principes constituants du sang ; que la moelle épinière et le nerf vague n'étaient affectés que secondairement dans leurs fonctions motrices ; et enfin que la paralysie de l'appareil respiratoire n'était elle-même que le résultat de cette modification pathologique de la moelle épinière et du nerf vague. Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître en peu de mots un cas d'empoisonnement de ce genre dans lequel l'effet lent et toxique a permis d'en constater d'une manière bien positive le mode d'action.

Un hypochondriaque d'un âge déjà assez avancé but un matin un flacon contenant environ 45 grammes d'hydrolat de laurier-cerise. Il avait eu l'occasion de se procurer ce liquide à l'avance, et lorsque des symptômes de l'intoxication se manifestèrent, il ne chercha pas à nier en aucune façon la cause à laquelle ils étaient dus. Ces symptômes, qui ne se montrèrent que trois heures après l'ingestion du poison, étaient les suivants : paralysie des mains et des pieds ; tête penchée fortement en avant, sans qu'il fût possible au malade de la redresser ; excrétion involontaire des urines et des selles ; les extrémités, quoique immobiles et froides, n'avaient cependant pas perdu leur sensibilité ; le pouls petit, la voix enrouée, bien que distincte ; facultés intellectuelles parfaitement intactes.

Le malade observa avec satisfaction les progrès incessants de la faiblesse qu'il éprouvait ; malgré tous les soins qui lui furent prodigués, il succomba vers le soir, sans douleurs ni convulsions, à une paralysie du poumon.

A l'autopsie, on trouva le sang gluant, d'une couleur très foncée particulière ; mais il fut impossible de reconnaître l'odeur propre aux amandes amères, ce qui, du reste, comme on le sait, n'est pas un caractère constant. (*Hufeland's Journal*, février 1843.)

Emploi de l'acide acétique contre les douleurs de tête ; par M. le docteur Robert Howard.

L'auteur prescrit avec un très grand succès le mélange suivant contre les maux de tête nerveux, et ceux qui sont produits par le mal de mer ou qui sont la conséquence soit d'une indigestion, soit d'un excès de boissons alcooliques :

Pr. Acide acétique,	4	grammes.
Alcoolé de cardamome composé,	15	id.
Sirop simple,	15	id.
Eau commune,	40	id.

M. S. A.

Pour une mixture à prendre par petites gorgées de vingt minutes en vingt minutes. (*Schmidt's Jahrbuecher*, 1843.

Monsieur,

Jusqu'ici j'avais gardé le silence malgré les mesures prises par M. le recteur de notre Académie, mesures si illégales qu'elles ont soulevé l'indignation des hommes dont j'honore le nom et les travaux. Mais les commentaires nombreux dont les actes injustes de l'université ont été l'objet, semblent se multiplier à l'envi : les réflexions erronées et les suppositions malveillantes m'obligent enfin à rompre le silence auquel je m'étais volontairement condamné par égard pour mes supérieurs plutôt que dans mes intérêts personnels.

On se rappelle sans doute l'étrange scandale dont la Faculté de médecine de Montpellier a été le théâtre, il y a plus d'un mois, au sujet du remplacement du professeur Lallemand, absent ; mais ce que l'on ignore généralement, c'est la véritable cause d'un aussi grand bruit et de si chaudes discussions. Je suis peiné moi-même d'en signaler le véritable motif à l'opinion publique. Nous autres, pauvres provinciaux, nous sommes loin de cette ville ardente où le journalisme effraie les gens puissants et sert d'asile aux faibles. Ici, au contraire, les journaux, comprimés dans leurs récriminations par mille considérations locales, ne donnent pas toujours place aux justes plaintes de bien des personnes molestées ; ici surtout, une caste fatale à toutes les institutions et à toutes les actions généreuses sème partout sa maligne influence. A ce peu de mots, qui n'a deviné les personnes auxquelles je fais allusion ? C'est de cette source que sont sortis les actes arbitraires de notre recteur.

Agrégé en exercice dans la section de chirurgie, je suis instruit par un professeur que M. le doyen m'a désigné pour remplacer le professeur Lallemand. L'honorable doyen de la Faculté se rappelait sans doute qu'en 1837 et en 1838, j'eus l'honneur de le remplacer lui-même plusieurs fois sans trop de désavantage, pendant mon internat et surtout au moment où le choléra semblait vouloir renouveler ses ravages. M. le doyen se rappelait sans doute que plusieurs fois j'avais suppléé MM. les chirurgiens en chef et que, pendant *sept années* d'une assiduité rare et d'un travail opiniâtre, j'avais reçu les éloges de tous mes maîtres dans des concours auxquels M. le doyen lui-même avait assisté.

Dans cinq concours différents, ayant toujours obtenu le premier rang contre des compétiteurs nombreux et instruits (qu'on me pardonne de citer ici ces titres ; la faute doit en retomber sur ceux qui m'obligent à écrire), et pour des postes toujours afférents à la chirurgie, je ne devais pas être surpris de me voir choisi par M. le doyen, puisque j'étais agrégé dans la section de chirurgie, pour laquelle, dans le concours de 1839, j'avais encore obtenu le premier rang. Ainsi j'étais choisi par des hommes instruits, compétents, sous lesquels j'avais passé sept années auprès des malades dont le traitement m'avait été fréquemment confié en leur absence : j'avais ainsi en ma faveur tous les titres antérieurs possibles, les études et les exercices les plus spéciaux.

Mais à l'annonce de la résolution de M. le doyen, le cœur d'une fille *de charité* s'ébranle ; la haine des gens du ciel, comme dit le poète latin, s'émeut..... Et que ne peut pas l'animosité des personnes adonnées à la charité évangélique dans notre belle contrée ! Dès lors M. le doyen se tait, M. le recteur intervient ; l'administration des hôpitaux déclare qu'elle ne veut plus d'agrégés pour remplacer les professeurs, et M. le doyen, renchérissant, décide que désormais les professeurs se suppléeront mutuellement. Ainsi donc, ce n'est pas la pénurie d'agrégés qui a fait prendre cette mesure illégale, car nous sommes quatre dans la section chirurgicale ; ce n'est pas l'incapacité des agrégés, puisque plusieurs anciens internes ont fréquemment remplacé les professeurs, et que tous sont parvenus à leur poste par la noble voie du concours. La véritable cause de cette mesure prise au mépris de droits si péniblement acquis, mesure qui anéantit toute espèce d'émulation parmi les agrégés, a sa source dans la haine aveugle d'une sœur de charité, toute puissante dans l'hôpital Saint-Eloi, où sa malheureuse influence a fait rejeter les sages et urgentes améliorations que le gouvernement a plusieurs fois tenté d'y introduire.

J'espère qu'en relatant avec sincérité les véritables motifs de la mesure spécialement dirigée contre moi, mes confrères de Paris et les membres de l'université éloigneront de leur esprit l'idée insultante pour la Faculté de Montpellier et pour mes honorables collègues, que des menées malveillantes avaient pu inspirer.

Agréez, etc. Alquié, professeur-agrégé.

Montpellier, le 2 juin 1843.

— Demain mercredi, 14 juin, s'ouvriront à l'Athénée royal, rue de Valois, 2, lieu de sa résidence, les cours permanents de phrénologie de la *Société phrénologique de Paris*. Des cartes d'admission à ces cours et aux séances bi-mensuelles de la Société, ont été et seront encore, jusqu'à demain, délivrées à ceux qui les réclameront et se feront inscrire, de midi à deux heures, chez le secrétaire-général de la Société, M. le docteur Place, rue Sainte-Anne, 17. Toutefois, MM. les étudiants en médecine pourront être admis aux cours et aux séances de la Société, sur la présentation de leur carte d'étudiant. Les cours auront lieu les *lundi*, *mercredi* et *vendredi* à trois heures et demie, et les séances les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, à sept heures et demie du soir.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 70, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Fièvres typhoïdes. Médication tonique. Quelques réflexions sur l'emploi de cette médication.

Le 1er avril 1843, est entré à l'hôpital des Enfants, le nommé Requin, âgé de onze ans. (Salle Saint-Jean, n° 21.)

D'une constitution assez délicate, d'une bonne santé habituelle, cet enfant, actuellement malade depuis quatre jours, a été vacciné vers l'âge de trois ans. Il a eu la scarlatine il y a trois ans. Depuis lors, il s'est toujours bien porté. Il y a quatre jours, il a été pris de toux sans expectoration, frisson, malaise général, suivis de chaleur et de sueurs; pas de douleurs dans la poitrine; perte de l'appétit; soif vive; ni nausées, ni vomissements.

Voici l'état que présente le malade le 2 avril, à la visite du matin:

Visage animée, surtout aux pommettes; pas de douleurs dans la poitrine; résonnance bonne en avant et en arrière des deux côtés; la respiration bonne également, mais accompagnée dans presque toute l'étendue des deux poumons de râle sibilant et sonore grave; langue blanche, saburrale; anorexie; soif assez vive; peau chaude, moite. Pouls à 120, régulier, assez développé, non redoublé. Ventre tout-à-fait indolent à la pression des deux flancs. Céphalalgie assez intense, sans étourdissements, ni nausées, ni vomissements depuis hier. Mauve sucrée, deux pots; looch blanc; pédiluve synapisé; lavement. Diète.

Le 3 avril, le pouls est toujours à 120; à peu près même état qu'hier; la toux est cependant un peu moins fréquente; persistance du râle sibilant en avant et en arrière, surtout en haut à gauche. Idem. Diète.

Le 4 avril, une épistaxis peu abondante dans la journée d'hier (8 à 10 grammes). Langue saburrale, blanche au milieu, rouge à la pointe et sur les bords; bouche amère; soif vive; anorexie; haleine un peu fétide; ventre douloureux à la pression, surtout dans le flanc droit; ni nausées, ni vomissements. Pouls à 120, régulier, non redoublé, très développé; céphalalgie; quelques étourdissements quand il se met à son séant; persistance du râle sibilant. Saignée, deux palettes. Mauve sucrée; looch. Diète.

Le 6 avril, pouls à 120, toujours bien développé; langue sèche, blanche au milieu, rouge a la pointe. Anorexie; soif toujours vive. Pas d'épistaxis depuis avant-hier. Ventre un peu douloureux à la pression dans la région iléo-cœcale, où l'on constate un gargouillement bien manifeste. Peau chaude, sèche. Pas de taches ni de sudamina. Le malade déclare, du reste, ne pas avoir sué ni pendant la journée, ni pendant la nuit. Persistance de la céphalalgie sans étourdissements ce matin. Sentiment de faiblesse moindre que les jours précédents. Encore un peu de toux. Résonnance bonne partout; un peu de râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. Mauve sucrée; lavement émollient; diète.

Le 7 avril, pouls à 124, redoublé; une épistaxis, hier soir, d'une palette environ. Peau chaude, sèche; ni taches, ni sudamina. Ventre un peu douloureux à la pression iléo-cœcale, au moyen de laquelle on constate un gargouillement bien distinct. Persistance des symptômes du côté du thorax. *Ut suprà;* looch avec kermès, 0,20. Diète.

Le 9 avril, pouls à 120, redoublé; teinte violacée de la peau du visage et des mains; lèvres également violettes; langue blanche au milieu, rouge sur ses bords et à la pointe. Ventre douloureux à la pression; gargouillement dans la fosse iliaque droite principalement. Céphalalgie intense; quelques étourdissements. Une selle pour le lavement. Même traitement, moins le kermès; diète.

Le 11 avril, pouls à 140, peu développé. Langue sèche; soif vive; gargouillement dans le flanc droit; ventre indolent, si ce n'est à une forte pression. Le malade dit se sentir très faible. Etourdissements quand il s'assied dans son lit. Encore un peu de râle sibilant en arrière des deux côtés.

Le 14 avril, pouls à 132-136. A peu près même état que les jours précédents. Le ventre non ballonné, douloureux à une forte pression; un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale. Epistaxis de quelques gouttes soulement hier dans la journée. Intelligence nette, mais réponses un peu lentes. Décoction de quinquina vineuse; julep gommeux; extrait de quinquina, 4 grammes; diète.

Le 16 avril, frissons au moment de la visite. On remarque la teinte violacée de la peau signalée il y a quelques jours surtout au visage et aux mains. Du reste, même état. Pouls à 128, petit, peu développé. *Idem;* diète.

Le 18 avril, le malade se trouve mieux; il dit être un peu plus fort, ne pas se sentir aussi fortement étourdi quand il s'assied dans son lit. Pas d'épistaxis; pas de selles depuis trois jours. Langue blanche, un peu sèche; ventre moins douloureux. Un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale.

Le 22 avril, pouls à 36; langue humide, rosée sur ses bords et à sa pointe; la bouche saburrale, moins épaisse. L'appétit commence à se faire sentir. Intelligence bien nette. Les réponses cependant encore un peu lentes. Pas de délire. Ventre indolent. A peine quelques traces de gargouillement.

A partir de ce moment, on suspendit l'emploi du quinquina, et la convalescence, quoique assez lente, se soutint bien et marcha convenablement. Le malade commença à prendre du bouillon et sortit dans les premiers jours du mois de mai parfaitement rétabli.

— Nous avons, dans des articles précédents, examiné les médications expectante et purgative chez les enfants dans le traitement de la maladie dite fièvre typhoïde. Le cas que nous rapportons ici et celui par lequel nous terminerons cet article sont relatifs à deux enfants qui, atteints de cette affection, ont été soumis à une médication autre que les deux premières, nous voulons parler de la médication par les toniques. Et d'abord, disons qu'il est rare que cette médication soit employée seule et à l'exclusion de tout autre moyen. Nous voyons, par exemple, que dans le cas précédent, les premiers symptômes intestinaux qui ont paru ont été combattus par une saignée d'abord, par une thérapeutique à peu près expectante, c'est-à-dire les émollients, et que ce n'est que dans les derniers jours que l'on a eu recours à l'emploi des toniques.

Le fait qui précède a présenté ceci de curieux, qu'au lieu d'offrir d'abord les phénomènes de la maladie principale, de la fièvre typhoïde, comme cela arrive le plus ordinairement, tant phénomènes locaux que phénomènes généraux, auxquels viennent se joindre plus tard les phénomènes produits par les maladies intercurrentes ou les complications, ce sont les symptômes de l'affection qui complique ordinairement l'affection typhoïde que l'enfant a offerts dès le début de la maladie, avant même que l'on pût le moins du monde soupçonner le développement et l'existence d'une maladie plus grave. Ainsi, tandis que la bronchite vient ordinairement se greffer sur la fièvre typhoïde et en augmenter la gravité, ça été cette fois la fièvre typhoïde qui est survenue plusieurs jours après le développement de la bronchite.

Cette différence dans la marche habituelle de la maladie a peut-être influé un peu sur le traitement, en ce sens que si l'attention n'eût pas été tout d'abord et complètement portée sur l'affection thoracique qui, en somme, est restée assez bénigne pendant tout le cours de la maladie, mais par laquelle seule on pouvait expliquer l'intensité des phénomènes généraux réactionnels, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, etc., on eût peut-être modifié le traitement expectant qui fut employé, pour lui substituer, soit les émissions sanguines générales et locales, soit les purgatifs. Peut-être, disons-nous; car M. Guersant nous a paru employer rarement les purgatifs en grande quantité dans les affections aiguës du tube digestif.

Quels sont les cas dans lesquels on devra mettre en usage les toniques dans le traitement de la fièvre typhoïde? Il est facile de concevoir que ce ne sera pas pendant la période inflammatoire franche, époque à laquelle on ne doit chercher qu'à abattre, à diminuer la violence de l'inflammation, but que l'on n'atteindrait pas en mettant en contact, avec une surface déjà irritée, les excitants les plus énergiques.

C'est dans les cas où l'on a depuis long-temps dépassé la période inflammatoire franche, lorsque l'affection marche lentement, a pris la forme muqueuse, qu'il y a faiblesse de tout l'organisme, adynamie véritable, que l'on peut sans danger, et même avec avantage, se servir de la médication tonique. On a pour but alors de ranimer les forces abattues du malade, de remédier à la faiblesse à laquelle est en proie l'organisme entier; enfin de s'opposer peut-être ou de remédier à l'infection des liquides organiques altérés par la résorption des matières délétères qui se trouvent dans l'intestin en contact avec les ulcérations de la muqueuse. Ce n'est pas que nous prétendions dire par là que le sang n'est altéré que consécutivement et par suite de cette absorption délétère. Il est probable, au contraire, d'après tout ce que l'on observe sur l'état du sang dans le cours de la maladie, que cette altération, si elle n'est pas primitive, accompagne au moins les premiers symptômes morbides, et se développent avec eux. Mais il est évident qu'elle doit tendre à devenir de plus en plus forte, quand des ulcérations comme celles qui existent presque toujours dans l'intestin, se trouvent en contact avec des matières aussi fétides et aussi délétères.

C'est donc principalement au moment où l'on suppose, d'après les phénomènes morbides, que cette résorption se fait, que l'on doit administrer les toniques, qui souvent sont suivis de succès. Ce n'est pas toujours dans les mêmes circonstances que le médecin est appelé à agir de cette manière. Deux cas peuvent se rencontrer. Le sujet peut s'être présenté à l'hôpital dès le début de la maladie, mais par des circonstances hors du pouvoir du médecin, l'affection n'aura pu être enrayée dans sa marche et aura parcouru toutes ses périodes; ou bien, ce qui arrive le plus souvent, l'enfant n'aura été amené à l'hôpital qu'après plusieurs jours de maladie, au moment où la période adynamique étant déjà déclarée, il sera impossible de faire autre chose que de la médecine expectante ou de la thérapeutique stimulante et tonique. Malheureusement, dans cette dernière circonstance, on n'est pas toujours couronné de succès, et les revers sont dans une énorme proportion, quels que soient du reste les auxiliaires auxquels on ait recours. Les deux cas que nous citons ici sont précisément dans ces deux circonstances. Dans le premier, les accidents adynamiques, qui d'ailleurs ont été peu intenses, se sont développés pendant le séjour du sujet à l'hôpital. Chez le second, ils étaient déjà développés depuis plusieurs jours, beaucoup plus intenses, et la terminaison a été funeste.

Les toniques, dont on a fait et dont on fait encore journellement usage, sont la décoction de quinquina vineuse, ou le vin de quinquina pur, donné à la dose de deux ou trois cuillerées; le sirop de quinquina donné à dose double environ de la précédente. D'autres fois c'est l'extrait de quinquina dans un julep gommeux. Mais, nous le répétons, jamais ces moyens, employés à titre d'adjuvants, n'ont constitué une méthode unique de traitement. L'acétate d'ammoniaque, le camphre sont dans le même cas. Nous verrons dans l'observation ci-dessous l'emploi du camphre prolongé pendant plusieurs jours à la dose de 0,20 gr. environ par jour.

Il est des auteurs qui, ennemis jurés des toniques dans la fièvre typhoïde, mais en revanche enthousiastes des purgatifs, ont cru que si les toniques ont quelquefois réussi, ce n'est que parce qu'ils ont agi dans ces cas comme purgatifs, en sollicitant avec plus ou moins d'énergie les déjections alvines. Quelle que soit l'explication que l'on doive adopter, les résultats ne changent pas et nous avons dû les signaler.

Dans la période de convalescence de la fièvre typhoïde, alors qu'il ne reste plus que de la faiblesse, qu'une langueur plus ou moins complète des organes digestifs, les toniques sont extrêmement utiles en restituant le ton à ces organes, en favorisant l'élaboration des aliments, augmentant l'énergie de la nutrition et concourant à rétablir les fonctions perspiratoires de la peau.

Une médication nouvelle, qui a été fortement prônée dans le traitement de l'affection typhoïde, est celle qui consiste dans l'administration du sulfate de quinine. L'observation suivante, quoique fatalement terminée, pourra cependant présenter quelques données utiles pour l'emploi de ce sel en pareille circonstance.

— Giovanelli, âgé de douze ans, entré à l'hôpital le 31 mars, est couché au n° 19 de la salle Saint-Jean.

D'une bonne constitution, quoique d'un tempérament lymphatique, cet enfant est malade depuis dix jours. On n'a pu avoir aucun renseignement sur ses antécédents. On a donc dû se borner à constater, le 1er avril, l'état suivant, dans lequel se trouvait le malade.

Le 1er avril, visage animé, rouge aux pommettes. Teinte jaune de l'ovale inférieur. Langue sèche, saburrale, jaunâtre, rouge sur ses bords et à la pointe. Lèvres sèches, fuligineuses. Ventre assez souple, sans développement anormal, sans matité; douloureux à la moindre pression, surtout dans la région du flanc droit. On constate difficilement à cause de la douleur un gargouillement bien distinct dans les deux flancs. Pas de taches ni de sudamina. Une selle non diarrhéique.

Peau chaude, sèche. Pouls à 120, tremblottant, non redoublé. La parole est embarrassée; délire par moments. Le malade parle tout seul. Cependant on parvient à se faire comprendre de lui en élevant la voix et fixant fortement son attention. Mauve, 2 pots; julep gommeux; cataplasmes sur le ventre, vésicatoires aux cuisses; lavement émollient; diète.

Le 3 avril, à peu près même état. Sulfate de magnésie, 30 grammes; diète.

Le 4 avril, pouls à 120, petit, peu développé, non redoublé. Délire loquace, surtout pendant la nuit. L'enfant, qui ne peut soutenir sa tête quand on l'assied, et que l'on est obligé de maintenir avec force pour lui faire garder cette position, pousse des cris inarticulés. Douleur iléo-cœcale à la moindre pression; gargouillement bien manifeste; résonnance et respiration bonnes partout; râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. Narines lanugineuses. Lèvres sèches; haleine typhoïde. Bruits du cœur sourds, embarrassés. Oxymel, 2 pots; demi-lavement avec décoction de quinquina et camphre, 0,20; diète.

Le 7 avril, pouls à 132-136. Langue et lèvres croûteuses, fuligineuses. Intelligence très obtuse. Ventre toujours douloureux. Le ventre dans un espace de 6 à 8 centimètres, et le cou, sur les parties latérales, sont couverts de sudamina innombrables, de la grosseur de grains de millet environ. Décoction de quinquina vineux, 2 pots; julep gommeux avec

sulfate de quinine, 0,80 ; lavement avec extrait de quinquina, 4 grammes, et camphre, 0,20 gr. ; bouillon.

Le 8 avril, même état que la veille. Ventre douloureux au simple toucher ; gargouillement dans les deux flancs ; les sudamina de l'abdomen et du cou sont en grande partie desséchés. Intelligence toujours très obtuse ; délire par moments. Pouls à 120, petit. Même julep avec sulfate de quinine ; lavement avec extrait de quinquina et camphre ; un bouillon.

Le 10 avril, le malade semble être un peu mieux. Il a moins déliré la nuit dernière. Ce matin il parle moins, et semble mieux comprendre ce qu'on lui dit. Dents et lèvres toujours fuligineuses, sèches. Langue jaune, sèche. Même état du ventre. Pouls à 108-112. *Ut suprà.*

Le 12 avril, le malade est beaucoup mieux que les jours précédents. La connaissance est revenue, l'intelligence beaucoup plus nette ; pas de délire. Pouls à 96-100, peu développé. Râle muqueux des deux côtés de la poitrine, en avant et en arrière ; toux assez fréquente. La poitrine et le ventre sont criblés de sudamina, desséchés en desquammation, qui donnent à la peau un aspect comme furfuracé. Langue blanche, un peu moins sèche, rouge sur ses bords. Le malade répond aux questions lentement, mais assez distinctement.

La région du sacrum est occupée par de larges taches d'un rouge noirâtre, évidemment de gangrène commençante. Pansement avec poudre de quinquina. Le reste comme les jours précédents.

Le 14 avril, langue encore sèche. Anorexie ; soif vive. On suspend le sulfate de quinine.

Le 15 avril, langue rouge, sèche, lisse. Pouls à 92-96. Ventre beaucoup moins douloureux au toucher ; les lèvres et les dents moins sèches. Looch blanc ; lavement émollient ; un bouillon.

Le 18 avril, assez bien ; langue humide, peu saburrale ; frissons pendant la nuit, persistant encore ce matin à la visite. En examinant l'escharre de la région sacrée, on s'aperçoit de l'existence d'un abcès fort etendu et profond à la partie externe de la fesse droite.

L'ouverture de cet abcès donne issue à un pus assez bien lié, abondant. Pansement avec décoction de quinquina. Deux bouillons.

Le 22 avril, il va assez bien ; cependant il est très faible, pousse des cris plaintifs quand on le soulève ou qu'on le change de place dans son lit. Pouls à 96-100. Ventre indolent ; les lèvres et les dents sont redevenues sèches et croûteuses. L'escharre, très considérable, ne fait aucun progrès vers la guérison.

Pendant les derniers jours du mois d'avril, le jeune sujet sous l'influence de la médication tonique avait paru reprendre un peu de force, retombe dans l'état d'affaissement et de langueur dont on l'avait fait sortir à grande peine, et succombe le 4 mai.

— Le fait que nous venons de rapporter ici ne devra être pris par personne dans un sens hostile à l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, quoiqu'il se soit terminé d'une manière funeste. En effet, l'on avait affaire à un sujet qui se trouvait dans les plus mauvaises conditions qu'il fût possible d'imaginer. Sans renseignements sur l'état antérieur, on dut se contenter de noter l'état actuel, et d'après les symptômes qu'il présentait lors de son entrée, il était probable que toute médication eût échoué. Cependant, sous l'influence des toniques à fortes doses employés avec persévérance, une amélioration notable s'était manifestée. Le pouls était tombé de 132 à 96 ; les dents et les lèvres n'étaient plus encroûtées ; la langue était meilleure, et le délire avait cessé, lorsque la formation d'un abcès dans l'épaisseur de la fesse droite, suivi probablement d'une irruption purulente, vint plonger de nouveau le malade dans un état adynamique qui se termina par la mort.

Quoique parvenue à une période déjà fort avancée de la maladie, M. Guersant crut cependant pouvoir faire donner au malade un purgatif, qui ne fut pas suivi d'une amélioration évidente. On voit par la lecture de l'observation précédente, que souvent dans l'affection typhoïde, comme l'ont fait remarquer les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, le pouls baisse notablement après l'administration du sulfate de quinine. Cet abaissement dans le nombre des pulsations a persisté tant qu'il n'est pas survenu de complications. En effet, aussitôt après le développement de l'abcès signalé plus haut, le pouls a repris de la fréquence ; en même temps que le pouls diminue, la chaleur anormale devient moins intense, et la peau finit peu après par reprendre une température plus modérée.

Une chose fort étonnante et fort curieuse, ç'a été l'irruption de sudamina nombreux dont étaient criblés le cou et le ventre. On a observé que, chez quelques malades, le sulfate de quinine a provoqué des irruptions de sudamina et des sueurs fort abondantes à une époque où d'ordinaire elles ne surviennent pas la fièvre typhoïde. Cette irruption n'était pas seulement remarquable par l'époque à laquelle elle survint dans le cas actuel, mais aussi par le nombre prodigieux et la grosseur des sudamina que l'on rencontra sur l'abdomen autour de l'ombilic.

Le dessèchement de ces nombreux sudamina est presque toujours suivi d'une desquammation souvent fort abondante, si étendue quelquefois, qu'elle pourrait presque en imposer pour le soulèvement de l'épiderme causé par la sérosité d'un vésicatoire.

Jamais, disent les auteurs qui se sont occupés de l'emploi de ce médicament dans la fièvre typhoïde, on n'a vu sous son influence les symptômes abdominaux s'exaspérer.

Nous dirons donc, en terminant ces considérations, que les toniques en général et le sulfate de quinine en particulier ne doivent être administrés que pendant la période d'adynamie, de faiblesse, de stupeur, de la fièvre typhoïde, et jamais pendant la période d'inflammation franche, pendant laquelle il y aurait danger à les mettre en usage ; mais que dans les circonstances où ils sont indiqués, les toniques peuvent rendre des services signalés dans des cas où d'autres médications ne sauraient être employées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Ostéosarcome à la partie inférieure de la jambe chez un enfant de sept ans. Amputation du membre.

Au n° 1 de la salle des hommes, a été couché le nommé Maillard (Clément-Edouard). C'est un enfant de sept ans, d'une constitution débile, altérée, et qui porte depuis six mois une maladie dont le début et la marche offrent quelque chose de singulier. Les parents se sont aperçus d'abord qu'il lui survenait à la partie inférieure et antérieure de la jambe droite, une petite tumeur qui ne les inquiéta que médiocrement. Cependant cette tumeur ne tarda pas à croître, et elle atteignit le volume d'un gros œuf qu'elle présente aujourd'hui. Cette tumeur donne l'idée d'une exostose ; on y trouve des bosselures.

En présence d'une pareille maladie chez un adulte, on penserait d'abord au virus syphilitique ; mais en supposant qu'on eût réellement affaire à une tumeur qui reconnaîtrait cette cause, il y aurait des douleurs ; on n'en observé point ici.

Evidemment il s'agit d'un ostéosarcome ; et, nommer la maladie, est déjà faire pressentir toute sa gravité. Un ostéosarcome est une affection malheureuse partout où elle se rencontre ; mais elle l'est plus peut-être encore chez un enfant que chez tout autre. C'est une de ces maladies dont on ne guérit jamais, à moins que d'emporter le mal par l'instrument tranchant ou par le caustique.

Il y a encore ceci de plus désespérant, c'est que les altérations de cette espèce appartiennent presque toujours aux dégénérescences colloïdes, c'est-à-dire qu'elles ont une tendance extrême à se reproduire, parce qu'elles sont la conséquence d'une altération générale ; de sorte que, même en enlevant le mal en entier, on n'a pas la certitude de guérir le malade.

Chez cet enfant, il est encore une circonstance qui peut être regardée comme fâcheuse ; c'est le gonflement qu'on observe dans les ganglions de l'aine ; heureusement que leur volume est augmenté d'un côté autant que de l'autre, ce qui laisse l'espérance que ce n'est point par suite du transport des fluides altérés qu'ils ont éprouvé cette augmentation.

La seule ressource, quelque incertaine qu'elle soit, pour sauver ce petit malade, consiste donc dans l'amputation du membre. Cette première question résolue, reste à savoir en quel point l'on amputera. La maladie siége à la partie inférieure de la jambe ; on devra donc pratiquer l'opération dans le lieu dit d'élection, qui sera réellement ici le lieu de nécessité. On peut se demander encore s'il ne serait pas préférable de pratiquer l'amputation de la cuisse, se basant sur cette considération, que plus on s'éloignera du point malade, plus on aura de chances pour éviter la récidive.

Sans vouloir contester la justesse de ce principe, nous dirons qu'en l'admettant ce ne serait point alors l'amputation, mais la désarticulation de la cuisse, qu'il faudrait pratiquer. M. Velpeau pense que cela n'est pas nécessaire, et que, d'ailleurs, il n'y aurait pas beaucoup plus de certitude que le mal ne reparaîtrait pas en pratiquant l'une ou l'autre de ces opérations. Il cite, à ce sujet, le cas d'un jeune marin auquel il désarticule la jambe pour un cancer à la hauteur des muscles jumeaux ; la maladie ne tarda pas à se reproduire, non pas à l'extrémité inférieure du fémur, mais bien dans le canal médullaire de cet os, tout près du grand trochanter. Il est évident que, même l'amputation de la cuisse, qui s'éloignait du mal plus encore que la désarticulation, n'eût pu prévenir cette récidive.

Quant au procédé, M. Velpeau emploie le plus ordinaire, en faisant remarquer que, les muscles se rétractant toujours, il a adopté le principe de ne conserver que des téguments pour recouvrir le bout de l'os.

L'amputation a été pratiquée le 10 mai. La tumeur, disséquée, s'est présentée sous l'aspect de tissu colloïde, prenant naissance entre le périoste et l'os, et le détruisant de la périphérie au centre.

Le petit malade a été fort bien jusque vers la fin du mois ; mais au commencement du mois de juin l'état général est devenu mauvais, le pouls fréquent ; l'enfant a perdu sa gaîeté. Il y a lieu de craindre une terminaison fâcheuse.

Tumeur considérable de l'utérus ayant contracté des adhérences avec le vagin. Difficultés de l'opération.

La nommée Jeanne Dutemple, fileuse, âgée de trente-quatre ans, a été admise à la Charité le 6 mars dernier. Elle est née dans le département de l'Orne, d'où elle est partie pour venir se faire opérer. Elle est couchée au n° 24. C'est une grosse fille de campagne, dont la constitution est cependant détériorée par des hémorrhagies utérines dont elle s'occupa peu d'abord, mais qui, devenant extrêmement fréquentes et abondantes, l'affaiblirent et la portèrent à consulter un médecin du pays. Celui-ci reconnut parfaitement la maladie et l'envoya à Paris pour s'y faire opérer. A son entrée, elle était d'une grande pâleur, et présentant tous les signes d'une anémie considérable.

M. Velpeau s'assura par le toucher de la nature de la maladie ; il trouva une énorme masse proéminant dans le ventre et dans le vagin ; mais l'abdomen étant généralement d'une assez grande dureté, il ne lui fut pas possible de déterminer précisément quel était le volume de la partie de la tumeur qui y était contenue. Il ne put arriver non plus à la racine, ni en avant, ni sur les côtés ; seulement il constata que cette tumeur présentait une condition rare et défavorable ; il sentit qu'elle adhérait au vagin en arrière, et de telle façon que toute sa partie postérieure semblait en naître. Cela est rare ; car les tumeurs, les polypes naissent de l'utérus le plus ordinairement, et il n'y a peut être que deux ou trois exemples de polypes ayant contracté des adhérences aussi considérables avec le vagin : un qui a été cité par Alibert, un autre consigné dans la thèse de M. Bérard aîné, et un autre encore peut-être.

Dans l'exemple cité par M. Bérard, il s'agissait d'une tumeur qui était née de l'utérus, et qui avait contracté des adhérences dans le vagin par l'autre extrémité. Ici, les choses ne paraissent pas s'être passées de la même manière, la tumeur adhère en arrière au vagin par des brides qui n'occupent pas seulement l'extrémité inférieure de la masse. Cependant il est difficile d'admettre qu'elle parte du vagin, car alors il serait certain qu'on n'en rencontrerait pas dans le ventre ; d'un autre côté, si elle vient de l'utérus, ce qui est plus probable, comment ces adherences sont-elles donc survenues? Bichat avait posé en loi générale que les membranes muqueuses ne s'accollaient pas entre elles, même après avoir été le siége d'une inflammation. Des exemples ont fait voir que ce principe n'était pas toujours d'une rigoureuse justesse. On observe le contraire aux paupières, aux parties génitales ; mais on doit ajouter que ce sont des cas rares, exceptionnels ; toujours est-il qu'on trouve des exemples de ces accollements des membranes muqueuses.

Cette fille n'a, du reste, jamais éprouvé de douleurs ; elle n'a jamais eu non plus d'écoulements blancs ; les pertes de sang ont été les seuls symptômes par lesquels se soit manifestée la présence de la tumeur. En la touchant de nouveau, M. Velpeau en est venu à émettre le doute que la tumeur pourrait bien adhérer par toute sa région postérieure, et cette complication fâcheuse l'a fait attendre assez long-temps avant de soumettre la malade à l'opération. Elle a été mise à un régime fortifiant, analeptique ; cependant quelque temps après son entrée, elle a été prise de tous les symptômes d'une péritonite pendant quatre ou cinq jours ; on lui administre les soins appropriés : l'époque des règles est survenue ; une perte abondante s'est manifestée ; de nouveaux symptômes du côté du péritoine se sont montrés ; une seconde époque est survenue, la perte a été moins considérable ; les signes d'inflammation se sont éteints ; la malade a repris des forces et a bientôt été dans un état de santé meilleur que celui qu'elle accusait à son entrée à l'hôpital.

Aujourd'hui donc, 19 mai, on peut tenter l'opération ; d'ailleurs, elle-même la demande. L'extraction de cette tumeur présentera, on n'en saurait douter, des difficultés assez grandes. Ce qu'il y a dans le vagin ne sera pas mal aisé à saisir, mais sera beaucoup moins facile à extraire ; il faudrait en effet tirer en avant et en bas, et à cause des adhérences on ne manquerait pas d'entraîner le vagin et la matrice ; comme d'ailleurs il y a une portion considérable de cette tumeur dans l'abdomen, cette portion s'arcbouterait contre la symphise des pubis, et on arracherait infailliblement une partie de la masse qui ne serait pas la plus considérable. M. Velpeau se propose de saisir la tumeur dans le vagin, et de tirer de manière à la solliciter à basculer ; puis la faisant maintenir, il tâchera d'en reprendre une autre partie et ainsi de suite.

Son but serait de faire rouler la tumeur sur elle-même, si cela est praticable, parce qu'alors il serait facile de l'abattre. Mais il est probable que ce projet sera entravé ; il serait possible qu'il fallût se décider en dernière ressource à couper la masse par tranches. Il faut peu s'effrayer de ces sections successives que M. Velpeau a l'intention de pratiquer sur cette tumeur ; l'hémorrhagie dans ces cas-là n'est pas à redouter ; seulement l'opération est ordinairement longue, et cela est défavorable, parce qu'il est important que la malade ne perde qu'une faible quantité de sang. On conçoit qu'il est impossible d'assujétir une semblable opération à des règles fixes et invariables, comme on peut le faire pour beaucoup d'autres ; l'enlèvement de ces sortes de tumeurs, dans des conditions pareilles, peut être considérée comme une opération variant dans ses procédés, selon les obstacles que l'on rencontre ou le succès qu'on obtient de la méthode mise en usage, comme une sorte d'opération *magistrale*, si l'on osait employer ce mot qui rend fort exactement l'idée qu'on doit s'en faire.

La malade sera donc couchée la tête modérément élevée, les jambes écartées et maintenues ; un aide va placer une main sur l'hypogastre, de manière à déprimer la tumeur obliquement en bas et en arrière. M. Velpeau saisira la masse avec des pinces de Museux, et l'attirera doucement en avant et en bas ; la pince sera alors confiée à un aide ; puis avec de nouvelles pinces une nouvelle portion de la tumeur sera saisie de la même manière et attirée dans le même sens. Si, ce qui arrivera probablement, le tissu de la tumeur vient à se déchirer, un forceps à dents de loup sera appliqué sur elle ; il pourrait se faire cependant que la tumeur échappât encore ; elle sera alors traversée avec un ruban de fil, et si elle résiste trop, elle sera fendue avec le bistouri et excisée, ainsi que cela a été dit plus haut.

De quelque manière que l'opération soit terminée, il en résultera une large plaie, et il n'est pas sans intérêt d'examiner quelles pourront être les suites probables de l'excision ou de l'énucléation. Deux dangers graves menaceront l'opérée : l'hémorrhagie, contre laquelle le tamponnement et les astringents seuls pourront être employés ; aucun vaisseau ne pouvant être lié, et la cautérisation étant impraticable après le retrait des parties qui remontent profondément ; la péritonite, qui après de semblables opérations est toujours d'une gravité extrême, le chirurgien se trouvant désarmé, puisque le traitement antiphlogistique ne peut être mis en usage chez ces femmes épuisées par les pertes de sang, et qu'il constitue la plus précieuse ressource, pour ne pas dire la seule contre cette phlegmasie. Il est encore quelques autres accidents qui peuvent trouver leur cause dans l'opération ; mais leurs dangers sont moins imminents que ceux des précédents, et l'on peut espérer, pour quelques-uns d'ailleurs, qu'ils ne se montreront pas ; il s'agit

de la suppuration qui est inévitable, de la phlébite qu'on a l'espoir de ne point voir survenir, d'une perforation qu'on a des chances d'éviter. Ces accidents-là ne compromettent pas aussi directement la vie que les précédents. M. Velpeau fait remarquer de plus que si des lambeaux de la tumeur étaient trop confondus avec le tissu des organes, il en laisserait plutôt une certaine quantité que de s'exposer à perforer le vagin ou l'utérus.

L'opération est donc pratiquée le vendredi 19 mai. La tumeur ne cède pas aux tractions ; le forceps à dents de loup la laisse échapper plusieurs fois, ce qui prouve que les adhérences postérieures remontent très haut. M. Velpeau essaie en vain de faire basculer la masse, il lui est bientôt démontré que cela est impossible sans entraîner l'utérus lui-même. Il se résout donc à exciser la tumeur par portions.

Extraite presque tout entière, la masse pèse 650 grammes. Il y a dans ces sortes d'opérations, dit M. Velpeau, un embarras très grand pour celui qui opère ; car, dans les tractions, dans les sections successives, il ne faut pas que l'opérateur perde un seul instant de vue la vessie, la matrice, les intestins, tous ces organes importants qu'un coup de bistouri de trop compromettrait, ainsi que la vie de la malade.

La tumeur était complétement enveloppée dans le tissu utéro-vaginal. Tout ce qu'il a été possible d'atteindre sans danger a été extrait, il en est resté cependant quelques faibles portions ; mais comme ce ne sont pas là des tissus qui repullulent, comme les cancers, par exemple, il n'y a pas à cela beaucoup d'inconvénients : la suppuration en entraînera d'ailleurs une partie. La malade a perdu une quantité de sang assez considérable pendant l'opération qui a été longue ; cependant, elle n'a pas eu de syncope. Le tamponnement a été pratiqué ; on a appliqué un bandage en T et un bandage de corps, puis la malade a été reportée dans son lit. A midi, il y a eu menace de syncope ; le soir, un écoulement de sang qui s'est arrêté bientôt.

Le 22 mai, le tamponnement a été retiré ; la malade va passablement bien ; le ventre est cependant un peu ballonné. Il y a eu de la fièvre hier, et aujourd'hui le pouls est encore fréquent, mais la large surface traumatique et les liquides putréfiés l'expliquent suffisamment. Le doigt a été introduit, la plaie est en bon état ; des injections détersives seront pratiquées pour empêcher la stagnation du pus.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux.

Ophthalmie blennorrhagique très grave. Perte de l'œil droit. Thérapeutique de cette maladie.

Dans le courant de mai, a été couché au n° 44 un domestique affecté d'une double ophthalmie blennorrhagique. Cet homme avait été pris d'un mal d'yeux il y a un an à peu près, il s'en occupa fort peu d'abord ; mais la douleur devenant plus vive, il consulta et on lui conseilla de se frotter avec la pommade de Desault. Il avait pris l'habitude de s'en graisser chaque soir les paupières. Il contracta une blennorrhagie, bientôt tous les symptômes d'une inflammation violente se manifestèrent ; il est probable qu'en se servant de sa pommade, il s'inocula le pus blennorrhagique.

Il vint à l'hôpital, et quand M. Velpeau l'examina, l'œil droit était déjà perdu, la cornée du côté gauche était assez fortement prise par en haut ; cependant, il restait quelque espoir de lui conserver l'œil de ce côté. Cet homme est donc menacé de devenir aveugle sous l'influence d'une maladie qui n'aura pas duré huit jours.

Les praticiens nous sauront gré de faire connaître le traitement qui, de tous, inspire le plus de confiance à M. Velpeau pour combattre avec quelque espérance de succès une maladie aussi prompte dans sa marche que terrible dans ses résultats.

Le plus tôt possible il faudra pratiquer une, deux, trois saignées selon la force du sujet, et faire une ou plusieurs applications de sangsues.

On fera prendre au malade des bols composés de six à dix grammes de copahu avec trente grammes de cubèbe.

La conjonctive sera lavée avec une solution de nitrate d'argent ; un demi-gramme, un gramme, deux grammes même, pour trente-deux grammes d'eau distillée.

De plus, on frictionnera les bords libres des paupières avec une pommade à l'azotate d'argent, et l'on fera faire des onctions sur le corps même des paupières boursouflées avec de l'onguent mercuriel.

A l'aide de ce traitement, M. Velpeau parvient à arrêter des ophthalmies blennorrhagiques en deux ou trois jours. Mais si malgré cette thérapeutique énergique, la maladie marche, les yeux sont perdus alors sans ressources. Il faut se garder, bien entendu, de continuer ce traitement quand il survient de l'amélioration, il ne serait pas exempt de dangers ; on diminue donc la quantité de nitrate d'argent, on cesse les émissions sanguines, tout en continuant l'usage des bols pour combattre la blennorrhagie.

On guérit, à l'aide de ces moyens, une proportion de malades qui varie entre la moitié et les deux tiers.

Torticolis congénital traité par l'emploi de la ténotomie. Section sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien.

La question de la ténotomie appliquée au torticolis a besoin d'être examinée avec quelque soin. On n'a pas très souvent occasion d'opérer cette difformité, et la jeune fille qui fait le sujet de cette observation se présente à un très haut degré. Elle croit l'avoir depuis sa naissance, elle s'est toujours connue comme on la voit, et ses parents lui ont dit qu'elle était née avec le col ainsi tordu. On peut juger combien cette torsion est marquée en sachant que le sterno-cléido-mastoïdien rétracté n'a pas plus de sept à huit centimètres de longueur.

La ténotomie, appliquée à la guérison du torticolis, est une opération qui a parcouru des phases bizarres ; c'est par elle qu'a commencé la ténotomie ; on a bientôt passé à la section des autres tendons. Ceux du col ont été laissés en oubli ; on y est ensuite revenu, et aujourd'hui on la néglige de nouveau.

C'est par elle qu'a commencé la ténotomie, car on en trouve des exemples dans les ouvrages les plus anciens. Culptius raconte l'histoire d'une jeune fille, affectée d'un torticolis, qui fut guérie par la section du sterno-cléido-mastoïdien. Plusieurs autres, parmi lesquels il faut citer Cheselden, Blanchart, ont pratiqué cette opération dans le dix-septième et dans le commencement du dix-huitième siècle.

Il y avait plusieurs manières d'opérer ; les uns appliquaient un caustique, puis pratiquaient la section ; les autres, et parmi eux Cheselden et Nuck coupaient et la peau et les muscles ; d'autres, enfin, associèrent diversement l'instrument et les caustiques. Cette section, malgré les travaux que nous citons, était complétement oubliée, quand, il y a une vingtaine d'années, on s'en occupa de nouveau. Cet oubli et la difficulté qu'éprouva la ténotomie à se généraliser, s'expliquent parfaitement par les idées physiologiques qui régnaient alors. Le danger qu'on attachait aux plaies des tendons, la crainte où l'on était de voir les mouvements perdus à jamais, toutes ces raisons empêchèrent l'opération de prendre dans la chirurgie le rang qui lui appartenait, et les quelques succès obtenus n'étaient regardés que comme de heureuses hardiesses qu'il était dangereux de chercher à reproduire. Mais quand on reprit la ténotomie, la section des muscles du col fut remise en discussion, et aujourd'hui elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois.

Le torticolis est une difformité qui, ainsi que toutes celles tenant aux muscles, reconnaît des causes diverses ; le plus souvent c'est à la rétraction du sterno-mastoïdien qu'elle est due ; d'autres fois pourtant les suites d'une brûlure étendue amènent le torticolis et, dans ce cas, il est plus dificile à guérir ; d'autres fois encore la cause est dans la rétraction des tissus ligamenteux, et elle peut se rencontrer même dans une maladie des os qui provoque de la suppuration et en amène la soudure. Il n'est pas besoin de recommander d'examiner chacune de ces causes avant de se disposer à opérer, et il est généralement facile d'éviter toute erreur, les brides se voient, se sentent et peuvent se différencier entre elles ; les antécédents éclaireraient sur les maladies des vertèbres.

Nous ne voulons parler ici que du torticolis par suite de rétraction musculaire ; il faut noter que dans le torticolis qui reconnaît cette cause, divers muscles peuvent être affectés de rétraction ; le plus souvent c'est le sterno-cléido-mastoïdien, quelquefois le trapèze, parfois encore des muscles plus profonds, tels que l'angulaire de l'omoplate le grand et le petit complexus, le splénius, etc. On remarquera que ces muscles profonds sont ceux qui sont le plus souvent pris dans les torticolis accidentels chez les adultes ; du reste cela est facile à distinguer.

L'étiologie se trouve dans les irritations musculaires, les maladies nerveuses et quelques autres affections dont on se fait facilement une idée.

Tant que la maladie est récente, les bains, les douches, les émollients peuvent compter sur quelques succès. Un moyen assez extraordinaire et dont l'efficacité, dans quelques cas, ne saurait être révoquée en doute, est celui qui consiste à exciter une vive émotion ou une forte surprise qui tende à faire vivement porter la tête du côté opposé à celui vers lequel elle est tournée. On raconte à ce sujet deux faits assez curieux ; une jeune personne affectée de cette difformité était à un balcon attendant un feu d'artifice qu'elle désirait beaucoup voir ; une personne lui indiqua à dessein de regarder dans une direction opposée à celle où il était placé et au moment où on y mettait le feu il indiqua vivement le lieu où il se tirait ; la jeune fille oubliant son torticolis, tourna aussitôt la tête et fut guérie.

L'autre fait concerne un médecin qui ayant été consulté pour une odalisque d'un sultan quelconque qui avait un torticolis regardé comme incurable, promit de la guérir pouvu qu'on lui laissât pleine liberté de faire ce qu'il croyait convenable. La permission obtenue, il se fit conduire dans le sérail, on le présenta à la dame et après les salutations d'usage, il se baissa vivement comme s'il eût voulu porter sa main sous les vêtements de la favorite. Pour peu qu'on ait une idée des mœurs turques, on comprendra l'effroi, l'indignation de la sultane qui, oubliant son torticolis, baissa et tourna vivement la tête du côté où voulait pénétrer l'audacieux médecin : elle fut guérie. Le massage a encore été employé parfois avec succès.

Quoi qu'il en soit de ces histoires, il est parfaitement certain que quand le torticolis est ancien, il n'est curable que par la section du muscle rétracté. Les difficultés de l'opération sont un peu plus grandes qu'au pied et cela se conçoit si l'on réfléchit à la région dans laquelle on opère. on est dans le voisinage des jugulaires, d'une branche de la sous-clavière ; il y a souvent des anomalies ; on rencontre des plexus veineux ; il peut survenir par conséquent un trombus, une inflammation, et dans cette région tout cela n'est point sans danger. Il y a bien aussi quelques avantages qu'il ne faut pas se dissimuler, le muscle à diviser fait un relief considérable qui l'éloigne des vaisseaux ; il est fibreux, tendineux dans une plus graude étendue que celle qui a constamment fait ses fonctions.

On a beaucoup discuté sur le procédé à employer et sur la question de priorité. On ne peut être exclusif dans le choix de la méthode, et il est certain que Dupuytren a pratiqué cette opération en 1822. Cela a été imprimé dans le Manuel de M. Coster.

Un orthopédiste a soutenu que l'opération de Dupuytren n'était pas une section sous-cutanée, qu'il y avait deux plaies ; mais un étranger, M. Saigne, a pratiqué la ténotomie au col en 1833, et l'orthopédiste qui en revendique la priorité ne l'a faite qu'en 1838. Il ne peut donc rester de doute sur cette question.

MM. Bouvier, Duval, Magendie ont employé chacun une méthode un peu différente ; nous l'avons dit, le chirurgien décide. Quant à l'emploi des machines après l'opération, il est bon de savoir, avant de les appliquer, jusqu'à quel point va la déformation des vertèbres.

Dr PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. FERRUS.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. Dronsart, intitulé *Recherches sur la phlegmasia alba dolens*.

Ce rapport est lu au milieu des conversations particulières qui nous empêchent d'en entendre un seul mot.

Conclusions : remerciements à l'auteur, renvoi de son mémoire au comité de publication, inscription de son nom au nombre des candidats à la place de membre titulaire.

Sur une observation de M. Bousquet que la troisième proposition est contraire au réglement, cette troisième proposition est retirée. Les deux autres sont adoptées.

M. Breschet. Si la *phlegmasia alba dolens* est une phlegmasie, cette phlegmasie ne réside pas toujours dans les veines, comme le dit l'auteur du mémoire après Robert Lee ; elle existe bien plus sonvent dans les vaisseaux lympbatiques, et, quand on la trouve dans les veines, cette inflammation n'est jamais isolée, elle n'est jamais bornée à ces organes. Pour mon compte, cette affection est une lymphite quelquefois accompagnée de phlébite.

M. Capuron. L'auteur du mémoire connaissait le travail de Robert Lée, car il le cite avec de grands développements, et pour appuyer par des observations nouvelles celles de cet auteur qui place le siége de la *phlegmasia alba* dans le système veineux. M. Breschet est des lymphatiques... (On rit.) Permis à lui, mais ce n'est qu'avec des observations qu'on peut infirmer celles de M. Dronsart.

M. Blandin. La *phlegmasia alba* est une maladie que l'on croyait autrefois particulière aux femmes en couches ; il est bien prouvé aujourd'hui que l'homme peut en être atteint, seulement il est incontestable qu'elle est plus fréquente chez les nouvelles accouchées. Pendant les premiers temps on n'a porté son attention que sur deux symptômes, l'œdème et la douleur. Plus tard on étudia les caractères anatomiques de cette affection, et on en plaça le siége, les uns dans les lymphatiques, les autres dans les troncs nerveux. Des recherches plus attentives ont fait reconnaître que le siége de cette maladie était complexe et variable, et on sait aujourd'hui qu'elle est produite isolément, tantôt par l'inflammation des vaisseaux lymphatiqoes, tantôt par celle des veines, comme aussi elle peut envahir ces deux systèmes. Pour mon compte, je crois cette dernière opinion la seule vraie, et je sois étonné que M. Breschet qui, comme moi, doit avoir fait l'autopsie de malades qui ont succombé à cette maladie, nie absolument, et dans tous les cas, la présence d'une phlébite.

M. Velpeau. Il y a vingt ans, j'ai publié un travail sur la *phlegmasia alba* ; à cette époque, mes recherches m'avaient semblé prouver la présence d'une inflammation des veines dans cette maladie. Mais dans trois cas, je trouvai une inflammation avec suppuration des symphyses du pubis, et je fus porté à me demander, mais avec une certaine réserve, si cette inflammation des symphyses n'était pas le point de départ de la maladie. Aujourd'hui des recherches nouvelles m'obligent à revenir sur ma première opinion. Je ne pense pas qu'il y ait phlébite toujours, et je placerais le point de départ de l'affection dans l'inflammation des vaisseaux lympbatiques profonds et du centre des membres. C'est une angioleucite avec inflammation du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux.

M. Capuron. Comme vous voyez, M. Velpeau a souvent changé d'opinion, car il vient de nous en exposer trois ; quelle est la bonne ? Aucune à mon avis.

M. Blandin. Il est important de s'attacher surtout aux signes diagnostiques de cette affection, que je persiste à considérer comme complexe, et qui ne donne pas lieu à des symptômes constamment les mêmes. Ainsi, si la *phlegmasia alba* a son siége dans les vaisseaux lymphatiques, les ganglions supérieurs du membre sont engorgés et douloureux. Si, au contraire, la maladie existe sans engorgement des ganglions, c'est la phlébite qui est le point de départ de la maladie. L'engorgement ou le non-engorgement des ganglions est un signe précieux pour déterminer le siége et le point de départ de l'affection.

M. Rochoux. Quelques auteurs ont considéré la névrite comme pouvant jouer un rôle dans la *phlegmasia alba*. Rien n'est plus contraire aux faits, et je crois même que la névrite devrait être rayée du cadre nosologique. La structure anatomique des nerfs s'oppose à ce qu'ils deviennent le siége de l'inflammatiou. Quant à la *phlegmasia alba*, j'en place, comme M. Velpeau, le siége dans les lymphatiques profonds, opinion que j'avais émise bien avant lui, et qui n'a pas changé chez moi. Je crois qu'en choses scientifiques on ne doit jamais changer d'opinion. (Vives dénégations.)

M. Deneux a vu souvent l'inflammation des symphyses sans *phlegmasia alba*. Il partage l'opinion de ceux qui placent le siége de cette maladie dans les lymphatiques.

M. Velpeau se défend, contre M. Capuron, d'avoir émis trois opinions sur ce sujet, il n'en a émis que deux ; contre M. Rochoux, de professer aujourd'hui une opinion contraire à celle qu'il professait autrefois, et croit que, lorsque de nouvelles recherches viennent modifier une façon de voir, il est d'un esprit sage d'en adopter les conséquences.

M. Cloquet. Un premier point acquis à la discussion est celui-ci, c'est que la *phlegmasia alba* peut exister également chez l'homme et chez la femme ; pour mon compte je l'ai observée sept à huit fois chez l'homme, mais je me hâte de reconnaître qu'elle est incontestablement plus fréquente chez la femme nouvellement accouchée. Les autopsies ont été invoquées pour soutenir les deux opinions exclusives sur le siége de la maladie, le système lymphatique ou le système veineux. C'est qu'en effet les autopsies viennent en aide à ces deux opinions. Mais ç'a été pour moi une raison de ne pas chercher là l'explication des phénomènes morbides. Que se passe-t-il au début de cette maladie ? Vous avez douleur, gonflement et épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire. C'est qu'en effet c'est le tissu cellulaire seul qui est primitivement affecté, c'est un œdème aigu primitif et simple, qui tantôt reste dans cet état de simplicité, ce sont les cas les plus heureux ; tantôt, au contraire, donne lieu consécutivement à une inflammation lymphatique ou veineuse. On voit que mon opinion peut concilier les deux autres.

M. Moreau se range à l'opinion de M. Cloquet : la *phlegmasia alba* n'est pas primitivement une phlébite, car les phlébites partout ailleurs ne donnent pas lieu au gonflement du membre. C'est pour lui un simple œdème aigu qui n'a pas autant de gravité qu'on le dit, car depuis trente ans il n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte de cette maladie. En examinant les circonstances dans lesquelles la maladie se développe il voit un nouveau motif d'admettre l'opinion de M. Cloquet. Ce n'est en effet que 15, 18 jours, un mois même après l'accouchement que la maladie paraît, alors que les femmes se relâchent des soins de précaution qui leur ont été prescrits. La maladie est plus fréquente en été qu'en hiver, pourquoi ? Parce qu'en hiver on est bien plus précautionné contre le froid, tandis qu'en été on cherche à se préserver de la chaleur, et on s'expose ainsi à toutes les causes d'inflammation du tissu cellulaire. Il regarde donc la lymphite comme une conséquence de l'inflammation primitive du tissu cellulaire.

M. A. Bérard. Je ne comprends pas le rôle exclusif que l'on fait jouer dans cette maladie à la lymphite et à la phlébite. L'opinion de

M. Cloquet me paraît plus rationnelle et plus conforme aux faits. Vous parlez d'inflammation des vaisseaux lymphatiques profonds, vous rejetez donc celle des lymphatiques superficiels ? Mais dans les lymphites, qu'elles soient profondes ou superficielles, on ne voit jamais l'œdème du membre ; et dans les lymphites superficielles, on voit des traînées rougeâtres sur le membre qui caractérisent l'affection. Rien de semblable dans la *phlegmasia alba*; je ne peux donc voir dans cette maladie une inflammation primitive des vaisseaux lymphatiques.

Quant à la phlébite, je crois qu'on en a fait peut-être trop bon marché. M. Bouillaud a prouvé que la phlébite adhésive détermine l'œdème des parties auxquelles la veine oblitérée se distribuait. Il est possible d'admettre que dans certains cas de *phlegmasia alba*, l'œdème du membre est produit par une de ces inflammations adhésives. Cependant l'opinion de M. Cloquet me paraît préférable.

M. Andral. L'expression *phlegmasia alba dolens* est une expression malheureuse, et peut-être est-ce à elle qu'est due la confusion qui règne sur cette maladie. Quand j'ai voulu aller au fond des choses, voici quel a été le résultat de mes observations, car je ne parle que de ce que j'ai vu.

D'abord, c'est une maladie qui peut attaquer les hommes comme les femmes, plus fréquemment celles-ci.

Son siége, c'est la cuisse. Pourquoi? C'est que toutes les fois qu'un travail profond se passe dans le bassin, la veine profonde du membre s'enflamme, s'oblitère ensuite, d'où l'œdème du membre. Or, la *phlegmasia alba* survient à l'occasion de toute maladie qui a son siége profondément dans le bassin. Je l'ai vue survenir dans le cas de cancer de l'utérus à marche rapide; chez des hommes, dans les cas de maladies du bassin.

Dans certains cas, j'ai vu l'inflammation des lymphatiques, mais alors l'œdème était léger. Dans la phlébite, au contraire, l'œdème est considérable et la douleur très vive. Le cas le plus rare a été l'œdème simple. Dans l'immense majorité des cas, l'engorgement douloureux aigu est dû à l'oblitération des veines précédemment enflammées.

M. Gerardin appelle l'attention sur les circonstances dans lesquelles se développe la maladie : c'est presque toujours lorsque la fièvre de lait ne survient pas que les nouvelles accouchées sont prises d'épanchements qui arrivent avec une rapidité extraordinaire. La *phlegmasia alba* est dans ce cas. Il ne partage pas l'opinion de M. Moreau sur le peu de gravité de cette maladie.

L'heure étant très avancée, quelques membres demandent la continuation de la discussion à la prochaine séance. M. le président s'y oppose, mais les académiciens quittent leurs places, et MM. Moreau et Blandin parlent au milieu d'un bruit tel qu'il nous est impossible d'entendre leurs paroles.

La discussion est close.

— *M. Bouvier* présente une pièce d'anatomie pathologique sur une déviation de la colonne vertébrale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1843. — Présidence de M. Dumas.

De l'innocuité de la ténotomie; de ses causes et de ses rapports avec les plaies ordinaires, et les lésions et les plaies sous-cutanées. — *M. le professeur Sédillot* adresse un mémoire sous ce titre, qui se termine par le résumé suivant :

L'innocuité de la ténotomie, attribuée à des causes inconnues et mystérieuses, était proclamée le problème le plus important de la chirurgie moderne, celui dont la solution devait rendre toutes les opérations sans danger, et changer complétement la face de la chirurgie. Les plaies sous-cutanées et les lésions sous-tégumentaires partageaient, disait-on, la même innocuité, et formaient un nouveau genre de blessures ayant pour caractère essentiel de guérir sans accidents.

L'analyse des faits sur lesquels on fondait ces opinions nous en a démontré l'erreur.

Comparant les lésions sous-tégumentaires et les plaies sous-cutanées accidentelles aux plaies ordinaires, nous avons aisément prouvé qu'elles pouvaient être également mortelles ou excessivement graves, et qu'aucune d'elles ne jouissait d'une véritable innocuité.

Etudiant ensuite les circonstances dans lesquelles ces blessures sont exemptes de complications, nous les avons ramenées à une loi commune, la *réunion immédiate*, dont nous avons signalé les conditions principales. Nous avons été ainsi conduits à l'appréciation des différences que l'on observe dans la gravité des lésions sous-cutanées et des autres plaies.

Ces considérations, puisées entièrement dans les principes de la pathologie, ont montré que les causes de l'innocuité particulière de la ténotomie étaient les conditions mêmes de la réunion immédiate, combinées de la manière la plus complète et la plus heureuse.

Nous avons cru dès lors pouvoir prédire que le jour où l'on voudrait, comme on l'a déjà tenté, appliquer la méthode dite sous-cutanée à des opérations moins simples que les sections fibro-tendineuses et musculaires, les revers seraient proportionnés à l'oubli des conditions que nous avions assignées à l'innocuité de ce dernier genre de plaies, et prouveraient combien était vaine et illusoire l'espérance de généraliser des faits spéciaux et nécessairement restreints.

Bégaiement. — *M. le docteur Becquerel* adresse une lettre que nous croyons utile de reproduire complétement, tant les faits qu'elle contient sont extraordinaires.

Le sieur Jourdan étant affecté d'un bégaiement très fort, et pénible pour lui ainsi que pour les personnes qui l'écoutaient, est parvenu à se guérir de cette infirmité.

L'examen attentif de la parole chez les individus placés sous ce rapport dans un état normal ; l'analyse raisonnée des divers phénomènes dont elle se compose, quoique faite par une personne entièrement dénuée de connaissances médicales, et même de toute instruction, l'ont conduit à trouver la cause du bégaiement, cause qui, selon lui, est la seule et véritable. M. Jourdan alla plus loin ; mettant en jeu sa force de volonté et l'imitation, il parvint à reproduire très exactement ce qu'il avait observé chez ses camarades, et finalement de se guérir.

Cette méthode a été trouvée par lui il y a à peu près quinze ans ; depuis, il la conserva et l'employa sans s'occuper des moyens de la propager. Il y a quelques mois, M. Jourdan voyant les années s'avancer, et l'état qu'il exerçait n'étant pas très avantageux pour lui, il résolut de mettre à profit la découverte qu'il avait faite, et après plusieurs guérisons opérées en province, il arriva à Paris.

La première personne qu'il traita fournit un résultat des plus remarquables. Mademoiselle J..., demeurant à Paris, rue Cadet, est une jeune personne de dix-neuf ans, qui était atteinte d'un bégaiement tellement fort et tellement pénible qu'elle préférait garder souvent le silence plutôt que de répondre, même dans sa famille. Il lui arrivait souvent, lorsqu'elle était obligée de parler, de se mettre à pleurer. Son père, tout en ne croyant pas à la possibilité de la guérison, permit à M. Jourdan de l'entreprendre ; cette guérison fut complète en un mois : mademoiselle J... s'exprime avec une facilité d'élocution remarquable, même dans une société nombreuse. Cette guérison s'est parfaitement maintenue depuis sept mois.

La deuxième fut celle de M. D. de B.

La troisième ce fut moi, et plusieurs des membres de l'Académie, et en particulier de la section de médecine et de chirurgie, qui m'ont vu avant et après le traitement, ont pu être parfaitement éclairés sur le résultat qu'a déterminé l'application de la méthode. Deux autres traitements ont été commencés il y a quelques jours, et M. Jourdan espère sous peu pouvoir en présenter le résultat à la commission.

La méthode que propose le sieur Jourdan est simple et facile à exécuter. Ce n'est pas un moyen mécanique, ou une opération qui puisse enlever en quelques heures la difficulté de parler; c'est une méthode toute physiologique, toute naturelle que l'on enseigne aux bègues, et à l'aide de laquelle on les fait bien parler immédiatement. Ils ne sont pas encore cependant complétement guéris pour cela ; il faut qu'une nouvelle habitude remplace l'ancienne, et que la manière nouvelle de s'exprimer, qui est en réalité celle qu'emploient tous les hommes, soit entièrement substituée à l'ancienne, c'est-à-dire au bégaiement ou manière de parler essentiellement anormale et vicieuse. Il faut donc de la part des bègues qui désirent être guéris, deux qualités bien faciles à acquérir, *bonne volonté* et *persistance*, et la méthode est tellement simple que tous peuvent y arriver. L'habitude une fois acquise est toujours bien conservée, parce qu'étant tout à fait naturelle elle procure un bien-être inaccoutumé, et fait rapidement disparaître la fatigue des organes respiratoires et vocaux qui accompagne tout bégaiement un peu fort ; de plus, elle ne laisse aucune trace, puisque les personnes guéries s'expriment comme tout le monde, et qu'ils ne sont pas obligés d'avoir continuellement recours à une méthode palliative ou artificielle comme l'ont été toutes celles qui ont été proposées. »

M. Becquerel dépose un paquet cacheté dans lequel il donne la description du procédé et son explication physiologique.

De l'allantoïde chez l'homme. — *M. Serres* présente un mémoire sur ce sujet. Voici les conclusions :

En résumant les faits, on voit, en premier lieu, que l'allantoïde de l'homme est pyriforme comme chez les rongeurs, et que d'abord elle est indépendante des autres membranes.

On voit, en second lieu, qu'elle s'unit ensuite avec le chorion, et que de cette union résulte la communication par anastomose des vaisseaux allantoïdiens, avec ceux des villosités, pour donner naissance au placenta.

En troisième lieu, enfin, ces faits établissent que l'existence de l'allantoïde comme membrane distincte paraît limitée chez l'embryon de l'homme, entre le quinzième et le vingt-cinquième jour de la conception, circonstance peut-être qui l'a fait échapper aux recherches des observateurs.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Observations sur l'emploi thérapeutique de l'oxyde d'argent ; par M. le docteur Lane.

Il est généralement prouvé que le nitrate d'argent exerce une action puissante sur l'organisme; mais il n'est pas moins prouvé qu'en raison de sa causticité, c'est un des agents les plus dangereux de notre matière médicale. Cette causticité ne se rencontre pas dans l'oxyde d'argent, qui, néanmoins, possède toute la puissance d'action qui distingue le nitrate de ce métal. L'effet principal de l'argent et de ses préparations sur le système nerveux est primitivement sédatif, en agissant directement sur la fibre nerveuse, et cette action se fait sentir surtout, d'après l'auteur, dans les nerfs de la vie organique qui président à la circulation capillaire. On y trouve donc un moyen de combattre avec succès certains cas d'excitation, et, de cette manière, son action secondaire se montre tonique en ramenant l'énergie exaltée des nerfs à l'état normal.

L'effet primitif s'exerce encore sur les nerfs de la vie animale qui président aux sentiments et aux mouvements volontaires ; c'est par là que s'explique son action anti-hémorrhagique rapide, action qui se développerait beaucoup plus lentement si elle s'exerçait d'abord sur la composition du sang.

L'oxyde d'argent paraît avoir une relation pour ainsi dire spécifique avec le système utérin ; aussi, aura-t-il plus ou moins de succès dans les cas de sécrétion anormale avec augmentation de vitalité de l'utérus.

Lorsque l'épilepsie n'est pas symptomatique d'une lésion organique du cerveau ou de la moelle, l'oxyde d'argent agit comme sédatif sur les grands centres nerveux. L'auteur a traité par cet agent deux cas d'épilepsie ; il obtint de l'amélioration ; mais malheureusement le traitement fut interrompu dans l'un et l'autre cas.

M. Lane a employé l'oxyde d'argent à l'intérieur pendant plus de deux mois consécutifs, sans qu'il se soit manifesté la moindre tendance à la coloration des téguments, même dans un cas où il ne survint point de salivation.

L'auteur énumère trente et un cas, dans lesquels ce médicament a été administré avec un plein succès.

Dans neuf cas de gastrodynie avec pyrosis, l'affection a été guérie, ou du moins grandement mitigée.

Une guérison complète a été obtenue dans six cas de diarrhée habituelle ou chronique, avec ou sans excrétion sanguine.

Seize cas de ménorrhagie et de leucorrhée furent entièrement ou partiellement guéris.

Un ami de M. Lane lui a rapporté qu'il avait obtenu par ce moyen la guérison d'une métrorrhagie chez deux jeunes femmes qui n'avaient jamais encore eu d'enfants. Dans les deux cas, la guérison fut promptement suivie de grossesse.

Dans deux cas seulement de l'emploi de ce médicament, on a vu survenir des maux de tête, du dérangement dans l'exercice des fonctions digestives, mais jamais de symptômes fébriles.

La dose que l'auteur a mise en usage a été de 25 à 50 milligrammes.

(*The Lancet.*)

Mode d'emploi de l'iode contre la syphilis, dans la seconde division du service chirurgical de l'hôpital général de Vienne ; par M. Schwoeder.

Le chef de ce service, M. le docteur Mojssisovics, commence le traitement de la syphilis secondaire par une potion laxative composée de feuilles de séné et de sulfate de soude.

Le lendemain il prescrit l'iodure de potassium à la dose d'un gramme pour cent grammes d'eau, dont il donne le premier jour trois cuillerées à bouche ; le second, quatre cuillerées, et le troisième, la dose entière. Il augmente la dose suivant les circonstances. Pour deux grammes d'iodure il ajoute vingt-cinq milligrammes d'iode pur, et pour quatre grammes il en fait mettre cinq centigrammes. Il ne dépasse cette dose que dans les cas de tophus, de tumeurs gommeuses, de nécroses et d'ulcérations étendues du gosier ; alors il commence de suite par prescrire cinquante centigrammes d'iodure de potassium et vingt-cinq centigrammes d'iode pour cent grammes d'eau, qu'il emploie toujours de la manière indiquée plus haut.

Il règle avec un soin particulier le régime diététique ; il interdit tout aliment amylacé; il ne permet au malade que des soupes légères, du rôti et des compotes de fruits. On doit éviter le refroidissement.

Il faut employer à l'extérieur, en applications, injections gargarismes, etc, une solution composée avec 1 gramme d'iodure de potassium, 50 centigrammes d'iode, et 250 grammes d'eau.

M. Mojsisovics emploie, contre le gonflement des os et les syphilides, une pommade faite avec 50 centigrammes de bi-iodure de mercure pour 15 grammes d'axonge.

Dans les cas de condylômes et de tuméfactions indolentes du carpe, il a recours à une pommade plus active encore, qu'il fait préparer avec deux grammes de bi-iodure de mercure pour quinze grammes d'axonge. On maintient les applications de cette pommade, et on en garantit les parties non malades en fixant les compresses sur lesquelles on l'étend à l'aide de bandelettes agglutinatives. La douleur occasionnée par le contact de cette pommade est très intense et persiste ordinairement pendant quatre heures. Du reste, les bons effets ne se font pas attendre long-temps, et quelques jours suffisent pour qu'ils commencent à devenir appréciables. Il est d'usage de laisser la pommade en place jusqu'à ce que la matière exsudée, qui a d'abord une apparence lymphatique, puis purulente, soit entièrement desséchée.

Il n'est pas besoin de dire que les deux pommades dont il vient d'être parlé sont douées d'une excessive énergie, la dernière surtout. La première elle-même, bien que plus faible, réclame encore dans son emploi une très grande circonspection de la part du praticien.

M. Mojsisovics indique comme symptômes constants de l'emploi de l'iode à l'intérieur : sentiment de grattement dans le gosier, de brûlure à l'estomac ; toux d'irritation ; éruption furonculeuse. Cependant tous ces symptômes ne tardent pas à disparaître.

Les sujets qui ont de la disposition à la phthisie éprouvent, au bout de quelques jours, de l'oppression ou de la chaleur de poitrine, ou encore de la toux accompagnée d'expectoration sanguinolente. Dès que ces accidents se manifestent, il faut se hâter de suspendre le traitement. On n'a point observé d'augmentation d'appétit sous l'influence de cette médication, pas plus que de diarrhée ; la constipation a plutôt eu lieu. On n'a remarqué non plus ni l'atrophie du sein ou des testicules, ni l'émaciation ; seulement, après un traitement long-temps continué, quelques malades devinrent cachectiques.

(*Oester. med. Wochens.*)

La société des baigneurs est déjà très nombreuse à Enghien, et plusieurs traitements heureux ont eu lieu. L'incertitude du temps, quoique désagréable sous le rapport de la promenade, n'a aucune influence sur les maladies ; il est même d'observation qu'une température un peu basse convient mieux pendant l'emploi d'une eau minérale sulfureuse active, qu'une température très chaude, et par conséquent trop excitante.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 JUIN 1843. (16e ANNÉE.) N. 71, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 14 JUIN 1843.

Question des agrégés. — Négation de l'orthopédie.

Il y a eu, à peu près en même temps, deux intérim à remplir dans deux facultés de médecine. Les intérimaires devaient être pris parmi les agrégés ; c'était de droit ; cependant ce sont les professeurs qui se sont remplacés eux-mêmes ! Il est évident que, dans cette circonstance, l'agrégation a été dépouillée de son attribution la plus flatteuse, car nous ne croyons pas que les agrégés soient extrêmement fiers du rôle qu'on leur fait jouer dans le jury d'examen pour le doctorat, ni qu'ils se trouvent suffisamment *honorés* des deniers que leur valent les droits de présence. Ce que les agrégés doivent surtout ambitionner, c'est de remplacer les professeurs, de pouvoir être mis en rapport officiel avec un nombreux auditoire, enfin de profiter des moyens matériels qu'une faculté fournit aux professeurs pour donner de l'éclat et de l'intérêt aux cours qui sont ouverts dans son sein. Alors, quand les dispositions personnelles de l'agrégé, quand ses études le mettent à même de figurer avantageusement dans une chaire de professeur, ses chances d'occuper définitivement cette chaire augmentent, et, dans tous les cas, sa réputation y grandit, ce qui vaut beaucoup mieux.

Enlevez cet avantage à l'agrégation, que lui reste-t-il ? Rien. Qu'est-ce alors qu'un agrégé ? Un docteur avec un peu plus d'hermine qu'un autre, c'est-à-dire avec un peu plus de ridicule. Cela vaut-il quinze années d'études et une victoire dans ces luttes acharnées qu'on appelle concours, victoire achetée par tant de sacrifices et quelquefois par tant de défaites ?

Le droit des agrégés, leur seul avantage doit donc être défendu, et nous ne demandons pas mieux que de les aider dans cette circonstance; car nous sommes loin de penser qu'il y a simple coïncidence entre le fait de Montpellier et celui de Paris. Il y a un système là dessous; il y a le dessein de décourager les hommes de concours.

On ne veut pas que les agrégés se créent des titres publics, de ces titres qui forcent la main à des juges qu'on espère encore aveugler par des considérations prises en dehors des épreuves et des véritables antécédents d'un candidat. Mais, pour qu'un pareil système soit déjoué, pour qu'il soit frappé d'une nullité complète, il faut surtout que les intéressés interviennent activement, ostensiblement, courageusement. Ils doivent enfin imiter le docteur Alquié. Cet agrégé peut, sans doute, s'être trompé sur la cause qui lui a ravi l'avantage de remplacer M. Lallemand, mais il n'en a pas moins montré la plus grande énergie, le plus grand courage dans la défense de ses droits.

Si, au lieu de résister énergiquement et publiquement les agrégés se taisent et, comme on le dit vulgairement, *font les morts* ou réclament individuellement et *confidentiellement ;* s'ils agissent ainsi, les agrégés mériteront d'être dépouillés encore, et n'exciteront aucune sympathie. Bien plus, on peut en soupçonner de connivence avec les spoliateurs ou même d'insuffisance.

Un de ces soupçons a été formé, cela devait arriver. Il était non seulement dans le droit, mais dans le devoir des agrégés en médecine de la Faculté de Paris, de remplir l'intérim de M. Duméril, et cependant ce professeur a été remplacé non par un agrégé mais par un professeur. De sorte qu'aujourd'hui l'enseignement dogmatique de la médecine à la Faculté de Paris repose sur un seul professeur qui ne manque ni de zèle ni de mérite, mais qui parle quelquefois un langage inintelligible.

Nous avons dit qu'on pouvait accuser des agrégés d'une espèce de connivence. En effet, dès qu'on se montre faible dans son droit, on s'expose à bien des accusations dont toutes ne sont pas injustes, croyez le bien. Le mot connivence est trop fort, car il dit plus que le demi-désistement obtenu par des caresses, des promesses ou autres procédés que nous ne voulons pas qualifier ici, mais que connaissent parfaitement les hommes de la Faculté qui ont quelque habitude de manier les ambitions de second ordre. Ainsi admettez qu'il n'y a pas connivence, mais il y a faiblesse, et c'est très grave pour des hommes jeunes. Comme on le pense bien, il est impossible que nous admettions que tous les agrégés en soient là. Mais d'où vient que cette minorité n'a pas légalement réclamé, ostensiblement protesté !

Une faiblesse fait toujours supposer une autre faiblesse. Une fois dépossédés de leurs droits, les agrégés de la faculté de Paris (section de médecine) ont été considérés comme manquant d'aptitude à en jouir. Il serait singulier que le bruit qu'on a fait courir sur l'insuffisance de ces agrégés à remplacer *immédiatement* un professeur, vint immédiatement aussi de ceux qui avaient intérêt à cette espèce de déchéance à laquelle on s'est au moins prêté avec un laisser aller qui n'a pas d'exemple.

La position de messieurs les agrégés, dans tous les cas, nous paraît équivoque; pour s'éclaircir, elle a besoin d'un acte à la publicité duquel nous contribuerons autant qu'il sera en nous.

Quoique le bruit vienne d'un journal inspiré par un professeur de la Faculté, nous ne pouvons croire qu'il ne se soit pas trouvé un agrégé qui ait pu remplir immédiatement une chaire qui était occupée, par qui? par M. Duméril ! Mais si par impossible cette insuffisance avait été constatée parmi les agrégés en exercice, restaient les agrégés libres, ces vétérans du surnumérariat; eux n'auraient pas reculé. Nous en connaissons qui auraient improvisé un cours substantiel et surtout *intelligible*.

— Laissons-là pour aujourd'hui la Faculté, et abordons un autre théâtre qui est plus intéressant, quoique le principal rôle soit tenu par un agrégé. C'est M. Maisonabe, autrefois orthopédiste, et qui en présence d'un public composé de médecins et d'amateurs, de pères et de mères de famille, vient déclarer et prouver que l'orthopédie est une immense déception. Il faut avouer d'abord que la thèse de M. Maisonabe est plus facile à soutenir que la thèse contraire, car les estropiés, les bossus non redressés, et cependant donnés comme tels, pullulent dans l'univers. Au contraire, les guérisons *durables bien authentiques*, sont de très rares exceptions, exceptions niées encore par M. Maisonabe. Ici, comme dans toutes les questions pratiques, il faut distinguer. Si M. Maisonabe veut parler de l'impuissance absolue de l'orthopédie contre certaines difformités des membres, il se trompe évidemment; il y a réellement des guérisons; elles sont *plus rares, moins complettes*, et surtout *moins durables* que ne veulent le dire les orthopédistes; mais on en compte. Si au contraire M. Maisonabe choisit un autre terrain, s'il agite la question de savoir si les déviations du rachis peuvent être guéries, si un bossu peut être redressé, *et l'être pour toujours;* ici, en se tenant dans tout ce que la négation a de plus absolu, M. Maisonabe peut avoir raison. Et s'il n'a pas entièrement raison, il peut encore être utile en soutenant cette thèse. En effet, le défi qu'il porte depuis si long-temps sera enfin accepté par un orthopédiste, et quand les faits auront la publicité que provoque M. Maisonabe, on saura au moins à quoi s'en tenir. Et ici nous ne parlons pas seulement des gens du monde, mais des médecins, parmi lesquels vous trouveriez bon nombre d'incrédules; vous en trouveriez surtout beaucoup qui se renferment dans un doute dont les effets sont les plus fâcheux, quand ces mêmes médecins sont consultés par une malheureuse famille qui a un enfant à faire redresser. Et d'ailleurs, est-ce que l'intérêt de la vérité n'est pas toujours là? Il serait beau, si après avoir jeté tant de méfiances, tant d'outrages au magnétisme, à l'homœopathie, sans compter ce qu'on prépare à l'hydrosudopathie; il serait beau d'avoir craint les déceptions, les mystsfications dans des questions qui, par leur nature, prêtent à l'erreur et la font excuser; il serait divertissant de nous montrer un jour les victimes d'une des plus immenses et des plus prolongées mystifications qu'on se soit jamais permise à l'égard du peuple le plus ignorant !

Ne pas savoir si on redresse ou non des bossus, quand des milliers d'établissements sont remplis de bossus, quand une infinité de machines fonctionnent tous les jours pour les redresser, c'est avouer une position au moins fort ridicule quant aux médecins. Pour les parents, la position est douloureuse et les déceptions bien autrement amères. Heureusement il y a chez eux un sentiment qui couvre tout cela, les feseuses de corsets aidant.

Ainsi dans l'intérêt de la vérité, on devrait se mettre à la recherche des faits, et cela avec bonne foi. On devrait, non pas recueillir les faits anciens déjà compromis, mais observer de nouveaux faits avec cette exactitude, ce goût des détails de nos modernes observateurs, enfin avec tous les caractères d'authencité désirables. Les familles sont aujourd'hui plus que jamais intéressées à connaître la vérité, et les médecins de ces familles doivent la rechercher avec beaucoup plus d'ardeur. Voici pourquoi : quand l'orthopédie se bornait aux moyens hygiéniques, quand elle n'employait que des machines à action lentement progressive; quand enfin l'orthopédie était plus modeste, et que ses établissements étaient des maisons d'éducation sous la surveillance d'un médecin et d'une bonne mère de famille, on pouvait, dans le doute des résultats curatifs, conseiller aux parents des enfants difformes, de les placer dans ces établissements. Mais aujourd'hui l'orthopédie est plus ambitieuse. Dans la louable pensée de mieux faire qu'autrefois, on ne se contente plus de l'hygiène, de la gymnastique ; les machines elles-mêmes dans certains établissements, sont souvent remplacées par des opérations qui peuvent avoir des dangers réels. Le bistouri, enfin, est entré dans ces établisse-

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Blessures mortelles. — Haute question de médecine légale.*
(Cour d'assises du Lot.)

Le 13 novembre dernier, un marchand de parapluies, nommé Jeantou, étranger au pays, et colporteur au service du sieur Altayrac, fabricant à Gramat, se retira de la foire de Miers, où il était allé exercer son commerce. Il se mit au lit en arrivant, et, le lendemain, son état présentait le plus grave danger. Monsieur le maire de Gramat le fait visiter par deux médecins, qui ne peuvent constater qu'une forte ecchymose sur la paupière de l'œil gauche.

On interroge Jeantou sur les causes de son mal; mais, depuis qu'il s'est mis au lit, il ne recouvre que rarement des moments lucides, et semble avoir complètement perdu la mémoire des sévices qui ont pu être exercés contre lui. Trois jours après, il expirait, et l'autopsie constatait que la mort était le résultat d'un coup violent qui avait brisé le coronal et occasionné un épanchement de sang à l'intérieur du cerveau.

La justice prit des informations, et il fut établi que le malheureux Jeantou avait eu dans un cabaret, à propos de chansons, à propos d'un parapluie, ou sous tout autre prétexte, une querelle avec des jeunes gens de Miers. Au moment où l'hôtesse, qui venait interposer son autorité, entrait dans la salle, les verres, les bouteilles, volaient en éclats, et deux adversaires principaux se dessinaient dans la lutte. D'un côté, Jeantou qui essuyait son visage ensanglanté; de l'autre, Ambroise Malvy montrait son front, sur lequel un verre brisé par Jeantou avait aussi laissé des traces sanglantes.

Ambroise Malvy, jeune paysan de vingt-six ans, aux formes robustes, à la tournure athlétique, comparaît sur le banc des criminels comme le principal acteur d'une querelle à laquelle il pouvait demeurer étranger. Peut-être ne s'est-il plus rencontré en face de Jeantou, et l'instruction n'a pu trouver d'autre trace d'animosité contre ce marchand nomade, qu'une discussion survenue dans la journée avec un habitant de Miers, nommé Graves, qui figurait parmi les buveurs.

Du reste, l'intervention de l'hôtesse, aidée de son mari et de son domestique, eut le meilleur résultat. Les blessures échangées dans le combat n'offraient aucune gravité, et Jeantou, qu'on avait dérobé à ses nombreux adversaires, en le conduisant par une trappe et un escalier dérobé dans un grenier où il devait passer la nuit, s'endormit avec sécurité.

Que se passa-t-il durant cette nuit, pour donner une si lugubre issue à une querelle de cabaret? Ici, les témoignages paraissent insuffisants, et cependant, en réunissant les preuves éparses, l'accusation a formé contre Malvy un faisceau dont il ne pourra décliner le puids accablant.

En effet, le lendemain, à la pointe du jour, le domestique de l'auberge va pour avertir Jeantou qu'il est temps de partir. Il remarque qu'une petite fenêtre donnant dans le grenier à foin a été ouverte du dehors, et qu'auprès du marchand se trouve une fourche cassée. Jeantou se réveille, déclare ne pouvoir expliquer aucune de ces circonstances, se met en route sans se plaindre d'aucune douleur, et va mourir à Gramat le surlendemain.

Le malheureux a donc probablement reçu, pendant son sommeil, un de ces coups violents qui, portés sur la tête, ont pour effet fréquent d'obstruer la mémoire, au point que le malade meurt sans pouvoir se rendre compte de l'accident, de la chute, du coup qui a paralysé sur cette place les facultés du cerveau; effet physiologique qui paraît extraordinaire.

Cependant, on se rappelle qu'après que Jeantou fut couché, Malvy, irrité par le vin et la lutte, était revenu à l'auberge, offrant de l'argent à l'hôte s'il voulait lui faire retrouver le colporteur. Voyant ses offres repoussées, il va sur la porte de l'écurie, et, par trois fois, somme son adversaire endormi de lui répondre. Enfin, il emploie un outil de charrette pour forcer l'ouverture de la petite fenêtre qui donne dans le grenier à foin, et il a fallu sa force herculéenne pour briser un obstacle aussi puissant. Le lendemain, il se vante de ses prouesses : « Le b..., disait-il, il m'avait bien touché; mais, cette fois, je l'ai assommé. »

Telles sont les charges dont l'accusation soutenue par l'organe du ministère public, sait tirer un habile parti; tandis que l'avocat chargé de la défense dispute pied à pied le terrain qu'envahissent, malgré ses efforts consciencieux, des présomptions trop concluantes. L'avocat, invoquant en quelque sorte le témoignage du mort, se demandait si un homme pouvait succomber à des violences dont il ne savait rendre aucun compte, dont il ne conservait aucun souvenir, qu'il avait subies en quelque sorte à son insu. Il en appelle du rapport des médecins de Gramat à un des bons praticiens de la ville, susceptible de résoudre les difficultés que soulève cet inexplicable phénomène. Un médecin est mandé devant la cour.

On lui demande s'il est possible qu'un homme frappé à la tête d'un coup mortel, puisse secouer un sommeil devenu léthargique, se mettre en route et exercer pendant un temps assez long toutes ses facultés, bien qu'il ait perdu la mémoire des excès qui ont en quelque sorte préparé sa mort. Le docteur répond par une négation positive.

MM. les docteurs Aymer et Barras, de Gramat, sont appelés : ils soutiennent avec fermeté l'opinion émise dans leur rapport, et l'appuient de faits qui paraissent concluants. Cette fois, le premier docteur entendu semble revenir à cette opinion.

Enfin, après des plaidoieries animées, le jury, appelé à résoudre le débat qui a paru long-temps incertain, a répondu affirmativement à toutes les questions qui lui ont été posées, et la Cour a condamné Ambroise Malvy à quinze ans de travaux forcés.

II. *Assassinat commis sur un enfant de quatre mois par son père.*
(Cour d'assises des Basses-Alpes.)

Le 20 avril dernier, Elisabeth Reinaud, femme d'Antoine Esmiol, propriétaire de la commune de la Javie, sortit vers les six heures du matin pour aller chercher un fagot de bois dans la campagne ; elle avait eu le soin d'allaiter son jeune enfant qui était dans un parfait

ments sous le nom de ténotome. Or, partout où est le bistouri, il faut le surveiller, s'en méfier; car, quelle que soit l'exiguïté de son entrée dans nos chairs, l'obliquité de sa marche, il peut nuire, surtout s'il va profondément. Tout ce que nous disons ici, et tout ce que nous ajouterons encore, montre l'importance de la question soulevée par M. Maisonabe. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est qu'une pareille question ne soit pas portée à l'Académie de médecine; c'est là qu'elle pourrait plus fructueusement être traitée. Espérons.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. BAZIN.

De l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis primitive; par H. DESRUELLES, interne des hôpitaux.

L'introduction de l'iodure de potassium dans la thérapeutique de la syphilis ne date en France que de quelques années, et, pour le dire en passant, mon père, professeur au Val-de-Grâce, est un des premiers praticiens français qui l'aient employé. Depuis quelque temps, la connaissance des travaux des médecins étrangers, les expériences de M. Ricord, ont mis ce médicament en grand honneur, et il jouit aujourd'hui dans le traitement de la syphilis constitutionnelle de la vogue la plus brillante, disons mieux, la plus méritée.

A l'aspect des merveilleux effets de l'iodure de potassium dans les accidents consécutifs de la maladie vénérienne, ne devait-on pas se demander s'il était sans action sur les accidents primitifs? Telle semblait devoir être la marche naturelle de l'esprit. Cependant, si l'on trouve peut-être çà et là quelques observations de syphilis primitive guérie par l'iodure de potassium, personne que nous sachions ne l'a expérimenté d'une manière rigoureuse. Mon père l'a donné plusieurs fois dans les accidents primitifs de la syphilis, mais d'ordinaire, quand le traitement simple ou les mercuriaux avaient échoué, quand les malades refusaient de se soumettre au mercure. Cependant il y attache depuis quelque temps plus d'importance; car dans les *Post-scripta* ajoutés à ses Lettres, et publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1841, après avoir parlé de ses bons effets dans un cas d'ulcère phagédénique (primitif) du gland et du prépuce, il termine en disant: « Nous reviendrons plus » tard sur cette intéressante observation et sur plusieurs au» tres que nous venons de faire touchant l'efficacité de l'iodure » de potassium dans les maladies vénériennes primitives. »

On dira que M. Wallace, de Dublin, avait proclamé l'iode spécifique, que bien avant lui M. Richond publiait dans les Archives un mémoire sur l'emploi de la teinture d'iode dans la blennorrhagie et les bubons vénériens; mais M. Wallace ne rapporte, au moins à notre connaissance, que des observations de syphilis consécutive. Quant au mémoire de M. Richond, bien qu'il soit probable que l'iodure de potassium n'agisse que par l'iode, le fait n'est pas incontestable; et dans tous les cas, n'y a-t-il pas une différence extrême à administrer un médicament actif exempt de combinaison, ou à le donner uni à un autre corps qui le dégage lentement, pour ainsi dire suivant les besoins de l'organisme malade, et peut, du reste, modifier ses propriétés?

Ainsi, on a jusqu'ici quelques faits intéressants, quelques soupçons d'application nouvelle de l'iodure de potassium, mais point d'expérimentaion méthodique et suivie de son emploi dans la syphilis primitive. Il reste donc à déterminer dans ce cas sa valeur thérapeutique. Tel est le but des expériences que M. Bazin fait depuis quelque temps à l'hôpital de Lourcine. Nous allons rapporter quelques observations; et sans attacher au médicament plus d'influence qu'il n'en a peut-être, sans nier celle des émollients, du régime, de l'hygiène, sans entrer dans aucune discussion de théorie ou de thérapeutique, nous nous bornerons à mentionner des faits.

Première observation. — *Chancres des grandes lèvres.*

Plater (Catherine); vingt-un ans; sanguine. Pas d'antécédents. Elle entre à Lourcine le 27 avril 1843. Ses chancres datent de six jours; elle n'a vu personne, dit-elle, depuis dix-huit mois. Cependant deux chancres existent à la face interne de chaque grande lèvre, bien caractérisés, à bords rouges et taillés à pic, à fond grisâtre, très enflammés. Infection douteuse. Une indisposition légère retarde la mise en traitement jusqu'au 4 mai.

Le 4 mai, sals. s. sudorif.; bains de temps en temps; 0,50 d'iodure de potassium.

Le 6, 1 gramme.

Le 8, les chancres sont guéris. Le médicament est encore continué pendant quelques jours à la dose de 2 grammes; puis la malade sort.

Deuxième observation. — *Tubercules muqueux ulcérés des grandes lèvres. Glandes engorgées dans les aines. Blennorrhagie.*

Ouvrié (Catherine); vingt-quatre ans; sanguine. Il y a huit mois, blennorrhagie, glandes dans les aines; guérison spontanée. La maladie actuelle date de douze jours, et n'a point de rapport avec la première.

Elle entre le 4 mai 1843. Le bord libre des grandes lèvres est couvert de tubercules muqueux très nombreux, se touchant par leurs bords voisins, baignés par un écoulement purulent, ulcérés au sommet. L'écartement des grandes lèvres est fort douloureux, le spéculum ne peut être introduit. Quelques vésicules d'eczéma sur la cuisse droite. Plusieurs petites glandes engorgées dans les aines, douloureuses à la pression. Lot. émoll.; bains tous les quatre ou cinq jours.

Le 6 mai, 0,50 d'iodure de potassium.

Le 9, 1 gramme.

Le 12, 2 grammes. Les ulcérations des tubercules sont guéries; ceux-ci sont affaissés, d'un rouge déjà pâle, paraissant tendre à la cicatrisation. Très peu d'écoulement.

Le 15, 3 grammes. Cette dose est continuée jusqu'à sa sortie.

Le 25, guérison complète. Sortie le 31.

Troisième observation. — *Tubercules muqueux de la vulve et de l'anus.*

Lelen (Annette); vingt-un ans; sanguine. Pas d'antécédents. Deux mois d'invasion. Aucun traitement avant son entrée, qui a lieu le 16 mars 1843. Les grandes lèvres, la partie interne et supérieure des cuisses, le périnée, le pourtour de l'anus, sont couverts de tubercules muqueux très nombreux, arrondis, saillants, enflammés, exhalant un liquide d'une odeur particulière. Ils se prolongent jusqu'à un pouce et demi au-dessus de l'anus. La peau, dans les intervalles qui les séparent, est érythémateuse. Les douleurs sont très vives; la malade marche difficilement et en souffrant beaucoup. Un peu de prurigo. Sals.; 1 sud.; lot. émoll.; catapl.; bains de temps en temps.

Le 18 mars, 0,50 d'iodure de potassium.

Le 21, 1 gramme.

Le 25, beaucoup d'amélioration; moins de turgescence et d'inflammation des tubercules. Moins de douleurs.

Les doses d'iodure de potassium sont augmentées lentement; à la fin du mois elle prend 2 grammes d'iodure. L'amélioration augmente; les tubercules s'affaissent; plusieurs passent à une teinte bleu-violacée, indice de la cicatrisation. La coloration violacée va se prononçant chaque jour davantage; les tubercules disparaissent.

Le 8 avril, 3 grammes.

Une indisposition de quelques jours oblige de cesser l'iodure, qui est repris ensuite à faible dose jusqu'à la guérison. Nous croyons remarquer que pendant la suspension du médicament la maladie reste stationnaire. A la fin d'avril tous les tubercules sont guéris; la malade ne reste plus à l'hôpital que pour une blennorrhagie survenue pendant le cours du traitement.

Quatrième observation. — *Chancres de la vulve et de l'anus. Glandes inguinales engorgées; blennorrhagie. Complication de gale et de scrofules.*

Pavy (Angélique); seize ans; lymphatico-scrofuleux. Il y a quatre mois, blennorrhagie guérie en trois semaines; elle revient après une fatigue; les glandes inguinales s'engorgent. Elle entre le 15 avril 1843. Les chancres datent de quinze jours. On voit sur les parties latérales du clitoris deux chancres, deux à la face interne de la grande lèvre droite; un à la face interne de la gauche, un à l'anus. Ces chancres, excepté celui de l'anus, sont rouges, assez superficiels. Anus dilaté, infundibuliforme, ce qui indique, malgré les dénégations de la malade, que l'infection a eu lieu par une double voie.

Deux glandes engorgées dans chaque aine, dures, indolores; cicatrices de scrofules au cou; glande volumineuse sur le sterno-mastoïdien droit, datant de quatre ans. Gale.

Le 16 avril, subs. s.; sudorif.; 0,50 d'iodure de potassium. Bains de temps en temps.

Le 23, 1 gramme.

Le 24, quelques chancres tendent déjà à la cicatrisation.

Le 28, 3 grammes. La cicatrisation marche lentement. On touche les chancres avec le nitrate d'argent; les cautérisations sont répétées tous les deux jours; la même dose d'iodure est continuée jusqu'à sa sortie.

Depuis la première cautérisation, la cicatrisation marche très rapidement. Guérison le 8 mai.

Nous pourrions rapporter plusieurs autres observations; mais nous nous bornons à celles-ci, qui résument, du reste, toute la syphilis primitive: chancres simples, chancres avec engorgement glandulaire, tubercules muqueux simples, tubercules muqueux ulcérés et blennorrhagie. La moyenne du traitement a été de vingt-un jours. Toutes les malades soumises à l'iodure de potassium pour les symptômes primitifs, sont sorties parfaitement guéries; plusieurs ont été gardées à l'hôpital long-temps après la guérison, dans la crainte d'une récidive qui n'a pas eu lieu. Nous avons en ce moment une jeune fille traitée pendant six mois par les émollients pour des tubercules muqueux de la vulve et de l'anus, qui, soumise à l'iodure de potassium, a guéri en un mois.

En présence de pareils faits, est-il possible de nier une action de l'iodure de potassium sur les symptômes primitifs de la syphilis? Mais le médicament agit-il aussi énergiquement sur tous les symptômes? Nous n'avons pas assez de faits pour trancher cette question. Cependant, s'il fallait conclure d'après ceux que nous avons observés, nous dirions: la forme tuberculeuse est celle qui subit le plus manifestement l'action de l'iodure de potassium.

La forme ulcéreuse est moins vite et moins puissamment modifiée.

Les simples engorgements glandulaires des aines se résolvent avec facilité.

Quant à la blennorrhagie, nous serions tentés de n'accorder à l'iodure de potassium aucune influence sur elle; car, chez la plupart des malades, nous l'avons vu persister sans amendement après la disparition des autres accidents primitifs, et chez quelques-uns survenir pendant le traitement même.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Anévrisme poplité. Ligature de l'artère fémorale (1).

Le malade dont il a été question dans un des précédents numéros, et qui portait un anévrisme volumineux de l'artère poplitée, a subi, le 28 mars, la ligature de l'artère fémorale. Cette artère a été liée à l'union de son tiers supérieur avec le tiers moyen. L'opération a été longue, extrêmement laborieuse et pénible. On en verra les raisons dans les réflexions et les détails suivants:

Nous dirons par anticipation que ce malade, auquel il a fallu lier plus tard l'iliaque externe, et puis la fémorale profonde, est mort à la suite de cette troisième opération. Nous croyons néanmoins, à raison de l'intérêt qui s'attache aux détails de ces deux opérations et aux réflexions nombreuses qu'elles ont suscitées de la part de M. Roux, devoir reproduire intégralement les uns et les autres.

La longueur et le travail vraiment extraordinaire qu'a pré-

(1) *Voir* le n° 67 de la *Gazette des Hôpitaux*.

état de santé; elle le laissa endormi, en recommandant à son mari et à sa fille d'en avoir soin. Une heure après son départ, Jeanne Baile, épouse Férand, entre dans la maison d'Antoine Esmiol pour demander du feu: Esmiol lui dit qu'étant malade, il avait envoyé sa femme au bois; que son petit enfant allait bien et n'était point méchant. Quelle fut la surprise de la femme Féraud, lorsque, peu d'instants après, elle vit accourir chez elle la fille d'Esmiol, âgée de sept ans, qui lui dit en pleurant: « Venez vite chez nous, car mon père a tué mon petit frère et lui a mis du sel dans la bouche. » Cette petite fille appelait à son aide toutes les voisines, répétant à chacune d'elles: « Mon père a tué mon frère. »

Plusieurs de ces femmes s'empressèrent d'aller chez Antoine Esmiol; elles le trouvèrent ayant son enfant dans ses bras, et essayant de lui faire avaler du lait de chèvre qu'il rejetait aussitôt. Une nommée Marie Blanc tenta, mais en vain, de l'allaiter; l'enfant respirait avec peine, sa bouche était pleine de sang mêlé de lait; ses cris étaient faibles, sa voix rauque. La femme de l'accusé revint enfin, et son premier soin fut de présenter le sein à son enfant qui n'eut pas la force de s'y attacher. Un médecin fut appelé; mais le mal fit des progrès rapides, et le lendemain, 21 avril, le malheureux enfant expira sans qu'on pût en deviner la cause. La voix publique n'hésita point à se prononcer, et sa mort fut attribuée à son père qui s'était trouvé seul avec lui, au moment où avait pris naissance la crise terrible à laquelle il avait si promptement succombé.

On procéda à l'autopsie; l'examen du cœur, des poumons, du cerveau fit constater tous les symptômes de l'asphyxie. Les médecins découvrirent dans la partie inférieure du pharynx, vers l'entrée de l'œsophage, une pomme de terre crue, de la grosseur d'une noix, et ils déclarèrent que ce corps étranger n'avait pu être introduit aussi profondément que par une main criminelle.

Les habitants de la commune de Javie, et surtout les mères de famille appelées comme témoins, sont venues révéler à la justice, avec une courageuse indignation, des faits nombreux desquels il résultait que l'accusé faisait subir à sa femme les traitements les plus barbares, et qu'il était aussi l'auteur de la mort d'un autre enfant qu'on avait, quelques années auparavant, trouvé étouffé entre ses bras.

La défense a dû succomber devant les preuves accablantes qui se groupaient contre l'inculpé, et la réponse du jury ayant été affirmative sur toutes les questions qui lui avaient été posées, Antoine Esmiol a été condamné à la peine de mort.

III. *Rixe entre un créancier et son débiteur. — Meurtre à l'occasion d'une somme de 8 francs.* (Cour d'assises de la Seine.)

Le nommé Bassinet, ouvrier maçon, devait huit francs au nommé Herqué, ancien marchand de vins et depuis garçon de cave. Le samedi, 4 février dernier, Herqué fit appeler son débiteur dans un cabaret de Vaugirard et, tout en lui offrant à boire, il lui demanda quand et comment il entendait s'acquitter envers lui. « Ce sera, répondit Bassinet, quand j'aurai moi-même touché ma paie, c'est-à-dire ce soir ou demain. »

Au même instant, et malgré cette promesse, Herqué se jeta sur son débiteur et le frappa à la tête d'un coup de foret, avec une telle force que l'instrument traversa le crâne. Transporté à l'hôpital, Bassinet y mourut le 9 mars suivant, laissant une jeune femme et deux enfants en bas âge, dont il était l'unique soutien.

C'est à raison de ce meurtre que Herqué a comparu dernièrement devant le jury du département de la Seine.

Parmi les témoins entendus, M. le docteur Lefol, qui a donné une consultation à Bassinet, le lendemain de l'événement, est venu rendre compte de la gravité de la blessure qu'il a visitée. Bassinet lui a dit qu'elle était le résultat d'un coup de foret qu'il avait reçu la veille.

MM. les docteurs Devergie, Ollivier (d'Angers) et Charpentier, qui ont procédé à l'autopsie du cadavre, ont fait connaître le résultat de cette opération, et ont répété les conclusions qu'ils ont déposées dans leur rapport, à savoir: 1° que la blessure a été causée par le foret saisi sur l'accusé, et qui est sur la table des pièces de conviction; 2° que la mort a été la suite de la blessure faite par cet instrument.

Interrogés sur le point de savoir si, le foret ayant attaqué la substance cérébrale, la blessure était certainement mortelle, ces docteurs ont répondu que la mort n'a pas été *nécessairement* la suite de cette blessure; mais ils ont déclaré qu'il n'est pas certain non plus qu'un traitement énergique eût sauvé Bassinet.

Le défenseur a cherché, dans sa plaidoirie, à établir que le coup porté par Herqué n'a pas été la cause nécessaire et irrésistible de la mort de Bassinet.

Les jurés ont rendu un verdict déclarant l'accusé coupable de blessure mortelle, mais faite sans l'intention de donner la mort; ils ont écarté la circonstance de guet-apens, et ont reconnu en outre l'existence de circonstances atténuantes.

En conséquence, Herqué a été condamné à dix années de travaux forcés sans exposition, et, statuant sur les conclusions de la veuve Bassinet, partie civile, l'a en outre condamné à trois mille francs de dommages-intérêts, en fixant à deux ans la durée de la contrainte par corps.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

Nourrice prévenue d'homicide par imprudence. (Cour royale de Paris.)

Les malheurs occasionnés par l'imprudence des nourrices se renouvellent avec une fréquence qui a éveillé la juste sollicitude des magistrats du ministère public.

Le 23 février au soir, la nommée Suzanne Millet, femme d'un manouvrier de Merry-sur-Yonne, près d'Auxerre (Yonne), partait de Paris, emportant un jeune nourrisson né quelques jours auparavant de parents peu aisés. Elle avait une place dans la rotonde de la diligence. Arrivée à Montereau vers minuit, Suzanne veut profiter du temps d'arrêt que nécessite le changement de chevaux pour descendre de la voiture et s'assurer de l'état de son enfant; elle entra avec lui dans l'hôtel devant lequel la voiture s'est arrêtée. Tout à coup elle jette un cri d'effroi: l'enfant était mort. On va chercher le maire; ce magistrat conseille à cette femme de retourner immédiatement à Paris, et de reporter l'enfant à ses malheureux parents. Quelques instants après, une voiture part de Montereau pour la capitale, la nourrice y prend place, et revient avec son triste fardeau.

sentés cette opération dépendaient de certaines circonstances aussi extraordinaires qu'imprévues. Après l'incision des tissus cutanés, on reconnut une chose à laquelle on ne s'attendait pas, c'est-à-dire que l'artère fémorale était considérablement dilatée et élargie; il est vrai qu'on avait déjà reconnu, avant l'opération, que ce vaisseau avait un volume plus considérable qu'à l'état normal, et que M. Roux avait soupçonné qu'il existait un nouvel anévrisme commençant; mais nous n'avions pas pu prévoir, dit-il, qu'indépendamment de cette dilatation les parois du vaisseau étaient épaissies, et qu'il avait contracté des adhérences anormales avec les parties voisines, au point qu'on ne pouvait pas l'en séparer sans beaucoup de difficultés. Si l'on avait continué pendant quelque temps la compression qu'on avait commencé à exercer sur l'artère la veille seulement du jour de l'opération, on aurait pu lui attribuer peut-être cet état particulier et imprévu; car c'est là un des effets ordinaires de la compression prolongée des vaisseaux; mais la compression a été exercée pendant un si court espace de temps, qu'on ne peut vraiment mettre cette adhérence anormale sur son compte. Il est bien plus naturel d'admettre que c'est une anomalie constitutionnelle chez cet individu. S'il en est ainsi, les divisions éloignées de l'artère principale seront sans doute dans un degré de dilatation proportionnel, et par conséquent aptes à rétablir la circulation dans le membre; et, ce qui, au premier abord, nous aurait paru être une circonstance fâcheuse, pourrait, au contraire, devenir une condition de succès. La nature aurait ainsi préparé lentement les moyens de rétablir la circulation aussitôt après sa suspension par la ligature du vaisseau principal.

En effet, dès le lendemain (30 mars), le malade était dans une assez bonne situation; la température du membre se conservait assez bien. Il y avait une certaine moiteur douce qui, dans ce cas, est toujours de bon augure; car elle prouve, mieux que la température encore, que la circulation a lieu dans les vaisseaux capillaires et que les fonctions de la peau continuent à se faire. Immédiatement après le moment de l'opération, pendant que le cours du sang était suspendu dans le membre, le pouls avait acquis beaucoup de fréquence (120); il y avait une réaction très vive. Nous ordonnâmes, en conséquence, une large saignée, laquelle a donné un sang couenneux. Nous avons cherché, par ce moyen, à rétablir l'équilibre momentanément rompu dans la circulation et dans l'état des forces vitales.

Ce matin le pouls est moins fréquent, mais fébrile; il y a une sorte de détente générale. Nous avons omis de dire qu'il y a eu une hémorrhagie veineuse assez abondante pendant l'opération. J'ignore si en essayant de faire passer le fil au-dessous de l'artère à l'aide de l'aiguille de Decamp, je n'aurais pas blessé un peu la veine fémorale. Toujours est-il que nous fûmes obligé de lier la veine en même temps que l'artère, c'est-à-dire, de comprendre les deux vaisseaux dans la même ligature, parce qu'on ne pouvait pas les isoler suffisamment l'un de l'autre; tous les efforts que nous fîmes dans ce but furent inutiles, et nous ne voulûmes pas trop malaxer l'artère, pas la crainte de l'exposer à une inflammation grave, et dont les conséquences eussent pu être funestes. C'est une circonstance fâcheuse que la ligature spontanée des deux vaisseaux artériel et veineux, car le rétablissement de la circulation normale est beaucoup plus difficile dans ce cas que lorsque l'artère a été seule liée. Quant les veines sont liées en même temps que les artères, les chances de développement de la gangrène sont plus grandes. C'est une condition fâcheuse à laquelle nous n'avons pu parer. Cet accident arrivait beaucoup plus fréquemment à l'époque où l'on avait pour habitude de traiter les anévrismes par l'ouverture du sac, après avoir lié l'artère près de la tumeur; mais il est assez rare à la suite de l'opération par la méthode de Hunter.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, la tumeur anévrismale était très volumineuse; elle s'était encore accrue d'une manière sensible pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération, au point qu'il y avait à craindre de la voir s'ouvrir spontanément d'un moment à l'autre. Dans ce dernier cas, nous nous serions vus obligés de recourir à l'ancienne méthode de l'ouverture du sac, ou peut-être même à l'amputation de la cuisse. Tels sont les motifs qui o[illegible] dû nous décider à ne pas temporiser davantage. Il est n[illegible]ne regrettable que l'opération n'ait pas été pratiquée plus tôt; car le malade était dans de mauvaises conditions au moment où nous nous sommes déterminé à l'opérer; la tumeur était déjà le siége d'un commencement de travail sub-inflammatoire; aussi a-t-elle conservé encore un volume assez considérable, bien que sensiblement moins tendue et moins rénitente; la peau est encore rosée, et présente dans le point culminant de la tumeur une ecchymose qui semble indiquer un commencement de gangrène imminente. On sent toujours une fluctuation manifeste qui indique que les masses fibrineuses du sang ne sont pas coagulées, et que la résorption ne s'opère pas encore.

Le 3 avril, il ne reste aucun doute sur le rétablissement complet de la circulation. La température du membre est au degré normal; la peau est recouverte d'une douce moiteur, ce qui est un signe évident que ses fonctions s'exécutent d'une manière normale; on dirait même qu'elles sont activées. C'est un fait très remarquable que cette facilité avec laquelle se rétablit la circulation dans un membre dont l'artère principale a été liée. Quand on voit avec quelle rapidité les fonctions de la peau, la température et la circulation, un instant suspendues, se rétablissent, on ne peut qu'admirer les ressources de la nature dans une pareille circonstance.

La tumeur paraît avoir éprouvé une transformation favorable; les craintes que l'on avait conçues un instant, de voir la peau être frappée de gangrène, sont dissipées. La peau est en effet moins rouge; l'ecchymose centrale a pâli; la tumeur elle-même a sensiblement diminué de volume; elle conserve néanmoins toujours un peu de fluctuation. L'état général du malade est jusqu'à présent excellent. Les phénomènes de réaction inflammatoire qui s'étaient développés le premier jour se sont dissipés: tout est rentré dans l'ordre.

Le 7, le malade continue à aller bien. La fluctuation de la tumeur semble diminuer. Le sang paraît commencer à se coaguler.

Le 10, le mieux se soutient toujours. La plaie semble prête à se cicatriser, et se cicatriserait certainement en peu de temps si ce n'était la présence des fils employés pour la ligature. La tumeur diminue de plus en plus de volume; il y a moins de fluctuation que les jours précédents.

Le 15, le malade va parfaitement; la tumeur diminue toujours, quoique lentement; les ligatures ne sont pas encore tombées, ce qui est une circonstance heureuse, car plus elles tarderont à tomber, moins il y aura à craindre des hémorragies.

Le 19, la tumeur se resserre de plus en plus; la fluctuation est beaucoup moins évidente et tend tous les jours à disparaître. Aujourd'hui 21e jour les ligatures sont encore en place.

Avant de terminer l'histoire de ce malade, nous allons intercaller ici les réflexions nouvelles que M. Roux a faites à plusieurs reprises, et qui font naturellement suite à celles que nous avons reproduites dans le précédent article.

Je disais dans la précédente séance que l'ancienne méthode de traitement des anévrismes, telle qu'on la pratiquait avant Hunter, présentait de grands inconvénients et d'immenses difficultés. La comparaison de ces deux méthodes, dans tous les détails de leur exécution, me permettra de mieux faire ressortir à vos yeux ces inconvénients et ces difficultés en ce qui concerne en particulier l'anévrisme poplité.

Relativement aux difficultés et aux nombreux embarras qui se présentaient dans l'exécution de l'ancienne méthode, je n'aurai qu'à ajouter quelques mots à ce que j'en ai dit déjà. En effet, cette manière d'opérer exigeait d'abord qu'on plaçât le malade sur le ventre, afin de pouvoir agir librement sur la région poplitée. Cette position devait inévitablement rendre très difficiles les manœuvres nécessaires pour la suspension de la circulation dans l'artère fémorale; et quelquefois, malgré tous les moyens mis en œuvre, cette artère, mal comprimée, laissait en partie pénétrer le sang dans la tumeur. Ensuite, il fallait pratiquer une énorme incision sur la tumeur en évitant de léser le nerf sciatique et la veine poplitée, ce qui, à raison de la situation profonde de l'artère, du mode d'adhérence assez intime qu'elle affecte avec ce nerf et cette veine, devenait quelquefois d'une extrême difficulté. Le sac une fois ouvert, il fallait le débarrasser de tous les caillots, ainsi que du sang liquide qu'il contenait, afin de pouvoir aller rechercher dans son fond l'orifice béant de l'autre, et d'appliquer une double ligature au-dessus et au-dessous de l'ouverture. Or, si l'on tient compte des dispositions souvent très irrégulières et difficiles à prévoir que présentent ces anévrismes, on pourra se faire une idée des difficultés que l'on pouvait rencontrer. Il est des cas, en effet, où la tumeur forme une espèce de poche fusiforme constituée par les parois mêmes de l'artère amincies; quelquefois, au contraire, l'artère se trouve longer la tumeur elle-même, formée uniquement aux dépens de sa membrane celluleuse et des tissus ambiants, ce qui a lieu dans les anévrismes mixtes externes. Il y a, en un mot, une foule de variétés qui rendent souvent extrêmement difficile la recherche du point lésé, au-dessus et au-dessous duquel il faut aller porter les ligatures. Enfin, si les difficultés sont déjà si graves, en supposant même les choses dans leur état normal, que sera-ce si l'on songe que le plus souvent, par suite du développement même de l'anévrisme, tous les rapports sont changés, que la veine et le nerf poplités auront contracté entre eux et l'artère des adhérences qu'il sera presque impossible de détruire, que les tissus voisins ne feront souvent avec les vaisseaux qu'un amalgame inextricable?

Ce que nous disons n'est point fondé sur de simples vues théoriques, mais sur notre propre expérience; car nous aussi, nous avons pratiqué dans le temps cette opération, avant de connaître la méthode de Hunter, et nous ne pourrions que difficilement vous exprimer les embarras et les difficultés de toutes sortes que nous avions rencontrés dans son exécution. Et que l'on remarque encore que ces difficultés ne sont pas de celles que l'on peut impunément négliger; car les accidents les plus graves, tels que les hémorrhagies consécutives, la gangrène du membre, peuvent en résulter, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, sans parler même du danger le plus immédiat, la perte considérable de sang qui peut se faire pendant l'opération.

C'était donc un service éminent à rendre à la pratique chirurgicale, que de substituer à cette grave et terrible opération un moyen plus simple et en même temps plus sûr; car le procédé de l'ouverture du sac, indépendamment de ses difficultés, était loin, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, d'offrir de beaux résultats. La méthode de Hunter a en effet, sur celle-ci, d'immenses avantages sous ce dernier rapport; elle offre beaucoup moins de chances d'accidents que l'ancienne méthode. Pour notre propre compte, depuis que nous l'avons adoptée et dans le très grand nombre d'applications que nous en avons faites, nous n'avons vu survenir la gangrène que trois fois; deux fois elle eut lieu à la suite d'un anévrisme spontané, et la troisième fois à la suite d'une ligature portée sur l'artère fémorale pour une plaie traumatique de la poplitée. C'est, pour le dire en passant, toutes choses égales d'ailleurs, une circonstance toujours défavorable que d'être obligé de lier une artère blessée, dans un point éloigné du siége de la blessure. Règle générale: toutes les fois qu'on le peut, on doit, dans les cas de blessure des artères, lier celles-ci immédiatement au-dessus et au-dessous du point blessé. De cette manière, on est sûr de prévenir toute hémorrhagie consécutive, et les chances de gangrène sont également moins grandes. Ce que nous disons au sujet des artères blessées n'est d'ailleurs point applicable aux anévrismes; car c'est un fait d'observation généralement admis, que les ligatures faites dans un cas de blessure d'artère sur un point éloigné de la blessure, réussissent moins bien que celles que l'on pratique à la même distance pour des anévrismes. La raison de cette différence est que, dans ce dernier cas, les artères collatérales sont ordinairement développées et en quelque sorte préparées de longue main, si l'on peut dire ainsi, au rétablissement de la circulation, sitôt que celle-ci vient à être interrompue dans le vaisseau principal; tandis que dans le premier cas, il n'en est pas ainsi. De là le danger beaucoup moindre de la gangrène dans les cas d'anévrisme, que dans les cas de blessures des artères nécessitant une ligature immédiate.

Revenons au parallèle des deux méthodes.

Dans l'opération par l'ouverture du sac, on liait ordinairement avec l'artère anévrismatique la veine poplitée; car il était presque impossible, ainsi que nous le disions tout à l'heure, d'isoler ces deux vaisseaux dans l'état où ils se trouvaient. De là résultait une interruption momentanée, non-seulement dans la circulation artérielle, mais aussi dans la circulation veineuse et par conséquent une plus grande chance pour le développement de la gangrène du membre. En outre, pour prévenir les hémorrhagies, on bourrait le fond de la plaie avec de la charpie ou de l'amadou, et on tamponnait la plaie avec une certaine force; or ce tamponnement, qui ne pouvait se faire sans exercer une certaine compression sur les artères collatérales destinées à rétablir la circulation sur le nerf et la veine poplitée, et sur les parties molles du genou elle-même, devaient gêner notablement la circulation collatérale, et disposer singulièrement à la gangrène. Cela est si vrai, que dans les derniers temps où l'on pratiquait cette méthode, les chirurgiens avaient reconnu la nécessité de panser mollement la plaie, sans exercer de compression, afin d'éviter les graves inconvénients que nous venons de signaler. Ainsi voilà autant de causes d'accidents inhérentes à l'ancienne méthode, et qui sont heureusement évitées par la méthode de Hunter.

Nous n'avons guère parlé jusqu'à présent que de la gangrène; les hémorrhagies n'étaient pas moins redoutables dans l'ancienne méthode, et c'est encore en parant d'une manière presque sûre à ce grave accident, que la méthode de Hunter offre surtout un immense avantage. En effet, dans l'ouverture du sac, on liait avec l'artère beaucoup de parties environnantes dont il était impossible de l'isoler; il s'en suivait de là qu'aussitôt que ces parties étrangères au vaisseau, comprises dans la ligature, venaient à se rompre avant que le vaisseau

---

M. le commissaire de police, auquel le père de l'enfant fit immédiatement sa déclaration, commit un docteur en médecine pour donner son avis sur les causes de la mort. Le rapport de cet homme de l'art, qui n'avait pas mission de procéder à l'autopsie, et qui s'était borné à un examen extérieur, constata que le corps ne présentait aucune trace de violence, et que la mort pouvait être le résultat d'une convulsion violente aussi bien que celui de l'asphyxie par suffocation.

L'instruction eut recours à l'autopsie, et M. le docteur Ollivier (d'Angers), commis par la justice pour cette opération, remarqua que le nez et les lèvres de l'enfant étaient aplatis et écrasés, comme par l'effet d'une pression. L'état des poumons et du cerveau parurent aussi au médecin-légiste établir que l'enfant était mort par l'asphyxie provenant de l'occlusion des voies de la respiration.

Traduite devant le tribunal de police correctionnelle (6e chambre), la femme Millet fut acquitée, l'homicide par imprudence n'ayant pas paru suffisamment constant aux yeux des magistrats.

M. le procureur du roi a interjeté appel de ce jugement, et, devant la Cour royale, l'organe du ministère public, s'appuyant sur l'avis du docteur Ollivier, a vivement insisté sur la nécessité de réprimer les imprudences coupables qui sont si souvent fatales aux enfants confiés à des nourrices de la campagne.

L'avocat de la prévenue s'est attaché à discuter le rapport de M. le docteur Ollivier, et à lui opposer celui du premier médecin commis; il a établi que les faits constatés par le dernier rapport ne prouvent point d'une manière positive que la mort a été le résultat de l'asphyxie, ni par conséquent de l'imprudence de sa cliente.

Ce système a obtenu un plein succès, car la Cour a confirmé le jugement qui renvoyait Suzanne Millet des fins de la poursuite.

§ III. Justice civile.

La première chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement qui intéresse vivement une classe des personnes livrées à à l'exercice de l'une des branches de l'art de guérir. Voici ce dont il s'agit:

M. B..., avoué au tribunal civil de la Seine, occupe un appartement dans une maison située place du Caire, appartenant à M. Roque. Quand M. B... a pris la suite du bail de son prédécesseur, la maison de M. Roque était, dit-il, convenablement habitée. Au rez-de-chaussée se trouvaient un marchand de papiers peints et un café; une partie de l'entresol était occupée par un commissionnaire en marchandises. L'appartement de M. B... comprend tout le premier, et le reste de la maison est occupé bourgeoisement. « Depuis lors, M. Roque a loué l'entresol, au-dessous de l'appartement de M. B., à une sage-femme, madame Roumestant. Et qu'est-il arrivé, dit l'avocat de M. B...? C'est que, sous les fenêtres de M. B..., et dans toute la longueur de son appartement, on voit s'étendre une immense enseigne annonçant une maison d'accouchement à quarante francs: on n'a épargné ni les médaillons, ni les variétés de couleurs pour attirer les regards des passants, en telle sorte qu'en traversant la place du Caire il est impossible de ne pas lire l'annonce pompeuse de cette maison d'accouchement; et comme l'enseigne peut tout aussi bien dépendre du premier étage que de l'entresol, il ne sera pas permis à une dame, encore moins à une demoiselle de se montrer à une fenêtre du premier étage sans risquer de passer aux yeux de tous pour une des *pensionnaires* qui viennent momentanément habiter l'entresol. »

L'avocat a signalé encore les inconvénients attachés au voisinage d'une maison d'accouchement à quarante francs. Il a dit que, sous le point de vue de la jouissance honnête et paisible, l'établissement d'une maison d'accouchement est une atteinte grave aux droits des locataires; mais que, sous le point de vue professionnel, le trouble est encore bien plus intolérable; qu'il y a des exigeances de profession qu'il faut respecter parce qu'elles sont respectables, et qu'un avoué ne peut se loger indifféremment dans toutes les rues, dans toutes les maisons, mais qu'il doit demeurer dans une maison convenable et bien habitée.

Malgré les raisons très plausibles objectées par l'avocat de M. Roques, en réponse aux argumentations de sa partie adverse, le tribunal a ordonné que le propriétaire serait tenu de faire vider les lieux à la dame Roumestant, avant le 1er octobre prochain, et que, si non, et faute par lui de ce faire dans ledit délai, il serait fait droit sur la résiliation et les dommages-intérêts réclamés par M. B..., et, dès à présent, il l'a condamné, en cas d'expulsion de la dame Roumestant, à 500 fr. de dommages-intérêts.

(*Gazette des Tribunaux.*)

fût oblitéré, celui-ci n'était plus suffisamment serré par les fils, et l'hémorrhagie pouvait facilement se produire. En outre, en liant l'artère près de la tumeur anévrismale, on la liait dans les points où ses parois sont ordinairement plus ou moins altérées, et on prévoit assez quelles en peuvent être les conséquences. C'était dans le but de prévenir les hémorrhagies que l'état pathologique de l'artère anévrismatique pouvait faire craindre, qu'on avait adopté l'usage des ligatures d'attente au-dessus et au-dessous de celles qu'on venait d'appliquer près de la tumeur, afin de remplacer au besoin ces dernières si elles devenaient insuffisantes.

Le danger des hémorrhagies consécutives avait tellement frappé Scarpa, que cet illustre chirurgien s'éleva avec la plus grande chaleur contre cette méthode et en exagérant même les insuccès, il alla jusqu'à nier qu'elle eût eu jamais un heureux résultat. Cette exagération, du reste, n'eut qu'un bon effet, car, de la part d'un chirurgien aussi éminent, elle contribua beaucoup à faire apprécier et adopter la nouvelle méthode qu'il prônait de toutes ses forces.

En résumé, d'une part les accidents consécutifs, et notamment la gangrène et les hémorrhagies sont extrêmement communs dans l'ancienne méthode, tandis qu'ils sont au contraire très rares dans la nouvelle. D'autre part, les difficultés sont immenses dans la première, elles sont comparativement très-minimes dans la seconde. Cette nouvelle méthode, qui rend de si grands services à l'humanité, qui a changé en quelque sorte les principes de la chirurgie en ce qui concerne les anévrismes, et qui est devenue la source d'une foule de belles recherches physiologiques, cette méthode, disons-nous, devrait peut-être rigoureusement porter le nom de méthode d'Anel, ou méthode française, car c'est ce chirurgien qui l'a pour la première fois mise en pratique; mais comme son opération ne fut point imitée et qu'elle resta en quelque sorte comme un fait isolé, comme d'ailleurs Hunter la fixa sur des données de physiologie expérimentales qui ne s'étaient pas présentées à l'esprit d'Anel, comme il lui donna enfin des bases solides et la fit définitivement admettre dans la pratique, nous croyons que c'est à bon droit que cette méthode porte le nom du chirurgien anglais, comme de son véritable inventeur.

M. Roux est entré, à la suite de ces considérations, dans des détails pratiques sur le procédé opératoire d'après la méthode de Hunter, que nous reproduirons avec la fin de l'histoire du malade en question.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FAITS DIVERS.

Cas d'empoisonnement par l'acide oxalique; observation recueillie par M. LEMPLE, d'Islington.

Une bonne, âgée de 23 ans, se procura, dans un moment de désespoir amoureux, 15 grammes d'acide oxalique dont elle prit la moitié le 2 avril à 5 heures du matin; elle rejeta l'autre moitié avec le papier dans lequel elle était renfermée.

Immédiatement après l'ingestion de ce poison, elle fut prise d'accidents tellement intenses que sa maîtresse crut devoir faire appeler sans retard M. Lemple. Ce praticien, arrivé à 6 heures et demie, trouva la malade dans l'état suivant : des vomissements de bile mêlée de caillots de sang avaient déjà eu lieu; la face était inanimée et abattue, les yeux fermés, le pouls petit et fréquent; la malade n'accusait pas de grandes douleurs.

L'auteur envoya chercher aussitôt une solution gélatineuse et du carbonate de magnésie; en attendant ces médicaments, il fit prendre une pâte liquide formée d'eau et de craie. Il mélangea l'eau gélatineuse et le carbonate de magnésie, puis il l'administra dans les moments surtout où la malade éprouvait des douleurs brûlantes dans la bouche et le gosier. Elle vomit de suite une grande quantité de sang foncé, presque noir, et mêlé à un peu de bile. On réitéra le médicament; les vomissements cessèrent, et l'amélioration commença à se manifester.

Le soir, sur les sept heures et demie, la malade paraissait un peu somnolente, et se plaignait de ressentir à l'épigastre de fortes douleurs pongitives, qui reparaissaient par paroxysmes, et qui la forçaient à pousser de grands cris. La douleur était augmentée par la pression; la langue était nette et humide; le pouls, modérément plein, n'avait que 32 pulsations par minute; la soif était ardente; il n'y avait plus de vomissements, et il n'y avait pas eu d'évacuation alvine de toute la journée; la respiration s'exécutait librement.

M. Lemple prescrivit une application de 12 sangsues à la région épigastrique; à l'intérieur, il conseilla l'usage des préparations suivantes :

Pr. Calomélas préparé à la vapeur,	25	centigr.
Opium,	25	milligr.

M. S. A.

A prendre de suite, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Pr. Sulfate de magnésie,	24	grammes.
Infusion de séné,	180	id.
Sirop de gingembre,	15	id.

M. S. A.

A prendre, toutes les quatre heures, deux cuillerées à bouche.

Le soir même, la malade fut transportée chez son père, qui résidait à 5 kilomètres environ de distance, et le 12 avril on rapporta à l'auteur que sa santé était entièrement rétablie.

A cette occasion, l'auteur fait observer que l'antidote de l'acide oxalique, recommandé par les anciens médecins, savoir : l'ingestion de beaucoup de lait, d'eau, etc., est nuisible, parce que l'acide oxalique delayé est absorbé plus aisément. (*The Lancett.*)

Cas d'empoisonnement par le beurre d'antimoine; observation recueillie par M. HOUGHTON.

Le 14 novembre, à dix heures et demie du soir, l'auteur fut appelé pour donner ses soins à un jeune garçon de dix ans, qui présentait les symptômes suivants : la face pâle et décomposée; les yeux enfoncés dans leurs orbites, les pupilles dilatées et immobiles; la peau pâle et froide; la langue nette, la bouche pleine d'un mucus épais, visqueux et transparent; des nausées, des vomissements; le pouls à 80 pulsations par minute, petit, mais rhythmique; la respiration difficile; de la somnolence. Avant de répondre aux questions qui lui sont adressées, il veut qu'on le soulève, et alors il répond avec justesse; une douleur forte et brûlante se fait sentir dans le gosier, augmente par les mouvements de déglutition, et se prolonge jusqu'à l'estomac, bien qu'avec une moindre intensité.

La mère de ce petit malade avait acheté du vin d'antimoine pour lui faire prendre un vomitif, probablement sans que cette médication fût indiquée. Elle disait lui en avoir administré une cuillerée à thé dans une tasse d'eau, deux heures avant l'arrivée de M. Houghton. Immédiatement après cette ingestion, l'enfant avait éprouvé des nausées et de l'aphonie pendant quelques instants. Il vomit d'abord, puis il fit de nouveaux efforts de vomissements, sans qu'ils fussent suivis d'aucun résultat; seulement quelques gorgées d'eau de gruau furent rejetées aussitôt que prises. Il se plaignit ensuite de douleur du gosier.

Le père dégusta le vin d'antimoine, et comme il lui trouva un goût tout différent de celui qu'il devait avoir, il vint sans retard réclamer l'assistance de l'auteur.

Ce praticien fit prendre au jeune malade du lait, du café et du blanc d'œuf, et une mixture d'eau et de chaux; il fit poser huit sangsues à l'épigastre, et prescrivit des applications chaudes sur tout le corps. Craignant que l'enfant n'eût pris un narcotique étendu dans un acide, il conseilla à la mère de ne pas le laisser dormir trop long-temps : ce ne fut que plus tard qu'il parvint à reconnaître que les accidents étaient occasionnés par du beurre d'antimoine.

Le lendemain, 15 novembre, la face était tuméfiée, la langue nette, la bouche encore pleine de mucus; il n'y avait pas eu de selles; la peau était chaude et sèche, le pouls fréquent; la somnolence avait disparu; la douleur n'existait plus que dans le gosier, et il n'y avait de sensibilité ni dans l'estomac, ni dans le ventre; l'arrière-bouche était marbrée de taches d'un rouge clair. M. Houghton ordonne une émulsion d'huile de ricin, des fomentations autour du cou, l'inhalation de vapeurs aqueuses, et l'usage d'un gargarisme simple.

Le 16, tous les symptômes avaient diminué; il y avait eu une évacuation alvine à la suite d'un lavement. (*The Lancett.*)

Cas d'empoisonnement par les bonbons coloriés chez cinq enfants; par M. le docteur BEER, de Vienne.

Les cinq enfants qui font le sujet de celle observation étaient âgés de trois à onze ans; trois de ces enfants avaient mangé d'abord de ces sucreries, les deux autres seulement après. Chez les trois premiers, les symptômes se montrèrent de suite et pendant le repas; chez les deux autres, quelques heures après l'ingestion. Ces symptômes étaient les suivants : une soif inextinguible; de la céphalalgie et des vertiges; des nausées; de la sécheresse de la bouche; de fréquents vomissements d'un liquide en partie jaune-brunâtre, en partie vert-noirâtre; de fortes douleurs intestinales dans la région ombilicale; de la rétention d'urine; une tension modérée de l'abdomen, qui est sensible au toucher; une constipation opiniâtre avec ténesme continuel; des maux de reins; les extrémités glacées; des sueurs froides. Plus tard, vinrent s'y adjoindre des douleurs de tête atroces, un léger délire, des douleurs déchirantes dans les extrémités supérieures, quelques mouvements convulsifs dans les membres inférieurs, et spécialement dans les mollets, une grande défaillance et une somnolence très forte qui, chez trois des malades, se changea en coma; la figure était rouge chez les uns, pâle chez les autres; chez quatre de ces jeunes sujets, le pouls était petit, concentré et lent; chez le cinquième, garçon pléthorique et comateux, il était dur, plein et fréquent, avec la face rouge et la peau sèche.

Chez une fille de onze ans, il y eut six garde-robes diarrhéiques, et chez un autre âgée de six ans, il survint un seul vomissement de mucus et de sang.

On trouva deux morceaux des bonbons qui avaient occasionné les accidents; l'un, gros comme une noix, était coloré en bleu, et l'autre, du volume d'un grain d'orge, était de couleur verte. M. Poch, pharmacien, qui soumit ces sucreries à l'analyse chimique, y constata la présence de l'oxyde de cuivre.

Les symptômes de gastro-entérite furent heureusement combattus par l'emploi de la médication antiphlogistique, et par des applications révulsives sur la peau. Cependant, chez tous ces malades, la somnolence, l'obtusion des sens et la faiblesse générale persistèrent encore pendant vingt-quatre heures, en s'accompagnant, chez deux d'entre eux, d'une difficulté assez marquée dans l'émission de l'urine. Les applications froides, les sangsues, etc., suffirent pour y remédier.

(*Oesterr. med. Wochenschrift.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du squirrhe et du cancer par le remède de REITZ.

Reitz traite de la même manière le squirrhe et le cancer, lorsque ces maladies paraissent être la conséquence d'une dyscrasie des humeurs, lorsque l'opération chirurgicale n'est pas indiquée, ou quand elle peut entraîner des dangers.

Son remède, connu sous le nom d'*acide composé de Reitz*, est préparé de la manière suivante :

Pr. Acide nitrique,	125	grammes.
Acide chlorhydrique,	8	id.
Ether sulfurique,	8	id.
Borate de soude,	6	id.

On mélange ces diverses substances dans un flacon de verre de la capacité de 5 à 700 grammes environ, que l'on a soin de ne boucher qu'imparfaitement, et on abandonne le tout à lui-même pendant quelques heures. Dans cet intervalle il se dégage des vapeurs et de nombreuses bulles de gaz. Lorsque le mélange a pris une teinte grisâtre, on le verse dans de petits flacons.

On l'emploie à l'intérieur, à l'extérieur et en injections.

Pour l'usage interne, on étend une partie de ce mélange avec deux parties d'éther sulfurique alcoolisé, et on en administre dix gouttes dans une quantité suffisante d'eau convenablement sucrée.

Pour l'usage externe, on étend 4 grammes du mélange avec 60 grammes d'huile grasse douce, et on en forme un liniment par agitation.

Pour les injections, on étend 2 grammes du mélange avec 500 grammes d'eau distillée, et on y ajoute de l'alcoolé d'opium en proportion plus ou moins forte suivant les cas.

(*Gauger's Repertorium der Pharmacie, etc., in Russland*, t. I.)

Moyen de faire prendre promptement les sangsues; par M. le docteur REIM, de Zwickau.

On met les sangsues dont on veut se servir dans un vase contenant de la bière fraîche, et on les y laisse jusqu'à ce qu'elles commencent à devenir très vives. Après les avoir laissées s'agiter quelques instants dans ce liquide, on les en retire promptement et on les applique aussitôt.

Ce procédé ne manquera que bien rarement son effet. On voit même, en l'employant, des sangsues très faibles et dont on s'est servi peu de temps avant, reprendre de nouveau comme la première fois.

(*Weitenweber's Beitr. zur Med. und Chir.*)

NOUVELLES.

Les examens annuels dans les hôpitaux militaires d'instruction, auront lieu le 7 août prochain, et le concours, à l'hôpital de perfectionnement, pour le grade de chirurgien sous-aide, le 9 du même mois.

— MM. Agnès, chirurgien-major au 22e de ligne, Vergesse, chirurgien aide-major au 2e chasseurs d'Afrique, Michel, Panier et Menuau, chirurgiens aides-majors, Berniet et Labroue, chirurgiens sous-aides en Algérie, sont cités avec distinction dans des rapports en date des 21, 24 avril et 25 mai derniers.

— Sont décédés, MM. Loyer, pharmacien aide-major à l'hôpital de Lille, et Brandeis, chirurgien sous-aide en Algérie.

M. DELESTRE commencera, le mardi 20 juin, un nouveau Cours clinique, théorique et pratique, des affections des Dents. Tous les jours un grand nombre de sujets sont mis à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches, quai Conti, 5.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 19 JUIN 1843.

De la discussion sur la phlegmasia alba dolens.

Les dissidences des divers académiciens qui ont pris part, dans la dernière séance, à la discussion sur la maladie appelée *phlegmasia alba dolens*, prouvent évidemment qu'avant de s'engager dans une discussion quelconque, il importe surtout, comme le veut Locke, de définir les termes; car la plupart et les plus graves de ces dissidences ne reconnaissent d'autre cause que la confusion dans laquelle on s'est constamment tenu sur les termes de la question. M. Andral a signalé avec beaucoup de justesse ce point de départ de la dissidence; mais le savant professeur a été moins heureux dans l'application du moyen d'union, qui n'était autre chose que la radiation du cadre nosologique de la dénomination *phlegmasia alba dolens;* nous disons que ce serait un moyen fâcheux; car avant de remplacer dans la science un mot ancien par un mot nouveau, il faut être bien certain que ce dernier exprime la réalité des choses, et qu'il n'aura rien à craindre des ravages du temps, c'est-à-dire des progrès futurs de la science. En manquant à cette condition, on ne fait qu'introduire dans la nosologie un détestable fatras de termes tout aussi obscurs, quelquefois beaucoup plus barbares que leurs prédécesseurs, et qui n'ont d'autres avantages que d'augmenter les difficultés de l'étude et de rendre complètement inintelligible ou erroné ce qui ne l'était qu'à demi. Or, nous ne pensons pas, et la discussion de l'Académie le prouve assez, nous ne pensons pas que nous soyons arrivés à ce terme si désirable en ce qui concerne la *phlegmasia alba dolens.* Nous conserverons donc cette dénomination, sauf, s'il y a lieu, à en changer plus tard quand on nous en fera sentir la juste nécessité; car, ce que nous détesterions le plus, après la monomanie néologique, ce serait cette malencontreuse obstination professée par M. Rochoux (qui, en cette circonstance, nous aimons à le croire, a parlé plus vite et autrement qu'il n'a pensé), cette malencontreuse obstination qui ne comprend pas qu'on puisse changer d'opinion en matière scientifique; ce qui veut dire que si M. Rochoux était né quelques cents ans plus tôt, et qu'il eût vécu tant seulement le tiers de ce qu'a vécu le plus vénérable des patriarches, il soutiendrait encore que le soleil tourne autour de la terre. Mais n'insistons pas davantage sur cet incident, auquel, nous le répétons, M. Rochoux ne tient sans doute pas beaucoup.

La plus grande preuve que l'on puisse donner à l'appui de ce que nous venons de dire, se tire des opinions entièrement opposées émises par deux honorables et savants académiciens, MM. Gérardin et Moreau. Ce n'a pas été sans un sentiment singulier qu'on a entendu deux hommes spéciaux observant sur le même théâtre, dire l'un, M. Moreau, que la *phlegmasia alba* était une maladie légère dont il n'avait jamais observé une seule terminaison funeste; l'autre, M. Gérardin, que c'était, au contraire, une maladie fort grave qui se terminait souvent par la mort. La première idée qui doit venir à l'esprit, quand on entend de pareilles opinions, c'est que ceux qui les expriment parlent de deux maladies évidemment différentes; car, quelle que soit l'infidélité des souvenirs (et nous croyons qu'elle est grande), il est impossible d'admettre qu'elle puisse être portée à ce point.

On est absolument dans le même cas lorsqu'un auteur dit que la *phlegmasia alba* est spéciale aux femmes, tandis qu'un autre affirme l'avoir observée chez les hommes. Ce que l'Académie devait faire en présence de pareilles divergences, c'était de demander la description exacte de l'affection dont chaque orateur entendait parler, ou d'abandonner une discussion qui, faute de cette précaution, ne pouvait aboutir à rien.

Elle en a jugé autrement, et nous ne savons pas si le public y a beaucoup gagné. Nous croyons cependant qu'il est possible de tirer quelque fruit de la discussion en coordonnant les opinions qui se sont fait jour, et qui toutes sont certainement exactes dans un certain nombre de cas. Ainsi, si l'on veut entendre par *phlegmasia alba, tout œdème douloureux*, quelque soit son mode de développement, quelles que soient les circonstances dans lesquelles il se manifeste, il est évident que tout le monde a eu raison touchant ses causes prochaines; car toutes celles qui ont été invoquées peuvent produire l'œdème douloureux; et dans ce cas, nous ne faisons pas le moindre doute que celui qui dépend d'une oblitération, ou même une simple compression des veines, ne soit à beaucoup près le plus fréquent; dans ce cas aussi on voit qu'il n'y a pas de raison pour que la maladie appartienne à un sexe plutôt qu'à l'autre. Que si au contraire on établit des divisions dans les différentes espèces d'œdème, nous croyons qu'on doit arriver à des opinions beaucoup plus exclusives. En effet, quand un œdème survient à la suite d'une oblitération de vaisseaux, jamais cet œdème ne se déclare brusquement, en quelques heures par exemple; il se développe au contraire graduellement, et ce n'est qu'après plusieurs jours, quelquefois après plusieurs semaines et même plusieurs mois, qu'il parvient à son maximum. Il est au contraire des œdèmes qui envahissent dans l'espace de quelques heures, et même moins, non-seulement un ou plusieurs membres, mais encore tout le tissu cellulaire général; or dans ces cas les notions de physiologie, non plus que l'observation anatomo-pathologique, ne nous permettent pas d'invoquer les lésions vasculaires pour expliquer l'œdème, d'autant plus qu'on ne rencontre alors aucun signe local le long des veines ou des lymphatiques. Mais dans la section des œdèmes *subits* (qu'on pourrait séparer des œdèmes *lents* ou *progressifs*), il est encore indispensable, surtout au point de vue pratique, de faire une subdivision qui expliquera, nous le croyons, au moins en grande partie, les dissidences de MM. Moreau et Gérardin. Voici sur quelles considérations doit être basée cette subdivision. On voit des individus quelquefois bien portants, mais plus souvent encore des individus convalescents, après s'être exposés pendant un temps plus ou moins long à l'action d'un air froid, être pris brusquement de tuméfaction œdémateuse d'un ou de plusieurs membres, ou même de la face et du tronc; cet œdème est relativement très fréquent chez les nouvelles accouchées, et chez elles il occupe le plus souvent les membres inférieurs; mais il peut survenir en dehors de l'état puerpéral; il peut même s'observer chez le sexe masculin, et alors il a presque toujours lieu chez l'enfant. La sérosité infiltrée est limpide, et les parties qui sont le siége de l'infiltration sont diaphanes; la condition essentielle de cet œdème (que rien n'autorise à rapporter à une maladie de Bright, même quand les urines sont albumineuses, ce qui d'ailleurs est rare), c'est qu'il se produit, soit dans une parfaite santé, soit dans une convalescence franche et avancée, soit enfin après des couches heureuses, dans lesquelles aucun accident probable n'était à redouter.

Cet œdème ne s'accompagne pas d'épanchements dans les diverses cavités, la sécrétion lactée et le flux lochial ne sont que momentanément et peu influencés; il est peu grave, et c'est là, nous le croyons, la *phlegmasia alba* de MM. Moreau et J. Cloquet. Que sa cause soit dans le tissu cellulaire, cela est probable; que cette cause soit de nature inflammatoire, c'est une question difficile à résoudre; mais ce qu'il y a de positif, c'est qu'on ne peut pas l'attribuer raisonnablement à une lésion vasculaire que rien ne peut faire soupçonner. Doit-on l'attribuer à une névrite, à une métrite, à une péritonite, à une *symphysite?* Nous ne saurions voir, dans toutes ces affections, que des complications rares et indépendantes de la *phlegmasia alba.*

Il n'en est pas de même de l'œdème brusque dont a parlé M. Gérardin. Dans cet œdème, qui ne nous paraît être qu'une variété de la fièvre puerpérale, toutes les lésions, aussi bien les épanchements dans le tissu cellulaire que ceux des diverses cavités séreuses et synoviales, sont sous la domination d'un état général primitif dont l'essence ne peut quant à présent et ne pourra peut-être jamais être déterminé, mais que des probabilités infiniment grandes nous engagent à placer, avec le très judicieux président de l'Académie, dans une infection du sang.

Dans cette espèce d'œdème, dont la cause explique toute la gravité, la sérosité infiltrée est trouble, lactescente; la couleur des parties infiltrées est d'un blanc jaunâtre, terne et opaque. M. Gérardin a insisté sur la suspension de la sécrétion lactée, qui, dans ces cas, précédait la formation des épanchements; nous croyons que, dans l'immense majorité des cas au moins,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Ce que c'est que la *phlegmasia alba dolens.* — Le bégaiement à l'Institut; un confrère deux fois guéri. — Infortunes de l'orthopédie. — Les chirurgiens du Bureau central et les agrégés. — Inspecteur des Facultés de médecine biffé par la chambre. — Un projet pour la dignité des médecins.— Anecdote polonaise.— Deux calembourg de M. Roux.— La Smalla d'Abdel-Kader.— Aux imprimeurs.

Si le professeur du cours sur les *déceptions* était venu mardi dernier à l'Académie de médecine, il aurait pu y prendre le sujet d'une belle tirade pour ses auditeurs. Il faut avouer, en effet, que jamais le *tot capita, tot sensus* n'a trouvé une plus légitime application que dans cette séance exclusivement occupée par une discussion sur la *phlegmasia alba dolens*. M. Andral s'est beaucoup récrié contre cette dénomination; j'avoue qu'après avoir entendu messieurs de l'Académie je ne peux pas être de l'avis du célèbre professeur, et qu'en traduisant littéralement *une phlegmasie blanche qui fait mal*, je ne dis pas grand chose, c'est vrai, mais aussi je ne m'expose pas à dire ce qui n'est pas. Remarquez en passant que cette discussion a été soutenue par les membres les plus éminents de l'Académie, ce qui ne l'a pas rendue plus claire. — C'est une lymphite, a dit l'un. — Entendons-nous, a dit l'autre, c'est une lymphite, bien, mais une lymphite des vaisseaux profonds. — Vous n'y êtes pas, a dit celui-ci; c'est une phlébite. — De quelle phlébite parlez-vous, a dit celui-là? — D'une phlébite superficielle. — Vous n'y êtes pas; c'est une phlébite profonde. — Vous vous trompez tous les deux, a répondu un autre: c'est une phlébite adhésive. — Vous avez tous raison, s'est écrié un autre; c'est une lymphite et une phlébite. — Erreur complète, a dit un septième; c'est une simple inflammation du tissu cellulaire. — Cela pourrait bien être, a dit un huitième; laquelle inflammation produirait consécutivement tantôt une phlébite, tantôt une lymphite, et mon opinion est d'autant plus vraisemblable qu'elle concilie toutes les autres. Donc, embrassons-nous, et que cela finisse.

La discussion finit, en effet, mais l'accolade n'eut pas lieu, tant il est difficile de réconcilier entre elles la lymphite et la phlébite. Je n'en persiste pas moins dans mes conclusions et je soutiens que celui qui a dénommé cette maladie une phlegmasie blanche qui fait mal, a été tout aussi savant, un peu plus modeste et beaucoup plus sage que messieurs de l'Académie.

Au palais Mazarin, la section des sciences médicales a reçu à l'examen une communication qui ne laisse pas que d'inquiéter quelques-uns de nos confrères. Décidément nous sommes destinés à voir les grandes questions de thérapeutique soulevées et résolues par des hommes non seulement étrangers à notre science, mais étrangers à toute science, à toute culture de l'esprit, par de véritables ignorants pour tout dire. Ce n'était pas assez du camouflet qu'un paysan silésien nous a donné à l'endroit de l'hydrothérapie, voici encore qu'un pauvre et simple ouvrier mécanicien vient de nous en remontrer sur le traitement d'une infirmité qui mit en mouvement, il y a deux ans, tous les bistouris de l'Europe, en coupe réglée toutes les langues indociles, et qui souleva les plus singulières et les plus vives discussions pour aboutir aux résultats que vous savez. Il est bien connu, en effet, que la *glossotomie* a eu pour la guérison du bégaiement tout autant de succès au moins que l'orthopédie dans les déviations du rachis. M. Arago nous a raconté que cette fois il ne s'agit pas de couper le plus petit muscle, M. Jourdan — c'est le nom de l'ouvrier mécanicien — a commencé d'abord par se guérir lui-même, et cela par l'examen attentif de la parole et par l'*analyse raisonnée des divers phénomènes dont elle se compose*, rien que cela. Ensuite M. Jourdan a voulu guérir les autres bègues, et parmi eux s'est trouvé un de nos confrères qui a écrit une très belle lettre à l'Académie des sciences pour lui annoncer sa guérison parfaite. En entendant le nom de ce jeune confrère, j'ai été fort étonné, je l'avoue, car il y a quelques années, à cette même Académie des sciences, j'ai entendu son père raconter aussi une première guérison et avec des affirmations tout aussi vives que celles de M. son fils aujourd'hui. Evidemment, si après ces deux guérisons-là notre confrère retombe dans l'impondération des mouvements de la langue, il y mettra de la mauvaise volonté.

L'orthopédie n'est pas heureuse depuis quelque temps. Mise en jugement par M. Maisonabe, qui a fait contre elle le plus violent réquisitoire, elle vient d'éprouver un échec non moins grave devant le conseil général des hôpitaux. Cette nouvelle parvenue, peu satisfaite de la position superbe, que quelques-uns disent illégale, qu'on lui a faite dans les hôpitaux, voulait encore étendre son domaine, avoir un plus grand nombre de malades, et des salles nouvelles. Le conseil des hôpitaux a reconnu qu'il avait assez fait pour les hommes qui ont des raisons pour ne pas aimer le concours, que pour eux, il avait déjà deux ou trois fois violé son réglement et ses statuts, et que d'ailleurs les bienfaits de l'orthopédie n'étaient pas encore si frappants et si palpables que l'on dût pour elle enfreindre les lois protectrices du concours et les garanties scientifiques qu'il impose. Aussi la demande a-t-elle été rejetée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Orfila, qui dans cette circonstance a donné la mesure exacte de la libéralité de ses principes.

Pendant que le conseil des hôpitaux prenait cette décision, messieurs les chirurgiens des hôpitaux et du bureau central commençaient à se réunir pour délibérer sur la question de savoir s'il y aurait quelque chose à faire pour prévenir le coup dont ils étaient menacés. A la nouvelle des prétentions orthopédiques, l'émotion fut générale et même assez vive; mais depuis, cette émotion s'est concentrée dans le plus parfait incognito, et il n'a plus été question de rien. Ce n'est pas ainsi, messieurs, qu'on fait ses affaires. Dans le cas actuel, le conseil a été pour vous, dans d'autres circonstances il peut être contre, et si vous attendez que tout soit fini pour protester, vous pourrez bien courir le risque d'en être pour vos protestations.

J'en dirai de même aux agrégés, qui, m'a-t-on dit, ont dû se réunir ces jours passés. Cette réunion est tout-à-fait tardive, et probablement sera stérile. Cependant, vaut mieux tard que jamais, et nous attendrons le résultat de cette délibération.

Vous ne vous doutiez pas, ni moi non plus, que nous avons failli avoir un inspecteur des facultés de médecine. La chose est cependant certaine; le ministre de l'instruction publique avait glissé un tout petit article de 5,000 fr. dans son budget, pour rémunérer cette haute et indispensable fonction dont le besoin se fait généralement sentir. La commission du budget et la Chambre n'ont pas été de cet avis, et ont impitoyablement rayé la somme. Mais, rassurez-vous; le ministre a promis de renouveler sa demande l'année prochaine, et j'espère aussi que la Chambre sera moins économe. Vous me demanderez peut-être ce qu'aurait à inspecter un inspecteur des facultés. Je vous répondrai que vous êtes beaucoup trop curieux. Il suffit que M. le ministre ait à faire plaisir à quelque médecin de ses amis, pour que la création de cette fonction doive être considérée comme une chose éminemment utile (1).

A l'occasion de cette proposition, M. Bouillaud a interpellé le ministre, et lui a demandé si le gouvernement présenterait bientôt la loi depuis si long-temps promise sur l'organisation médicale. Le ministre a répondu que ce projet de loi occupait sérieusement le gouvernement, et qu'il espérait pouvoir le présenter l'année prochaine.

Je suis fort aise que ce ne soit pas pour cette année-ci, car j'aurai le temps de faire connaître au gouvernement un projet qu'on me communique à l'instant et qui pourra être intercalé dans la fameuse loi promise. Un honorable confrère m'écrit pour m'indiquer un plan « qui

(1) S'il ne s'agissait évidemment ici de la création d'une sinécure nous serions aisément convertis à la foi ministérielle. Notre opinion bien profonde est que les Facultés ont besoin d'être sévèrement inspectées, mais par d'autres inspecteurs que les *inspecteurs officiels*. Nous commencerons sous peu et très sérieusement cette tâche, avec d'autant plus de succès, nous l'espérons, que nous n'aurons pour l'exécuter, ni *brevet*, ni *titre*, ni *émoluments*. *(N. du Réd.)*

il ne faut voir, dans ce phénomène, que l'effet de la perturbation générale qui a frappé l'économie tout entière. L'état grave qui précède, ou au moins accompagne cette espèce d'œdème, empêchera suffisamment de le confondre avec l'espèce précédente, et gouvernera, par conséquent, le pronostic.

Tels sont les résultats qui nous paraissent découler de l'observation des faits ; mais empressons-nous d'ajouter qu'il faudra encore des faits bien autrement nombreux, bien autrement précis que ceux que nous possédons, avant de pouvoir établir une doctrine positive sur l'importante maladie dont nous venons d'ébaucher l'histoire.

Nous bornerons là nos réflexions, puisque l'Académie n'a pas abordé d'autre question que celle des causes prochaines.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

De la coxalgie. De sa marche et de son traitement.

On a donné le nom de coxalgie, coxarthrose, à une maladie complexe de l'articulation coxo-fémorale, consistant dans une inflammation chronique de cette articulation, et dont les caractères se rapprochent par beaucoup de points de ceux des tumeurs blanches des autres articulations. On donne également encore à cette maladie le nom de luxation spontanée du fémur ; mais cette dénomination est vicieuse et doit être rejetée, car outre que le déplacement de la tête du fémur n'existe pas dans tous les cas, il ne se montre jamais, quand il survient, de prime abord ; il est toujours consécutif, et il est une période de la maladie où ce nom ne serait pas juste si on l'adoptait.

La coxalgie est une affection très fréquente chez les enfants, chez lesquels elle est beaucoup plus commune que chez l'adulte. On la rencontre dans toutes les périodes du premier âge. C'est ainsi que nous l'avons vue également chez des sujets de six à huit mois, et chez des enfants de dix, douze et même quinze ans. Elle est néanmoins plus fréquente chez les seconds que chez les premiers. Quant aux sexes, nous n'avons pas remarqué qu'il y eût de différence notable dans la proportion des garçons ou des filles atteints de coxalgie, sur la grande quantité de ceux que nous avons été à même d'observer depuis plusieurs années.

Il n'en est pas de même des constitutions. Quoique l'on constate des coxalgies chez des individus de toutes les constitutions, il est de la dernière évidence que le plus grand nombre des malades appartiennent à cette classe que l'on désigne sous le nom de scrofuleuse, et presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point. La proportion des scrofuleux est tellement forte chez les individus affectés de coxalgie que nous ne craignons pas d'être taxés d'exagération en disant que sur vingt malades il y en a bien dix-huit qui présentent cette constitution.

Quelles sont maintenant les causes de la coxalgie et les diverses circonstances sous l'influence desquelles elle se développe. La cause générale dont nous venons de dire quelques mots est la principale, souvent même, et c'est le cas le plus ordinaire, la seule que l'on puisse directement apprécier. Quelquefois cependant, l'affection reconnaît une cause locale qui se joint, comme cause déterminante, à la cause générale. Qu'un enfant d'une bonne santé, d'une bonne constitution, d'un tempérament robuste, fasse une chute sur la hanche, il est probable qu'à part la contusion plus ou moins forte, il ne s'ensuivra aucun accident grave. Mais si l'enfant est scrofuleux, si la chute a été violente, il y a prédisposition, et les suites seront plus sérieuses. Il est possible qu'il survienne une coxalgie. C'est même, on peut le dire, la conséquence la plus probable. Cela est si vrai que, si l'on consulte avec attention et sérieusement tous les malades qui ont des coxalgies, si l'on se livre à un examen scrupuleux de chaque individu, si l'on interroge avec soin les parents, on finira presque toujours par savoir qu'avant que la cause déterminante n'eût agi, il existait déjà quelques phénomènes morbides du côté de l'articulation coxo-fémorale. Ainsi l'on apprend que le malade boîtait par intervalles et se plaignait quelquefois de douleurs vagues dans cette partie, douleurs auxquelles on ne faisait que peu d'attention.

Nous avons eu dernièrement dans nos salles, au n° 24 de la salle Saint-Côme, un enfant affecté de coxalgie, que les parents attribuaient à une chute sur le côté. Nous sommes parvenu, à force de l'interroger, à nous convaincre de la manière la plus positive que cet enfant boîtait déjà depuis plus d'un an, et éprouvait des douleurs dans l'articulation lorsque survint l'accident auquel on croyait devoir rapporter le développement de l'affection.

Les chutes, si elles sont les causes locales les plus fréquentes, ne sont pas les seules qui puissent donner lieu à la formation d'une coxalgie. On l'a vue quelquefois survenir après un effort violent, après un écartement violent et subit des cuisses, qui donne lieu à une espèce d'entorse de l'articulation coxo-fémorale ; enfin les coups violents directement appliqués sur la région de l'articulation, ont pu produire une coxalgie.

Ainsi, et pour nous résumer, cause générale qui est la plus importante, c'est la scrofule ; cause locale, qui n'est pas d'une nécessité absolue pour le développement de la maladie, efforts, chute, coups, etc., qui ne constitueront le plus souvent qu'une cause secondaire ; sans que nous prétendions pour cela rejeter tout-à-fait et d'une manière absolue les coxalgies directes. Il serait absurde de ne vouloir admettre aucune coxalgie de cette dernière espèce, lorsque l'on peut observer des sujets malades ne présentant aucune trace de scrofule, et qui déclarent d'une manière formelle que les premiers symptômes ne se sont montrés qu'à la suite d'un effort qu'ils auraient fait, par exemple, pour donner un coup de pied, pour se retenir et ne pas tomber en descendant un escalier, etc.

Une fois examinées, les diverses causes qui peuvent donner naissance à la coxalgie, passons à la description des symptômes. La maladie peut commencer avec ou sans douleur. Quand elle commence sans douleur, l'enfant, sans cause appréciable, boîte légèrement pendant quelques jours. Cette claudication disparaît bientôt par un peu de repos, et le malade paraît complètement guéri ; mais la moindre cause, la moindre fatigue, fait renouveler la claudication, qui dure, cette fois, un peu plus long-temps, est plus rebelle, et force le sujet à un repos plus prolongé. Le plus ordinairement il y a douleur dès le début. Cette douleur est sourde, profonde, à moins qu'elle ne soit le résultat d'une cause traumatique directe. Elle gêne peu les mouvements. Souvent il arrive qu'elle ne se fait sentir que par intervalles, et semble assez analogue à une douleur rhumatismale. Peu à peu la douleur, de sourde qu'elle était, devient plus vive, fixe, se fait sentir au niveau de l'articulation ou dans les environs, quelquefois au pli de l'aine ; les mouvements imprimés au membre, la moindre pression, le moindre choc, suffisent pour la rendre beaucoup plus intense. Enfin, il est des cas où elle se fait à peine sentir à la hanche, et semble se fixer au genou ou s'étendre au reste du membre affectant le caractère de certaines névralgies rhumatismales.

La douleur du membre inférieur est quelquefois si forte et si persistante, qu'elle masque tout à fait celle de la hanche, et que, loin de penser à une affection commençante de l'articulation coxo-fémorale, il est assez fréquemment arrivé à des praticiens distingués de confondre cette maladie avec des tumeurs blanches. Il est cependant un signe de la plus haute importance, et qui, le plus communément, suffirait pour faire éviter cette erreur, c'est l'absence du gonflement inséparable de l'existence d'une tumeur blanche. Il est vrai que l'on a constaté plus d'une fois ce gonflement, chez des sujets affectés de coxalgie commençante. Mais c'est le plus habituellement dans les muscles de la cuisse, à la partie supérieure du membre, que s'observe le gonflement.

Nous avons dit plus haut que le malade boîte ordinairement. Cette claudication peut se présenter de deux manières différentes. Elle résulte quelquefois d'un raccourcissement, d'autres fois d'un allongement apparent du membre. Nous disons apparent, parce qu'il arrive très souvent que ces changements dans la longueur du membre n'existent pas réellement. D'autres fois ces changements de longueur existent et peuvent être appréciés directement. De l'existence vraie ou fausse de ces changements résultent deux symptômes différents dans la démarche du malade. A force de boîter plus ou moins long-temps, il se produit fréquemment une incurvation vertébrale bien manifeste, qui varie quant au côté sur lequel elle se prononce.

Il est facile, en effet, de concevoir que si le membre malade est le plus court, la déviation vertébrale offrira sa concavité du côté malade ; si, au contraire, il y a allongement anormal, la convexité sera de ce côté, et la concavité du côté sain. Nous avons eu occasion de vous faire plusieurs fois remarquer cette différence fort importante à noter. Pour ne prendre qu'un exemple parmi ceux qui vous ont passé sous les yeux, nous vous signalerons l'enfant couché au n° 24, dont nous vous avons parlé plus haut, et qui offre une incurvation dirigée du côté opposé à la maladie. Et cependant, chez cet enfant, le changement dans la longueur du membre n'est qu'apparent. Une mensuration exacte prouve de la manière la plus évidente que les deux membres sont d'égale longueur, lorsque le sujet est étendu horizontalement dans son lit. L'allongement apparent du membre s'explique de cette manière : l'enfant, souffrant de la pression qu'exerce le poids du corps sur l'articulation malade, fait porter le poids du tronc sur l'articulation saine, et se penche conséquemment du côté opposé à la maladie. L'explication du raccourcissement se fait par une théorie inverse. Le tiraillement de la capsule étant plus ou moins douloureux, tous les muscles de la cuisse sont dans un état de contraction permanente, fixent la tête du fémur étroitement contre les surfaces articulaires de la cavité cotyloïde, et produisent ainsi une diminution dans la longueur de la cuisse, diminution dont le résultat est une innervation du tronc du côté malade.

La première période de la maladie offre donc toujours ces trois phénomènes principaux : douleur, soit dans la hanche, soit dans le genou ; changement apparent ou réel dans la longueur du membre ; enfin claudication, conséquence nécessaire et rigoureuse des deux premiers symptômes. Nous devons dire cependant que dans la première période c'est l'allongement qui paraît le plus communément exister.

A cette première période en succède une autre qui offre des caractères différents. L'allongement, quand il existe, fait place à un raccourcissement plus ou moins considérable, selon l'âge du sujet. La tuméfaction augmente ; le pli de la fesse disparaît ; la douleur augmente dans les mouvements, et surtout dans la pression du grand trochanter. Le raccourcissement s'accompagne de tous les signes de la luxation en dehors et en haut. Le pied et le genou sont portés dans la rotation en dedans. Le grand trochanter est porté en haut et en avant. Dans ce cas la douleur est extrêmement vive quand on veut imprimer au pied des mouvements de rotation en dehors.

Dans d'autres circonstances, et elles ne sont pas moins communes, le grand trochanter est entraîné en haut par les muscles fessiers ; mais le genou et le pied sont tournés en dehors comme dans la fracture du col du fémur. On trouve la raison de toutes ces différences dans les points différents par lesquels a commencé la maladie ; selon, par exemple, que c'est la partie antérieure ou postérieure de l'articulation qui a été attaquée la première. La rotation en dehors semble assez fréquemment coïncider avec l'usure de la tête du fémur.

A une époque plus avancée de la maladie, l'allongement du membre augmente encore. Il est causé, cette fois, par la sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde, accident assez fréquent, mais non constant. Dans la grande majorité des cas, cet allongement s'accompagne de douleurs profondes et plus intenses que dans la première période. Comme celle de la première période, la durée de la seconde n'est pas fixe, et dépend d'un grand nombre de circonstances, soit étrangères, soit particulières au sujet malade.

Enfin arrive la troisième période, et celle-là est sans contredit la plus grave ; la luxation s'opère ; la tête du fémur quitte la cavité dans laquelle elle était retenue, et ici trois cas peuvent se rencontrer. La luxation peut s'opérer en bas et en dedans, sur le trou ovale ; en bas et en dehors, dans l'échancrure ischiatique ; en haut et en dehors, sur l'iléon. Nous n'entrerons pas dans le détail des signes propres à reconnaître chaque espèce de luxation : ce n'en est pas ici le lieu ; ils sont les mêmes que pour les luxations accidentelles. Mais il peut se rencontrer encore un cas, assez rare il est vrai, propre à cette affection ; c'est un raccourcissement subit du membre, survenu sans changement dans la direction, soit du genou, soit du pied. Ce raccourcissement est dû à la perforation de la cavité cotyloïde produite par une usure existant déjà depuis long-temps. Dans ce cas la tête du fémur traverse l'os iliaque et s'enfonce dans le bassin.

En même temps que se passent les phénomènes que nous venons de signaler, des abcès se forment dans le voisinage de l'articulation malade. Du pus a pris naissance dans l'articulation, s'est réuni en foyer, se fraie une route à travers les

---

pourrait contribuer pour sa part à relever encore notre profession. » Le voici : Toute personne exerçant l'art de guérir sera priée et obligée même, s'il est possible, de se faire reconnaître à un signe distinctif. Quel sera ce signe ? Sera-ce un costume particulier ? Notre correspondant pense que ce serait embarrassant et il a trouvé quelque chose de beaucoup plus simple. « Il suffirait, dit-il, que chaque médecin portât à sa boutonnière un ruban (noir, bleu, blanc, rouge, comme on voudra) ». On aurait pu objecter que ce ruban semblerait être une décoration : « Quand cela serait, répond notre correspondant, le titre de médecin vaut bien ceci. » Ce *vaut bien ceci* vaut tous les rubans du monde : « Mais pour lever toute difficulté, qui empêcherait de le porter à la boutonnière du côté droit ? Rien, je pense. » En effet, je ne vois rien à répondre à ceci, si ce n'est pour les médecins qui se trouvent déjà decorés ; enrubannés du côté droit, enrubannés du côté gauche, je trouve qu'on leur fait la partie trop belle. Mais poursuivons :

« On pourrait donner ce simple ruban aux internes, aux sages-femmes, aux externes ayant subi trois examens, et même à certains pharmaciens qui, par ce moyen, auraient droit à porter les premiers secours dans un cas pressant. Les médecins pourraient avoir comme signe distinctif de leur droit absolu, un signe d'une autre couleur sur le ruban. Et qui empêcherait même de multiplier ces signes sur le ruban, à proportion des titres du médecin ? » Ainsi, d'après notre confrère, voici comment on pourrait procéder : un simple médecin, ruban avec un liseré de couleur différente ; médecin d'hôpital, deux liserés ; médecin d'hôpital et académicien, trois liserés ; professeur, quatre liserés ; ainsi de suite pour chaque dignité. Avec l'amour effréné qu'on a aujourd'hui pour le ruban, je ne serais nullement étonné que ce projet ne sourît à un grand nombre de nos confrères.

Voici un pendant aux générosités du marquis d'Aligre ; malheureusement ce pendant-là n'est pas compatriote. A la bataille d'Ocana, un jeune aide-major espagnol fut chargé de soigner un militaire dangereusement blessé : c'était un Polonais. Le chirurgien pansa ses blessures et le dirigea sur Madrid où l'appelait son service, et le fit accueillir par une dame qui lui prodigua les soins les plus empressés. L'officier polonais guérit, et les événements de la guerre le forçant à partir, il s'éloigna en assurant ses bienfaiteurs d'une reconnaissance éternelle. Il y a quelques jours, et plus de trente ans après cet événement, M. le docteur Hurtado, aujourd'hui un des premiers médecins de Madrid, et qui était l'aide-major de la bataille d'Ocana, a reçu une somme de cinquante mille francs venant de Pologne, et qui lui était léguée par testament par le prince Bruwnoski, mort récemment à Varsovie. Ce prince, on le comprend, n'était autre que l'officier polonais soigné par le jeune aide-major. Pareille somme de cinquante mille francs a été léguée à la dame dont il avait reçu la généreuse hospitalité.

De pareils actes consolent un peu de l'ingratitude si générale du public envers les médecins.

J'ai été assez heureux pour entendre de sa propre bouche un bon mot de M. Roux. Lundi dernier, M. Arago racontait à l'Institut la chute d'une énorme aérolithe observée à Utrech en Hollande. Les témoins du phénomène assuraient avoir entendu pendant la chute une sorte de musique aérienne comparable aux sons de la harpe éolienne. — Quel air jouait-elle ? demanda narquoisement M. Cauchy. — Un air humide et froid, répondit M. Roux.

Le célèbre chirurgien a ainsi des jours de verve. Le matin même à l'hôpital, il avait trouvé un de ces mots qui s'attachent au souvenir d'un homme. Un pauvre malade avait fait couper ses favoris.— Peste ! lui dit-il, vous vous êtes conduit en monarque ; les rois abattent quelquefois aussi leurs *favoris*. On assure que le malade avait envie de répondre ; Hélas ! monsieur,

> Le plus petit *pansement*
> Ferait bien mieux mon affaire.

Une fausse honte m'a toujours empêché de demander ce que c'est que cette fameuse *smalla* d'Abd-el-Kader si vaillamment conquise par un de nos princes. J'avoue que je n'en sais rien encore, et j'en suis d'autant plus fâché qu'un chirurgien qui fréquente la cour m'a dit qu'on avait trouvé parmi les trésors et les écrins de cette smalla deux instruments qui peuvent jeter un grand jour sur l'état des sciences medicales parmi les Arabes : c'est un baudage herniaire et une seringue. Quelques mauvais plaisants assurent même qu'à cela se réduiraient toutes les richesses conquises. Peu nous importe au demeurant, mais une seringue dans la smalla d'Abd-el-Kader, sans être un fait *capital*, ne peut passer cependant sans faire dire que la civilisation pénètre partout.

P. S. Un mot pour messieurs les imprimeurs. Dans mon dernier article, ils ont transposé deux lignes de telle façon que le diable en personne n'aurait pu lire mon grimoire. Je les supplie de mieux revoir leur *tierce* s'ils veulent éviter que je leur porte une *quarte*.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'ai jamais autorisé M. Pernet à s'appuyer de mon nom ; je vous prie de le déclarer dans votre Journal. J'ajoute que j'ai entièrement abandonné l'usage de ses pelotes, en raison des inconvénients que je leur ai reconnues ; enfin, que depuis long-temps je les ai remplacées par des compresseurs en caoutchouc.

Agréez, etc. TANCHOU.

Paris, 12 juin.

masses musculaires jusqu'aux téguments, et soulève la peau. La présence du pus se reconnaît à une tuméfaction plus circonscrite, à la diminution des douleurs, enfin à la fluctuation. Il arrive assez souvent que ces abcès se manifestent brusquement, sans douleurs locales, d'une manière analogue à celle dont se développent les abcès par congestion. Ces abcès se montrent en divers endroits, soit à la partie externe de la cuisse, soit à la fesse. Ces derniers sont, en général, ceux qui se prononcent avec les phénomènes inflammatoires.

Quand les abcès sont nombreux, la suppuration devient abondante; on les ouvre, et ils fournissent un pus de mauvaise nature. Au bout de quelque temps les ouvertures se referment; mais bientôt d'autres abcès prennent naissance, dont les ouvertures restent fistuleuses. Le pus fuse dans les interstices musculaires et sous les aponévroses. Les malades maigrissent de jour en jour, et finissent habituellement par succomber à la violence des douleurs et de la suppuration qui déterminent les symptômes de la fièvre hectique. Les enfants succombent dans le marasme le plus complet.

Telle n'est pas toujours la terminaison de la maladie. Il est des cas, malheureusement trop rares, où l'affection se termine d'une manière moins funeste, et où il se forme une ankylose ou une fausse articulation. Nous reviendrons plus loin sur cette terminaison quand nous parlerons de la marche et du pronostic de la maladie qui nous occupe.

Caractères anatomiques. — Il est excessivement rare que les sujets succombent au commencement de la maladie. Nous commencerons donc la description des lésions cadavériques par celles que l'on rencontre dans la dernière période, quand la maladie est arrivée à un point tel que la terminaison fatale en est la conséquence inévitable. Les désordres organiques que l'on constate sont très variés. Dans les cas où la luxation spontanée s'est opérée et où la cavité cotyloïde n'est plus en rapport avec la tête du fémur, la glande synoviale, qui dans l'état normal ne remplit que l'enfoncement raboteux de la cavité est tellement gonflée qu'elle suffit pour remplir la cavité entière et a subi une dégénérescence. D'autres fois, mais plus rarement, elle a complètement disparu. Les cartilages qui tapissent cette cavité articulaire et ceux qui recouvrent la tête du fémur sont épaissis, hypertrophiés, ramollis. Le ligament rond est ou allongé, aminci, sans consistance, ou tout-à-fait détruit. Il arrive souvent que la cavité cotyloïde est remplie de concrétions stéatomateuses et d'un pus fétide, floconneux, analogue au pus de la carie. Le cartilage est détruit en plusieurs points. Le périoste du col du fémur est également détruit.

La lésion la plus fréquente est la carie et la destruction du contour de la cavité; tantôt c'est la partie supérieure du bord de la cavité qui a le plus souffert, et alors c'est la luxation en haut qui survient le plus ordinairement; tantôt c'est la partie inférieure qui est le plus endommagée, et cette destruction explique la luxation en bas que l'on observe soit dans le trou ovale, soit dans l'échancrure ischiatique. C'est là ce qui donne lieu, selon Boyer, à la luxation spontanée sans allongement préalable du membre malade. D'autres fois ce ne sont point les bords de la cavité, mais son fond seulement qui est altéré par la carie; dans ce cas, le pus traverse l'os qui se perfore, et se porte dans le bassin où, mis en contact avec les organes qui s'y trouvent renfermés, il donne lieu à des altérations plus ou moins considérables de ces organes. C'est à la suite de cette perforation de l'os iliaque que la tête du fémur traverse quelquefois le fond de la cavité cotyloïde, s'enfonce dans le bassin et détermine un brusque raccourcissement du membre sans déviation en dedans ou en dehors.

La carie ne se borne pas toujours pour l'os des îles à la cavité cotyloïde. On la voit fréquemment envahir la partie de l'os où la tête du fémur s'est portée après son déplacement, et qui, ramollie par le fait de cette altération, réduite en une sorte de putrilage, laisse détacher facilement des portions osseuses. Pour la tête du fémur, tantôt elle a perdu son cartilage à peine dans quelques points peu étendus, tantôt elle est en partie détruite, ainsi que le col qui la supporte, et cette altération explique facilement le raccourcissement progressif que l'on observe quelquefois dans la dernière période de la maladie. M. Larrey pense que le raccourcissement du membre peut s'expliquer dans la grande majorité des cas par l'usure de la tête du fémur ou du fond de la cavité cotyloïde, et que ceux dans lesquels on trouve un déplacement de la tête, soit en dehors soit en dedans, sont des cas exceptionnels où une violence extérieure est venue s'ajouter à la maladie principale. Il est rare que dans la coxalgie on trouve des parties osseuses nécrosées, sans que cependant il soit tout à fait impossible de rencontrer de véritables séquestres baignant dans la matière purulente.

Les parties molles qui avoisinent l'articulation sont infiltrées de pus, qui, fusant dans les interstices musculaires, forme de loin en loin des foyers plus ou moins considérables; lorsque le pus s'est porté jusque sous la peau, qu'il a formé des abcès dont l'ouverture a laissé des fistules, celles-ci, par des trajets plus ou moins sinueux, s'étendent jusqu'à l'articulation elle-même, foyer primitif de la suppuration.

Il est facile d'expliquer, par tout ce que nous venons de dire sur l'état pathologique des parties dans la coxalgie, comment la tête du fémur abandonne peu à peu la cavité cotyloïde, soit pour monter sur la surface externe de l'os des îles, soit pour descendre dans la fosse ovalaire. Le gonflement du tissu cellulaire du fond de la cavité cotyloïde, connu sous le nom de glande synoviale, celui des cartilages qui revêtent l'intérieur de cette cavité, repoussent peu à peu la tête du fémur hors de la demi-boîte osseuse qui doit la contenir. Une fois la tête du fémur parvenue au niveau du rebord de la cavité, les muscles fessiers, par leur contraction, la portent en haut et en dehors sur la face externe de l'os iliaque.

Lorsque la luxation résulte de la destruction du rebord de la cavité cotyloïde par la carie, une fois que la tête du fémur n'est plus retenue par la portion de la cavité qui se trouve détruite, l'action musculaire complète le déplacement qui a lieu le plus souvent en haut et en dehors, la partie supérieure et externe du rebord cotyloïdien étant celle qui se carie le plus fréquemment. La carie du bord inférieur et antérieur n'est cependant pas extrêmement rare, et donne lieu à la luxation dans le trou sous-pubien.

Le pus qui infiltre les parties qui avoisinent l'articulation varie dans les différents cas. Tantôt c'est une sorte de sérosité trouble, lactescente, dans laquelle nagent des concrétions stéatomateuses; tantôt il est simplement floconneux, jaunâtre. D'autres fois il est plus épais, noirâtre et fétide, semblable au pus ordinaire de la carie. Il est rare que le membre malade ne soit pas atrophié, amaigri, plus mince que le membre du côté opposé. Un jeune chirurgien distingué a signalé, dans ces dernières années, une atrophie et une diminution de longueur du fémur, bien manifestes lorsque l'on examine comparativement les deux fémurs d'enfants morts de coxalgie.

Quelques mots maintenant, avant de terminer ce qui a rapport aux caractères anatomiques, sur les explications données par quelques auteurs du raccourcissement ou de l'allongement apparent du membre malade. Il est à peu près certain que ce changement dans la longueur apparent du membre provient de l'inclinaison du bassin, ainsi que nous l'avons dit plus haut, et comme il résulte de nos propres observations. La preuve en est que la mensuration faite bien exactement, le sujet étant couché horizontalement sur le dos, en prenant pour point de *repert* la crête iliaque antérieure et supérieure, donne les mêmes mesures pour les deux membres. De plus, les déviations latérales de l'épine, que nous avons mentionnées plus haut, disparaissent au bout d'un certain temps, quand elles ne sont pas trop anciennes, et que l'on oblige le malade à rester pendant quelque temps dans une position horizontale, et dans le décubitus dorsal.

Quel est le point de départ de la maladie? Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. Tandis que Boyer croit le voir dans un gonflement presque constant des cartilages de la cavité et de la tête du fémur, ce qui expliquerait, selon lui, l'allongement ordinaire au début de l'affection, M. le docteur Rust, qui a fait un travail remarquable sur ce sujet, admet que la maladie commençant par la tête du fémur débute par une inflammation de la membrane médullaire, qui finit par dégénérer en carie profonde dont la marche est du centre à la circonférence. Enfin M. Fricke, de Hambourg, pense que la maladie est complexe: que tantôt elle consiste en un relâchement des muscles, sans maladie de l'articulation; tantôt elle vient d'une véritable inflammation de l'articulation, c'est la véritable coxalgie, ou coxarthrocace.

Toutes ces opinions, quoique justes chacune en particulier, ne peuvent être prises absolument comme loi générale, et il résulte pour nous que la coxalgie est une affection complexe dont les lésions ne sont pas toujours identiques, mais qui nous paraît le plus souvent être le résultat d'une inflammation soit de l'articulation elle-même en entier, soit de quelqu'une des parties principales qui la constituent. Quant à ce qui est relatif à l'allongement et à la symptomatologie, ce signe est devenu beaucoup moins important depuis que l'attention des observateurs a été fixée sur l'inclinaison du bassin.

En résumé, et pour en finir avec les caractères anatomiques: 1° L'allongement peut être, dans la première période, simulé par l'abaissement de la hanche du côté malade; c'est ce qui arrive le plus souvent. Cependant il peut être également réel, et tenir aux causes indiquées ci-dessus. 2° Dans les périodes suivantes, le symptôme est réel, et se trouve dépendre de la luxation qui s'opère.

Le raccourcissement peut être simulé: 1° Dans la première période par l'élévation de la hanche du côté malade, ou être réel et tenir à la contracture musculaire permanente qui fixe la tête de l'os contre le fond de la cavité cotyloïde. 2° Dans les périodes suivantes, il est dû, soit à l'usure des surfaces articulaires, soit à un déplacement dans la fosse iliaque externe, soit à l'enfoncement de la tête dans le bassin, soit enfin à l'atrophie du fémur lui-même, conséquence forcée de l'inaction du membre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Tumeur blanche du genou. Difficultés du diagnostic de ce genre de tumeurs.

Un malade est entré à l'hôpital portant une tumeur volumineuse du genou, dite tumeur blanche, datant de plusieurs mois. Le diagnostic de cette tumeur ayant offert quelques difficultés, M. Bérard a saisi cette circonstance pour, tout en faisant l'histoire de ce malade, faire ressortir la valeur des différents signes et des symptômes qui peuvent éclairer sur la nature de ces lésions.

Une des premières difficultés de ce diagnostic est de constater la présence d'un liquide dans l'articulation du genou. Rien ne paraît plus aisé, au premier abord, que de constater la fluctuation dans le genou: la pression exercée sur la rotule faisant refluer le liquide sur les côtés, et celui-ci repoussant à son tour la rotule; rien ne paraît plus simple. Il n'en est cependant pas ainsi. On ne parvient au contraire, en général, que très difficilement à reconnaître la fluctuation, si l'on ne prend d'abord la précaution indispensable de porter le muscle triceps dans le relâchement. Or, ce n'est pas une chose aussi facile qu'on le pense que d'obtenir le relâchement du triceps. Alors même qu'on recommande au malade de ne faire aucun effort, de ne point raidir son membre, il fait au contraire des efforts de résistance involontaires qui rendent l'appréciation de la fluctuation presque impossible. Il y a cependant un moyen de prévenir ces contractions, c'est de maintenir fortement le muscle en pressant sur ses deux bords. C'est à l'aide de cette manœuvre que nous avons pu, chez ce malade, constater la présence d'un liquide dans le genou; nous avons reconnu, en outre, des saillies dures, mamelonnées, beaucoup plus volumineuses et plus irrégulières que ne pourraient être les prolongements des condyles fémoraux. Après quelques jours de traitement par le repos et les antiphlogistiques, traitement qui ne fut suivi d'aucune amélioration, nous avons fait une ponction exploratrice pour reconnaître la nature du liquide que nous présumions contenu dans le genou. La ponction donna issue à 15 à 20 grammes environ d'un liquide visqueux, filant, qui n'était autre chose que de la synovie trouble et un peu purulente. Pendant que ce liquide s'écoulait, le volume du genou parut un peu diminuer; mais après avoir retiré la canule, nous reconnûmes qu'il existait encore de la fluctuation; la tumeur conservait sa même consistance élastique. Depuis cette exploration, le genou, qui était auparavant dans un état d'indolence habituelle (le malade n'en souffrait guère que pendant la nuit seulement), devint le siége de douleurs très vives; il survint des frissons suivis de chaleur et de sueurs, de la fièvre et de l'inflammation. Enfin, en dernier lieu, il s'est formé une nouvelle collection liquide, et le volume du genou s'est considérablement accru.

A quoi faut-il attribuer l'irruption de ces graves accidents? Il y a une telle corrélation entre ces accidents et la ponction exploratrice, qu'il est difficile de méconnaître l'influence que cette ponction a pu avoir sur ces accidents. Cependant je n'affirmerais pas qu'il en fût ainsi; car, d'une part, la plaie s'est réunie sans inflammation le jour même de l'opération, et le lendemain le malade était mieux, il se sentait soulagé, et ce n'a été que 48 heures après que nous avons vu survenir les accidents en question. Cette circonstance peut donc atténuer le regret que nous pourrions concevoir d'avoir pratiqué cette ponction, d'autant plus qu'il n'est rien de plus commun que de voir survenir des accidents semblables spontanément et sans cause appréciable dans le cours de la maladie, et que, d'un autre côté, on voit tous les jours de ces ponctions exploratrices ne déterminer aucune espèce d'accidents. Nous en pourrions citer un grand nombre d'exemples tirés de la pratique de M. J. Guérin, et de celle de M. Malgaigne qui ne prend pas même les précautions recommandées par M. Guérin pour ces sortes de ponctions. On a maintes fois pratiqué de ces ponctions dans les articulations, soit pour déchatonner des corps étrangers, soit pour détruire des adhérences ou pour évacuer des liquides, toujours sans accident. Quoi qu'il en soit, il est survenu ici des accidents d'une très grande gravité, une inflammation extrêmement intense du genou, de la fièvre, de l'agitation et du délire pendant la nuit. La tumeur du genou, qui s'était rapidement accrue de volume, s'est en partie affaissée depuis la veille, par suite de la formation d'un nouveau foyer abcédé.

Quel est maintenant le diagnostic que nous devons porter de cette maladie? Dire que c'est une tumeur blanche, c'était bon il y a quelques années; mais aujourd'hui qu'on est devenu avec raison beaucoup plus sévère en matière de diagnostic, une pareille détermination est tout-à-fait insuffisante. Il s'agit de rechercher non-seulement quelle est la nature de cette tumeur blanche, mais quels sont les tissus altérés, et en quoi consistent ces lésions; c'est ce que nous allons chercher à déterminer.

Autrefois, on distinguait les tumeurs blanches en scrofuleuses et rhumatismales. Boyer n'admettait que ces deux espèces. Aujourd'hui on s'occupe moins de la nature scrofuleuse ou rhumatismale de ces tumeurs, que de rechercher quels sont les tissus affectés. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que les notions d'anatomie pathologique, si précises de nos jours, fussent tout à fait ignorées avant cette époque; il ne faudrait pas croire non plus que les dénominations de tumeurs scrofuleuses et rhumatismales soient vides de sens, et que la recherche de la nature spécifique de ces maladies soit sans objet. Nous devons donc, dans notre détermination diagnostique, tenir compte de ces deux ordres d'éléments, et nous demander d'abord quelle est la nature de cette tumeur, si elle est scrofuleuse et rhumatismale, et, en second lieu, chercher à déterminer le siége de la maladie, savoir si elle affecte le tissu cellulaire, les os, les corticales ou les synoviales, par laquelle de ces parties elle a débuté, si elle les affecte toutes, s'il y a eu préalablement carie, nécrose, dépôt tuberculeux ou dégénérescence cancéreuse du tissu, etc. Telles sont les diverses conditions dont nous aurions à tenir compte pour arriver à un diagnostic complet.

Nous ne devons pas nous dissimuler que dans le cas particulier que nous avons à envisager, ce diagnostic offre de très grandes difficultés. D'une part la maladie n'a pas débuté comme une arthrite; le malade n'a point éprouvé, sauf pendant ces derniers jours, ces douleurs vives qui caractérisent l'altération primitive des cartilages. Cependant si l'on considère que la rotule a acquis, du moins en apparence un volume plus considérable qu'à l'état normal, nous serions disposé à admettre cette altération primitive des cartilages. On a observé, en effet, que lorsque les cartilages sont malades, il se fait une sorte de sécrétion osseuse anormale aux extrémités articulaires, une véritable hypertrophie des os. D'un autre côté, l'aspect général du genou, sa consistance fongueuse, la fluctuation obscure, le résultat de la ponction qui n'a donné issue qu'à une très petite quantité de liquide, tout-à-fait en disproportion avec le volume de la tumeur, ces dernières considérations, dis-je, me porteraient assez à croire que nous avons affaire ici à un de ces cas de dégénérescence fongueuse des synoviales avec hypersécrétion de sérosité épaisse et trouble, si bien décrits par Brodie. Dans un très grand nombre de cas, cette dégénérescence a pu en imposer pour une collection liquide; mais, lorsqu'on a fait la ponction, on n'a vu sortir par la canule que des portions de fongosités; c'est à peu près là ce qui nous est arrivé, et ce qui me fait fortement pencher vers cette dernière opinion. En résumé, il paraît exister chez ce malade deux altérations simultanées et qu'on rencontre assez

souvent ensemble, une dégénérescence des synoviales avec érosion des cartilages.

M. Nélaton, qui nous a adressé ce malade, croit qu'il s'agit ici d'une dégénérescence du fémur, un ostéo-sarcome, en d'autres termes, un cancer qui aurait débuté dans le parenchyme même du tissu osseux. Il motive cette opinion sur les caractéres suivants : l'affaissement de la tumeur par la pression et son retour élastique, caractère qui appartient aux tumeurs cancéreuses dans lesquelles il s'est fait un développement anormal de vaisseaux, sortes de tumeurs érectiles. Bien que l'opinion de M. Nélaton ait du poids dans cette question, nous croyons néanmoins devoir persister dans celle que nous venons d'émettre.

Considéré sous le point de vue du pronostic, l'état de ce malade est extrêmement grave; et suivant toute apparence, non-seulement l'état de dégénérescence des tissus ne permet d'espérer aucun bon résultat de quelque moyen que ce soit, mais la vie du malade est elle-même menacée si l'on ne procède promptement à l'amputation, qui est la seule ressource qui nous reste. Il serait donc inutile de parcourir ici tous les autres moyens de traitement qui dans d'autres circonstances eussent pu être appliqués. Nous disons qu'il ne nous reste plus comme unique ressource que l'amputation et non la résection. On pourrait nous demander, en effet, pourquoi nous ne recourrions pas à cette dernière, ou pourquoi au moins nous ne balançons pas les avantages de ces deux moyens. Je n'aurais qu'une seule chose à répondre à cela, c'est que la résection du genou est à mes yeux une mauvaise opération. Ainsi sans hésiter entre ces deux moyens extrêmes, je me détermine pour l'amputation Voyons, avant d'y procéder, s'il n'y a point de contre-indication. La première condition dont il faut s'informer, est de savoir s'il n'y a point d'autre maladie concomitante. Il n'existe aucune complication; toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement jusqu'au moment où sont survenus les nouveaux accidents. Il n'y a eu ni diarrhée, ni vomissement; point de troubles nerveux, nulle altération dans la poitrine. Cet homme appartient à une famille saine. Ainsi de ce côté point de contre-indication. Quant aux accidents qui sont survenus depuis quelques jours, l'insomnie, le délire, ils ne constituent pas une contre-indication, puisqu'ils ne sont eux-mêmes qu'un effet de la maladie. Il n'y a réellement de contre-indication, que lorsque indépendamment des symptômes dus à la maladie elle-même, il y a des foyers de suppuration, un dévoiement abondant et existant depuis long-temps, de la fièvre hectique; tous symptômes qui indiquent une viciation profonde de l'économie; car dans ces cas on a beau enlever la cause primitive de tous ces phénomènes, on n'enlève point cette viciation même, on n'est plus dans la possibilité d'arrêter les progrés de la consomption commencée. Le malade auquel nous avons affaire n'est point dans ce cas; il n'existe ici aucune de ces contradictions; d'un autre côté; l'état du genou est incurable. Si l'on ne se décidait point à amputer, il est probable que les accidents récents développés sous l'influence même de la maladie du genou, ne feraient qu'augmenter, et que le malade ne tarderait pas à y succomber.

En raison des considérations qui précèdent, M. Bérard s'est déterminé à l'amputation, qu'il a pratiquée immédiatement.

Voici ce que l'examen du membre a fait constater : d'abord le tissu cellulaire était le siége d'une inflammation récente et d'une infiltration purulente commençante, ne s'étendaut qu'à une très petite hauteur au-dessus du genou.

Un phlegmon existait sur la partie latérale externe du genou. La membrane synoviale était considérablement épaissie, molle, d'une consistance et d'un aspect tout-à-fait fongueux. Les cartilages étaient érodés, et commençaient à être détruits dans quelques points. Rien dans les os, les condyles et la rotule, qui malgré l'apparence d'hypertrophie à laquelle l'exploration avait fait croire, conservaient leur volume normal.

On voit par le résultat de cet examen, bien qu'il ait confirmé dans les points principaux le diagnostic porté par M. Bérard, et par la longue discussion à laquelle ce professeur a cru devoir soumettre ce cas, combien il est important et difficile à la fois de ne pas s'en tenir au sens de la dénomination vague de tumeur blanche, et de chercher à déterminer par des signes propres le diagnostic des différentes lésions qui peuvent constituer ces tumeurs. Or ces signes, on ne peut le dissimuler, sont loin encore d'offrir la précision désirable, malgré les nombreux travaux dont cette maladie a été l'objet, et de nouvelles recherches sur ce point sont encore nécessaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 avril 1843.—Présidence de M. Fl. Léger (vice-président).

Le procès-verbal et lo et adopté.

Correspondance. — La Société reçoit les ouvrages suivants :

1° Cours de pathologie et de thérapeutique générales, professé à l'Ecole de médecine de Bordeaux (discours d'ouverture); par M. le docteur Bonnet. (M. Terrier, rapporteur.)

2° Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire. (Rapporteur, M. Parent.)

3° De la résection du coude et d'un nouveau procédé de la pratiquer par M. A.-M. Thore, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique. — Rapporteur, M. Tanchou.

M. Moret fait un rapport sur un mémoire de M. Hubert-Valleroux, intitulé : Du catarrhe de l'oreille moyenne et de la surdité qui en est la suite, avec l'indication d'un nouveau mode de traitement : il propose d'adresser des remerctments à l'auteur. — Adopté.

M. Souberbielle rapporte plusieurs cas de guérison de cancers de la peau, et plus particulièrement d'ulcères chancreux du visage, par l'emploi de la pâte arsenicale du frère Côme. Il regarde ce mode de traitement comme le plus héroïque qu'on puisse employer, et plusieurs des malades dont il entretient la société avaient été traités infructueusement par le fer, la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, etc... Mais on sait que les préparations arsenicales appliquées à l'extérieur sont quelquefois absorbées au point de produire des accidents mortels. M. Souberbielle dit avoir modifié la préparation du frère Côme de manière à s'opposer à cette absorption. — Sa formule est la suivante :

Pr. Arsenic blanc,	0,30
Cinabre,	1,50
Eponge calcinée,	0,75

F. une poudre qu'on délaie dans un peu d'eau au moment de s'en servir, et qu'on applique au moyen d'un pinceau.

M. Guersant (fils). Ce qui milite le plus en faveur d'un traitement, c'est la longueur du temps, Si M. Souberbielle a des malades traités depuis 30 ans chez qui la récidive ne soit pas survenue, ce sont assurément de beaux succès. Mais les malades qu'il a cités ne sont pas tous dans ce cas, car la dame dont il a parlé, et que j'avais opérée, n'a été prise de la récidive que 8 ans après l'opération. Or, pour conclure que l'application de la pâte arsenicale lui a été plus favorable que l'opération faudrait-il, au moins, que le même espace de temps se fût écoulé.

M. Souberbielle rappelle l'histoire de M. Lennereau opéré il y a quarante ans d'un ulcère chancreux de l'entrée des fosses nasales, dont la guérison ne s'est pas démentie ; il a maintenant soixante-douze ans.

M. Tanchou a appliqué plusieurs fois la pâte arsenicale sur des malades qu'il a perdus de vue ; le seul qu'il ait eu occasion de voir depuis est une dame qui a été traitée il y a huit ans ; il n'y a point eu de récidive.

— *M. Guersant fils.* Vous savez que la gangrène spontanée est attribuée généralement à l'artérite; voici une pièce qui tend à démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il s'agit d'une enfant attaquée d'une gangrène telle, que les muscles se détachaient et que les jambes étaient presque réduites à l'état de squelette ; les seuls renseignements que nous donnèrent les personnes qui amenèrent la malade à l hôpital, c'est qu'elle était faible depuis une quinzaine de jours. Je me decidai à faire l'amputation des deux cuisses ; au moment de la pratiquer, nous cherchâmes vainement le battement des artères fémorales pour le comprimer. Il n'y eut point de perte de sang à la section des tissus, de sorte que nous aurions pu nous dispenser de faire la ligature. La surface des moignons se sphacéla, mais la gangrène ne monta pas plus haut. Cette pauvre enfant s'éteignit le septième jour de l'opération. J'avais donné de la quinine dès le principe. A l'autopsie, nous trouvâmes des tubercules crétacés au sommet des poumons; le caillot remontait jusqu'au commencement des artères iliaques internes, mais vous voyez sur ces artères fémorales qu'il n'etait point adhérent, et que ces vaisseaux n'offrent aucune trace d'inflammation.

M. Sorlin a vu un cas de gangrène spontanée des deux jambes sur le cuisinier d'un diplomate célèbre, atteint depuis son jeune âge d'une maladie du cœur. Sa santé se soutint tant qu'il resta occupé de ses fourneaux, mais elle se détériora du moment où il cessa de travailler. Il survint des étouffements, de la faiblesse, de l'œdématie aux extrémités, et enfin, douze jours avant la mort, la gangrène du pied gauche, de la jambe, puis du pied droit. Il mourut comme par l'effet d'une résorption purulente, avec des symptômes ataxiques.

M. Ch. Masson. J'ai observé plusieurs faits de gangrène qui, rapprochés entre eux, peuvent faire supposer que l'artérite n'est pas toujours la cause de cette terrible affection. Je me contenterai de citer les suivantes :

Je fus appelé pour une malade qui avait une affection du cœur et se plaignait d'une vive douleur dans le trajet du nerf sciatique. Je prescrivis une fumigation. Le lendemain on me dit que le membre avait été brûlé par cette fumigation ; je l'examinai et je le trouvai gangrené. Les assistants avaient pris la gangrène pour une brûlure. La malade mourut.

Il y a deux ans, je fus appelé en hâte près d'une jeune fille que j'avais l'habitude de saigner. Je la trouvai avec des plaques gangréneuses sur la figure et sur les bras : elle mourut le lendemain.

J'ai donné de soins, avec M. Thévenot de Saint Blaise, à un homme extrêmement puissant et sanguin, ancien serviteur de Charles X, qui mourut également de gangrène.

Le premier fait de ce genre que j'observai dans ma pratique, fut sur un enfant de la rue du Dragon, que je fus appelé à voir pour une ophthalmie très aiguë. Deux enfants de la même famille étaient morts rapidement quelques jours avant; je n'avais pas eu occasion de les voir; mais je supposai, d'après les renseignements, qu'ils avaient succombé à des maux de gorge gangréneux. Quant au petit malade dont il s'agit, je lui fis mettre des sangsues aux orbites. Le lendemain, les paupières et les environs étaient gangrénés. Il mourut.

M. Tanchou. J'ai fait l'autopsie de plusieurs malades atteints de gangrène spontanée ; quelquefois j'ai trouvé des caillots et des inflammations dans les artères ; d'autres fois je n'y en ai point trouvé. Je citerai, entr'autres, le fameux cuisinier Carême : il y avait un caillot dans l'artère fémorale droite, et il n'y en avait pas dans la gauche.

M. Tanchou se demande s'il ne se forme pas des caillots long-temps avant la mort chez les individus anémiques, et si ce n'est pas là l'origine de ces concrétions connues sous le nom de polypes du cœur. Il regarde l'appauvrissement du sang, sa facilité à se séparer en deux parties, l'une séreuse, formant l'auréole, et l'autre centrale, solide, concrete; la faiblesse des contractions du cœur, etc., comme autant de circonstances propres à favoriser cette coagulation. Il n'est pas éloigné de penser qu'un de ces caillots puisse se detacher du cœur, et pénétrer dans une artère, où il intercepte le cours des liquides.

La gangrène, dit M. Nanche, n'est pas seulement le résultat des obstacles qui interceptent le cours du sang dans les vaisseaux qui se portent aux organes, elle l'est également des circonstances qui empêchent l'influx nerveux de se transmettre à ces mêmes vaisseaux. Dans des expériences que M. Eguisier et lui ont faites sur le système nerveux, ils on vu que la ligature des nerfs qui se portaient aux gros vaisseaux sanguins y ralentissaient la circulation. D'autres expériences faites antérieurement ont prouvé que cette ligature était fréquemment suivie de la gangrène. Lorsque cette dernière se manifeste dans la maladie aiguë, elle ne paraît pas tenir à des interceptions mécaniques dans les vaisseaux sanguins, c'est le plus souvent à des lésions profondes dans le système nerveux. Les faibles moyens qu'on a à lui opposer, tels que le quinquina le camphe, n'ont pas d'action sur ces obstacles mécaniques. C'est plutôt sur la portion motilitrice du système nerveux dont ils tendent à relever l'énergie.

Le secrétaire annuel Eguisier.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 21 JUIN 1843.

Les établissements thermaux et les quarantaines à la Chambre des Députés.

La discussion du budget a naturellement amené l'examen de diverses questions qui touchent à notre profession, et plusieurs de nos honorables confrères-députés ont pris tout aussi naturellement la parole. Il s'agissait d'abord de voter une subvention de 235,000 fr. pour l'entretien des établissements thermaux. M. Vatout a commencé par mettre en doute l'efficacité des eaux thermales, et les dissensions qui se sont élevées entre les deux médecins *officiels* de Vichy ont merveilleusement secondé la faconde de l'orateur; il les a montrés vous disant l'un : « Ne prenez pas les eaux de Vichy; elles sont mortelles! » L'autre, au contraire, s'écriant : « Prenez les eaux de Vichy; c'est un gage de santé! »

Ces oppositions, qui dans le monde auraient peu d'inconvénients, sont, selon M. Vatout, très fâcheuses à Vichy, où « vous êtes forcés d'accepter les ordonnances des médecins du gouvernement, et de guérir *par ordre*. »

M. Bouillaud s'est efforcé d'expliquer scientifiquement ces dissidences; mais les explications techniques sont peu du goût de nos honorables, et après quelques lazzis sur le *oui* d'Hippocrate et le *non* de Galien, sur la *guerre civile* médicale, le chapitre a été adopté.

Des réflexions fort sages ont été faites à ce sujet par M. de Vatry. « Il serait bien désirable, selon l'honorable membre, que les établissements thermaux, qui sont en quelque sorte des hôpitaux perpétuels, dont la nature fait seule les frais, pour les maladies chroniques, pussent être mis à la portée de tout le monde..... Pourquoi ne mettrait-on pas les prix à leur portée (des pauvres) en adoptant plusieurs catégories de bains, douches, etc... Il ne m'appartient pas de rechercher comment des eaux qui ne coûtent rien et qui appartiennent à l'Etat, reviennent à Paris à 1 franc, etc. » Nous ne le rechercherons pas davantage en ce moment; nous nous contenterons de faire observer qu'il y a pour les eaux des fermiers, que le gouvernement ne leur donne rien pour rien, et qu'ils ne sont pas eux-mêmes forcés de donner rien pour rien. D'où il s'ensuit que, les pots de vin aidant, des eaux qui ne coûtent rien se vendent quelque chose!... Passons à un sujet plus grave.

Le chapitre XIII porte une somme de 350,000 fr. pour établissements de services sanitaires, encouragements à la vaccine.

M. Richond des Brus examine la question des quarantaines, et soutient qu'elles entravent le commerce, le paralysent et le grèvent d'un impôt onéreux; qu'elles gênent et affaiblissent nos relations internationales. Il demande trois choses :

« La première, c'est de renoncer complètement au semblant de précautions contre la fièvre jaune, que l'on observe depuis l'ordonnance de 1835 et 1839; car si cette maladie est contagieuse, ces précautions sont insuffisantes; si elle ne l'est pas, elles sont inutiles et gratuitement onéreuses pour notre commerce;

» La seconde, c'est de diminuer dans nos lazarets de la Méditerranée la durée des quarantaines, qui tendent à nous faire perdre les avantages de notre position topographique, et à nous déposséder, au profit de l'Angleterre et de l'Autriche, de tout le commerce du Levant;

» La troisième, enfin, c'est de réaliser le vœu exprimé en 1820 par l'Académie de médecine, que des expériences fussent faites à Marseille pour constater l'existence ou la non-existence d'un virus pestilentiel dane le coton transporté des lieux infestés de la peste. »

Ces trois propositions résument la pensée exprimée dans deux pétitions adressées à la Chambre par MM. Chervin et Aubert-Roche. Ici l'orateur rappelle les travaux du premier de ces médecins, dont il apprécie dignement la conduite et auquel il attribue avec raison la plupart des heureuses modifications introduites déjà dans les lois et règlements sanitaires; il entre ensuite dans une discussion approfondie sur les inconvénients et l'inutilité des quarantaines, combat les préjugés populaires de la contagion de la fièvre jaune et de la peste, et s'appuie pour cette dernière maladie sur le dire de M. Aubert. « Il résulte de ce dire, suite d'une observation de cent vingt-quatre ans et de soixante-quatre faits authentiques, 1° que tout bâtiment arrivé sain est resté sain; 2° que tout bâtiment qui a eu des attaques au port d'arrivée, en a eu antécédemment en mer; 3° que si un foyer de peste existe à bord, la maladie s'est déclarée *huit jours au plus* après le départ. »

Après avoir insisté sur la nécessité de l'expérimentation proposée pour la peste, l'honorable orateur s'écrie en terminant : « C'est le seul moyen de résoudre la difficulté honorablement pour la science et utilement pour notre commerce...; et qu'on ne dise pas que ces expériences sont impossibles; il ne manquera pas de moyens pour les faire; et déjà ce même M. Chervin, qui a tout fait pour éclairer la question de la fièvre jaune, a proposé, *bien qu'il n'ait aucune idée arrêtée sur la contagion de la peste*, de faire sur lui-même toutes les expériences qu'on jugera nécessaires. Honneur à ce héros de l'humanité! L'Académie de médecine a approuvé ses travaux; l'Institut lui a décerné une de ses plus belles couronnes; l'histoire enregistrera son nom parmi ceux des hommes qui ont le mieux mérité du pays; et dans ce siècle de lumières et de civilisation, le gouvernement n'aura-t-il à lui donner que la PATENTE!!! »

Après ce discours, qui a vivement intéressé la Chambre, M. Bouillaud a déposé sur le bureau l'amendement suivant : « Réduction d'une somme de 50,000 francs sur les frais relatifs aux établissements sanitaires concernant la fièvre jaune. »

L'orateur développe avec chaleur son amendement; il discute le rapport de M. Bignon, dont l'opinion est, du reste, conforme à la sienne, sur la nécessité de modifier les règlements sanitaires, et témoigne le regret que l'honorable rapporteur n'ait pas cru devoir, à cette occasion, signaler à la reconnaissance de la Chambre et du pays le nom de M. Chervin.

M. le rapporteur explique le motif de son silence. Il a pensé qu'exposer les principes et les idées du docteur Chervin, c'eût été indirectement préconiser un système, indiquer une voie dans laquelle on devait entrer; il convenait mieux à la commission de s'abstenir, de *rester neutre*, ce qui ne l'empêche pas de rendre hommage à cet admirable dévouement, et de dire que, *personnellement*, il est le partisan de son système, qui finira par triompher.

M. Bouillaud. « Je suis satisfait de voir que M. Chervin est cité comme un des hommes qui ont le plus travaillé pour résoudre ce grand problème. D'ailleurs les paroles que vient de prononcer M. le rapporteur l'encourageront à continuer ses recherches; il n'y a pas, en effet, d'encouragement plus précieux que les paroles favorables qui tombent du haut de cette tribune.

» Je rappellerai que M. Chervin est parti d'Europe et est arrivé en 1814 à la Guadeloupe. A cette époque la fièvre jaune n'existait pas; il s'est alors procuré tous les documents qu'il a pu obtenir des médecins du pays; mais en 1816 une épidémie des plus graves a surgi, M. Chervin a étudié la maladie sur les lieux, il a cherché, pour ainsi dire, à prendre la nature sur le fait; il n'a négligé aucun des moyens propres à conduire à la solution de la question de la contagion et de la non-contagion. Effectivemen, il a visité les malades, il s'est approché d'eux, est resté long-temps avec eux; il a goûté, avalé même une partie de la matière de ce vomissement noir (*vomito negro*) qui est considéré par quelques médecins comme un véritable poison. (Sensation.)

» La chambre n'oubliera pas que ce trait peut être comparé à celui du célèbre Desgenettes, médecin en chef de l'armée d'Egypte, s'inoculant la peste, ou bien à celui du glorieux chef de cette armée, le général Bonaparte, appliquant le doigt sur le bubon d'un pestiféré de Jaffa. Honneur donc au courage de M. Chervin!

» Il a parcouru d'autres pays, tout l'immense littoral sur lequel la fièvre jaune exerce ses ravages. Là il a vu les malades, il a vu les médecins, il n'a négligé aucune des sources de lumière. Pour corroborer son expérience personnelle, sachant que l'autorité d'un seul homme dans des matières aussi graves, quelqu'imposante qu'elle soit, ne peut jamais résoudre la question d'une manière définitive auprès du public (et ici l'opinion publique, c'était le gouvernement qu'il fallait éclairer), il a donc recueilli les opinions de tous les médecins des lieux sur lesquels la fièvre jaune avait exercé ses ravages. Ces documents sont d'une autorité incontestable; et c'est après dix ans de travaux que M. Chervin est rentré dans son pays, et qu'il a soumis à l'examen des sociétés savantes les documents qu'il avait apportés. C'est après cela qu'il en a appelé à différentes reprises à la Chambre : trois pétitions vous ont été adressées; une quatrième est inscrite pour être rapportée incessamment.

» Quelques mots, Messieurs, sur le résultat de ces démarchess de M. Chervin. La première pétition est de 1826. A cette époque, conformément à la loi sanitaire du 3 mars 1822, des établissements nombreux avaient déjà été élevés, et je crois même qu'ils avaient coûté pour leur construction cinq millions. Alors M. Chervin ne demandait pas qu'on supprimât les établissements déjà créés; mais il demandait qu'on n'en créât pas de nouveaux; à cette époque aussi les recherches de M. Chervin ont été envoyées par le ministère à l'Académie de médecine; elles ont été l'objet d'un long rapport de la part d'une commission composée de dix-huit membres, et à l'unanimité, et remarquez combien la chose est grave dans une commission composée de dix-huit membres, à l'unanimité, dis-je, il fut pris des conclusions portant que ces documents étaient de matière à provoquer l'ajournement des établissements nouveaux qu'on voulait construire pour se préserver de la fièvre jaune.

» En 1828, la question fut encore longuement débattue au sein des chambres, et il faut le dire alors, M. Chervin n'eut pas seulement affaire à ses confrères, à ses collègues, à quelques hommes intéressés à soutenir fortement une opinion contraire; il eut affaire encore aux bureaux du ministère. Et ici, Messieurs, je n'accuse pas le gouvernement lui-même; en effet, dans des affaires semblables, l'administration ne peut juger par elle-même, elle ne peut le faire que sous l'inspiration des personnes qui ont sa confiance. Eh bien, je dois le dire, à cette époque l'administration fut induite en erreur par les personnes qui étaient ses conseillers. »

M. Bouillaud rappelle ensuite la fameuse enquête morale si favorable à M. Chervin, et s'appuie ici de l'autorité de M. Hyde de Neuville, qui, ayant été envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire aux Etats Unis, était plus que personne à même d'apprécier la portée et la moralité des travaux de notre honorable confrère. Il termine en insistant sur l'adoption de son amendement.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture, après s'être déclaré incompétent dans la question scientifique, repousse l'amendement par les motifs qu'il n'y a pas de service spécial relatif à la fièvre jaune ou pour telle ou telle maladie contagieuse; la réduction frapperait donc tout le service. M. le ministre s'engage, au reste, dès *qu'il sera plus libre*, à réunir le Conseil de santé et à soumettre de nouvelles réductions dans le système actuel.

M. Bouillaud. « D'après les explications de M. le ministre du commerce, je ne suis plus disposé à persister dans mon amendement. Je ferai remarquer qu'il est à regretter qu'il n'y ait pas de crédits spéciaux pour les différentes maladies contagieuses. (Réclamations.) En effet, en confondant ainsi tous les articles d'un chapitre, il arriverait que lorsqu'il existerait des maladies pour lesquelles la contagion ne serait pas reconnue, cependant nous ne pourrions pas obtenir de réduction.

» J'invite donc M. le ministre à vouloir bien, pour la session prochaine s'occuper de cette question; car pour la fièvre jaune ce sont des frais en pure perte. Je retire mon amendement. »

Malgré les efforts louables et les frais d'éloquence de nos honorables confrères, nous nous attendions parfaitement à cette solution; les partisans solidaires du budget ont toujours d'excellentes raisons à opposer aux demandes de réduction. Les quarantaines établies pour la peste et la fièvre jaune exigent une dépense proportionnée à *leur utilité*; on démontre que la fièvre jaune n'est pas contagieuse, et que la peste pourrait bien ne pas l'être davantage. Il était donc naturel de penser que la chétive diminution de 50,000 francs serait adoptée avec empressement. Pas du tout, les lazarets ne sont pas des établissements *spéciaux*, les employés n'ont rien de *spécial* que le besoin de toucher leurs émoluments; on ne saurait déranger l'harmonie *spéciale* de chiffres *artistement groupés*, et la réduction est rejetée..... *Ab uno disce omnes!*

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Brûlures à divers degrés. De l'emploi du chlorure de sodium contre les brûlures.

Au n° 15 de la salle Saint-Louis, est entré un malade qui s'était fait plusieurs brûlures à différents degrés sur le corps. L'une, la plus considérable, occupait presque toute l'étendue de la face dorsale de la main, et le tiers inférieur de la face postérieure de l'avant-bras; elle avait environ quatre pouces de longueur et deux pouces de largeur. Ainsi qu'il arrive dans la plupart des circonstances, la même brûlure présentait le premier, le deuxième et le troisième degrés, c'est-à-dire qu'elle allait en augmentant d'intensité de la circonférence au centre. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici quels sont les caractères de chacun de ces degrés; le premier, comme tout le monde le sait, consiste en une simple rubéfaction avec de petites élevures à la peau; le deuxième est constitué par cette rougeur, plus le soulèvement, la distension de l'épiderme par une sérosité séro ou purulo-sanguinolente, etc.; mais ce qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler, c'est que ce deuxième degré comprend lui-même deux variétés; les caractères que nous venons d'énumérer sont ceux de la première variété; la deuxième variété du second degré consiste en une brûlure plus profonde du derme avec ulcération. Cette forme est beaucoup plus difficile à guérir que la première. On a proposé contre tous les degrés de la brûlure un grand nombre de moyens qu'il serait inutile de reproduire ici Je me bornerai à dire que je donne la préférence au chlorure de sodium sur tous les autres moyens. En voici la raison : chacun sait que les brûlures sont accompagnées d'une exaltation de la sensibilité, exaltation qui est bientot suivie d'un abattement, d'un prolapsus profond, d'une sorte d'indifférence et d'insensibilité qui est le prélude de la mort. Eh bien, dans ce cas, nous avons eu plus d'une fois l'occasion de le prouver, le chlorure de sodium, quand on sait l'employer à propos et le manier d'une manière convenable, rend de très grands services. Il est très rare que quelques minutes après que le chlorure a été employé la douleur n'ait point cessé; et personne n'ignore que la cessation des douleurs dans les brûlures est déjà un immense résultat. En second lieu, le chlorure est un des plus puissants résolutifs, comme chacun sait. Alors même que l'inflammation est assez développée, le chlorure tend à la faire terminer par résolution, après toutefois l'emploi préalable des antiphlogistiques si les phénomènes inflammatoires ont une certaine intensité.

Le chlorure de sodium a une troisième propriété plus remarquable encore, c'est de guérir avec une rapidité beaucoup plus grande que ne le pourrait faire tout autre moyen, les brûlures du premier et du deuxième degré, quelle que soit leur intensité. Quant au troisième et au quatrième degré, il jouit d'une efficacité moins prononcée, sans doute, mais il a encore pour effet de diminuer l'inflammation qui les accompagne. Mais l'inflammation une fois dissipée, de même que dans les cas où il ne s'en est point développé du tout, le chlorure devient inutile, et l'on doit renoncer à son emploi; car le chlorure exige en quelque sorte, pour jouir de toute son action, qu'il existe un certain degré d'inflammation. L'un des effets de cette substance paraît même être de maintenir l'inflammation dans les limites convenables pour l'élimination des escharres, soit en l'atténuant, si elle est trop intense, soit en l'excitant légèrement si elle est trop faible. Il est une autre circonstance encore où l'usage des chlorures doit être supprimé, c'est celle où l'escharre étant tombée, les bourgeons charnus n'existent pas encore. Dans cette période du travail de réparation qui précède le développement des bourgeons charnus, il ne faut pas employer les chlorures, car ils auraient, dans ce cas, pour résultat, d'empêcher le développement de ces bourgeons en tannant en quelque sorte la peau.

Le traitement par le chlorure de sodium guérit les brûlures du premier degré en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ainsi que cela a eu lieu chez le malade en question. Dans les brûlures au deuxième ou au troisième degré, la guérison a eu lieu le cinq ou sixième jour, et dans la deuxième variété, au bout de sept ou huit jours, tandis que par les autres traitements habituellement en usage, il faut au moins de quinze à vingt jours pour obtenir la guérison des brûlures les plus simples.

Le chlorure de sodium doit être employé à 3 degrés. L'expérience a prouvé que pour que le chlorure produise l'effet avantageux que nous en obtenons, il faut qu'aussitôt appliqué il détermine de la chaleur et du prurit seulement pendant dix minutes ou un quart d'heure. Quand il produit cet effet on peut être assuré qu'il est au degré convenable. Mais il doit bien être entendu que lorsque nous indiquons le chlorure au

troisième degré comme le plus convenable, nous n'entendons pas dire que ce degré soit absolu; c'est là le degré moyen, mais il est évident qu'il devra varier suivant diverses circonstances, telles que l'intensité de l'inflammation, le degré de sensibilité de la peau, etc. Le chlorure de sodium varie, comme on le sait, dans sa composition, de un à vingt-deux degrés. Le procédé le plus simple pour l'obtenir à un degré donné, est de prendre du chlorure à vingt-deux degrés, que l'on étend ensuite de la quantité d'eau nécessaire pour le faire descendre au degré désiré. Une précaution qu'il est indispensable de prendre pour que ce médicament agisse, c'est de ne le point laisser s'évaporer, et de ne le préparer qu'au moment de s'en servir.

L'application du chlorure, bien que rien ne paraisse plus simple, demande cependant quelques petits préceptes qu'il ne sera pas inutile d'exposer. A quelque degré que soit la brûlure, lors même qu'elle ne serait que des plus légères, il ne faut point employer la charpie seule et ne jamais l'appliquer immédiatement sur la plaie; il faut faire usage de compresses fenêtrées enduites de cérat, par dessus lesquelles on applique les plumasseaux de charpie fortement imprégnés de solution chlorurée. Ces plumasseaux doivent avoir une certaine épaisseur; en général, on les fait beaucoup trop minces; elles doivent avoir au moins un ou deux pouces d'épaisseur; l'appareil doit être levé et renouvelé toutes les vingt-quatre heures.

Lorsque l'épiderme n'est point enlevé on est dans l'usage de vider les vésicules en laissant l'épiderme en place. La première fois que je recourus au chlorure, c'était à l'époque où eut lieu l'explosion de la fabrique de Vitry: un grand nombre d'individus furent brûlés la plupart sur presque toute l'étendue du corps. Au bout de quelques instants, après avoir éprouvé d'abord des douleurs très vives, ces malades étaient tombés, ainsi qu'il arrive habituellement dans ce cas, dans un état d'insensibilité et d'indolence qui annonce une mort imminente. Je songeai alors que dans des cas extrêmes il fallait recourir à des moyens extrêmes, et je fis l'essai du chlorure de sodium dont j'obtins des résultats inattendus; presque tous guérirent en peu de temps. Depuis cette époque je n'ai pas cessé d'en faire usage dans les mêmes circonstances, et j'ai toujours eu lieu de m'en louer.

Nécrose avec tuméfaction des parties molles. Phlébite. Guérison.

Au n° 7 de la même salle, est un malade chez lequel le chlorure de sodium a également été employé avec avantage. C'est un jeune homme qui est affecté d'une nécrose avec tuméfaction des parties molles environnantes. Nous avons employé le chlorure de sodium à 3°. L'état scrofuleux de la plaie et de la tumeur a été considérablement amélioré. Mais c'est sous un autre point de vue plus intéressant que M. Lisfranc a appelé notre attention sur ce malade.

Il est arrivé chez ce jeune sujet ce qui arrive plus fréquemment qu'on ne pense, et ce qui mérite une grande attention de la part des médecins, c'est que d'une plaie scrofuleuse simple est née une phlébite, maladie terrible, comme chacun le sait, et qui tend à se propager rapidement de la périphérie vers le centre, et à entraîner la mort. On a écrit pourtant que la phlébite est mortelle, parce qu'il se fait dans ce cas une exhalation de pus dans la veine malade, et que le pus passe de là par résorption dans le torrent circulatoire. J'objecterai à cela, d'abord, que le sang se coagule dans le calibre des veines enflammées, et que par conséquent la circulation y est suspendue et la résorption impossible. D'ailleurs les phlébites ne suppurent pas toujours. S'il en était toujours ainsi, et si la suppuration entraînait nécessairement avec elle la résorption purulente, il est évident que la phlébite serait dans tous les cas mortelle. Or ce qui prouve que toutes les phlébites ne se terminent pas par suppuration, c'est qu'il en est qui guérissent; tel est précisément le cas du jeune malade en question.

Par quel moyen peut-on parvenir à guérir les phlébites? Par les saignées locales pratiquées entre le point malade de la veine et le cœur.

Pour comprendre l'action de ces saignées locales, il faut savoir que la phlébite se développe et se propage des extrémités vers le centre, en s'étendant graduellement et par intervalles de deux, trois ou quatre pouces, puis elle reste pendant quelques jours stationnaire, et elle recommence de nouveau à progresser de la même manière, à peu près comme le fait la blennorrhagie qui se propage ainsi graduellement tout le long du canal de l'urètre, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la prostate. La phlébite procède ainsi par progressions et stations alternatives. En appliquant des sangsues au-dessus du point malade, dans les intervalles de la progression, on arrête l'extension de la maladie. Je sais qu'en agissant ainsi, on court le risque de faire rétrograder la phlébite et de donner lieu à des abcès le long du membre, ou même à l'inflammation rétrograde des veines voisines. Mais qu'importent ces désordres, auprès de ceux qu'on prévient en empêchant la maladie de se propager vers le cœur? Je me rappelle à cette occasion le fait d'un étudiant qui, à la suite d'une piqûre faite en disséquant, eut une phlébite qui remontait jusqu'à l'aisselle. J'eus recours aux sangsues appliquées à trois ou quatre centimètres au-dessus du point où s'arrêtait la phlébite, afin d'arrêter sa propagation qui menaçait d'envahir immédiatement les gros troncs veineux thoraciques. J'eus le bonheur de réussir à l'arrêter; mais la phlébite rétrograda le long des autres veines jusqu'aux doigts, et il survint des abcès disséminés tout le long du membre. Malgré les désordres assez considérables qui en résultèrent, le malade guérit en peu de temps. Ainsi, toutes les fois qu'on aura à combattre une phlébite qui tend à se propager vers le centre, on devra appliquer des sangsues entre le point malade et le cœur, à la distance indiquée: on est presque toujours sûr, par ce moyen, d'enrayer la marche de la maladie. C'est le résultat que nous avons obtenu chez notre jeune malade, auquel nous avons fait, malgré sa mauvaise constitution et sa faiblesse, deux applications successives de sangsues. La maladie s'est terminée par un abcès.

Sur la cicatrisation des ulcères.

N° 15, salle Saint-Louis, est un malade qui porte un ulcère occupant presque toute la moitié inférieure de la jambe. Cet ulcère est extrêmement difficile à cicatriser et la cicatrice a une tendance à se rompre aussitôt qu'elle se forme. C'est là un fait très grave et auquel les praticiens n'accordent pas peut-être assez d'intérêt. Cette circonstance me rappelle des faits de ce genre que j'eus pour la première fois l'occasion d'observer pendant les guerres de l'empire, et qui fixèrent vivement mon attention. Après la bataille de Leipsick j'eus à visiter des militaires qui demandaient à rentrer en France. Je vis alors un grand nombre de soldats qui avaient fait les guerres de la république et qui portaient de larges cicatrices aux jambes. Ces mêmes hommes qui avaient fait des marches longues et forcées et qui avaient été soumis aux plus rudes épreuves de tout genre n'avaient jamais vu se rompre leurs cicatrices. En les interrogeant sur l'origine de ces cicatrices, nous apprîmes de la plupart d'entre eux qu'ils avaient eu dans leur enfance des ulcères, et qu'ils étaient restés long-temps sans marcher. On avait ainsi obtenu chez eux, par un repos absolu, prolongé, un tissu inodulaire solide, et qui avait pu résister à toutes les épreuves. Ce fait m'éclaira sur une des conditions de la solidité des cicatrices et me révéla de suite un des grands principes de la thérapeutique des ulcères que je n'ai jamais cessé de mettre en pratique depuis lors, savoir: la nécessité de faire garder aux malades un repos absolu et prolongé long-temps après la cicatrisation des ulcères.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance d'un pareil fait, car personne n'ignore quels inconvénients graves résultent de la rupture des cicatrices, qui non seulement obligent fréquemment les sujets à interrompre leurs occupations, mais qui entraînent même souvent des accidents graves, qui altèrent la constitution, compromettent l'existence et nécessitent quelquefois l'amputation.

Un autre fait non moins important est le suivant: Il est d'observation pour moi que des cicatrices siégeant à la jambe, si vastes qu'elles soient, lorsqu'elles résultent de violences extérieures, d'une fracture compliquée de plaie, par exemple, ou d'un coup de sabre, ces cicatrices ne se rompent jamais. Il en est tout autrement des ulcères; à quoi cela tient-il? C'est que dans un cas il n'y a que simple plaie traumatique, indépendante de toute cause interne, de toute altération ou viciation de l'économie, tandis que dans l'autre cas la plaie est entretenue par un vice interne qui, joint aux autres circonstances locales propres aux ulcères, tend à favoriser la rupture des cicatrices et à entretenir ou reproduire incessamment la maladie. Cette dernière considération nous a conduit à un principe thérapeutique que nous ne saurions trop recommander, et qui consiste à ne pas se borner à traiter les ulcères localement, mais à joindre aux moyens topiques les moyens généraux aptes à modifier la constitution des sujets. Les topiques, lorsqu'ils sont supportés par l'estomac, et qu'ils n'existe point de contre-indication à leur emploi, sont un excellent moyen d'atteindre ce but, de favoriser la cicatrisation des ulcères et de consolider la cicatrice. Dans cet ordre de moyens, nous plaçons en première ligne l'iodure de potassium, dont nous voyons journellement dans nos salles les effets remarquables, et dont l'un des résultats les plus constants est de faire blanchir les cicatrices beaucoup plus tôt qu'à l'ordinaire et de les rendre plus fermes et beaucoup moins sujettes à se rompre.

Commotion cérébrale. Émétique à haute dose. Guérison.

Un malade couché au n° 33 de la même salle, reçut un coup sur la tête, à la suite duquel il eût une commotion cérébrale. Il fut immédiatement amené dans cet état à l'hôpital. Nous ne fîmes rien d'abord; conformément à ce précepte qu'on nous a souvent entendu émettre ici, nous eûmes bien garde de saigner; car si l'on saigne avant que la réaction se prononce, on tue presque à coup sûr le malade. Nous attendîmes donc la réaction; mais aussitôt que celle-ci se manifesta, il fallait parer immédiatement aux accidents qui pouvaient se manifester consécutivement, prévenir l'inflammation ou la congestion du cerveau qui suivent si souvent cette réaction. Je fis pratiquer dans ce but une saignée au premier signe de réaction; cette saignée fut répétée peu de temps après, de la glace fut appliquée sur la tête. Malgré ces moyens énergiques, l'inflammation qui avait dès l'instant de la réaction débuté avec violence, ne fut point enrayée dans sa marche, et elle menaçait de faire des progrès rapides vers une terminaison fatale. Après avoir insisté encore, mais en vain, sur les émissions sanguines et les réfrigérants locaux pendant près de deux jours, je me décidai à prescrire, à l'exemple de Desault, l'émétique à haute dose. En moins de vingt-quatre heures tous les symptômes étaient dissipés.

Luxation du pied en dehors; épanchement considérable autour de l'articulation. Résolution rapide par les saignées.

Au n° 8 de la salle Saint-Antoine est un malade qui ayant fait une chute de sa hauteur, s'est luxé le pied complètement en dehors sur la jambe. Il fut immédiatement conduit à l'hôpital. L'accident était encore tout récent au moment où nous l'examinâmes pour la première fois; il nous fut aisé de reconnaître qu'il n'y avait point de fracture; mais il existait néanmoins d'assez grands désordres, un épanchement de sang considérable s'était formé presque immédiatement autour de l'articulation. On pouvait évaluer à une demi-pinte au moins la quantité de sang épanchée. Nous réduisîmes aussitôt la luxation; ce qui fut fait sans grande difficulté. Il ne nous restait donc plus qu'à combattre l'épanchement et prévenir les accidents graves qui pourraient en être la suite. Nous rappelant ce fait physiologique si bien démontré par les belles expériences de Magendie, à savoir que les veines ont une puissance absorbante d'autant plus énergique, qu'on opère une spoliation plus ou moins abondante du système circulatoire général, nous fîmes pratiquer immédiatement une large saignée, qui fut réitérée le soir et le matin. On ne mit point d'appareil, et il ne fut fait aucune application locale. En vingt-quatre heures, la tuméfaction du pied était réduite des cinq-sixième. Le huitième jour, sans qu'il eût été employé aucun autre moyen, l'engorgement était presque entièrement disparu, et il n'était survenu aucun accident inflammatoire. Quelques jours de repos encore suffiront pour que la guérison soit complète.

Catarrhe bronchique chez une femme récemment opérée d'un cancer du sein. Etat grave. Emétique à haute dose. Guérison.

Nous parlions tout à l'heure du bon effet que nous avions obtenu de l'émétique à haute dose dans un cas d'inflammation cérébrale consécutive à une commotion, ayant résisté aux antiphlogistiques. Cette même méthode a également été suivie du plus heureux effet dans un cas non moins grave. Une femme d'un certain âge, récemment opérée pour un cancer du sein, avait été prise d'un catarrhe bronchique très intense qui, à raison de l'extrême degré de faiblesse où cette femme était plongée, menaçait ses jours. Son état ne permettait pas de recourir à la saignée. Un large vésicatoire appliqué sur la poitrine resta sans effet. Nous administrâmes le tartre stibié à haute dose, qui amena une prompte résolution du catarrhe.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BAUDELOCQUE.

Croup. — Cautérisations profondes; asphyxie imminente. — Trachéotomie. — Mort.

Au n° 1er de la salle Sainte-Anne, était couché un enfant de deux ans et demi. Deux jours avant son entrée à l'hôpital il fut pris de toux avec le caractère croupal. Toux rauque, voix sifflante, dyspnée considérable.

Le jour de son entrée, le matin, on pratique une première cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent. On administre un émétique et on applique des révulsifs aux membres inférieurs.

Le même jour à deux heures, deuxième cautérisation avec le même caustique, mais plus profondément que la première fois. Cette cautérisation est suivie d'une menace d'asphyxie.

Le soir, même état. Nouvelle cautérisation profonde; asphyxie complète. On pratique la trachéotomie. Mort deux heures après.

Autopsie. — L'entrée du larynx seule a été cautérisée, l'épiglotte l'était si profondément, qu'elle était blanche et complètement ratatinée; le pharynx et le commencement de l'œsophage l'ont également été très fortement; on voyait une escharre profonde dans le pharynx: on trouve des fausses membranes très légères dans le larynx; la trachée et les bronches n'en contiennent point, ainsi que l'opération avait déjà permis de le reconnaître; mais elles sont le siége d'une injection assez prononcée. Les amygdales et les ganglions sous-maxillaires sont énormément tuméfiés. Les poumons étaient dans quelques points le siége d'un engorgement inflammatoire commençant. Rien dans le cerveau.

Croup aigu. — Emétique; trachéotomie et cautérisation avec le nitrate d'argent. — Guérison.

Une jeune fille, âgée de douze ans, forte, bien constituée, jouissant habituellement d'une très bonne santé, sauf quelques accès d'angine auxquels elle est sujette, entra une première fois à l'hôpital, dans la salle Sainte-Catherine, pour y être traitée d'une angine tonsillaire. Bien que cette angine ne fût point compliquée de fausses membranes on eut recours néanmoins aux cautérisations de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent en solution (20 centig. dans 15 grammes d'eau), et la malade guérit rapidement.

Trois semaines après cette même malade fut prise de nouveau des mêmes symptômes d'angine, mais compliqués cette fois d'une extinction de voix et d'une toux rauque avec un peu de fièvre, des frissons et de la douleur en avalant, insomnie et perte d'appétit. Trois jours après l'invasion de ces accidents la malade entra de nouveau à l'hôpital, où elle fut couchée dans la même salle au n° 14.

Le premier jour de son entrée, mêmes symptômes, mais plus intenses; gonflement des amygdales, fausses membranes à la partie postérieure du pharynx et sur l'épiglotte; gonflement des ganglions sous-maxillaires; respiration difficile, sifflante; l'air pénètre à peine dans le sommet des poumons.

Prescription: émétique en lavage; potion émétisée avec ipécacuanha; révulsifs aux extrémités inférieures.

Cette médication est suivie de vomissements avec rejet de quelques pellicules membraneuses en considérables.

Le lendemain persistance des mêmes accidents; nuit agitée. Une consultation est provoquée. Conformément à ce qui est décidé dans cette consultation, on pratique immédiatement la trachéotomie et l'on fait suivre cette opération d'une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à haute dose.

A la suite de cette première cautérisation la malade éprouve une menace d'aphyxie qui cède au bout de quelques instants.

Une deuxième cautérisation est pratiquée dans la journée; mais moins profondément que la précédente; elle est mieux supportée.

Troisième cautérisation le soir, sans accident.

A dater de cette troisième cautérisation, les accidents dimi-

nuent d'une manière notable. On pratique encore pendant quatre jours, deux cautérisations légères matin et soir. On joint à ce moyen l'usage des frictions mercurielles et de lavements purgatifs. Mieux sensible ; les symptômes se dissipent graduellement.

Quinze jours après la malade éprouve une légère rechute ; il se manifeste de nouveau quelques accidents du côté de la gorge qui n'ont pas de suite. La convalescence s'établit définitivement et la malade sort au bout d'un mois complétement guérie.

Croup. Traitement par les émétiques et la cautérisation légère. Convalescence. Adynamie. Mort.

Une petite fille de cinq ans, bien constituée, fut prise, la veille de son entrée à l'hôpital, d'un rhume avec extinction de voix, voix rauque, toux sifflante ; fièvre très forte pendant la nuit.

Le jour de son entrée on reconnut un gonflement considérable des amygdales et des fausses membranes sur le pharynx et au-dessus de l'épiglotte ; dyspnée intense. L'air pénétrait à peine dans les poumons.

On administre 20 centigrammes d'émétique dans une potion, et la même quantité en lavage ; sinapismes.

Le soir, vomissements nombreux suivis d'un mieux sensible. L'air pénétrait plus facilement dans le sommet des poumons.

Le lendemain il survint des accidents nouveaux ; douleur vive dans la région du larynx ; rougeur très intense au pharynx ; gonflement des ganglions sous-maxillaires. Emétique, 20 centigrammes ; sangsues à la région antérieure du cou. On pratique une cautérisation légère dans le fond du pharynx avec une solution de 30 centigrammes de nitrate d'argent pour 15 grammes de véhicule. Point d'amélioration notable. On continue, le troisième jour, la potion émétisée et les cautérisations ; révulsifs aux extrémités.

Le quatrième jour, peu de vomissements ; cessation de la fièvre ; respiration plus facile. La voix est moins rauque et plus naturelle ; mais l'enfant est considérablement affaibli.

A cause de cette faiblesse on suspend l'émétique, et on continue les cautérisations légères de l'arrière-gorge.

Le cinquième jour l'enfant va de mieux en mieux. Les symptômes de croup sont presque complétement dissipés ; la respiration est beaucoup plus facile et la voix naturelle ; il ne reste plus qu'une grande faiblesse. Entrée en convalescence. Vin de quinquina.

Malgré l'usage des toniques la faiblesse va croissant ; l'enfant s'abat de plus en plus ; il survient un léger mouvement fébrile, et trois semaines après le commencement du traitement la malade succombe à cet état adynamique sans avoir éprouvé aucun nouveau symptôme de croup.

A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : léger gonflement ees amygdales ; engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx. Le larynx n'offre aucune altération. Les bronches et les poumons sont également sains. On trouve une injection légère du cerveau, ainsi qu'à la muqueuse de l'estomac et dans la portion inférieure de l'intestin grêle.

— Ces trois observations, qui nous ont été communiquées par l'un des internes de l'hôpital des Enfants, malgré leur brièveté et l'absence de détails qu'il eût été important de connaître, ne laissent pas néanmoins que d'offrir quelque intérêt sous le point de vue pratique. Comme résultat général, c'est déjà quelque chose que d'avoir à signaler un succès sur deux opérations. Cependant, la lecture de la deuxième opération fera regretter peut-être qu'on n'ait pas agi de la même manière chez le premier malade. Le précepte de ne point attendre le moment extrême pour pratiquer la trachéotomie se présentera naturellement à l'esprit ; mais ce qui ressortira d'une manière plus patente encore de la lecture de cette première observation, c'est le danger des cautérisations trop profondes qui, dans ce cas, ont paralysé d'avance les résultats qu'on eût pu attendre de la trachéotomie. Les dangers de ces cautérisations avaient sans doute été reconnus déjà par M. Trousseau qui, après les avoir long-temps préconisées, leur a substitué, en dernier lieu, les instillations d'eau simple comme auxiliaires de l'opération. Toutefois, évitons de tomber d'un excès dans un autre en condamnant les cautérisations légères, parce que des cautérisations trop énergiques ont amené de graves accidents. On ne saurait contester, en effet, que ces cautérisations légères n'aient eu d'heureux résultats dans la deuxième et la troisième observation. Nous disons dans la troisième comme dans la deuxième ; car, bien que l'enfant ait succombé, il restera évident, pour tout le monde, que la mort, dans ce cas, n'a été due qu'à l'adynamie résultant des secousses profondes auxquelles l'organisme a été long-temps livré, et non aux conséquences mêmes des cautérisations, sous l'influence desquelles les phénomènes du croup s'étaient entièrement dissipés.

De l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté dans quelques cas d'affections chroniques de l'utérus ; par le Dr Arnal.

(Suite du n° 66.)

Nous savons bien pourtant que quelques praticiens ont contesté avec opiniâtreté et contestent encore aujourd'hui l'action du seigle ergoté sur l'uterus ; mais ils sont si peu nombreux, et les faits qu'ils allèguent si peu probants, que nous ne croyons pas nécessaire de nous y arrêter, l'expérience leur a déjà répondu. Au surplus, il en est toujours ainsi ; toujours on rencontre des esprits difficiles, réfractaires à toute conviction, qui trouvent plus commode de nier un fait que de l'expérimenter, et de chercher à s'en rendre compte.

Cependant, tout bien considéré, cette action spéciale du seigle ergoté sur l'utérus, est-elle donc une chose si extraordinaire, si exceptionnelle, qu'on ne puisse l'admettre sans faire violence à la raison ? N'aurait-elle, par hasard, rien d'analogue en thérapeutique et en physiologie ? Mais la science fourmille de faits semblables. Est-ce qu'en effet les cantharides n'agissent pas spécialement sur la vessie ? N'en est-il pas de même de la térébenthine, du goudron, etc. ? La digitale n'influence-t-elle pas particulièrement le cœur ? Est-ce que le camphre ne modifie pas d'une manière tout exceptionnelle l'influx nerveux des organes de la génération ? Le mercure ne fait-il pas surtout sentir son influence sur les glandes salivaires et sur la muqueuse des gencives ? Est-ce qu'il n'y a pas un grand nombre de médicaments qui s'adressent exclusivement aux centres nerveux, ceux-ci en les congestionnant, ceux-là en diminuant leur influence générale, les uns en modifiant seulement la sensibilité, les autres le mouvement, etc., etc. Nous n'en finirions pas, si nous voulions énumérer tous les agents médicamenteux qui ont ou qui passent pour avoir une action presque exclusive sur tel ou tel organe, sur telle ou telle fonction. Pourquoi donc n'en serait-il pas de même pour le seigle ergoté ?

Ce qui est bien certain, c'est que cette substance produit les plus heureux effets dans les cas d'engorgement de l'utérus. Les nombreuses expériences que nous avons faites à ce sujet, et ce qui est mieux encore, les succès éclatants que nous avons obtenus, en sont pour nous des preuves irrécusables. N'aurait-elle que cet avantage, cela devrait bien suffire pour lui assurer une place honorable parmi les agens les plus précieux de la matière médicale ; mais est-ce bien là tout ? N'y a-t-il pas plutôt injustice réelle à limiter ainsi son action aux engorgements simples, avec ou sans injection, avec ou sans ulcération ? En arrêtant ces lésions, n'empêche-t-elle pas le développement d'autres lésions plus graves encore ? Ne prévient-elle pas par cela même, les transformations organiques, et même, s'il faut dire toute notre pensée, les désorganisations cancéreuses ? Nous touchons ici, comme on le voit, à une question délicate, embarrassante, fortement controversée, et qui, jusqu'à ce jour, est malheureusement restée sans solution. Nous n'avons pas la prétention de combler ce vide ; de plus habiles que nous y ont échoué. Nous ferons remarquer seulement qu'à tout bien prendre, la difficulté se réduit à ceci : l'affection cancéreuse peut-elle, à la longue, être la suite d'un simple engorgement, sans préexistence de la diathèse, c'est-à-dire sans prédisposition organique, *sui generis* ? En d'autres termes, est-elle d'abord une affection purement locale résultant d'irritations également locales qui, par leur persistance, finissent par généraliser le mal, ou bien est-elle primitivement générale, et n'est-ce que secondairement qu'elle se fixe en se localisant ?

Notre but n'est nullement d'entrer ici dans la discussion des opinions diamétralement opposées qui ont été émises sur cet intéressant sujet ; notons seulement que celle qui considère le cancer comme une affection primitivement locale, réunit un plus grand nombre de défenseurs. Qu'il nous suffise de citer à ce sujet Lecat, Pouteau, Bell, James Hill, Peyrilhe, Pinel, Bichat, Vigaroux, Broussais, Richerand ; MM. Bouillaud, Roux, Robert, Gardien, Maunoir, et beaucoup d'autres encore qui tous, sauf quelques différences peu importantes, ont combattu avec chaleur cette fatale et désespérante proposition ; savoir que toute tumeur cancéreuse est le résultat d'un vice général préexistant qui se transmet par voie d'hérédité, et qui par cela même est incurable.

Non nostrum inter vos tantas componere lites.

Aussi bien, ce n'est pas ici le lieu d'une pareille discussion, et nous revenons à l'emploi de l'extrait aqueux du seigle ergoté.

Sur trente-six malades affectées d'engorgement de l'utérus, et que nous avons traitées par cet extrait, vingt-cinq avaient aussi une ou plusieurs ulcérations. Celles-ci étaient généralement superficielles ; quelques-unes cependant plus profondes, avaient détruit une partie du col.

Dans ce nombre, vingt-deux avaient en même temps un engorgement notable du corps de l'organe ; mais cette circonstance n'a apporté aucune différence sensible dans le résultat du traitement : le seigle ergoté agissant, en effet, à la fois sur le corps et sur le col, la guérison a été, à peu de chose près, aussi rapide dans un cas que dans l'autre.

La moyenne du traitement a été de trois mois environ.

La juste confiance que nous avions dans l'extrait aqueux de seigle ergoté ne nous a pas pourtant rendu exclusif ; nous lui avons, au contraire, dans plusieurs circonstances, associé quelques-uns des autres moyens généralement employés de nos jours. Nous dirons même que nos malades n'ont eu qu'à se louer de cette association ; car chez quelques-uns le résultat a été évidemment plus rapide, sinon plus important.

Ainsi, dans trois cas d'engorgement avec complication d'éruptions aphtheuse et diphthérique que nous avons observées à la muqueuse vaginale, nous avons eu recours à des cautérisations légères, tantôt avec l'acide hydrochlorique, tantôt avec des solutions concentrées de nitrate d'argent, à des injections avec des liquides boratés, etc.

Dans les cas d'ulcérotions de nature dartreuse (et le nombre nous paraît être plus grand qu'on ne le pense généralement), comme dans ceux où il y a complication d'eczéma chronique aux grandes lèvres, nous nous sommes très bien trouvé de l'adjonction de l'iodure de soufre dans les proportions suivantes :

Pr.	Extrait aqueux de seigle ergoté ;	de 10 à 30 centigr.
	Iodure de soufre,	de 5 à 20 centigr.
	Sirop de douce-amère,	*q. s.*

Pour une ou plusieurs pilules, à prendre dans les 24 heures, pendant un ou plusieurs mois, selon la résistance du mal.

Aucune de nos malades n'a observé le repos absolu ; toutes, au contraire, se sont livrées, comme avant, à leurs occupations. Nous avons cependant remarqué que celles qui se tenaient habituellement debout, comme les blanchisseuses, les repasseuses, etc., guérissaient moins vite que les autres. Il faudra donc, à cet égard, observer un juste-milieu, prescrire un exercice modéré, et, sans être aussi sévère que le sont quelques médecins spéciaux, recommander aux malades d'éviter toute fatigue, surtout si la matrice est lourde et volumineuse, surtout si elle est basse et pèse au périnée.

Quant aux injections, elles n'ont, à notre avis, qu'une importance secondaire : émollientes d'abord, nous ne les rendons astringentes que vers la fin du traitement, lorsqu'il n'y a plus aucun signe d'irritation. Quand le liquide sécrété est glaireux, comme il dépend d'une inflammation de la muqueuse intra-utérine, elles ne peuvent avoir sur lui aucune influence et ne servent qu'à titre de propreté. En somme toute, nous pensons qu'on abuse trop aujourd'hui des injections. Parmi les astringentes, les suivantes sont celles qui nous ont le mieux réussi :

Pr.	Eau blanche,	1 litre.
	Eau-de-vie camphrée,	60 grammes.

Ou bien encore celle-ci :

Pr.	Eau ;	500 grammes.
	Ammoniaque liquide,	de 20 à 40 grammes.

L'eau goudronnée en injections nous a également bien réussi, lorsqu'il existait des cuissons et des démangeaisons, soit dans le vagin, soit à la partie interne des grandes et des petites lèvres.

Dans les cas d'engorgement inflammatoire du col et surtout du corps de l'utérus, nous avons tiré un très bon parti des saignées révulsives de M. Lisfranc, pratiquées à la fin de chaque époque menstruelle ; elles sont, sans contredit, un des meilleurs auxiliaires du traitement par le seigle ergoté.

Nous avons remarqué que les cautérisations prématurées sont généralement plus nuisibles qu'utiles ; cependant, quand l'engorgement tire à sa fin, en touchant légèrement les ulcérations avec le nitrate acide de mercure ou le nitrate d'argent, on obtient une guérison notablement plus rapide.

La plupart des femmes affectées d'engorgement utérin, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, se plaignent, comme chacun sait, de douleurs plus ou moins vives et généralement opiniâtres aux lombes, au bassin, aux aines, aux cuisses, etc. Nous avons combattu efficacement ces symptômes, en joignant à chaque pilule d'extrait de seigle ergoté de 2 à 5 centigr. d'extrait de jusquiame. Chez quelques femmes, la cessation de la douleur a été presque immédiate. La ciguë a produit le même résultat. Nous ajouterons que dans le plus grand nombre des cas, elle a prévenu ou fait cesser les entéralgies qu'entraîne parfois l'administration du seigle ergoté à hautes doses ; aussi avons-nous souvent combiné ces deux substances sous la formule suivante :

Pr.	Extrait aqueux de seigle ergoté,	de 10 à 30 centigr.
	Extrait de ciguë,	de 5 à 20 centigr.

Pour une ou plusieurs pilules à prendre en un jour.

Souvent dans les mêmes circonstances, mais surtout lorsqu'il y avait surexcitation des organes génitaux, nous avons substitué le camphre à la ciguë et nous avons obtenu des résultats plus tranchés. Nous dirons même qu'à dater du moment de son administration, les engorgements ont marché plus rapidement vers la guérison. Il n'y a là rien qui doive surprendre, si l'on veut bien remarquer que le camphre a, en effet, une activité toute spéciale sur l'appareil nerveux des organes dont il est question. Il nous a surtout parfaitement réussi sur deux femmes qui, indépendamment de leur engorgement utérin, étaient encore affectées d'un eczéma des grandes lèvres qui produisait de vives démangeaisons et sollicitait outre mesure les désirs vénériens. Dans ces deux cas nous l'avons uni au seigle ergoté et nous l'avons successivement élevé à la dose de 40 centigrammes par jour.

Enfin, chez les femmes chlorotiques, lymphatiques ou épuisées, soit par les progrès du mal, soit par des pertes sanguines abondantes, nous avons eu recours avec avantage à l'emploi simultané du seigle ergoté en extrait et de l'iodure de fer.

Pr. Extrait aqueux de seigle ergoté, *ut suprà.*
Iodure de fer, même quantité que l'extrait.

Pour un ou plusieurs bols, à prendre moitié le matin, moitié le soir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juin. — Présidence de M. Duboiss.

M. Colombat (de l'Isère) demande à présenter plusieurs bègues, et sollicite la nomination d'une commission chargée d'examiner ses travaux, sa méthode de traitement et les points de ressemblance qu'elle peut avoir avec celle que M. Jourdan a présentée à l'examen de l'Académie des sciences et qu'il tient secrète.

M. le président annonce que, pour ne pas troubler l'ordre de la séance, il va nommer une commission chargée d'examiner *illico* les bègues présentés par M. Colombat, d'en suivre le traitement et d'en rendre compte à l'Académie.

Cette commission se compose de MM. Gerdy, Gueneau de Mussy, Bérard et Melier.

— *M. Capuron.* La discussion sur la *phlegmasia alba dolens* n'a pas été close dans la dernière séance : je demande à la résumer en défendant les opinions du mémoire dont j'étais rapporteur, ce que je n'ai pu faire mardi dernier.

M. Ferrus. J'avais l'honneur de présider l'Académie dans la dernière séance ; si j'ai empêché M. Capuron de parler, c'est que le rapport ni les conclusions n'ont été attaquées. Je le regrette maintenant, car à l'issue de la séance M. Capuron m'a communiqué une définition de la maladie qui aurait beaucoup abrégé et certainement élucidé la discussion. Je crois qu'il y aurait profit pour tous à laisser parler M. Capuron.

Après quelques observations de *MM. Moreau* et *Dubois* (d'Amiens), l'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

— *M. Breschet* présente à l'Académie, de la part de M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg), la description du musée anatomique de la Faculté de médecine de cette ville.

— *M. J. Guérin.* Je demande à faire quelques courtes remarques sur la présentation faite par M. Bouvier dans la dernière séance, d'une pièce anatomique tendant à infirmer ma théorie des déviations de la colonne vertébrale par rétraction des muscles, et mon traitement par la section des muscles du dos...

M. Moreau. La discussion que veut entamer M. Guérin serait en ce moment peu convenable. M. Bouvier n'est pas présent à la séance ; il serait dans les convenances de l'attendre.

M. Guérin. Si M. Moreau ne m'avait pas interrompu, il aurait vu que c'était précisément pour éviter une discussion qu'il semble craindre, que j'ai demandé la parole. Il ne s'agit pas pour moi dans ce moment de contester la vérité des inductions tirées par M. Bouvier de la pièce qu'il a présentée. Je ne veux nullement engager sur ce point un débat contradictoire. Mais comme il m'importe, comme il importe à la science que l'Académie soit enfin édifiée sur la valeur de mes allégations et de celles de M. Bouvier, je demande la nomination d'une commission chargée d'examiner mes travaux et ma méthode de traitement, les travaux et le traitement de M. Bouvier, et d'en faire un rapport. Alors seulement pourra s'engager une discussion utile.

M. Breschet. L'Académie ne peut accueillir la demande de M. Guérin, elle est contraire au réglement et aux convenances. L'Académie ne peut se constituer juge de deux membres titulaires.

M. Moreau. Il y a quelque chose qui blesse la délicatesse à investir l'Académie du droit de juger la pratique de deux de ses collègues. Je demande l'ordre du jour.

M. Adelon. Lorsque M. Bouvier a fait sa présentation, M. Guérin avait droit de lui répondre, et s'il ne l'a pas fait alors il a perdu la seule occasion propice. Dans ce moment on ne pourrait engager une discussion sans changer l'ordre du jour de la séance, et l'on ne peut, sans violer le réglement, changer l'ordre du jour. Pour que la proposition de M. Guérin soit régulière, il aurait dû écrire au Conseil d'administration, qui en aurait délibéré et qui l'aurait mise à l'ordre du jour.

M. Ferrus. Je dois dire que lorsque M. Bouvier a présenté sa pièce, l'heure était très avancée, qu'il y avait un très petit nombre de membres dans la salle, et que M. Guérin demanda acte de l'impossibilité où il était de répondre en ce moment, se réservant de le faire dans la séance d'aujourd'hui.

M. Guérin. En nommant la commission que je demande, il ne s'agira pas pour elle de juger tel ou tel membre de l'Académie, mais une question grave de thérapeutique d'après ce que cette commission aura vu et constaté. Il n'y a rien là qui blesse la délicatesse ou les convenances. Dans la discussion sur la ténotomie, quelques membres voulurent m'imposer une commission à l'occasion d'un fait particulier ; je dus la refuser par des motifs que l'Académie put apprécier. Je la demande aujourd'hui qu'il s'agit de toute une méthode, et je ne comprends pas qu'on puisse la refuser.

M. le président. Je vais mettre aux voix la proposition de M. Guérin.

M. Moreau. Vous ne le pouvez pas, monsieur le président, sans savoir si M. Bouvier consent à la nomination de cette commission.

M. Guérin. Peu importe l'assentiment de M. Bouvier ; je demande la commission pour mon compte personnel.

Quelques voix. L'ordre du jour.

M. le président. L'ordre du jour est-il appuyé ?

Sur plusieurs bancs. Oui, oui.

M. le président. Alors je vais le mettre aux voix.

A une grande majorité l'ordre du jour est prononcé, et la proposition de M. Guérin par conséquent rejetée.

M. Guérin. Ma proposition étant rejetée, je réserve mon droit de répondre à M. Bouvier.

— *M. Huzard*, au nom de la commission nommée pour déterminer dans quelle section aura lieu la nouvelle élection, propose qu'elle soit faite dans la section de pathologie médicale.

Cette proposition est adoptée.

— *M. Martin-Solon* fait un rapport, au nom de la commission des épidémies, sur plusieurs relations d'épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs départements.

Le fait capital qui résulte du dépouillement de ces pièces, c'est que la suette, compliquée d'accidents ataxiques, revêtant une forme intermittente a été combattue avec avantage par l'emploi du sulfate de quinine.

Conclusions : Dépôt aux archives ; remercîments aux auteurs de ces communications.

M. Rochoux. Ce qui s'oppose le plus aux progrès de la thérapeutique, c'est de remettre en doute ce qui a été démontré. Or, s'il y a quelque chose de démontré en médecine, c'est l'inefficacité du quinquina dans les maladies continues. Si l'on doute de ces faits, prouvés par Torti, il faut douter de tout. La suette étant une maladie continue, je ne peux admettre que le quinquina soit contre elle un médicament utile. D'ailleurs, le rapporteur l'a dit lui-même, les faits sont en nombre insuffisant pour éclairer cette question.

M. Andral. M Rochoux ne me semble pas avoir bien interprété la pensée de Torti. Ce grand observateur a établi une différence, il est vrai, dans l'action du quinquina, entre la fièvre intermittente et la fièvre continue, mais seulement en tant que fièvre Torti n'a jamais dit qu'il ne fallait pas donner de quinquina dans le cours d'une fièvre continue ; il reconnaît, au contraire, que certains accidents peuvent se développer, qui seront favorablement combattus par l'écorce péruvienne. Il a recherché, surtout dans l'élément fièvre de la maladie, si le quinquina guérissait aussi bien la fièvre continue que la fièvre intermittente, et il a dit que la fièvre continue n'était pas influencée par le quinquina.

M. Martin-Solon. Si M. Rochoux avait bien entendu ce que j'ai dit, il aurait vu que ce n'était pas précisément contre la suette bénigne que le quinquina doit être employé, mais contre celle qui se complique d'accidents ataxiques et pernicieux qui, au rapport de tous les médecins qui l'ont observée, a été très favorablement influencée par le sulfate de quinine. Si je me suis plaint de l'insuffisance des faits, c'est un reproche général, comme je le dirai tout à l'heure, adressé à toutes les relations d'épidémie qui nous arrivent, plutôt qu'à celles sur la suette.

M. Rochoux insiste sur son argumentation.

M. Castet ne partage pas l'opinion du rapporteur sur les distinctions qu'il a établies entre la suette bénigne et maligne. La maladie est une, seulement elle a des formes diverses.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Martin-Solon*, au nom de la commission des épidémies, pour stimuler le zèle des médecins qui ont à observer des maladies épidémiques, propose à l'Académie d'adopter le projet suivant :

1° Tous les ans, la commission des épidémies désignera les travaux qui lui seront parvenus et qui lui paraîtront mériter une distinction.

2° Elle fera un rapport sur ces travaux.

3° Elle décernera une médaille d'argent à l'auteur du meilleur travail.

Cette proposition est renvoyée au Conseil d'administration.

— *M. de Castelnau* lit un mémoire intitulé: *De l'inoculation considérée comme base d'une doctrine sur les maladies syphilitiques.*

L'auteur commence par se poser les questions suivantes :

« 1° Peut-on fonder une doctrine rationnelle sur les maladies sy-
» philitiques d'après les résultats de l'inoculation ? »

« 2° Ces résultats sont-ils, en réalité, tels que le prétendent ceux
» qui ont fondé et qui soutiennent cette doctrine ? »

« 3° L'inoculation peut-elle être appliquée aux besoins de la prati-
» que sans inconvénients pour les malades? »

Abordant la première question, il trouve qu'en théorie il n'est pas rationnel de vouloir remplacer tous les signes tirés de l'histoire de la maladie, de ses symptômes actuels et consécutifs par un procédé unique et artificiel d'observation, car souvent les effets de l'art sont forts différents de ceux de la nature ; la variole inoculée, par exemple, ne ressemble point à la variole naturelle. En application, il est des faits qui prouvent que dans la syphilis en particulier la pathologie naturelle diffère de la pathologie artificielle. Ainsi, d'après l'inoculation, le virus syphilitique devrait toujours ulcérer les surfaces tégumenteuses avant d'être absorbé, tandis que des observations incontestables prouvent que dans la contagion naturelle l'absorption peut se faire sans lésion locale primitive. L'auteur en cite deux cas, et l'on en trouve de semblables parfaitement authentiques dans l'ouvrage de M. Baumès. Ainsi, les tubercules plats et les ulcères consécutifs qui ne sont pas susceptibles de s'inoculer, sont cependant éminemment contagieux, et les faits qui le démontrent sont si nombreux et si authentiques qu'il est étonnant qu'on ait pu imaginer de les contester. L'auteur en rapporte un qu'il tient de M. Robert, et dans lequel un jeune enfant atteint d'ulcérations consécutives à la bouche infecta en même temps sa grand'mère et sa tante qui prenaient soin de lui.

Abordant la seconde question, l'auteur trouve que les faits d'inoculation ne concordent pas tous. Par exemple, les partisans d'une certaine doctrine ne veulent pas que la blennorrhagie puisse s'inoculer, tandis que Hunter et l'auteur lui-même sont parvenus à produire la pustule chancreuse par l'introduction de la matière blennorrhagique. L'auteur ne pense pas que l'on puisse expliquer ces faits par la présence de chancres dans l'urètre. D'ailleurs, à l'hôpital du Midi, M. Puche a inoculé des balanites sans ulcération (voy. *Gazette des Hôpitaux*, n° de décembre 1842), et dans lesquelles par conséquent il était impossible d'objecter l'hypothèse en question. En résumé, donc, si l'inoculation pouvait servir de base à une doctrine, cette doctrine serait évidemment différente de celle professée généralement, puisque les faits sur lesquels elle est fondée sont erronés.

Enfin, la dernière question doit être résolue par la négative. L'auteur cite à l'appui de son opinion trois faits, dont l'un se rapporte à un homme qui fut inoculé à l'hôpital du Midi ; il y resta un an sans pouvoir guérir de son inoculation, qui prit des dimensions considérables. Quelque temps après il entra dans un autre hôpital, où, malgré divers traitements, l'ulcère continua à s'agrandir ; il envahit la partie supérieure de la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen, et, finalement, le malade succomba à un érysipèle qui se manifesta autour de la plaie. Convaincu que de pareils événements peuvent se renouveler, et que, d'un autre côté, l'inoculation, à supposer qu'elle ait pu être utile à une certaine époque, est aujourd'hui épuisée, l'auteur donne pour conclusion finale que l'inoculation est une pratique inutile et dangereuse.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Bousquet, Martin-Solon et Lagneau.

— *M Gerdy* présente un malade qui a été atteint de paraphymosis, et sur lequel il a pratiqué l'incision du prépuce. Il entre à ce sujet dans quelques considérations, desquelles il résulte qu'il reconnaît trois périodes dans cette affection : une période d'étranglement, une période d'inflammation, une période d'adhérence et d'inflammation. Ces trois périodes se succèdent quelquefois avec une très grande rapidité, et s'opposent à la réduction du prépuce. L'incision même, tardivement faite, ne remédie pas toujours à toutes les adhérences.

M. Lagneau ne croit pas que ces trois périodes dont a parlé M. Gerdy se succèdent avec tant de rapidité.

M. Ségalas demande à M. Gerdy s'il ne fera rien pour remédier aux deux bourrelets œdémateux qui se sont formés sur le prépuce de son malade sur la ligne de section. Consulté dans deux cas analogues qui s'opposaient au rapprochement sexuel, il a pratiqué l'excision de ces bourrelets, et la fonction a pu s'exercer.

— *M. Charrière* présente une jambe artificielle portée par un malade amputé à la partie inférieure. Cette jambe est construite de manière qu'on peut y adapter à volonté un pied ou un pilon Cette disposition offre l'avantage d'une économie dans le prix, et la possibilité de remplacer le pied par un pilon n'est pas sans importance, surtout en province, où l'on est éloigné des fabricants, et par conséquent dans l'impossibilité de faire faire une réparation.

Pour opérer le changement de disposition, il suffit de dévisser son écrou et de changer son boulon ; cela fait, on peut retirer le pied ou le pilon, et les remplacer l'un par l'autre. A l'aide de ce moyen, qui est à la porté de tout le monde, le malade ne sera plus exposé aux incommodités de ces sortes d'appareils.

Depuis plusieurs années, M. Charrière a fourni à l'Administration des hospices de Paris et pour des malades en ville, un grand nombre de ces jambes, et il en a obtenu des résultats satisfaisants.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juin 1843. — Présidence de M. DUMAS.

Composition organique de la lymphe. — *MM. Gruby* et *Delafond* envoient une note sur ce sujet. Voici le point capital de ces recherches :

Si on recueille la lymphe dans un tube de six millimètres de diamètre, ce fluide se présente à la sortie des lymphatiques sous la forme d'un liquide transparent d'une teinte légèrement gris jaunâtre, lequel coagule promptement en donnant un *caillot* et de la *sérosité*.

Le caillot renferme tous les globules de lymphe granulée, plus une matière coagulable et fibrillaire qui emprisonne les globules.

La sérosité constitue un liquide limpide, incolore, aqueux, qui ne renferme ni globules, ni molécules visibles.

Par conséquent, et pendant la vie, la lymphe est donc composée comme le sang de globules et d'une liqueur. C'est cette liqueur que nous avons appelée *liqueur de lymphe*, laquelle renferme la matière qui, mise en repos après sa sortie des vaisseaux, coagule spontanément en formant des fibres semblables à celles de la fibrine du sang; plus, de la sérosité dans laquelle cette fibrine est dissoute pendant la vie.

Kératectomie. — *M. Desmarres* envoie un mémoire sur ce titre, qui veut dire abrasion de la cornée dans les opacités anciennes de cette membrane? Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° A part les simples nuages, il est impossible de distinguer sur le vivant, d'une manière toujours certaine, si les taches opaques intéressent ou non les lamelles profondes de la cornée. On ne peut même pas toujours être sûr, lorsqu'avant de la disséquer, on regarde une cornée opaque à sa face concave, si la lamelle la plus profonde a conservé ou non sa transparence dans les albugo très circonscrits, on peut quelquefois reconnaître que l'opacité est superficielle ; mais alors il n'est pas nécessaire d'employer l'instrument tranchant. Le nitrate d'argent, d'autres moyens analogues feront diminuer, mais non pas disparaître l'opacité ; dans ce cas même, la vision n'y gagnera rien ou très peu. Par l'opération on court un danger inutile, et sans bénéfice réel pour le malade.

2° La dissection des cornées leucomateuses démontre que l'opacité est moins étendue en arrière qu'en avant, particulièrement lorsque l'altération a frappé le centre de la membrane, circonstance qui tient à ce que les ulcérations centrales ont la forme d'un infundibulum à base tournée en avant. Il en résulte que dans ce cas on ne peut reconnaître d'une manière positive que l'opacité n'a pas frappé toutes les lamelles dans le point correspondant au milieu de l'ulcération.

3° Les plaies de la cornée faites sur les animaux ne sont pas cicatrisées tant qu'elles sont transparentes ; il en est de même sur l'homme. L'observation de M. Gutz n'infirme pas cette règle générale, son malade voyant à travers un kératocèle multiple, n'ayant pas été observé au-delà de cinq mois. J'ai vu la plaie de la cornée, transparente pendant un temps assez long, devenir opaque après trois mois. Ne peut-elle pas le devenir après un plus long délai encore ?

4° Les ulcérations asthéniques de la cornée, qu'on a appelées à tort cicatrices transparentes, peuvent être comparées sous certains rapports aux plaies de cette membrane. Indolentes quelquefois pendant un temps assez long, elles reparaissent à l'état aigu plus ou moins fréquemment jusqu'au moment où l'excavation qu'elles présentent soit remplie d'une exsudation fibro-albumineuse opaque qui s'y organise. A partir de ce moment, seulement, la cicatrisation est achevée.

5° Les ulcérations asthéniques transparentes ou cicatrices à facettes du centre de la cornée deviennent fréquemment la cause de diplopie uniloculaire, de myopie extrême et plus souvent encore celle d'un état voisin de la cécité. Les plaies de la cornée, en supposant qu'elles deviennent transparentes, détruisent par leurs facettes plus ou moins nombreuses les conditions de réfraction de la lumière, et produisent la confusion des images sur la rétine.

6° La kératectomie présente de très grandes difficultés d'exécution, particulièrement quand elle doit être profonde ; il est très difficile de ne pas pénétrer dans la chambre antérieure. Cette opération demande beaucoup de temps, l'œil s'injecte, c'est là une grande difficulté de plus.

7° Elle est suivie d'accidents très graves ; une violente ophthalmie traumatique, la suppuration de la plaie, etc.

8° La kératectomie serait loin d'être applicable à toutes taches de la cornée, lors même qu'elle serait suivie quelquefois de succès.

Ligature des artères. — *M. Thierry* adresse une lettre pour faire connaître le résultat des expériences qu'il a faites, de concert avec M. Rigot, à l'Ecole d'Alfort, sur les chevaux, en 1828. A cette époque les conclusions pratiques de ces expériences étaient les suivantes :

1° Rejet de la ligature médiate permanente avec cylindre ;

2° Rejet de la ligature médiate temporaire avec cylindre ;

3° Rejet comme dangereuse de la ligature d'attente ;

4° Préférence accordée à la ligature faite avec un fil unique rompant les deux tuniques de l'artère.

— *M. Colombat* écrit que depuis quinze ans il a observé plus de 800 individus affectés de différents vices de la parole, et imaginé des moyens curatifs qui varient suivant les cas et ne sont pas bien connus. Il demande un tour de faveur pour lire un mémoire sur ce sujet, et désirerait que MM. les commissaires lui adressassent des bègues qu'il traiterait devant eux, et lui permissent de leur en présenter de nouveaux le plus tôt possible, ainsi que plusieurs autres qui sont en ce moment en traitement.

« J'ajouterai encore, dit M. Colombat, qu'à l'égard des rechutes, on ne peut rien conclure de la cure de M. Becquerel, parce qu'elle ne remonte qu'à un mois, et que d'ailleurs ce médecin que j'ai traité il y a treize ans, a parlé sans hésitation pendant long-temps. Il me suffira, pour en donner la preuve, de rappeler que M. Becquerel le père a présenté mon ouvrage à l'Académie à la fin de 1832, c'est-à-dire, deux ans après le traitement de son fils, et que ce membre distingué a dit à cette époque qu'on avait tout lieu de ne plus craindre une rechute qui, cependant, a eu lieu plus tard, mais à un degré beaucoup moins fort qu'avant son traitement. Du reste, en 1830, M. Becquerel fils était dans des conditions moins favorables qu'aujourd hui, car il n'avait alors que seize ans, et qu'étant tombé malade à cette époque, il n'est resté en traitement chez moi que pendant huit jours, ainsi que cela peut être constaté dans la deuxième édition de mon ouvrage, publiée en 1831, qui se trouve dans la bibliothèque de l'Institut. »

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 83, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Hystérie; Epilepsie; Catalepsie.

Virginie Thérèse, âgée de vingt-trois ans, fille naturelle, née à Chartres, est d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'un embonpoint médiocre; elle a servi depuis l'âge de dix-huit ans comme fille d'auberge à Ecrône, département de Seine et Oise. Réglée dès l'âge de treize ans, cette fonction s'est accomplie d'une manière régulière jusqu'à dix-huit ans. A ce moment elle se dérangea, et les digestions devinrent laborieuses. La malade paraît attribuer ce dérangement aux mauvais traitements qu'elle a subis dans la maison où elle servait.

Elle éprouva, en 1838, sans pouvoir la rapporter à aucune cause directe, une première attaque d'hystérie. Suivant son récit, elle eut d'abord de la céphalalgie, des étourdissements, quelques éblouissements, puis tomba à terre sans perdre connaissance, mais aussi sans pouvoir exécuter un seul mouvement pour proférer une parole. Cet état dura une demi-heure environ.

Huit mois après elle eut une deuxième attaque, et fut sujette, dans l'intervalle, à avoir de la céphalalgie, des vomissements, du météorisme et des étourdissements. Les règles continuèrent néanmoins, mais elles étaient irrégulières et peu abondantes.

Il s'écoula quatorze mois entre la deuxième et la troisième attaque. La menstruation devint alors très irrégulière, et plusieurs fois on lui fit prendre des emménagogues pour rétablir cette fonction.

Un intervalle de temps plus long que les précédents sépare la troisième de la quatrième attaque.

Aux mois d'avril et de mai, celles-ci reparurent beaucoup plus fréquemment; la malade passait rarement un jour sans en avoir, et c'était ordinairement entre cinq et six heures du soir.

Au mois de juin 1842, ses maîtres l'envoyèrent à Paris pour y recevoir les soins convenables à sa maladie. On la plaça à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Legroux, où elle présenta comme symptômes des vomissements et du météorisme fréquent, mais point d'attaques d'hystérie.

Après un séjour de six semaines elle demanda sa sortie, sinon guérie, du moins assez soulagée en apparence pour se remettre en place dans une autre maison, encore à la campagne; mais presque aussitôt les vomissements reparurent, ainsi que de nouvelles attaques. Renvoyée une seconde fois à Paris, elle entra dans le service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 7, le 6 avril 1843.

A son arrivée à l'hôpital, elle se plaignait d'insomnie, d'éblouissements, de fourmillements dans les bras et les jambes; elle disait éprouver parfois, et surtout quand elle mangeait, un sentiment d'étouffement et de strangulation. Parfois aussi, son ventre se ballonnait et devenait très douloureux à la pression; mais toutes les réponses furent si difficiles à obtenir, souvent même si contradictoires; la physionomie si singulière, que, s'il n'était pas douteux qu'il y eût chez elle de l'hystérie ou de l'épilepsie, on pouvait soupçonner aussi un commencement de démence, ou du moins une affection simulée, telle fut la pensée qu'eut M. le professeur Rostan la première fois qu'il vit la malade.

Elle était habituellement constipée, mangeait peu, et vomissait presque tous les aliments qu'elle essaya de prendre les premiers jours, sans présenter d'ailleurs une réaction quelconque.

La première indication parut être fournie par l'état de la menstruation; aussi fit-on une application de sangsues à la partie interne des cuisses; mais elle fut sans résultat.

Quelques jours plus tard, les vomissements étant devenus opiniâtres, et quelques soupçons de pléthore cérébrale s'y étant ajoutés, on pratiqua une saignée qui ne procura que peu de soulagement. On essaya inutilement à plusieurs reprises de purger avec l'huile de ricin, qui fut rejetée chaque fois presqu'aussitôt après l'injestion. Le premier vésicatoire volant, appliqué sur la région épigastrique, sembla arrêter les vomissements. Quelques jours après, ils reparurent. On eut alors recours à l'application d'un second; mais il fut sans résultat efficace.

Quinze jours environ après son entrée dans les salles, eut lieu la première attaque; elle fut convulsive, se répéta assez fréquemment pendant l'espace de deux jours; mais chacun des accès était de peu de durée, et séparé du suivant par une espèce de sommeil léthargique. Un intervalle de temps assez long sépara celui-ci des suivants; mais ce qui a de l'importance, c'est que le hoquet, le ballonnement du ventre, et surtout les vomissements devinrent habituels ou du moins très-fréquents.

La belladone qu'on donnait depuis quelque temps contre les attaques, fut suspendue et remplacée par du sous-nitrate de bismuth, qu'on administrait à l'intérieur, en même temps que deux autres vésicatoires, furent appliqués à la partie inférieure des jambes. Sous l'influence de cette médication, les vomissements devinrent moins fréquents, mais les attaques reparurent. Enfin, vers le mois de juin, les vomissements avaient complétement disparu, mais étaient remplacés par des attaques qui, généralement, se renouvellent plusieurs fois par jour.

Voici ce que nous avons observé au sujet de ces dernières :

La malade est ordinairement avertie de l'invasion prochaine d'un accès par un trouble particulier dans la vue, et surtout par la sensation des mouvements très répétés dans les globes oculaires. Quelquefois aussi elle est prise de céphalalgie, d'éblouissements, de douleurs dans les membres qui se font sentir exclusivement dans le coude, et se rapprochent ainsi de certaines formes de l'aura-epileptica. Ordinairement elle peut gagner son lit; mais souvent aussi cela lui est rendu impossible par une faiblesse des membres inférieurs qui la prend subitement, et ne lui laisse que tout juste assez de temps et de force pour se coucher à terre et se garantir ainsi d'une chute violente.

Chose singulière! si l'on se trouve auprès d'elle quand elle est prise de ces symptômes précurseurs, et que l'on fixe son attention par des questions pressantes, on peut retarder l'invasion de l'attaque, mais non sans qu'elle éprouve un malaise très considérable qui lui fait aspirer le moment où elle pourra y céder. Et en effet, elle perd connaissance aussitôt que l'on s'éloigne d'elle. Dans ces attaques, il y a constamment perte complète de la sensibilité, de l'intelligence, des mouvements volontaires, et abolition des sens. Les paupières sont habituellement fermées; la figure n'est pas décomposée; le décubitus est plus souvent dorsal. A cela se bornent tous les symptômes.

Cet état ressemble alors à un véritable sommeil; et si pendant ce sommeil on imprime à la main, à l'avant-bras, ou au membre supérieur tout entier un mouvement, et qu'ensuite, après l'avoir soutenu pendant quelques secondes, on l'abandonne à lui-même, il conserve cette position pendant un temps beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très robuste, après lequel il retombe de lui-même, tantôt brusquement, tantôt lentement, et comme si les muscles ne cédaient qu'en résistant à une force supérieure. Les bras seuls sont susceptibles de ces mouvements cataleptiques que nous avons en vain essayé de provoquer aux membres inférieurs, au tronc et à la tête. Toutes les fois que la malade est calme et dans le sommeil extatique que nous venons de signaler, on peut reproduire ces mouvements cataleptiques Différentes personnes qui observaient la malade, ont essayé à plusieurs reprises de conserver différentes positions volontaires, beaucoup moins exagérées qve celles qu'ils imprimaient eux-mêmes préalablement à la malade. Mais force leur fut toujours de se rendre, alors qu'elle conservait bien long-temps encore après eux son immobilité.

Mais cet état de sommeil n'est pas le seul qu'elle présente dans les accès. Souvent, d'abord, cette tranquillité est interrompue par des mouvements de pandiculation, des bâillements, comme si elle allait sortir de son sommeil, et la plupart du temps cela n'a pas lieu.

D'autrefois, elle porte la main à son col, comme si elle

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ 1er. Justice criminelle.

Infanticide. (Cour d'assises du Tarn.)

Nous avons fait connaître, il y a peu de temps, la condamnation d'un prévenu pour crime d'infanticide commis à l'aide d'une pomme de terre profondément enfoncée dans le pharynx de la victime; la cour d'assises du Tarn a eu dernièrement à s'occuper d'une affaire d'infanticide dans laquelle l'emploi d'un moyen analogue a été mis en usage par l'accusée.

Marianne Fieu, âgée de vingt-cinq ans, entra en service, dans le mois d'octobre dernier, chez les époux Calvayrac, qui, surpris de l'ampleur de sa taille, soupçonnèrent l'existence d'une grossesse. Interrogée par eux, elle nia. Un officier de santé, qui fut appelé le 10 mars dernier, ne put ou ne sut pas découvrir son état. Le 12 mars cette fille fit son travail comme d'ordinaire, et le soir, vers onze heures, elle entra dans la chambre de sa maîtresse, où son service l'appelait.

Une demi-heure après, madame Calvayrac entendit le son d'une clochette qui correspondait au lit de sa servante; elle se leva aussitôt, et trouva cette dernière souffrante et assise sur l'escalier. Interpellée, Marianne Fieu déclara qu'elle avait touché la sonnette par mégarde. Sa maîtresse l'engagea à se mettre au lit. Une heure plus tard on entendit cette fille pousser des gémissements étouffés; on courut à son secours, et elle déclara qu'elle venait d'éprouver un très grave accident. Un chirurgien fut appelé, et ordonna une tisane.

Le lendemain, madame Calvayrac exigea que sa domestique quittât le lit pour qu'on pût le faire, et ce ne fut qu'après s'y être d'abord refusée qu'elle finit par y consentir. La personne chargée d'arranger le lit découvrit alors, sous le matelas, un paquet enveloppé dans deux mouchoirs, qu'elle ouvrit, et dans lequel elle vit un enfant nouveau-né dont le col était lié par un cordon. La justice fut bientôt informée de ce fait, et le juge de paix fut appelé; il vint accompagné de deux médecins, qui procédèrent à l'autopsie, et qui trouvèrent dans le larynx du cadavre un tampon de linge.

Les conclusions du rapport de ces deux experts furent que la mort devait être attribuée à l'asphyxie produite par le tampon et par le lien qui serrait le col.

En présence d'une culpabilité aussi évidente, le défenseur n'a pu insister que sur l'admission de circonstances atténuantes; il les a puisées dans les bons antécédents de l'accusée, dans la terrible position où elle a dû se trouver au moment de l'accouchement, dans l'ignorance où elle était, sinon de sa grossesse, du moins du terme, puisque deux jours auparavant un chirurgien ne l'avait pas reconnue.

Ces moyens ont réussi auprès du jury, qui a rendu un verdict de culpabilité modifié par des circonstances atténuantes. En conséquence de cette déclaration, l'accusée a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité et à l'exposition.

§ II. Justice correctionnelle.

I. *Embryotomie. — Poursuites contre un officier de santé.* (Cour royale de Rouen.)

La Cour royale de Rouen était saisie récemment d'une affaire qui présentait une question fort importante pour le corps médical. Il s'agissait d'apprécier la conduite d'un officier de santé dans une question grave, et de rechercher s'il y avait eu faute dans l'exercice de son art. Voici les faits :

Au mois de décembre dernier, la dame Duval, du Tréport, enceinte de son septième enfant, envoya chercher un sage-femme du nom de Jacob. La dame Duval avait des accès de fièvre; elle éprouvait une soif ardente. La femme Jacob qui, à ce qu'il paraît, n'avait pas reconnu dans l'état de la malade les symptômes d'une délivrance prochaine, conseilla néanmoins d'appeler un médecin, et elle en indiqua un. Mais cette indication ne fut pas suivie. La famille Duval eut recours à M. Cormon, officier de santé, dans les talents duquel elle avait toute confiance.

M. Cormon juge tout d'abord que l'accouchement sera laborieux, et il prescrit un traitement. Bientôt il pratique une saignée. Quelque défavorables que fussent les conditions dans lesquelles se trouvait la femme Duval, M. Cormon espérait encore que la nature opérerait; mais, après plusieurs heures d'attente, il acquit la triste certitude que l'accouchement ne se ferait pas sans l'emploi de moyens extraordinaires. Alors il recommanda au beau-fils de la malade d'aller chercher, à Eu, un docteur en médecine, recommandation dont on ne tint aucun compte, toujours à cause de la confiance qu'inspirait M. Cormon.

Cependant l'état de la femme Duval devenait de plus en plus alarmant; la vie de cette femme était en danger; il fallait, sans retard, prendre un parti. M. Cormon avait le choix entre deux opérations chirurgicales : la version de l'enfant ou l'embryotomie. Il repoussa l'idée de la version, parce que, dans sa conviction, l'enfant était mort, et parce que la version pouvait compromettre la vie de la mère. C'est donc à l'embryotomie qu'il s'arrêta, et il fit cette opération avec un succès complet, car, au bout de quatre jours, la femme Duval était complètement rétablie.

Mais les détails de l'opération de l'embryotomie sont affreux. On agit facilement sur les esprits en retraçant des scènes de cette nature: l'idée d'un enfant arraché par lambeaux des entrailles de sa mère, à l'aide de couteaux et de crochets, épouvante ceux qui ne savent pas que c'est en cela précisément que consiste l'opération. Aussi ce fut pour quelques commères une belle occasion d'accuser l'officier de santé. A les entendre, M. Cormon, incapable de faire un accouchement, avait coupé un enfant par morceaux, et le parquet de Dieppe, instruit de tout ce qui se débitait à cet égard, crut devoir intenter des poursuites.

Le résultat de ces poursuites fut fatal à M. Cormon. Le tribunal décida que l'enfant était présumé vivant dans le sein de sa mère; que c'était au médecin à prouver qu'il était mort, et que, dans l'espèce, M. Cormon ne faisait pas cette preuve; que, loin de là, il résultait des indications données par la sage-femme Jacob que l'enfant était vivant lors de l'opération. Le tribunal décida de plus que, simple officier de santé, M. Cormon n'avait pu, aux termes de la loi du 19 ventôse an XI, pratiquer une opération aussi grave que l'embryotomie sans être assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie. Attribuant donc la mort de l'enfant à l'opération, et déclarant qu'en opérant seul M. Cormon avait violé les réglements, les premiers juges condamnèrent celui-ci à trois mois d'emprisonnement, comme coupable d'homicide involontaire.

M. Cormon, qui perdait son avenir, a déféré à la Cour de ce jugement.

Chargé de sa défense, Me Senard, avant d'entrer dans l'examen de la discussion des faits, a dit quelques mots de son client. Reçu deux fois officier de santé par les jurys de la Somme et de la Seine-Inférieure, présidés, l'un par M. Orfila, l'autre par M. Adelon, M. Cormon a fait une étude toute spéciale des accouchements; avant même qu'il fût reçu, il remportait un prix à l'Ecole de médecine d'Amiens. Depuis plus de vingt ans qu'il exerce, il a fait des accouchements par milliers; comme tous ses confrères, il a dû parfois recourir aux opérations les plus graves, et il les a toujours faites avec succès. Il n'y avait donc, pour lui, rien de nouveau dans la position où l'avait placé l'état de la malade auprès de laquelle il avait été appelé.

Cela posé, Me Senard aborde le fond même du procès. Dans une brillante et solide discussion, qui prouve qu'il n'est étranger à aucun genre de science, l'avocat soutient qu'à raison des désordres survenus, la version de l'enfant ne pouvait être faite, et que le salut de la mère exigeait impérieusement la déplorable extrémité à laquelle M. Cormon, seul juge de l'opportunité de l'opération, a dû recourir, l'embryotomie. Il étaie ses arguments d'un savant mémoire rédigé, à l'occasion de ce procès, par M. Lecomte, docteur en médecine à Eu, et de l'opinion de MM. Blanche et Flaubert. M. Blanche s'exprime ainsi :

« Si M. Cormon eût laissé la femme dont il est question dans le mé-

voulait en distraire un corps qui la gêne ou l'étrangle. Un peu plus tard elle exécute des mouvements fréquemment répétés et bruyants de déglutition.

A d'autres moments, c'est un hoquet plus ou moins prolongé; ce sont des éructations; et que, tous les mouvements précédents aient lieu ou non, il n'est pas rare de trouver le ventre considérablement ballonné.

Puis elle se plaint, fait entendre un cri particulier qui rappelle le gloussement de la poule, et sa figure restant calme, une salive abondante et écumeuse est rejetée de sa bouche, et vient couvrir les commissures de l'un ou l'autre côté de la face.

Toutefois, il est rare qu'une attaque se termine sans qu'il y ait eu quelques mouvements convulsifs. Le plus souvent, ceux-ci sont cloniques, véritablement hystériformes, excentriques, et peuvent être assez forts pour que plusieurs personnes aient peine à contenir la malade qui, dans beaucoup d'attaques moins violentes, peut être impunément abandonnée à elle-même, sans craindre qu'elle tombe de son lit. Ces accès peuvent même se réduire à une simple agitation qui ne mérite pas le nom de convulsion.

Nous avons vu aussi la malade à terre, se transporter d'une partie de la salle à l'autre, par des mouvements réguliers de reptation latérale.

D'autres fois, les mouvements convulsifs sont plutôt toniques, tantôt bornés à la contracture d'un ou plusieurs membres, tantôt étendus à tout le système musculaire et en quelque sorte concentriques ou tétaniques. C'est ainsi que quelquefois, la tête et les talons servant d'appui, le tronc ou l'un des côtés prend la forme d'un arc dont la partie antérieure forme la courbure.

Les phénomènes que nous venons de décrire se combinent de différentes manières, et composent ainsi des attaques plus ou moins variées.

L'attaque terminée (sa durée, fort variable, peut être de dix minutes à trois heures), la malade revient à elle-même tout d'un coup, sans avoir éprouvé de fatigue bien réelle, sans la moindre propension au sommeil et sans aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant celle-ci. Elle éprouve encore, dans l'intervalle des attaques, quelques-uns des phénomènes cérébraux dont il a été question en commençant, et, parmi ceux d'un ordre plus franchement hystérique, le hoquet, le vomissement et le sentiment de strangulation se montrent encore assez souvent.

D'ailleurs, le cours des règles, depuis deux mois, paraît s'être rétabli; les digestions sont meilleures, malgré des vomissements encore assez fréquents, et la malade a pris de l'embonpoint pendant son séjour à l'hôpital.

L'intelligence paraît un peu plus lucide que les premiers jours. La mémoire est toujours assez faible; mais les soupçons de démence, établis les premiers jours, sont complétement dissipés.

— Cette observation nous a semblé remarquable en ce que les symptômes présentés par la malade appartiennent à la fois à l'hystérie, à l'épilepsie et à la catalepsie, et que les cas authentiques de cette dernière affection sont par eux-mêmes fort rares, puisque M. Rostan, pendant fort long-temps médecin en chef de la Salpêtrière, nous a dit n'avoir observé encore que trois fois cette maladie.

Nous nous sommes borné aujourd'hui à livrer les faits tels que nous les avons vus, nous réservant plus tard de tirer des conclusions plus étendues de l'observation de cette malade, et d'y ajouter le résultat de quelques recherches auxquelles nous nous livrons en ce moment, et qui feront le sujet de notre thèse inaugurale.

FAVROT fils.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Traitement des fractures du corps du fémur. — L'étude des divers traitements employés dans les cas de fractures du fémur ne peut véritablement pas être séparée de celle des traitements mis en usage pour les fractures des extrémités. C'est qu'en effet il est un grand nombre d'appareils parmi ceux que nous allons passer en revue à propos des fractures du corps du fémur, que nous retrouverons en examinant les moyens curatifs dirigés contre les brisures des extrémités de l'os de la cuisse. Il est utile de noter ce fait, car il est entendu que nous n'aurons pas besoin alors de reproduire les explications dans lesquelles nous allons entrer. Il faut remarquer encore qu'en général, les appareils pour les fractures du corps présentent moins de complications que ceux destinés aux autres parties du même os.

Les moyens de traitement des fractures du fémur représentent différentes méthodes, seules nécessaires et seules possibles aussi à étudier; car s'il fallait rendre compte, examiner avec détail chacun des appareils imaginés contre ces fractures, il ne serait pas de mémoire capable de les retenir. Qu'on en juge par le nom seul des auteurs. Galien, Paré, Assalini, Martini, Fabrice de Hilden, Smith, Schneider, Welbouk, Josse, Boyer, Physick, Petit, Desault, Picropan, Brunel, Wardenbourg, Bellocq, Alban, White, Honte, Mayer, Scarpa, Nicolaï, Hagedern, Dzondi, Klein, Gibson, Amesbury, Tobe, Braunn, Schimdt, Aïlken, Bell, Delpech, James, Sauter, Mayor, Koppenstaller, Pott, Earle, Battcher, A. Cooper, Lafaye, Baumetz, Laugier, Dupuytren, Gresely, Jobert, Baudens, Miquel, Cordivel, Ramazini, Colette, Guyot, Delafond, Grifoul et d'autres encore, ont inventé des bandages pour les fractures du fémur. On voit que le nombre en est considérable; mais, comme nous le disions, ces appareils si nombreux peuvent se rassembler en groupes, selon qu'ils appartiennent à telle ou telle méthode de traitement. Or, ces méthodes sont au nombre de trois:

1° La position demi-fléchie;
2° L'extension permanente;
3° La suspension.

C'est à chacune de ces trois classes que viennent se rattacher tous les appareils dont nous venons de nommer les auteurs.

La position demi-fléchie paraît s'être trouvée dans les anciens et avoir été employée par conséquent dans des temps très reculés; cependant cela n'est pas parfaitement démontré, l'obscurité des textes à cet égard peut laisser des doutes. Il n'en est pas de même de l'extension permanente. Il est positif qu'elle est fort ancienne: Galien en a parlé. La position demi-fléchie, ainsi que son nom l'indique, consiste à maintenir le membre dans une flexion plus ou moins prononcée. La méthode par extension exige que l'extrémité inférieure soit complétement allongée. La raison qui a porté à préférer la première méthode à la seconde, consiste en ce que dans l'extension les muscles se trouvant dans un état de tension continuelle, cette tension devient la cause du raccourcissement que de tout temps on a cherché à éviter le plus possible. Pott, qui émit cette idée, la vit accueillir avec une extrême faveur en Angleterre. Dupuytren la fit adopter en France. L'appareil dont se servait ce dernier chirurgien n'était autre chose que le double plan incliné fermé par des oreillers qu'on plaçait sous le jarret, de manière à ce que les plans qu'ils formaient s'élevassent assez haut pour que ni le talon ni l'ischion ne pussent reposer sur le matelas. Le membre ainsi placé, deux alèzes étaient appliquées l'une près des pieds, et elle était fixée au lit, et l'autre au-dessus des genoux, de telle façon qu'il y avait ainsi une sorte d'extension permanente exercée par le corps en haut, et par le drap à la partie inférieure. Ce n'était pas tout à fait ainsi que Pott mettait cette méthode en application: il fixait fait ou quatre attelles sur le membre, et la cuisse était placée dans la demi-flexion, mais sur le côté externe. D'autres, parmi lesquels il faut citer Bell, employaient également la position demi-fléchie avec quelques modifications dans l'appareil, qui n'était encore autre chose d'ailleurs que celui qu'a employé Dupuytren, c'est-à-dire le double plan incliné; seulement Bell l'obtenait avec une machine. Ce bandage a encore été modifié par Garde en Angleterre. Celui de Delpech, en France, n'était guère autre chose que celui-là. L'appareil de M. Miquel ressemble beaucoup aussi à celui de Bell. M. Smith, médecin américain, a également fait connaître un appareil pour placer et maintenir le membre dans la demi-flexion. M. Velpeau s'en est servi deux ou trois fois. Assalini avait imaginé un bandage à peu près semblable. Il consiste dans deux tiges de fer placées latéralement et réunies au niveau du jarret au moyen d'une charnière; elles présentent un point d'appui pour l'ischion et une semelle pour appliquer le pied, des mortaises sont ménagées dans leur longueur. Enfin il faut citer encore l'espèce de boîte dans laquelle Bruninghausen plaçait les membres inférieurs atteints de fractures.

Quoi qu'il en soit de tous ces appareils plus ou moins compliqués, la position demi-fléchie, ainsi que nous l'avons dit plus haut, fut singulièrement vantée en Angleterre dans le principe; mais l'accueil qu'on lui fit en France dans les premiers temps de son apparition fut loin d'être favorable. Elle fut d'abord repoussée, ce qui attira même aux chirurgiens français des garcieusetés toutes anglaises de la part de nos voisins d'outre-mer. Bientôt cependant on revint de l'opinion défavorable qu'on s'était formée de cette méthode, en commençant à la pratiquer en France, et Dupuytren ne concourut pas peu à la mettre en vogue. Alors on vit, ce qu'on ne voit d'ailleurs que trop souvent dans les sciences et dans toutes les choses humaines, il se trouva en Angleterre des chirurgiens qui la déclarèrent mauvaise, et Liston ainsi qu'Astley Cooper furent de ce nombre. Il en fut de ce moyen comme de tant d'autres choses, comme de la charpie et des cataplasmes, par exemple, que les Anglais blâment aujourd'hui avec excès parce que nous nous en servons, dont ils se serviront sans doute un jour et que nous décrierons alors.

On a reproché à la position demi-fléchie divers inconvénients, dont quelques-uns lui appartiennent en réalité. Ainsi, l'on a dit d'abord que lorsque le membre est placé dans la demi-flexion il n'était pas possible, comme on le prétendait, que tous les muscles fussent dans le relâchement. En effet, quand on fléchit la cuisse, le troisième adducteur s'allonge nécessairement, le biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux font de même; on raccourcit, au contraire, le psoas, le pectiné, le premier et le second adducteur. Mais gagne-t-on plus par le raccourcissement de ceux-là que par l'allongement des autres? Est-il permis de décider absolument cette question? On a allégué que la position demi-fléchie était celle que l'on prenait le plus ordinairement pendant le sommeil. On peut répondre à cela qu'il est vrai que dans la demi-flexion les muscles sont moins tiraillés que dans l'extension, mais que dans la première de ces positions ils sont *tous* un peu raccourcis, et agissent *tous*, par conséquent, un peu sur l'os. Dans l'extension, au contraire, il en est quelques-uns qui exercent sur le fémur une somme considérable d'action; mais il en est d'autres dont l'effet est complètement annulé par rap-

---

moire s'épuiser en efforts superflus, elle aurait assurément succombé, et probablement M. Cormon n'eût pas été poursuivi. Et pourtant il aurait eu de graves reproches à s'adresser! Ce praticien, dans la conduite qu'il a tenue, a montré du courage et du savoir, et nous n'hésitons pas à l'en féliciter. Il n'a rien donné au hasard ni à l'arbitraire. Il s'est conduit selon les préceptes de l'art, et selon les inspirations d'un cœur honnête et indépendant. La mort de la mère était presque inévitable; la vie de l'enfant, au moment de l'accouchement, était on ne peut plus douteuse, et ce qu'a fait M. Cormon, tous les médecins qui tiennent moins compte de leur réputation que de l'accomplissement d'un devoir rigoureux l'auraient fait eux-mêmes. La honte qui s'attache à une discussion de cette nature doit être renvoyée aux accusateurs de M. Cormon, qui s'est conduit ici en médecin courageux et éclairé.

» BLANCHE,
» Médecin en chef de l'Hospice-Général. »

Voici ce que dit M. Flanbert:

« J'approuve fortement tout ce que contient le mémoire du docteur Lecomte. Je me suis trouvé dans le cas de M. Cormon; j'ai agi comme il l'a fait, et ma conscience m'a toujours dit que j'avais alors agi méthodiquement. MM. les juges jugeront certainement d'après leur conscience; mais, s'ils connaissaient l'art des accouchements, ils donneraient des éloges à la conduite de l'accusé.

» FLAUBERT. »

Répondant au reproche qu'on a adressé à M. Cormon d'avoir, sans l'assistance d'un docteur en médecine, pratiqué l'embryotomie, Me Senard dit qu'en fait M. Cormon a recommandé à un membre de la famille d'aller chercher un docteur. Si on n'a pas obéi à cette prescription, M. Cormon peut-il en être responsable, et fallait-il qu'il abandonnât la malade? Ne serait-ce pas le cas de dire alors que la légalité tue? Mais, en droit, M. Cormon est irréprochable, car la loi de ventôse an XI n'exige la présence de docteurs en médecine que dans les lieux où des docteurs sont établis. Or, à Trépnrt, il n'y a qu'un officier de santé, qui est M. Cormon: il n'y a pas de docteurs en médecine.

Dans une courte péroraison, Me Senard s'étonne et s'afflige de voir un médecin poursuivi et condamné quand toute une famille ne lui rend que des actions de grâces pour avoir sauvé une mère dont la vie était si gravement compromise.

Malgré cette plaidoierie, M. l'avocat-général Chassan a soutenu le système adopté par le tribunal de Dieppe. Mais, après un délibéré de quelques instants:

« Attendu que, des documents, faits et circonstances de la cause, il appert que Cormon devait, comme il l'a fait, procéder à l'embryotomie, la femme Duval se trouvant dans la position la plus critique, après avoir, depuis plusieurs jours, éprouvé les douleurs qui précèdent et annoncent un accouchement laborieux;

» Attendu qu'indépendamment de ce que tout fait présumer la mort de l'enfant dès avant l'opération, il y a presque certitude que la mère aurait succombé si l'accoucheur n'avait pas eu immédiatement recours à l'embryotomie;

» Que, d'ailleurs, loin que les moyens employés par Cormon aient eu pour la femme Duval quelque résultat fâcheux, il est reconnu que, peu de jours après, elle était parfaitement rétablie; ce qui prouve, outre la nécessité de l'opération reprochée, l'habileté de l'opérateur.

» La Cour infirme la déclaration des premiers juges, et décharge Cormon des condamnations contre lui prononcées. »

II. *Homicide par imprudence. — Fabrication dangereuse.*

(Tribunal correctionnel de la Seine.)

Des faits récents ont éveillé la sollicitude de l'administration sur le sort des ouvriers qui, pressés par le besoin, ou séduits par l'appât d'un salaire plus élevé, consentent à travailler dans les fabriques de blanc de céruse ou autres établissements dangereux. Un jeune ouvrier, à peine âgé de vingt ans, seul soutien d'un vieux père septuagénaire, François Chapuis, travaillait depuis quelque temps chez le sieur Lambert, fabricant d'eau de Javelle. Le 1er avril dernier, Chapuis, qui souffrait déjà d'une blessure au pouce, quitta son travail, se plaignant de violentes douleurs de tête, et se retira dans une écurie voisine de l'atelier, où il se coucha sur de la paille.

Bientôt averti, le chef de l'établissement, M. Lambert, vint voir son ouvrier, lui fit donner un verre d'eau sucrée, l'engagea à aller se reposer chez lui, et fit aussitôt avancer un cabriolet où François monta seul et sans aide pour retourner à son domicile. Le docteur Pelport, appelé le lendemain pour lui donner des soins, le trouva dans un état de prostration extrême; et, ayant appris de lui qu'il travaillait à la fabrication de l'eau de Javelle, attribua sa maladie à l'absorption des gaz délétères respirés par François Chapuis dans le dangereux atelier où se fabriquait ce produit; il s'efforça donc de combattre ce qu'il appelait un empoisonnement par asphyxie par les moyens ordinaires.

Le jeune ouvrier succomba cependant le lendemain, après avoir attribué son état à un changement (bien dangereux et bien blâmable s'il eût été constaté!) apporté au mode de fabrication de l'eau de Javelle, dans des vues d'économie, par M. Lambert. Celui-ci a été cité directement en police correctionnelle par le père du malheureux Chapuis, sous la prévention d'homicide par imprudence. Me Duez, avocat de la partie civile, réclamait 1,500 fr. de dommages-intérêts. Deux ouvriers, gros et forts garçons qui travaillaient avec Chapuis à la fabrique de M. Lambert, déposent de la mauvaise santé du défunt, qui se plaignait depuis long-temps, et opposent leurs mines florissantes aux allégations qui présentent les émanations de leur atelier comme mortelles, ou du moins comme dangereuses. C'était donc la meilleure défense de M. Lambert. Aussi M. Croissant, avocat du roi, en l'absence d'autopsie de Chapuis, ou de justification suffisante de l'imprudence attribuée à M. Lambert, conclut-il au renvoi de la plainte.

Le tribunal, sans vouloir entendre l'avocat du prévenu, a renvoyé ce dernier des fins de la plainte, et a condamné la partie civile aux dépens.

§ III. JUSTICE CIVILE.

Médecin. Legs rémunératoire. (Cour royale de Paris.)

M. le baron Costaz, ancien évêque de Nancy, qui, dès 1811, était curé de la Madeleine, est décédé à l'âge de 81 ans, laissant une fortune de près de 300,000 fr. Par un premier testament du 14 juillet 1840, il avait légué à M. le docteur Coster, son médecin, en mémoire de l'amitié qui l'avait uni à l'oncle de ce dernier, l'abbé Bailly, dont le testateur avait été le camarade de séminaire, une somme de 2000 fr.; mais un codicille daté des 1er septembre et 31 décembre 1841, contenant divers nouveaux legs, notamment au profit du coiffeur et du barbier du testateur, révoqua la première disposition en ce qui concernait M. Coster, qui fut gratifié d'un legs de 30,000 fr.

Les héritiers de M. l'évêque de Nancy, parmi lesquels madame la comtesse Clauzel, belle-fille du feu maréchal Clauzel, ont trouvé qu'il y avait excès dans la rémunération accordée à M. Coster, qui recevait, indépendamment de son legs, le prix des soins qu'il avait donnés, comme médecin, à M. Costaz. M. Philibert Costaz, frère du défunt, et institué légataire universel, mais qui, par l'effet des legs particuliers, pourrait être réduit à une rente viagère de 2000 fr. qui lui est faite par le testament, a contesté le chiffre de 30,000 fr. comme n'étant nullement en rapport avec la fortune du défunt; il a rappelé que ce legs était, par sa date, contemporain d'une époque où M. Costaz était privé en grande partie de ses facultés intellectuelles, et surtout de celle de la mémoire, à tel point qu'il ne se rappelait pas même les noms des domestiques qui le servaient chaque jour. Le légataire universel offrait de s'en tenir au legs de 2000 fr.

Me Quétand, avocat de M. Coster, a exposé que ce dernier avait, depuis plus de vingt ans, vécu constamment dans l'intimité de M. Costaz, qui faisait le plus grand cas de ses talents et des découvertes dont il avait enrichi la médecine et plus encore de l'affection dont le docteur lui donnait des marques. « La famille du défunt, ajoutait l'avocat, jouit d'un grande aisance; l'un des membres est académicien, et possède 30,000 fr. de rentes; madame la comtesse Clauzel, fille de

port à l'os. En résumé, dans la demi-flexion, les forces musculaires prises en masse agissent sur le fémur; toutes le sollicitent dans leur sens, mais avec une puissance très médiocre. Dans l'extension, il n'y a que quelques-unes de ces forces qui sont mises en mouvement, mais avec une énergie bien plus considérable.

Pourrait-on combiner l'extension permanente avec le raccourcissement ?

Maintes fois, pour ne pas dire toujours, on l'a essayé ; Dupuytren, Bell et d'autres encore en avaient la prétention. Mais il n'en faut pas moins convenir que cette combinaison est extraordinairement difficile à obtenir, surtout, ce qui est nécessaire, si l'on veut éviter la compression des parties, compression sur laquelle nous avons déjà appelé si souvent l'attention à propos de beaucoup d'autres lésions, compression dont les inconvénients sont graves. La position demi-fléchie entraîne nécessairement quelques-uns de ses désavantages, c'est-à-dire que l'on voit survenir sous l'influence de la compression des vaisseaux du jarret un engorgement douloureux dans le genou, dans toute la partie inférieure du membre et jusque dans le pied.

Ces inconvénients ont fait qu'aujourd'hui on n'a adopté cette méthode qu'avec de certaines réserves.

La méthode par extension n'est pas non plus dépourvue d'avantages, c'est ce qui fait qu'on y est revenu dans certains cas. Ces procédés, position et extension, ont tous deux des conséquences et bonnes et mauvaises, des avantages et des inconvénients, et cela, abstraction faite de tout appareil. Il est indispensable de ne point oublier cela pour pouvoir établir un jugement positif sur la valeur de tel ou tel nouveau bandage sur les propriétés duquel on serait appelé à décider. Tous les bandages sont une nuance de l'une ou de l'autre de ces grandes méthodes, et si l'on examine chacun des appareils qui les constituent, on acquiert bientôt la conviction qu'aucun n'est véritablement bon, car la méthode dans laquelle il rentre n'est pas elle-même à l'abri de tout reproche.

Il faut diviser les appareils de la méthode par extension en sept ou huit groupes principaux. D'abord le groupe de ceux qui exercent cette extension en tirant fortement sur les deux extrémités du membre. On doit ranger dans cette classe tous les anciens bandages, les glossocomes, les appareils de Galien, de Guy de Chauliac, de Schneider, de Petit et quelques nouveaux. Cette méthode, qu'on a appelée méthode d'Hippocrate, a été abandonnée, parce qu'on en trouvait les moyens incomplets, insuffisants. On faisait anciennement l'extension au moyen d'une poulie et d'un poids. Scultet, lui-même, avait un brodequin dans lequel le pied étant placé, et le tronc étant fixé convenablement, il faisait l'extension au moyen d'une poulie et d'un treuil. C'était là un appareil extrêmement difficile à supporter et incomplet d'ailleurs. Cependant M. Gresely remit ce genre de bandage en vogue en le modifiant. M. Velpeau expérimenta l'appareil de M. Gresely à l'hôpital Saint-Antoine en 1828. Il consiste en une ceinture en cuir matelassée convenablement avec deux lacs et un sous-cuisse muni de courroies, un brodequin avec des boucles et des courroies en gomme élastique. L'extension, la contre-extension et la coaptation pratiquées, on fixait, après avoir appliqué la ceinture, les courroies réunies au sous-cuisse, au chevet du malade, les lanières élastiques étaient attachées au pied du lit. M. Gresely affirmait que cet appareil fatiguait les muscles sans les irriter, parce que, disait-il, les courroies élastiques exerçaient une tension continuelle mais toujours modérée par l'élasticité même. M. Velpeau adopta ce bandage en le modifiant heureusement et en le rendant plus facile à se procurer dans quelque lieu qu'on se trouvât. Ainsi, il substitua à la ceintnre un bandage de corps ordinaire; il employa des bandes à la place des courroies; la guêtre en cuir fut remplacée par une guêtre en toile dextrinée, et au lieu des lanières élastiques il se servit tout simplement de lacs qui furent fixés aux pieds du lit du malade. Cet appareil permettant en outre d'appliquer le bandage qu'on juge convenable, soit un bandage simple roulé sur le membre ou tout autre, M. Velpeau se servit ordinairement du bandage de Scultet. Il l'a abandonné depuis, cela lui ayant paru inutile.

D'après un article publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'appareil de M. Jobert aurait beaucoup de similitude avec celui-là.

Après le groupe que nous venons d'étudier, vient celui des attelles, dont les appareils sont au nombre de trente ou quarante à peu près. Dans celui-ci, qui présente des nuances extrêmement variées, on distingue le bandage de Vermandois ou de Desault. Il consiste à prendre les points d'extension, en haut sur les tubérosités de l'ischion du côté malade ; en bas, sur les malléoles ; à fixer les lacs destinés à les exécuter, sur les deux bouts d'une forte attelle placée au côté externe, et à faire, comme le dit Bichat, une seule pièce du bassin, de la cuisse, de la jambe et du pied. Cet appareil se composait d'un drap fanon ordinaire replié à son angle supérieur et interne pour s'accommoder à la grandeur différente des attelles ; d'un bandage de corps, d'un sous-cuisse, de trois attelles fortes, dont l'externe doit s'étendre depuis la crête de l'os des îles jusqu'à onze ou douze centimètres de la plante du pied. A sa partie inférieure doit être pratiquée une échancrure, et un peu plus haut une mortaise ; des coussinets de balle d'avoine, des bandelettes, des compresses et des bandes. L'appareil étant placé sur le lit, le malade y est ensuite couché : le chirurgien doit être à la partie externe de la cuisse fracturée.

L'extension, la contre-extension et la coaptation étant faites, on applique d'abord les compresses et les bandelettes médiocrement serrées ; l'extrémité de la jambe est enveloppée d'une compresse épaisse destinée à empêcher le membre de ressentir l'action de la bande, qui est placée de manière que son milieu correspondant au-dessus du talon, les deux chefs viennent se croiser sur le coude-pied, portés à la plante, où ils sont croisés de nouveau pour être laissés là jusqu'à la fin de l'application de l'appareil. Le long de la cuisse sont placés les coussins de balle d'avoine pour remplir les inégalités du membre. Autour des deux attelles latérales sont roulés les deux bords du drap fanon. On place encore des coussins sur la partie antérieure de la cuisse, et l'attelle est mise par-dessus. Des lieus au nombre de quatre pour la cuisse et trois pour la jambe, sont passés d'avance sous l'appareil, noués et serrés convenablement sur l'attelle externe. Le bandage de corps est alors fixé de manière à assujétir latéralement l'attelle externe, et il est retenu par le sous-cuisse. Enfin, pour terminer, une compresse épaisse ayant été placée sur la tubérosité sciatique, on passe sous l'appareil une bande qui est ensuite ramenée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas; elle est nouée au pli de l'aine, et les deux chefs de la bande croisés à la plante du pied sont alors passés, l'un dans la mortaise, l'autre dans l'échancrure de l'attelle, et noués fortement.

Comme on le voit, dans ce système le malade est complétement indépendant du lit sur lequel il est placé ; tandis que dans les précédents il en faisait pour ainsi dire partie, y étant fixé par deux points.

Mais cet appareil, pas plus que les autres, n'est exempt de désavantages, et au nombre de ses inconvénients, il faut ranger celui-ci en première ligne: l'extension n'étant pas faite parallèlement à l'axe du membre, il s'ensuit qu'une partie de ce membre doit être constamment déviée ; or, on observe souvent, en effet, que la pointe du pied est portée en dehors. De plus, il faut ajouter à cet inconvénient tous ceux que l'on signale comme conséquences de l'emploi des appareils extensifs en général, c'est-à-dire les engorgements, les escharres, etc.

Boyer modifia ce bandage. Celui dont il se servait consistait en une attelle, un sous-cuisse et une semelle. L'attelle, longue de 1 mètre 33 centimètres, présentait une fente de 2 centimètres dans la moitié de sa longueur ; un tourillon et une vis de rappel traversait un écrou mobile logé dans la fente de l'attelle. Une branche d'accès fixé à l'attelle, était destinée à supporter une semelle en fer battu ; c'est sur cette semelle qu'était fixé le lac extenseur. (*Voir*, pour les détails de ce bandage, *le Traité des Maladies chirurgicales de Boyer*, t. III, p. 302.) Les avantages que présentait le bandage de Boyer, étaient: 1° qu'il faisait l'extension et la contre-extension sur des parties fort éloignées du lieu de la fracture; 2° que les forces extensives et contre-extensives étaient distribuées sur une surface étendue, autant que le permet la structure des parties ; 3° que l'extension et la contre-extension étaient exercées dans le sens le plus rapproché de l'axe du membre, avantage qu'il possédait sur celui de Desault. Enfin, selon Boyer, on pouvait graduer à volonté, et par degrés sensibles, l'extension et la contre-extension.

Cet appareil, malgré ces avantages, n'était point pour cela dépourvu des inconvénients communs à tous ceux qui rentrent dans la même méthode. La compression et les conséquences qui la suivent ne s'observaient guère plus rarement en le mettant en usage; des escharres survenaient assez fréquemment, et un personnage célèbre, Lafayette, n'est pas moins resté boîteux malgré son emploi.

Il nous reste à passer en revue quelques autres bandages à attelles et la méthode par suspension ; c'est ce que nous ferons daus un prochain article.

D[r] PAJOT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1[er] juin 1843.—Présidence de M. Fl. Léger (vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance. La Société reçoit les ouvrages suivants :

1° Notice sur les eaux minéra es et médicinales de Saint-Neclaire ; par le docteur Rigat. (Rapporteur, M. Pertus.)

2° Réflexions sur quelques points de physiologie relatifs au système nerveux ganglionnaire, par M. Brachet, au sujet de quelques opinions professées par MM. Medici et Berutti.

3° L'exemplaire adressé à chaque membre de la Société, d'un ouvrage sur la cure radicale des hernies, par M. Jalade-Lafond, son auteur. Des remerciements unanimes sont votés à M. Lafond pour l'hommage de son mémoire, qui sera conservé dans les archives de la Société.

— *M. Chalut* demande l'avis de la Société sur une jeune fille de quinze ans qui ne porte encore aucune apparence de menstruation prochaine; elle est d'un tempérament nerveux, coléreuse, jalouse, atteinte depuis plusieurs mois d'une danse de Saint-Guy ayant plus particulièrement son siége à gauche. La main et la jambe de ce côté sont atteints des convulsions cloniques propres à la danse de Saint-Guy; la main surtout remue sans cesse. On a employé en vain les bains simples prolongés et par immersion, les bains sulfureux, le liniment de Rosen à l'intérieur, la valériane, le fer, les pilules de Méglin, moyens auxquels n'avaient pas résisté sept cas de chorée que j'ai eu l'occasion d'observer.

M. Thore a employé dans ce cas, avec succès, les bains prolongés et le musc, de 5 à 30 centigrammes par jour.

M. Pertus. Chez une jeune fille de huit ans, j'ai d'abord pratiqué une saignée que j'ai fait suivre de l'usage des bains froids; car le traitement antiphlogistique me paraît la première indication dans un grand nombre de chorées. Celui-ci devenu inutile, j'ai employé sans succès les antispasmodiques; dès lors je cessai tout traitement, et quelques mois après la maladie disparut d'elle-même.

A peu de temps de cette observation se présenta un jeune homme de province chez lequel la chorée paraissait due à l'abus du vin blanc.

M. Philibert Costaz, a 400,000 fr. de rentes, et le testateur a pris soin de déclarer que, s'il ne la nommait pas parmi ses légataires, c'est qu'elle était déjà fort riche. »

La Cour royale (première chambre), malgré les efforts de M[e] Marie, avocat de M. Coslaz, a confirmé purement et simplement le jugement du tribunal de première instance de Paris, du 8 février dernier, qui maintient le legs de 30,000 fr.

§ IV. Justice administrative.

I. *Patente. — Médecin attaché à un hôpital. — Nomination par les autorités constituées. — Titre conféré par le conseil d'administration du corps. — Approbation du maréchal duc de Conegliano. — Irrégularité. — Maintien au rôle des patentes.* — (Conseil d'Etat.)

Pour qu'un médecin puisse jouir du bénéfice de l'exemption du droit de patente créé par l'article 29 de la loi du 1[er] brumaire an VII, en faveur des médecins attachés au service des hôpitaux, il faut que le réclamant soit attaché à ce service par une nomination des autorités constituées.

Ne peut équivaloir à une nomination officielle émanée du ministre de la guerre la délibération du Conseil d'administration d'un corps qui offre à un médecin le titre de médecin de la gendarmerie d'un département, bien que cette délibération soit revêtue du visa d'un maréchal de France dans le commandement duquel se trouve le corps dont s'agit.

Cette décision, toute rigoureuse, a été rendue sur la réclamation du ministre des finances contre un arrêté du Conseil de préfecture de la Loire-Inférieure du 8 janvier 1842, qui avait déchargé M. Poulet du Parc de la patente à laquelle il avait été imposé.

Ce docteur en médecine, d'après un certificat émané de ses confrères, n'exerce plus la médecine civile, et il se borne, étant arrivé à l'âge de soixante-onze ans, à continuer ses services pour la gendarmerie de Nantes, en vertu d'un titre ainsi conçu;

« Cejourd'hui, 28 juin 1812, le Conseil d'administration de la compagnie de gendarmerie du département de la Loire Inférieure, considérant que M. Jacques Poulet du Parc, docteur en médecine, membre de l'Académie de Paris, et de la Société des sciences et arts de ce département, n'a cessé de rendre depuis long-temps les services les plus désintéressés et les soins les plus assidus à la gendarmerie de cette résidence ;

» Considérant en outre qu'il a constamment refusé toute espèce de rétribution pécuniaire de la part des sous officiers et gendarmes;

» Voulant donner au sieur Poulet du Parc un témoignage ostensible de sa reconnaissance et de sa confiance en ses talents, lui a offert le titre de médecin de la gendarmerie impériale du département de la Seine-Inférieure. »

Ce brevet est revêtu du visa suivant ;

« Vu et approuvé, par les considérations exprimées dans la délibération du conseil d'administration.

» Signé : *Le maréchal duc de Conegliano.* »

Or, d'après M. Poulet, dont la nomination n'a été renouvelée par aucun des gouvernements qui se sont succédé en France depuis 1812, le maréchal de Conegliano, inspecteur de la gendarmerie de France, avait le droit, sans le concours du ministre de la guerre, de faire toutes les nominations dans l'arme de la gendarmerie.

Mais, M, le duc de Dalmatie, ministre de la guerre, par dépêche du 22 février dernier, n'a pas reconnu qu'il en fût ainsi. En conséquence, sur les conclusions de M. Cornudet, maître des requêtes, remplissant les fonctions du ministère public, le pourvoi de M. le ministre des finances a été admis, et M. Poulet du Parc a été rétabli sur le rôle des patentes de la ville de Nantes pour 1841.

II. *Patentes. — Rôle annuel. — Médecins honoraires adjoints. — Refus d'exemption.* (Conseil d'Etat.)

Du caractère purement annuel des rôles des contributions, il résulte que la décision rendue pour un exercice ne peut constituer un droit acquis en faveur des contribuables pour les exercices suivants.

L'exemption de patente, accordée par l'art. 29 de la loi du 1[er] brumaire an VII aux médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux par nomination des autorités constituées, ne peut être étendue aux médecins honoraires adjoints qui, en cette qualité, ne sont point chargés d'un service régulier et habituel près de ces établissements.

Ainsi jugé sur les conclusions conformes de M. Vuillefroy, maître des requêtes, remplissant les fonctions du ministère public, par rejet du pourvoi de M. Lagillardaie, médecin à Vannes, qui s'était pourvu contre un arrêt du Conseil de préfecture du Morbihan, en date du 20 mars 1840, qui l'avait maintenu au rôle des patentes de 1839, bien qu'il fût médecin-adjoint honoraire à l'hôpital de l'Humanité à Vannes, et que, sur ce motif, il eût été rayé du rôle des patentes par arrêté du 2 décembre 1829, qui, suivant lui, tranchait définitivement la question en sa faveur. (*Gazette des Tribunaux.*)

Nous avons fait connaître il y a quelque temps le dispositif d'un jugement rendu par le tribunal correctionnel de La Rochelle en faveur de M. le docteur Mallet, poursuivi par le ministère public comme coupable du délit prévu par l'article 346 du Code pénal, relatif au *défaut de déclaration de naissance*. Sur l'appel fait par le ministère public, le tribunal de Saintes a confirmé le motif du jugement rendu par les magistrats de La Rochelle.

Menacé de nouveau par le pourvoi dirigé contre ces décisions, M. Mallet s'est adressé à l'Association des médecins de Paris pour réclamer son appui moral dans une cause qui intéresse au plus haut degré l'exercice de la profession médicale.

Dans ces circonstances, l'Association, après en avoir mûrement délibéré, a sollicité de son conseil judiciaire, M[e] Amable Boulanger, avocat à la Cour royale de Paris, un avis motivé qui a été rédigé par cet avocat, et auquel ont adhéré MM. Philippe Dupin, ancien bâtonnier ; Marie, ancien bâtonnier ; Chaix-d'Est-Ange, bâtonnier ; et J.-B. Duvergier, Paillard de Villeneuve, Ed. Thureau et Durand-Saint-Amand, avocats à la Cour royale.

L'Assocation des médecins de Paris vient d'adresser cette consultation à la Cour suprême, et c'est avec confiance qu'elle la soumet à ses lumières.

Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de cette affaire.

Emploi de l'acide prussique à l'extérieur contre la goutte ;
Observation recueillie par le docteur Seidel, de Breslau.

Les attaques de goutte régulière les plus douloureuses sont, sans contredit, celles qui ont leur siége dans les articulations des pieds : les évacuations sanguines générales, jusqu'à ce que le mal local soit notablement diminué, sont toujours plus ou moins dangereuses ; les émissions sanguines locales par les sangsues, les scarifications et les ventouses sont très douloureuses, et pas moins dangereuses que les premières.

Pour échapper à ces inconvénients, M. Seidel a employé plusieurs fois, dans les cas de ce genre, l'acide cyanhydrique préparé d'après la formule d'Ittner. Il fait pratiquer, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, des applications de cet acide sur les articulations affectées, à l'aide d'un petit pinceau de poils de blaireau, et il dit que, sous l'influence de ce moyen thérapeutique, quelques heures suffisent pour que les douleurs les plus vives se calment, et qu'il n'en reste plus qu'une sensation très supportable. Dès lors, il suspend l'emploi de la médication.

Quant au traitement interne, il doit toujours être subordonné à la nature des symptômes que présentent les sujets.

(*Medicinische Zeitung.*)

J'usai encore de la saignée, des sangsues, puis des bains froids; et ces moyens ayant échoué, j'eus recours sans plus de succès aux pilules de Méglin, à la valériane, au musc, au camphre, le plus puissant des antispasmodiques. Enfin abandonnant tout traitement actif, je réduisis le malade au simple régime lacté, et la maladie disparut insensiblement. D'où je conclus qu'on doit plus attendre du temps que de tout autre moyen dans quelques cas de chorée.

M. Léger répond à M. Pertus. J'ai vu des cas, surtout chez des jeunes filles chlorotiques, où la saignée aurait été des plus défavorables. Quant au camphre, c'est un antispasmodique beaucoup moins actif que le musc; toutefois, je ne pense pas que les antispasmodiques soient essentiellement souverains dans la chorée. Il n'y a pas dans cette maladie de traitement spécial, et la constitution seule du sujet doit diriger dans sa thérapeutique.

M. Pertus. Je n'ai pas voulu imprimer une règle, mais indiquer les conséquences des deux observations qui se sont présentées dans ma pratique.

M. Tanchou. Il faudrait d'abord rechercher avec soin quelles sont les causes de cette chorée dont nous parle M. Chalut; car ces causes sont aussi variées qu'il y a de sujets, et même les causes peuvent varier chaque fois qu'elle se présente chez un même malade. Chez cette jeune fille, où rien encore ne paraît devoir attirer l'attention vers les parties génitales, je conseillerais une alimentation substantielle, l'usage du fer à haute dose, et les affusions d'eau froide sur les épaules; ce dernier moyen m'a toujours réussi.

M. Duhamel. Si l'on considère que la chorée est presque toujours bornée à une moitié du corps, on doit chercher sa cause dans le cerveau ou ses dépendances. Aussi, je crois que les affusions froides sur les épaules doivent être d'un grand secours. Legrand, et depuis plusieurs autres praticiens ont aussi obtenu d'heureux résultats de frictions le long du rachis avec le liniment de Rosen.

M. Léger. Sans impliquer la question du froid que M. Tanchou a étudié avec soin, je me garderais d'employer les affusions froides en pareilles circonstances, parce qu'il me semble qu'en général la constitution débile des sujets se refuse à l'emploi de pareils moyens; et l'anatomie pathologique n'a présenté jusqu'à présent aucune lésion qui mette sur la voie du siége de la maladie.

M. Tanchou. Il est probable que la chorée a son siége dans les nerfs du rachis, et comme ce doit être une lésion de fonctions des nerfs, le froid est, à mon sens, le plus puissant modificateur capable de ramener les fonctions à leur état normal. Son application, d'abord désagréable, devient bientôt supportable. Je l'emploie de la manière suivante: la malade est assise sur un petit banc au fond d'une baignoire, et reçoit l'eau projetée à l'aide d'un arrosoir sur la nuque et entre les deux épaules; après une demi-minute ou une minute, on remplace l'arrosoir par le seau, avec lequel on verse l'eau en nappe sur les épaules. L'eau doit être à une température un peu au-dessus de l'ordinaire.

M. Sterlin. J'ai employé le froid de la même manière dans un cas de fièvre typhoïde ataxique, à une époque de la maladie où les professeurs appelés en consultation pensèrent que le malade devait mourir. Trois seaux d'eau furent versés quatre jours de suite sur les épaules du malade placé dans une baignoire. Aussitôt après l'affusion, le malade, enveloppé d'une couverture chaude, était replacé dans son lit où la réaction et la sueur s'établissaient. Le malade guérit. Dans un autre cas, chez une jeune fille chlorotique qui avait des convulsions comme tétaniques à l'époque des règles, l'affusion froide fut le seul moyen qui diminuât les accès, sans toutefois les guérir.

M. Dupertuis, chez deux jeunes filles choréiques, l'une de dix-huit ans, l'autre de dix-neuf, a employé les bains de rivière; les accidents diminuèrent après cinq à six jours, et finirent par disparaître.

M. Nauche. La chorée a son siége principal dans la portion locomotrice de la moelle de l'épine. En introduisant un fer rouge dans le conduit rachidien d'un animal récemment tué, on détermine dans les muscles de ses membres des contractions saccadées analogues à celles de la chorée; aussi il approuve l'affusion d'eau froide sur les épaules. Il a aussi employé avec succès les bains froids et les bains de mer, les purgatifs réitérés, la suie tamisée dans le café et la soupe, les bains de savon, la digitale, l'infusion de laurier-cerise, enfin l'indigo jusqu'à la dose de 12 grains en pilules. Les urines deviennent bleues dans les accès, et cette teinte disparaît dans l'intervalle, chez les malades qui prennent l'indigo.

— *M. Sorlin* fait un rapport sur un mémoire italien de M. Gaëtani, sur la peste épidémique dont l'Egypte a été le théâtre en 1834. M. le rapporteur conclut que ce mémoire intéressant a porté de nouvelles lumières dans l'anatomie pathologique, sur les désordres occasionnés par cette cruelle maladie dans les organes; et s'il est impossible encore d'arriver à une solution quelque peu satisfaisante sur la nature, le siége et les causes de la peste épidémique, quelle que soit l'importance des recherches de M. Gaëtani, la science et l'humanité n'en doivent pas moins de la reconnaissance à l'auteur de ce mémoire, et à ses honorables confrères pour le noble dévouement dont ils ont fait preuve.

— *M. Guillon* annonce qu'il vient d'employer pour la cinquième fois, et avec succès, un procédé dont il a entretenu la Société il y a quelques années, et à l'aide duquel on guérit promptement et radicalement l'hydrocèle. Ce procédé consiste à introduire dans la tunique vaginale une petite sonde élastique, très flexible, assez longue pour former un nombre de tours de spirale proportionné au volume de la tumeur. Après avoir fait la ponction et évacué tout le liquide, M. Guillon fait pénétrer la sonde à travers la canule du trocart, et la maintient en place à l'aide d'un suspensoir, jusqu'à ce que sa présence ait provoqué un peu de douleur et un léger mouvement fébrile; alors il la retire, et fait conserver le suspensoir pour éviter le tiraillement douloureux sur le cordon des vaisseaux spermatiques. Ce procédé, d'une application si facile qu'il peut être mis en pratique par tous les hommes de l'art, n'exige aucun de ces préparatifs qui effraient toujours plus ou moins les malades. La sonde, agissant sur une assez grande étendue dans la tunique dont elle écarte légèrement les parois, facilite l'entrée de l'air dans cette cavité et la sortie de la sérosité aussitôt qu'elle s'est formée.

M. Guillon, après avoir passé en revue les divers procédés d'opérations de l'hydrocèle, arrive aux injections et dit que les différentes espèces d'injections ont l'inconvénient de ne pas produire assez ou de provoquer trop d'excitation dans la tunique vaginale, et déterminent quelquefois des désordres fort graves surtout lorsqu'elles pénètrent dans le tissu cellulaire et les dartos. Il est même résulté des abcès et la gangrène de la trop grande distension par une injection trop considérable. Déjà cinq essais ont été confirmés par des succès: M. Guillon pense que ce résultat était digne de fixer l'attention de la Société sur un procédé d'une exécution facile et à l'aide duquel on modère et l'on suspend à volonté l'inflammation.

M. Léger ayant toujours vu réussir dans les mains des maîtres de l'art ou dans les siennes l'injection par le vin chaud, se demande quelle nécessité a pu faire chercher de nouveaux moyens opératoires. La sonde flexible, dont parle M. Guillon, peut bien dans les deux ou trois spirales produites dans la tunique, déterminer des lignes inflammatoires, mais l'inflammation s'étendra-t-elle de l'une à l'autre, et ne se formera-t-il pas dans l'intervalle des points où l'inflammation adhésive ne pourra avoir lieu. Je n'approuve pas davantage les injections d'iode qu'on a voulu substituer au vin chaud, et j'appellerais volontiers à l'appui une expérience comparative faite par M. Gucrsant et moi dans un cas d'hydrocèle double, où l'injection iodurée faite d'abord fut sans succès, tandis que l'injection par le vin chaud faite sur le côté opposé, quelque temps après, réussit parfaitement. Au reste, il a toujours vu réussir l'injection par le vin chaud.

M. Jacques partage entièrement l'avis de M. Léger.

M. Guillon a dit en thèse générale que l'injection ne réussit pas toujours, et l'observation citée par M. Léger vient, dit-il, à l'appui de son assertion. M. Blandin a publié l'histoire d'un malade chez lequel une injection de la tunique vaginale a déterminé une péritonite mortelle, et M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, annonce qu'à la suite des injections la gangrène du scrotum se déclare beaucoup plus souvent qu'on ne croit.

M. Soubcrbielle et M. Léger appuient de nouveau la préférence qu'ils donnent aux injections vineuses.

Le secrétaire-adjoint, TERRIER.

Mon très honoré confrère,

L'impartialité dont vous faites preuve dans vos comptes-rendus des séances de l'Académie de médecine, m'est un garant que vous voudrez accueillir les rectifications suivantes dans les paroles qui me sont attribuées dans votre numéro du 13 courant:

Pag. 307, deuxième colonne, ligne 93, *au lieu de:* une trace qu'on vous a fait voir, lisez: une trace de cette tension qu'on vous a fait voir. Ceci ne peut être qu'une erreur typographique.

Même colonne, ligne 99, *au lieu de:* Je ne sais à quoi cela tient, veuillez lire: Je ne recherche pas pour le moment à quoi cela tient.

Même colonne, ligne 107, à cette phrase: « On peut d'ailleurs, etc. » Et à la suivante: « Je pourrais aussi montrer, etc. », veuillez substituer le paragraphe que voici:

« J'ai d'ailleurs à présenter maintenant une épreuve qui domine tous ces faits de détail. Je fais incliner le tronc fortement à gauche, au point que la courbure lombaire paraît retournée; les muscles du côté droit ne sont pas plus tendus; ils offrent la même souplesse qu'auparavant. parce que le malade, soutenu par le plan sur lequel il repose, n'a besoin d'aucun effort pour garder cette position. Voici actuellement le tronc fortement fléchi à droite; la courbure dorsale est redressée, sans que les muscles du côté gauche montrent plus de résistance, sans qu'ils deviennent durs, soulevés, ni tendus. Je pourrais montrer que les choses se passent autrement dans la station, parce que les muscles entrent alors en contraction, pour soutenir le tronc incliné latéralement; ce qui en impose pour une rétraction musculaire. »

Troisième colonne, ligne 26. Permettez-moi de rétablir ici ma réplique dans les termes suivants:

« Je vais refaire l'expérience, en me conformant au désir de M. Blandin dans la position que je donnerai au malade. Chacun peut voir, qu'ainsi que je l'avais annoncé, soit que le tronc soit fléchi à droite, soit qu'on l'incline à gauche, les muscles du côté opposé se soulèvent et se montrent durs et contractés; ce qui n'avait aucunement lieu dans la position horizontale. J'accorde que ce phénomène est un peu plus prononcé du côté droit; qu'il se forme, dans ce sens, un petit sillon entre les deux portions du sacro-spinal. Quand une discussion sera possible, je m'expliquerai sur cette différence, dont on tire des conséquences, à mon avis, mal fondées. »

Agréez, etc. BOUVIER.

Paris, 13 juillet 1843.

NOUVELLES.

Nous recevons, trop tard pour l'insérer immédiatement, une longue lettre de MM. Dechambre, Kuhn et Brochin. Nous la publierons volontiers dans le prochain numéro avec les réflexions qu'elle nous suggère.

— Nous recevons également une nouvelle lettre de M. Malsonabe, que nous regrettons de ne pouvoir publier. Elle contient, entre autres choses, une invitation à M. Guérin de réunir une consultation avant l'opération de myotomie, qu'il se propose de faire à l'hôpital, demain 15. Nous ne doutons pas que M. Guérin, dans son propre intérêt, ne prenne à ce sujet toutes les précautions nécessaires pour mettre à couvert sa responsabilité.

— M. le docteur Aubanel, médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés de Marseille, vient, par arrêté du ministre de l'intérieur, d'être nommé médecin en chef de cet hospice.

— La Société de médecine de Paris décernera un prix de 500 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur « l'Emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. »

Les mémoires devront être adressés, avant le 1er juin 1844, à M. le docteur Prus, secrétaire-général de la Société, à Paris.

— La Société vétérinaire du Calvados et de la Manche met au concours la question suivante, comme sujet de prix à décerner en 1844:

« Quels sont les moyens à employer pour prévenir ou faire disparaître, sans avoir recours à la cautérisation, les synovites, hydarthroses ou tumeurs molles des articulations et des gaînes tendineuses dans l'espèce chevaline, et particulièrement chez les poulains? »

Une grande médaille d'argent sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire. Elle sera délivrée le 2 novembre 1844.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er août de la même année, à M. Caillieux, secrétaire de la Société, à Caen. Ils devront porter une sentence ou devise qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom et le domicile de l'auteur.

La Société se réserve le droit de publier les mémoires qui lui seront envoyés.

— M. le docteur Borchard, l'un des membres de la commission que la Société de médecine de Bordeaux envoya dans le département de la Dordogne pour y observer, étudier et traiter l'épidémie de suette en 1841, et qui se mit de nouveau à la disposition du préfet de Lot-et-Garonne pour soigner les malades affectés de la même maladie épidémique, en 1842, dans ce département, vient de recevoir du ministre de l'intérieur une médaille en or, grand modèle, en témoignage de reconnaissance des conseils et des secours efficaces qu'il a portés aux habitants de ces contrées.

Monsieur le Rédacteur,

Je sais trop le respect que je dois à messieurs les médecins pour me permettre de citer le nom de l'un d'eux sans en avoir obtenu sa permission verbale. Je déclare qu'à l'occasion de mes bandages compresseurs pour les seins squirrheux, je n'ai nommé M. le docteur Tanchou que parce qu'il m'y avait autorisé; si M. Tanchou ne se souvient pas de me l'avoir dit, il se rappellera mieux sans doute de m'avoir écrit il n'y a pas bien long-temps chez moi, pour me demander que je m'engage sur l'honneur à ne fabriquer de Compresseurs *que pour lui seul*, m'offrant en récompense de me citer avec éloge dans le travail qu'il se proposait de présenter à l'Académie des sciences sur le cancer. Je n'ai pu souscrire à laisser aux mains de M. Tanchou l'usage exclusif de mes Compresseurs. Je suis au service de messieurs les médecins, et je n'ai pu refuser ni à M. le docteur Desruelles, qui le premier les a employés au Val-de-Grâce pour la compression des bubons, et en ville pour affaisser un sein squirrheux; ni à M. le docteur Puche, qui les met en usage pour le même sujet à l'hôpital du Midi; ni à M. le docteur Monod, qui, avec de grands avantages, s'est servi de mes Compresseurs à la Maison royale de Santé. Aussi ai-je été un peu surpris en lisant dans votre journal l'article publié par M. Tanchou; il parle de *ses* Compresseurs, *qui étaient les miens;* il a oublié de dire *qu'ils sortaient de mes ateliers.* Aujourd'hui M. Tanchou, à qui j'ai écrit pour me plaindre de cet oubli deux lettres qui sont restées sans réponse, déclare, *un peu tard sans doute*, que mes Compresseurs (*qui lui ont si bien servi pendant deux ans, et dont il me faisait les plus grands éloges*) ont, selon lui, des inconvénients. M. Tanchou, qui sait mieux que personne combien je suis attentif aux observations de messieurs les médecins, plus dans l'intérêt de la science que dans mon intérêt propre, aurait dû, ce me semble, signaler ces inconvénients à ses confrères. MM. les docteurs Monod, Desruelles, Puche et Auberge, à qui j'ai livré des Compresseurs pour le même usage qu'en faisait M. Tanchou, m'autorisent à les citer, ils ont même eu la bonté de me recommander de dire qu'à leurs yeux aucun autre moyen de compression n'était comparable au mien, et aucun d'eux ne m'a recommandé de ne les fabriquer *que pour lui seul*, tant ces dignes médecins sont éloignés de s'en approprier l'invention et d'en monopoliser l'application.

M. Tanchou dit qu'il emploie des compresseurs en caoutchouc. J'ai lieu de croire qu'il s'abuse ou est trompé si *ses* compresseurs sont seulement en caoutchouc, ils ne doivent pas avoir cette élasticité de mes pelottes qui a tout d'abord frappé M. Tanchou, élasticité qui résulte du jeu de l'hélice dont je suis l'inventeur breveté, et que je place entre deux plaques, comme je le fais pour les pelotes de mes bandages herniaires, qu'au moyen de ce mécanisme, j'ai débarrassé de la ceinture en fer de tous les bandages ordinaires. Je suis sur le point de découvrir la fraude; mais quel que soit celui qui en serait l'auteur ou le propagateur, j'userais contre lui des droits que la loi m'accorde.

Puisque M. Tanchou ne veut plus qu'on le nomme, veuillez, M. le Rédacteur, effacer son nom des annonces que vous faites pour moi dans votre excellent journal. J'aurais voulu ajouter au sien les noms de MM. les docteurs Monod, Desruelles, Puche, Auberge, et de plusieurs autres médecins estimables. Ceux-ci sont assez honorablement connus, et mes bandages assez justement appréciés de messieurs les médecins de la France, pour que je puisse, à regret sans doute, me passer du suffrage de M. Tanchou.

Agréez, etc.

J.-F. PERNET,
Fournisseur des sapeurs-pompiers de la ville de Paris, et des garçons de recette des banquiers.

Paris, 10 juillet 1843.

On désire céder, dans une ville de 200 mille âmes, une clientèle de médecin, rapportant, par année, plus de 12,000 fr., avec un beau logement et un mobilier complet.

S'adresser à M. CRENET, directeur-gérant de la Caisse centrale des médecins, rue Neuve St-Denis, 25.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 84, TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Pneumonie lobulaire partielle. Accès d'éclampsie. Coqueluche. — Mort. Autopsie.

Le 26 juin, est entré à l'hôpital des Enfants le nommé Bremel, âgé de deux ans, couché à la salle Saint-Thomas, n° 2.

Cet enfant, d'une assez bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, vacciné, ainsi que l'on peut s'en convaincre par l'examen des bras, n'a eu ni la rougeole, ni la petite-vérole. Il n'a point de gourmes dans la tête. Les parents se portent habituellement bien. La mère, d'un tempérament sanguin, paraît d'une bonne constitution et jouit d'une bonne santé.

Il y a aujourd'hui trois semaines qu'il est tombé malade. Pendant les huit premiers jours, il toussait un peu; il a eu également quelques vomissements. La mère déclare qu'il a souvent présenté pendant cet espace de temps un mouvement fébrile presque continuel, assez intense.

Depuis quinze jours, il tousse beaucoup plus, par accès comme convulsifs. Pendant les accès, les joues et le visage presque entier deviennent d'un rouge violacé tirant sur le bleu. Oppression très considérable pendant les quintes de toux. Nausées et vomissements composés de liquides glaireux et de tisane. Depuis quinze jours, l'enfant ne prend pour toute nourriture qu'un peu de lait chaque jour. Il ne se plaint pas du ventre quant on le touche. L'enfant depuis deux jours a un dévoiement assez abondant, et rend plusieurs fois ses matières sous lui chaque jour.

Depuis trois semaines, avons-nous dit, l'enfant a la fièvre presque continuellement; elle commence l'après-midi par des frissons, suivis de chaleur et de sueur. Il y a dix jours, il eut une fois seulement un accès dans lequel tout le corps se renversa en arrière, les bras et les mains étendus et serrés; le cou rejeté en arrière, la bouche entr'ouverte, les yeux convulsés en haut, le visage gonflé, d'un rouge violacé tirant sur le bleu. L'accès a été annoncé par un petit cri aigu jeté par l'enfant, qui est resté sans rien dire et sans pousser de cris pendant les cinq minutes que dura cet accès. Depuis ce jour, il n'a éprouvé aucun accident semblable, et n'a eu aucune perte de connaissance. Il reste seulement assoupi le jour; pendant la nuit il ne dort pas, ou très peu, le sommeil étant très fréquemment interrompu par la toux, qui est des plus fortes. Il pousse pendant la nuit des cris très aigus, et presque continuels.

Les parents ne savent à quoi rapporter la cause de la maladie.

Au moment de l'entrée, le pouls est à 160 par minute. C'est à peu près là que se borne l'examen de l'enfant à cet instant.

Le 27 juin, pouls à 148-152, difficile à compter à cause de sa fréquence; dyspnée; respiration courte, à 32 au moins par minute. La percussion ne donne presque rien, mais cependant est un peu plus obscure en bas à gauche; respiration assez bonne partout, en arrière; dans le point correspondant à l'endroit où le son est plus obscur, on entend un râle crépitant fin. Le ventre n'est nullement douloureux à la pression même assez forte. On n'aperçoit sur le corps aucune trace d'éruption. Les battements et les bruits du cœur sont tellement confus que l'on ne peut rien distinguer par l'auscultation. Six ventouses scarifiées en arrière, à droite et à gauche; mauve édulcorée; looch blanc; lait coupé.

Le 28 juin, l'enfant s'est plaint beaucoup cette nuit, et a poussé des gémissements presque continuels; il a beaucoup toussé; quelques quintes convulsives, avec inspirations sifflantes, analogues à celles que l'on observe dans la coqueluche. Mêmes phénomènes que la veille pour l'auscultation et la percussion. Un peu de râle crépitant en bas et en arrière à gauche; quelques nausées sans vomissements. Mauve édulcorée; looch blanc avec tartre stibié, 0,02; diète.

Le 29 juin, le malade a beaucoup toussé et éternué hier dans la journée. Deux ou trois vomissements. Pouls à 122. Il se met à son séant et se tient assis quand il tousse. Même gonflement et rougeur du visage pendant les quintes. Peau assez fraîche ce matin au moment de la visite. Respiration à 68. La nuit a été assez calme. Mêmes phénomènes à l'auscultation. Ventre indolent, même à la pression. Mauve sucrée; looch kermès, 0,05; lait coupé.

Le 30 juin, pouls à 144, petit, presque filiforme, échappant souvent au doigt qui l'explore; la respiration très accélérée, à 80 par minute. Il n'a pas eu de vomissements dans la journée d'hier. Deux ou trois quintes de toux accompagnées de bouffissure et de teinte violacée de la face. Le râle muqueux observé et noté les jours précédents a un peu diminué. Mauve; demi-looch blanc avec kermès 0,05, et oxyde de zinc 0,10; bain entier; pédiluve sinapisé; diète.

Le soir du même jour, les accidents présentent un nouveau degré d'intensité. La toux est beaucoup plus forte et plus fréquente. Vomissements après chaque quinte de toux; respiration très accélérée à 80-84. Le pouls donne 160, petit. Peau chaude, un peu moite.

Convulsions vers six heures du soir. Les yeux offrent d'abord un strabisme convergent manifeste. Raideur des membres supérieurs, et contracture des doigts. Teinte violacée du visage. L'enfant succombe peu après au milieu des convulsions.

Autopsie cadavérique. — Appareil respiratoire. Le poumon gauche offre dans son libe inférieur et dans une partie du lobe moyen, une congestion intense, partielle, se rapprochant même de l'hépatisation rouge. Au sommet des deux poumons, on ne constate rien d'anormal, si ce n'est peut-être un peu de dilatation des bronches. Le tissu pulmonaire est crépitant, hormis les points indiqués. Les ganglions bronchiques des deux côtés rouges, un peu gonflés, ne contenant cependant pas de pus dans leur intérieur.

Système nerveux. Les méninges sont fortement congestionnées; les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir, à demi liquide. La pie-mère enlevée, on constate une teinte rosée de la substance corticale. La substance blanche, coupée par tranches, est fortement sablée, piquetée de gouteletles de sang; les plexus choroïdes gorgés de sang; l'hémisphère gauche est moins congestionné que le droit; les plexus choroïdes aussi injectés d'un côté que de l'autre; un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules; cervelet congestionné.

(L'enfant avait six dents; quatre en haut, et deux en bas.)

— Comme observation complexe et multiple, le fait que nous venons de raconter est sans contredit un de ceux qui peuvent nous offrir le plus d'intérêt. En effet, nous trouvons chez le même sujet trois affections de nature diverse, se développant et marchant simultanément, et finissant par les désordres fonctionnels autant que par les désordres organiques qu'elles ont produits, par amener une terminaison fatale. Nous allons examiner successivement chacune de ces trois affections, nous réservant de revenir plus au long sur chacune d'entre elles dans des articles spéciaux, à propos de malades chez lesquels une seule affection aura été observée à la fois.

Et d'abord, au moment de son entrée, les parents de cet enfant ont déclaré que, malade depuis trois semaines, il avait eu une seule fois, et pour la première fois de sa vie, une attaque convulsive, dont ils n'ont pu nous donner la description et dont on n'a pu tenir aucun compte, sans cependant qu'on eût l'intention de la négliger tout à fait, jusqu'à ce qu'une observation directe, d'après l'examen d'une de ces attaques convulsives démontrât d'une manière positive, s'il en survenait une nouvelle, à quelle affection on avait affaire. On a donc dû, pendant les premiers jours, négliger totalement cet élément de diagnostic, l'enfant n'ayant offert que beaucoup plus tard, plusieurs jours après son entrée, de nouveaux symptômes du même genre.

Au moment où l'enfant fut admis à l'hôpital, c'était l'affection pulmonaire qui prédominait en lui; nous en avons décrit les symptômes assez au long dans l'observation pour ne point être obligés d'y revenir. Cependant, il ne sera peut-être pas déplacé de présenter quelques réflexions sur la forme dite lobulaire de la pulmonie, forme beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, et qui diffère souvent et par les symptômes qu'elle revêt et par la marche qu'elle suit.

Dans la pneumonie lobulaire, lorsqu'on a occasion d'examiner les poumons de sujets qui succombent, on voit qu'en général, le poumon offre à l'extérieur un aspect rosé; il est mou, flasque et présente disséminées par intervalles, des taches d'un rouge violet plus ou moins foncé, bien limitées, solides, saillantes souvent et résistant au doigt qui les presse. C'est surtout vers le bord postérieur que siégent ces altérations, qu'il faut bien se garder de confondre avec la congestion hypogastrique survenue après la mort, et qui est l'effet de la position déclive de telle ou telle portion de l'appareil respiratoire.

La surface des incisions pratiquées dans l'organe pulmonaire est marbrée de gris rosé et de violet foncé. Chacune des taches rouges de l'extérieur répond aux parties de l'intérieur du parenchyme dont la coloration est plus foncée et qui constitue évidemment des noyaux d'engorgement dont l'aspect est assez analogue à l'hépatisation rouge de la pneumonie ordinaire. Ainsi, par sa consistance, son aspect, sa densité, il est tout à fait identique au poumon enflammé dans son ensemble. Mais pour obtenir tel ou tel de ces caractères, il est de première nécessité d'isoler parfaitement la portion malade du poumon lobulaire enflammé, si je puis m'exprimer ainsi, des portions saines du même organe. On conçoit facilement que le lobule hépatisé ne s'enfoncera sous l'eau dans laquelle on la projettera qu'autant qu'il sera débarrassé des portions saines qui l'entourent et dont la légèreté spécifique, beaucoup plus grande ferait largement équilibre au volume de l'eau qu'elles déplaceraient. Le liquide fourni par la pression, et

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un petit médecin qui grandit. — Les cautérisations pharyngiennes et leurs prodiges. — Une explication au piston. — Une princesse et le petit médecin. — Mésaventure d'un grand médecin. — Nécessité des conseils de discipline. — Horrible profanation de la dignité médicale. — Nouvelles infortunes de l'orthopédie.

Il existe parmi nous un tout petit confrère, petit de taille s'entend, éclos sous le beau ciel de la Provence, ce que l'on voit de reste à la pétulance, à la vivacité, à l'ardeur sans-pareille de ses allures, lequel mignon et semillant confrère fait parler de lui en haut lieu et a été la cause innocente d'une semi-disgrâce arrivée à un des matadors de notre profession. Vous avez tous entendu parler des cautérisations pharyngiennes avec l'ammoniaque, et des succès renversants qu'elles produisent. Si vous étiez assez malheureux pour ignorer cela, allez tous les lundis à l'Institut, vous entendrez, ou vous aurez un singulier guignon, M. le secrétaire perpétuel vous annoncer les merveilles hebdomadaires du docteur Marseillais. Ce ne sont que migraines atroces, que névralgies rebelles, qu'épilepsies, asthmes, toux, convulsions, hystéries, chorées et toute la série des affections nerveuses guéries comme par enchantement. La méthode est bien simple: Faites ouvrir largement la bouche au malade; trempez un petit pinceau dans l'ammoniaque; chatouillez légèrement la voûte palatine et la muqueuse pharyngienne, et tout est dit. Comment expliquer le phénomène? Pour mon compte, je n'en sais rien; mais je peux vous donner l'explication du confrère qui me paraît digne de vous être communiquée: « L'asthme qui se manifeste brus-» quement chez les individus, soit par l'action d'un courant d'air, soit » par une impression d'humidité, soit par l'effet de la chaleur, est une » aptitude plus ou moins grande de la part des individus à céder sous » l'empire de la chaleur, du froid et de l'humidité, qui favorise les cou-» rants de l'électricité, leur fluide nerveux électrique à l'atmosphère, » et à mesure que la privation du fluide vital arrive, il se manifeste » encore un symptôme qui rend l'état des asthmatiques plus pénible; » c'est la concentration de l'électricité qui reste sur le cerveau et sur » la moelle épinière, de manière que les nerfs n'en ont plus, surtout » ceux qui président à la circulation et à la respiration. Eh bien! en » présence d'un côté de la cession de l'électricité de l'homme à l'atmos-» phère et de la concentration de celle qui reste, l'alcali volatil, pous-» sant, comme par un coup de piston, l'électricité de la moelle épi-» nière et du cerveau sur toutes les parties du corps, ramène l'équilibre » et fait cesser complétement le mouvement de perturbation de l'élec-» tricité qui préside à l'asthme. »

Peut-être que quelques esprits sévères ne seront pas satisfaits de cette explication; mais ce que je sais, et ceci me ramène à mon histoire, c'est qu'une auguste princesse a été séduite par elle et a voulu voir. Un asthme invétéré la faisait horriblement souffrir. Jusqu'alors, compagne fidèle et dévouée de son royal frère, elle avait été obligée de renoncer aux longues promenades dans le Musée de Versailles, car monter quelques degrés d'un escalier, c'était s'exposer à une dyspnée violente. Tous les efforts de la médecine avaient été impuissants; la maladie devenait de jour en jour plus intense, quand le bruit des merveilleuses cures du docteur marseillais arriva jusqu'au château. Les obsessions, on le sent bien, ne manquèrent pas à la princesse; mais par égard pour son médecin, elle ne voulut rien entreprendre sans avoir son avis. Celui-ci ne voulut rien entendre, s'opposa le plus énergiquement possible au traitement pharyngien, traita de billevesées la belle explication que vous venez de lire, et, se retranchant dans les données anatomiques de la maladie, refusa opiniâtrement les secours de la médecine phocéenne.

Or, il arriva ce qui arrive toujours, même dans le palais des princes et des rois, c'est que M. le comte un tel, M. le diplomate tel autre, et l'interminable cortége des courtisans et des flatteurs avaient eu un frère, un parent, un ami guéri par le médecin marseillais, et pressèrent la princesse de s'adresser à lui.

Le royal frère a le bonheur d'avoir pour médecin un homme qui, habitué aux déceptions de la science *exacte*, de la science suivant toutes les règles, ne professe pas un suprême et hautain mépris pour l'empirisme. Il n'a pas dédaigné d'avoir quelquefois recours à l'homœopathie, dans d'autres circonstances au magnétisme; l'hydrothérapie ne le trouve pas inflexible; en un mot toute médecine qui guérit ou qui soulage est pour lui la bonne médecine, quelles que soient les théories à l'aide desquelles on appuie les guérisons. Consulté par l'auguste cliente, il répondit: Pourquoi pas? Seulement il faut voir, s'enquérir; et le voilà à la recherche des cures miraculeusement opérées par le médecin au pharynx. Il paraît que ses investigations furent satisfaisantes, car quelques jours après notre Marseillais fut mandé au château pour cautériser un pharynx quasi royal.

Ce qu'il en advint, c'est que le troisième jour, la précieuse malade qui avait peine à monter les degrés de son rez-de-chaussée, montait alerte et joyeuse le grand escalier de Versailles sans essoufflement, sans dyspnée; c'est que l'asthme avait disparu et que le médecin du roi fut fêté, complimenté de n'avoir pas dédaigné une pratique nouvelle; tandis que pour l'autre, le médecin de la princesse, on rejeta sur la vanité médicale et l'orgueil professoral, ce qui n'était au fond qu'une affaire de prudence et de circonspection.

Toujours est-il que depuis cette retentissante cure, il n'est pas de pharynx aristocrate ou diplomatique qui n'ait été cautérisé, et à l'heure qu'il est dans les salons *bien portés*, on ne se demande plus: Comment va votre santé; mais bien: Où en est votre pharynx?

Du pharynx au larynx la distance est petite, et je demande la permission de la franchir sans transition. Vous avez pu lire dans les journaux que le rigide et austère bâtonnier de l'ordre des avocats s'était fâché tout rouge en apprenant qu'un jeune émule des Berryer et des Marie avait donné la réplique à une tragédienne dans un salon particulier. Le conseil de l'ordre a été assemblé à ce sujet, et toutes les foudres de l'éloquence avocassière s'accumulent contre le jeune et trop complaisant Cujas. En effet, réciter devant un public d'élite quelques beaux vers de *Phèdre* ou de *Cinna*, est d'un déplorable exemple; c'est insulter à la dignité des Cujas de l'époque, à la rigidité des principes de ces Catons en robes, de ces Brutus souquenillés. Hélas! onze

découlant du point malade, est sanieux, mélangé d'une grande quantité de spumes.

Comme la pneumonie lobaire, la pneumonie lobulaire se présente à trois périodes, correspondantes aux trois degrés bien connus de l'inflammation ordinaire. Le premier degré se reconnaît à la coloration d'un rouge violet plus ou moins foncé des lobules du poumon envahis par la phlegmasie. Le liquide qui s'écoule des points malades, à la pression est rouge, sanguinolent, spumeux.

Dans le second degré, la teinte des noyaux phlegmasiques est d'un rouge tirant un peu plus sur le gris et même sur le jaune, si l'on s'approche d'une époque de transition entre la seconde et la troisième période. C'est alors que le liquide est sanieux, moins spumeux et mélangé ça et là de filets jaunâtres indice certains d'un commencement de suppuration.

Dans le troisième degré, la coloration du parenchyme est tout à fait jaune, le liquide qui s'écoule des incisions est jaune de même, purulent ; quelquefois, dans des cas exceptionnels, il est gris, et l'on pourrait, si l'on n'y faisait la plus grande attention, méconnaître la cause de la terminaison funeste de la maladie. Le tissu grisâtre offre, en effet, une coloration qui s'éloigne peu de la coloration normale, quoiqu'elle soit bien manifestement reconnaissable, lorsqu'une fois signalée on examine comparativement ses caractères et ceux que présente le poumon normal. Les points enflammés font saillie au-dessus de la surface de la coupe, tandis que, dans les parties saines, le tissu s'est affaissé. Pour les caractères du liquide, ils sont à peu près les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer au commencement de ce paragraphe.

On voit par les détails de l'autopsie donnés plus haut, que la pneumonie dont il s'agit, quoique pneumonie lobulaire, ne doit pas être rapportée à cette variété de phlegmasie à laquelle on a, dans ces derniers temps, donné le nom de pneumonie *mamelonnée*, en raison de la circonscription franche que l'on observe dons l'examen des lésions anatomiques. Le cas dont il s'agit ici se rapportait plutôt à la forme dite pneumonie lobaire partielle et généralisée, forme qui ne diffère que par l'étendue de l'inflammation, et la manière peu distincte dont sont limités les points enflammés, les points engoués et les parties saines. Du reste, il est une période à laquelle une partie de ces caractères disparaissent. A la troisième période, la pneumonie lobulaire généralisée n'est autre chose qu'une pneumonie lobaire ordinaire.

Enfin, lorsque des hépatisations peu étendues siégent au pourtour de la base des lobes ou au bord antérieur, semblables en tout aux inflammations ordinaires, elles constituent la forme à laquelle Delaberge avait donné le nom de pneumonie marginale, variété seulement de la pneumonie partielle, et sur laquelle nous croyons inutile de nous appesantir. Il est rare que cette forme marginale s'observe chez des enfants âgés de plus de six ans.

On ne s'attend point ici que nous décrivions les symptômes de la pneumonie ; ils sont assez connus pour que nous ne croyions pas devoir y insister. Nous dirons seulement que le râle crépitant y est ordinairement plus fin que pendant la pneumonie lobaire, et que souvent il est le seul symptôme que l'on observe pendant toute la durée de la maladie. Il est rare, si tant est même que cela soit possible, que l'on entende du souffle même à la troisième période de la pneumonie lobulaire. Etablir le diagnostic de la pneumonie, est chose d'ordinaire assez facile, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. Etablir un diagdostic différentiel bien exact entre les différentes formes de pneumonie chez les enfants est au contraire une chose de la plus haute difficulté et sur laquelle nous nous contenterons de donner quelques renseignements courts et simples.

Une matité étendue dans une grande partie du poumon, avec respiration bronchique, forte et bien étendue, décèle à l'observateur une forme de pneumonie qui ne peut être que la pneumonie lobaire ou lobulaire généralisée très intense et parvenue à une période avancée. Si la maladie est primitive, vous aurez plus de chances de rencontrer joste en supposant l'existence d'une pneumonie lobaire. Si elle est consécutive, ce sera plutôt une pneumonie lobulaire à laquelle on devra s'arrêter. La marche de la maladie servira encore graudement au diagnostic. Ainsi la pneumonie lobaire est la seule qui s'accompagne de râle de retour au moment où elle diminue d'intensité. Si nous n'insistons pas plus longuement sur ces différences qui sont d'une importance assez minime pour la pratique ; c'est que le traitement général et local est toujours le même dans ces cas différents, sauf les circonstances individuelles des faits et les conditions dans lesquelles se trouvent les sujets malades.

Quelques mots des signes tirés de l'état général. L'expectoration était nulle, et nous avons eu déjà occasion de faire observer que ce signe était des plus rare chez les enfants, d'autant plus rare qu'ils sont moins avancés en âge. Quand, dans des cas exceptionnels, il y a un peu d'expectoration, jamais le sang n'est combiné, comme dans la pneumonie lobaire, et ne donne aux crachats cette teinte rouillée caractéristique signalée par tous les auteurs.

Les indications que nous eussions pu tirer de la toux dans ce cas, étaient à peu près nulles, à cause de la complication de coqueluche qui existait en même temps, et qui donnait à la toux ce caractère de sifflement effrayant pendant les inspirations, sifflement qui semble faire craindre à chaque instant que la suffocation ne survienne.

Le décubitus, ordinairement dorsal, est souvent, comme dans le cas actuel, changé pour le décubitus assis, commun à toules les affections de l'appareil respiratoire dans lesquelles la dyspnée est extrême et la suffocation imminente. La fréquence du pouls et des mouvements respiratoires est en raison directe de l'étendue et du degré de gravité de la maladie. Dans le cas actuel, le pouls n'est pas descendu au-dessous de 160 par minute ; arrivées à ce nombre, et surtout chez de jeunes sujets, les pulsations artérielles sont tellement faibles qu'elles ne constituent guère qu'une espèce de tremblottement, d'oscillation, extrêmement difficile à compter. La fréquence de la respiration n'était pas moindre. A 48 les premiers jours, elles s'éleva bientôt à 60, et même à 80. Ce chiffre est ordinairement donné comme le maximum de la fréquence chez les plus jeunes enfants, et encore dit-on qu'il est très rare. Chez les sujets un peu plus âgés, la respiration ne monte guère au-delà de 60, à moins de cas tout à fait extraordinaires.

La marche de la pneumonie lobulaire est assez rapide, puisque l'on voit que, entré le 26 juin, l'enfant, malgré le traitement le plus énergique que l'on pût proportionner et à son âge, et à son affection, succomba au bout du sixième jour. Il est vrai que la maladie datait déjà de près de trois semaines ; mais il est probable, d'après ce qu'ont dit les parents, que l'affection n'avait atteint, que dans les derniers jours qui ont précédé son entrée, le degré de sérieuse gravité qu'elle a présenté dès l'entrée de l'enfant. Dans le cas qui nous occupe, la mort est donc survenue dans la période tout à fait aiguë de la maladie, et non point, comme on le voit quelquefois, après une marche lente et chronique d'une durée de plusieurs semaines.

Le pronostic est toujours grave, d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune, l'affection plus étendue et parvenue à une période plus avancée. Pour les causes, elles sont les mêmes que les causes de la pneumonie ordinaire, et nous n'y reviendrons pas.

Nous avons, dans des articles précédents, examiné à plusieurs reprises la valeur des différentes méthodes thérapeutiques mises en usage contre la pneumonie. Quelle qu'en soit la forme, le traitement ne varie pas ; les conditions individuelles seules peuvent amener des modifications dans le nombre des émissions sanguines, par exemple, la manière dont elles sont mises en usage ; la dose et le mode d'administration de tel ou tel agent thérapeutique, kermès, tartre stibié, etc. De plus, les complications, et dans ce cas elles étaient des plus graves, sont encore des causes qui doivent influer sur le traitement. Celui qui a été mis en usage dans le cas actuel est un de ces traitements mixtes auxquels on a souvent recours chez les enfants, et qui sont le plus souvent suivis de succès.

Chez les enfants, la méthode antiphlogistique, dans toute sa rigueur, est tout à fait inexécutable, et l'on a eu souvent les plus graves reproches à se faire pour avoir voulu croire que l'organisation de l'enfant est la même que l'organisation de l'adulte. Dans le cas particulier qui fait le sujet de cet article, il y avait eu déjà, avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, des accidents nerveux de nature douteuse, sur lesquels on ne possédait presque aucun renseignement, mais de l'existence desquels on était convaincu, et qu'il fallait, autant que posible, éviter de faire reparaître. Or, on sait que chez les individus de faible constitution, chez ceux qui sont sujets ou prédisposés à des accidents du côté du système nerveux, les émissions sanguines rendent plus frappante encore cette prédisposition, rapprochent et rendent plus violents les accès nerveux ou convulsifs. Nonobstant cette crainte de ramener les accidents nerveux en pratiquant des émissions sangoines, les accidents inflammatoires étant ici les plus à redouter, ceux auxquels il fallait s'opposer tout d'abord sous peine de perdre tout espoir de guérison, M. Guersant n'hésita pas à faire appliquer en arrière six ventouses scarifiées à l'enfant. En même temps, et comme moyen auxillaire puissant, il prescrivit l'administration d'un looch blanc dans lequel il fit ajouter deux centigr. de tartre stibié.

Ce furent les conditions d'âge, de tempérament, de constitution, qui déterminèrent M. Guersant à employer à une dose si faible le tartre stibié. Et puis, il faut le dire, depuis son entrée à l'hôpital, par suite de je ne sais quelle influence ; la diarrhée que l'enfant avait présentée deux jours avant son admission persistait encore, et il était tout simple de redouter, dans un cas déjà si compliqué, de produire encore une irritation peut-être extrêmement funeste du côté des voies digestives. Cette crainte parut même devoir tellement dominer la conduite du praticien en pareil cas, que M. Guersant renonça au tartre stibié pour lui substituer le kermès, substance insoluble, partant beaucoup plus inerte et moins susceptible de produire des désordres dans l'appareil intestinal.

En dépit de cette médication, logique et rationnelle, les symptômes de l'affection locale principale s'aggravèrent avec une rapidité effrayante. Cinq à six jours après son admission, l'enfant fut pris, comme il l'avait été au début, d'accidents convulsifs qui, bien observés par l'interne du service, ne laissèrent aucun doute sur leur nature : ils appartenaient à cette forme que l'on nomme *éclampsie*, qui dépendent bien évidemment d'une lésion du système nerveux, mais dont jusqu'à présent on ignore le siége et le mode de production, non pas que nous supposions que ces accidents ne reconnaissent aucune lésion matérielle ; mais, ces lésions, si elles existent, et cela ne nous paraît pas le moins du monde douteux, sont si légères ou si fugitives qu'il est impossible d'en retrouver les traces après la mort.

Quoi qu'il en soit, c'est lorsque l'affection pulmonaire fut devenue tellement grave qu'il était à peu près impossible de conserver le moindre espoir de guérison, que les convulsions reparurent, mais avec une violence et une fréquence tout à fait redoutable. Quelques antispasmodiques, tels que le sirop d'éther, furent inutiles, et c'est au milieu d'un appareil de symptômes formidables que succomba le petit malade.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Paralysie de la face.

Un de nos amis, M. Imbert, interne à l'Hôtel-Dieu, nous communique une observation de paralysie de la face, observée dans le service de M. Jadioux, qui présente un intérêt particulier, et que nous nous empressons de livrer à la publicité.

Le sujet de cette observation est un homme de vingt-huit ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle. Il raconte avoir reçu, il y a trois ans, un coup à la tête, sur le sommet, à la suite duquel il éprouva un peu de céphalalgie, et de difficulté pour froncer le sourcil, principalement du côté gauche, ce qui ne dura pas plus de trois semaines. Depuis cette époque pourtant il lui est resté une sensation toute particulière dans l'oreille gauche, qu'il compare à celle qu'on perçoit en entendant un soufflet animer doucement un foyer. Ce phénomène qui est survenu pour la première fois quatre ou cinq jours après le coup reçu, a toujours persisté ; il éprouve cette sensation toutes les fois qu'il avale sa salive, ou qu'il respire avec force ; elle a toujours la même intensité. Il n'a jamais souffert de cette oreille, et ses facultés auditives n'ont jamais été altérées. Il y a deux mois, tous les soirs après son dîner il ressentait de la céphalalgie gravative, et était obligé de se mettre à la fenêtre pour respirer l'air frais ; ce qui le soulageait. Cette pesanteur de tête ne se prolongeait point dans la nuit ; il se portait du reste très bien. Le 23 février dernier il s'aperçoit en se levant que sa joue gauche est enflée, que sa bouche est un peu déviée, et que la parole est difficile. Il s'était pourtant éveillé en bonne santé, et avait dormi toute la nuit. Les jours suivants, l'enflure augmente ainsi que la déviation de la boucha.

Le 28 du même mois, le malade s'aperçoit qu'il a de la peine à fermer l'œil gauche, qu'il y a un peu d'épiphora ; il y voit un peu trouble, mais rien que de l'œil droit. Il constate en même temps que les aliments n'ont plus de goût sur la moitié gauche de la langue, et qu'il expérimente lui-même avec un peu de moutarde portée sur cet organe. Depuis plusieurs jours il entend aussi moins bien de l'oreille gauche.

Le 4 mars le malade entre à l'Hôtel-Dieu, et le lendemain l'interne du service l'examine avec soin pour la première fois. C'est un jeune homme, dit-il, plein d'intelligence, qui analyse parfaitement son état et en rend un compte très net. La bouche offre une déviation considérable à droite ; il fume, comme on dit, la pipe et ne peut pas siffler. Impossible au malade de froncer le sourcil gauche ; il ferme incomplètement l'œil de ce même côté. Le muscle orbiculaire en est complètement paralysé. La joue gauche n'a plus de trace d'enflure ; la sensibilité tactile est tout à fait éteinte sur toute la paroi buccale, excepté près de la commissure des lèvres du même

---

fois hélas ! que diraient-ils, que feraient-ils ces farouches censeurs s'ils comptaient dans leurs rangs des avocats aussi gravement compromis sur ce chapitre que quelques-uns de nos confrères. Lire Corneille ou Racine, c'est bien mal assurément ; mais chanter Rossini ou Meyerbeer, voilà qui est atroce. Donner la réplique à mademoiselle Rachel, c'est déplorable ; mais chanter en duo avec Grisi, n'est-ce pas l'abomination de la désolation ? Et encore si ce crime énorme n'était commis que par quelque jeune disciple d'Hippocrate, par un Fernel en herbe, on pourrait admettre des circonstances atténuantes ; mais il n'en est point ainsi, et cette horrible profanation de notre dignité a été commise par comme qui dirait une sorte de chef, une manière de bâtonnier de notre ordre. Après de tels excès, il ne reste qu'à se voiler la face, à s'envelopper dans son manteau, et à attendre des jours meilleurs.

Ces jours meilleurs ne sont pas venus pour l'orthopédie, la pauvre innocente, qui me paraît dans ce moment bien malheureuse et bien persécutée. Remarquez à cette occasion comment on est toujours puni par où l'on a péché. Vous vous rappelez sans doute par qui, avec quelles armes et avec quelle vigueur a été combattue l'introduction de la statistique dans les sciences médicales. Pendant cinq à six ans une certaine *gazette* a vécu de cette polémique, quelquefois ardente, quelquefois spirituelle, mais souvent, à mon avis, en dehors du vrai. Aujourd'hui cette même gazette, qui a de bonnes raisons pour être vouée corps et âme à l'orthopédie, invoque la statistique pour honorer le culte de sa nouvelle patronne. Mais la statistique a fait preuve de rancune. La méchante a tellement brouillé les chiffres, qu'elle a donné beau jeu aux adversaires de l'orthopédie, qui ne se sont pas fait faute d'en rire. Autre rapprochement mémorable. Il y a juste dix ans, Broussais publia la statistique du choléra dans son service du Val-de-Grâce. Par qui fut combattue cette statistique ? qui la soumit à une critique extrêmement vive ? qui alla dans les bureaux du Val-de-Grâce compulser, vérifier les registres ? qui en tira les inductions peu favorables à la véracité de Broussais ? qui lui fit, à ce sujet, une guerre acharnée, impitoyable ? Qui ?.... Cette même gazette transformée aujourd'hui en orthopédie, et qui se trouve, la pauvrette, absolument dans le même piteux cas où elle avait placé le célèbre réformateur.

Juste retour, monsieur, des choses d'ici bas ;
Vous ne vouliez pas croire, et l'on ne vous croit pas.

Je dirai cependant que l'orthopédie s'est très habilement défendue mardi dernier à l'Académie de médecine contre l'orthopédie elle-même, car tous les malheurs lui arrivent à la fois, et il lui faut soutenir la guerre extérieure et la guerre intestine. Celle-ci, je le dis avec mon franc parler, me paraît on ne peut plus maladroite. Je comprends que les chirurgiens cherchent à rabattre les prétentions de l'orthopédie ; je comprends le doute du public médical sur les faits et gestes des coupeurs, des redresseurs, des machinistes et des ténotomistes ; mais qui ne voit que cette suspicion est générale, qu'elle s'adresse à l'orthopédie toute entière, à celle qui coupe comme à celle qui étend, aux écrous, poulies, leviers, ceintures, comme au bistouri plus ou moins sous-cutané. Or, si celui-ci est seul en cause en ce moment, c'est qu'il est le plus en évidence, c'est que, nouveau-venu, il faut qu'il s'agite, qu'il se montre, qu'il se produise pour attentionner le public ; c'est qu'enfin il a un grand moulin dont il faut faire aller la roue, et que, pour cela, ce n'est pas d'un mince filet d'eau qu'il est besoin, mais d'un courant rapide et abondant.

Mais l'autre orthopédie, l'orthopédie machine, n'a-t-elle pas aussi son moulin ? Eh bien ! que va-t-il arriver de leurs dissensions ? — Et ici, je prie l'orthopédie de remarquer combien je suis bon et charitable pour elle. — Qu'elle y prenne garde, le public désintéressé est là qui écoute, qui juge des coups. Vous, orthopédie machine, vous dites que l'orthopédie sous-cutanée est impossible. Vous, bistouri sous-cutané, vous assurez que la mécanique est absurde. Bravo, dira le public. Véritable coup fourré. Vous avez raison tous les deux. Et alors... alors, l'eau ne viendra plus à vos moulins.

C'est la conséquence la plus claire que je voie découler de tout le bruit qui se fait, et surtout de celui que fait l'orthopédie contre l'orthopédie. Combattants acharnés, mais imprévoyants et maladroits, dans leur fureur les deux champions vont s'enferrer, c'est sûr. Au lieu d'un orthopédiste, c'est l'orthopédie qui restera sur le carreau, j'en ai grand peur.

Croyez-moi, messieurs : embrassez-vous, et que cela finisse.

Jean RAIMOND.

côté. Il en est de même pour la sensibilité gustative; la langue se meut facilement dans tous les sens; mais dans toute sa moitié gauche il y a abolition complète de sensibilité spéciale. La sensibilité tactile est très faible en avant; elle est entièrement éteinte à la base de la langue, toujours dans la moitié gauche. On s'est servi de vinaigre pour expérimenter sur la sensibilité spéciale de cet organe; le malade a dit sentir de l'eau quand on appliquait un acide sur la moitié gauche de sa langue. Lorsqu'il mange, les aliments séjournent dans la gouttière extra-maxillaire gauche, ce dont il s'est aperçu dès les premiers jours de la maladie actuelle.

La sensibilité générale n'est pas diminuée sur toute la moitié gauche de la face, excepté dans le voisinage du grand angle de l'œil où elle est aussi vive que du côté droit. Ces jours derniers il souffrait de la joue, lorsqu'elle était enflée; maintenant il ne souffre plus.

Quand on passe une barbe de plume sur la conjonctive oculaire des deux yeux, il souffre également, et il se retire. Il n'éprouve aucune sensation désagréable de chatouillement par l'introduction d'une barbe de plume dans le tuyau de l'oreille gauche, tandis qu'à droite il se retire vivement au moindre contact; au reste, il entend toujours moins bien du côté gauche. Même différence entre la narine droite et la gauche; il y a en même temps perte complète de l'odorat pour cette dernière narine. Le chatouillement causé par la barbe d'une plume est désagréable sur la moitié droite des lèvres, mais non sur la moitié gauche.

La déglutition est facile; la paroi buccale gauche paraît aussi humide que la droite.

Depuis quatre à cinq jours, le malade éprouve en toussant une douleur très modérée sur la bosse pariétale droite et au-dessus du sourcil droit. Du reste, il se porte aussi bien que s'il était en parfaite santé. La sensibilité est intacte dans toute la région gauche du cou, même dans sa portion supérieure. On prescrit l'application de dix sangsues sur chaque apophyse mastoïde, des sinapismes aux extrémités inférieures, une boisson légèrement laxative, et la diète.

Le 6, la bouche est moins déviée et la céphalalgie a diminué. La sensibilité tactile a reparu à la base de la langue dans la moitié où elle était abolie; elle est revenue aussi, quoique à un faible degré, sur la paroi buccale gauche et sur toute la face. Le chatouillement, pratiqué sur l'oreille gauche à l'aide de la barbe d'une plume, lui est très désagréable; il éloigne brusquement sa tête toutes les fois qu'on pratique cette expérience. Il sent très bien les larmes rouler dans son œil gauche, sensation qu'il n'avait point auparavant. On continue l'usage de la boisson laxative; on ajoute les frictions derrière les oreilles avec un liniment volatil, et l'administration de 30 grammes d'huile de ricin.

Le 7, le malade commence à fermer un peu l'œil gauche; il y a toujours abolition complète de sensibilité gustative sur la moitié gauche de la langue, du palais et de la paroi inférieure de la bouche. Les aliments ne séjournent plus dans la gouttière maxillaire. Les pupilles sont toujours à l'état normal. Depuis hier le malade commence à lire nettement, tandis qu'auparavant, en fermant l'œil droit, il ne voyait que confusément. Il entend mieux aussi; mais ce qu'il appelle ses sifflements d'oreilles persiste toujours; cette sensation est même plus forte qu'avant l'attaque d'hémiplégie faciale. On continue les frictions avec le liniment volatil; pédiluve sinapisé; 3 portions.

Le 10, il y a toujours absence de sensibilité spéciale du goût et de l'odorat du côté gauche. Il plisse un peu mieux la peau du front du même côté.

Le 11, la sensibilité pulsative a reparu entièrement; mais il ne sent encore nullement l'odeur du tabac ou du vinaigre. Il peut fermer entièrement l'œil gauche, et n'éprouve plus qu'un peu de paresse dans le sourcil. Il commence à pouvoir siffler assez bien; sa bouche est encore un peu déviée.

Le 13, plus de déviation de la bouche; le malade siffle très bien, et commence à percevoir la sensation des odeurs. Le mieux a continué rapidement, et le malade est sorti guéri.

Cette observation offre surtout d'intéressant qu'aux phénomènes ordinaires de l'hémiplégie faciale, elle nous présente réunie l'extinction plus ou moins complète de la sensibilité spéciale du goût en particulier et de l'odorat. Il est rare de rencontrer un tableau aussi complet de l'hémiplégie faciale; et pour cela les altérations de sensibilité spéciales, telles que nous les remarquons dans cette histoire, ne sont en général regardées que comme des complications de cette même maladie.

Fausse-couche au septième mois de la grossesse. Fièvre de lait développée avant l'expulsion de l'enfant. Métrite chronique. Engorgement consécutif du col utérin. Ulcération à la lèvre postérieure du museau de tanche. Traitement par l'extrait aqueux de seigle ergoté; guérison; par le docteur ARNAL.

Madame C..., âgée de trente-trois ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'origine italienne, demeurant actuellement à Paris, a été maladive pendant tout le cours de sa première jeunesse, et a donné long-temps des craintes sérieuses à ses parents. Aux approches de la puberté sa santé s'est altérée davantage encore, et elle a eu tous les symptômes d'une chlorose qui n'a cessé qu'à seize ans, par suite de l'établissement définitif et régulier de la menstruation.

Mariée à seize ans et demi, madame C... est devenue enceinte peu de temps après, et a fait une fausse-couche au quatrième mois de sa grossesse. Deux mois après elle est devenue enceinte une seconde fois, et a accouché à terme d'une fille bien portante. Au bout de six mois nouvelle grossesse, qui, comme la précédente, a parcouru régulièrement toutes ses périodes. Enfin, en 1836, elle arriva à Paris et devint enceinte pour la quatrième fois; mais cette fois le résultat fut bien différent. Au septième mois de la gestation, en effet, elle se sentit saisie tout à coup de malaises généraux, d'un accablement extraordinaire et de douleurs lombaires qui se prolongèrent dans le bassin; en même temps le ventre s'affaissa brusquement; une pesanteur insolite se fit sentir à l'anus, et elle cessa de percevoir les mouvements de l'enfant. Le quatrième jour de ces symptômes un frisson général, mais peu prolongé, survint, la fièvre s'alluma, les seins se gonflèrent, une sueur analogue, pour l'odeur, à celle des femmes en couches, s'établit; en un mot elle présenta tous les phénomènes ordinaires de la fièvre de lait. Le septième jour seulement les douleurs expulsives se déclarèrent, et elle accoucha d'un enfant mort dont le cadavre avait déjà subi un commencement de décomposition.

Les suites de cette fausse-couche furent, du reste, très heureuses, et la malade fut promptement rétablie. Les règles revinrent au bout de six semaines et continuèrent d'être très régulières. Deux ans après environ, elles furent cependant de moins en moins abondantes, et se montrèrent à des intervalles indéterminés; en même temps la malade ressentit des douleurs lombaires qui se concentrèrent vers le bas-ventre, et finirent par devenir si vives qu'elles la forcèrent à garder le lit. Bientôt aussi la fièvre se déclara; une sensation insupportable de chaleur et de pesanteur à l'anus se manifesta de nouveau et s'accompagna d'envies fréquentes d'uriner; enfin, la région sus-pubienne devint elle-même très douloureuse à la pression, et témoigna de l'extension de l'inflammation à la totalité de la matrice.

Il y avait là bien évidemment un état aigu qui demandait des antiphlogistiques; la malade fut donc saignée deux fois; deux fois aussi elle eut une application de sangsues, et on ajouta à ces premiers moyens des bains, des laxatifs, de la pommade mercurielle et belladonisée en frictions sur le ventre, etc. Malgré tout cela nous constatâmes, quelque temps après, un engorgement considérable au col, et particulièrement à sa lèvre postérieure, où se trouvait également une excoriation superficielle, mais de l'étendue d'une pièce de cinq sous. Il resta aussi un abaissement notable de l'organe tout entier, ainsi que des tiraillements douloureux aux lombes et aux aines, surtout pendant la station debout; enfin, un écoulement abondant de mucosités visqueuses et parfois sanguinolentes, ne tarda pas à s'ajouter à tous ces symptômes.

L'affaiblissement produit par la première médication ne nous permettant plus de recourir encore une fois aux antiphlogistiques, nous avons employé la ciguë et les ferrugineux à l'intérieur, les injections de diverses natures, les frictions stibiées sur le bas-ventre, la cautérisation de l'ulcération, etc.; mais nous n'en avons obtenu aucun résultat utile. L'impuissance des moyens ordinaires étant bien constatée, nous avons alors eu recours à l'extrait de seigle ergoté, et la malade a pris, le matin et le soir, une pilule composée de 15 centigr. de cet extrait, et de 5 centigr. de celui de ciguë. Les doses de ces deux substances ont ensuite été successivement élevées.

Bientôt la malade s'est plaint d'une douleur assez vive à la partie postérieure de la tête, et de coliques qui se déclaraient par accès; mais ces symptômes n'ont eu rien d'inquiétant, et ont même fini par disparaître avant la cessation du traitement.

Quant à l'affection de l'utérus, elle s'est améliorée avec une rapidité extrême, si bien qu'au bout de deux mois et demi la malade s'est trouvée complètement débarrassée et de l'engorgement, et de l'ulcération, et de l'écoulement leucorrhéique, etc.

Trois ans environ se sont écoulés depuis cette guérison, et pas un symptôme n'est venu nous faire douter de sa sincérité. Seulement les règles sont un peu moins abondantes que précédemment; mais, par compensation elles viennent régulièrement tous les vingt jours.

Réflexions. — Cette observation n'a offert rien de bien particulier au point de vue de l'affection de matrice; mais il y a eu une circonstance sur laquelle nous croyons devoir arrêter quelques instants l'attention du lecteur; c'est celle que nous avons brièvement signalée à l'occasion de la dernière fausse-couche. Il est positif, en effet, que cette dame a eu la *fièvre de lait avant l'accouchement* : nous ne pouvions nous méprendre; tous les symptômes propres à cette fièvre s'y trouvaient réunis : aussi bien cela ne nous a pas surpris, car nous avions eu déjà deux occasions d'observer cette singulière anomalie. Nous nous proposons même de faire prochainement un travail spécial sur ce sujet.

Nous dirons toutefois ici, par anticipation, que dans les trois cas où nous avons constaté la fièvre de lait avant l'accouchement, les enfants avaient cessé de remuer quelques jours à l'avance et étaient mort-nés. Nous ajouterons aussi que chaque fois le placenta a suivi l'enfant presque immédiatement, comme si son arrivée à la matrice avait également été rompue prématurément. Il semblerait donc que, pour la nature, la mort de l'enfant, en faisant cesser toute communication directe avec la mère, la circulation de l'un et l'autre étant interrompue, est absolument comme si l'accouchement était opéré et que l'expulsion n'est en elle-même qu'un phénomène secondaire.

Il résulte aussi de ces faits que la fièvre de lait n'est pas, comme le pense M. Cruveilhier, l'analogue de la fièvre traumatique, mais un acte purement physiologique. Nous ferons également remarquer que si plus tard l'attention des accoucheurs attirée sur ce point leur révélait, dans des circonstances pareilles, des résultats identiques, la fièvre de lait anticipée pourrait en outre acquérir une importance réelle au point de vue de la médecine légale et du diagnostic, car elle permettrait de reconnaître *à priori* la mort de l'enfant, etc., etc.

Cette mort suffit-elle pour amener la fièvre de lait? est-il nécessaire, au contraire, que le placenta soit détaché, et cette dernière circonstance peut-elle avoir lieu sans que la matrice se contracte immédiatement? Ce sont autant de questions que nous discuterons plus tard : nous n'avons voulu, en relatant ici ces faits, que prendre date et faire acte de possession. Nous nous étonnerons toutefois du silence des hommes spéciaux à cet égard. Nous nous en étonnerons d'autant plus, que nous ne faisons pas beaucoup d'accouchements, et qu'il n'est pas admissible que les trois exemples que nous venons de citer n'aient jamais eu leurs analogues. C'est très certainement parce que, dans des circonstances pareilles, les accoucheurs uniquement préoccupés du travail de l'enfantement, n'auront pas fait attention aux phénomènes physiologiques qui nous ont frappé, ou bien parce que la fièvre de lait a manqué tout-à-fait, ainsi que cela se voit fréquemment, même dans les cas d'accouchement normal.

ORTHOPÉDIE. — RÉPONSE ET RÉPLIQUE.

Nous avons reçu une réponse à notre article du 13, sur l'orthopédie; elle est signée Brochin, Dechambre et Kuhn. M. Orfila et la sœur Bertin n'ont rien répondu. Une déclaration bien franche, bien nette, détruira un effet sur lequel semblent beaucoup compter les signataires. Cette déclaration, la voici : l'article appartient à la rédaction, et la rédaction n'est pas spécialement orthopédiste; elle s'occupe de toutes les questions qui intéressent les praticiens; et comme la question de l'orthopédie est à l'ordre du jour, elle s'en occupe davantage : voilà tout. Nous aurions désiré que les signataires eussent à leur disposition assez de bons arguments pour ne pas aller en puiser dans un sentiment de rivalité de métier qui n'est pas le nôtre.

Voici la lettre à laquelle nous allons répliquer en ce qu'elle a de sérieux :

Monsieur,

Nous avions espéré que notre déclaration, insérée dans votre avant-dernier numéro, au sujet de la statistique du service des difformités établi à l'hôpital des Enfants, aurait prévenu toute méprise, et nous aurait valu au moins l'honneur des attaques que vous avez cru devoir prendre sous votre patronage. Il n'en a pas été ainsi : par des motifs qui n'échapperont à personne, on s'est plus préoccupé du choix de l'adversaire que de la recherche de la vérité. Nous le regrettons beaucoup, monsieur, parce que, tout en ayant le droit incontestable de défendre notre œuvre contre des insinuations qui la dénaturent, nous aurions désiré ne pas paraître nous immiscer dans les affaires d'autrui, alors qu'en réalité nous ne nous occupons que des nôtres; car, nous nous faisons un devoir de le déclarer de nouveau, le relevé général du service des difformités de l'hôpital des Enfants a été fait par nous et par nous seuls, avec des matériaux recueillis par nous. Ainsi donc les reproches de contradiction, d'inconséquence, d'étrangeté, et les insinuations d'une nature beaucoup plus grave que renferme l'article publié au nom de votre journal, viennent directement à notre adresse : vous nous permettrez de les relever et d'y répondre.

Un mot d'abord sur l'origine et le caractère général de notre statistique :

On avait demandé à M. Guérin le relevé des résultats obtenus *depuis la création du service qui lui est confié* (lettre de M. Orfila) : il nous a priés de rédiger ce document, sans intention autre que de mettre sous les yeux du conseil des hospices le résultat réel, empirique, de son service. Une première colonne a montré le nombre des malades : rien à dire là dessus, sans doute; une seconde colonne a dit le nombre des guéris, une troisième le nombre des améliorés, une quatrième le nombre de ceux qui n'ont pas eu d'amélioration, une cinquième le nombre des morts. Jusque-là nous ne supposons pas que le tableau soit sorti de l'expression la plus matérielle des faits. Une dernière catégorie note à part ceux qui n'ont pas été revus, ceux qui ne sont pas revenus après s'être présentés pour être traités, et ceux encore en traitement. Quoique ces sujets soient différents sous beaucoup de rapports, ils ont une même signification essentielle au point de vue du relevé des résultats, c'est-à-dire qu'ils n'expriment aucun résultat et n'en peuvent exprimer aucun, si l'on veut rester dans le vrai absolu. Car, remarquez-le bien, on aurait pu faire des catégories des *non revus* et de ceux *encore en traitement*, beaucoup de guéris, beaucoup d'améliorés; mais on aurait été au-delà de la réalité accomplie et certaine. Et de ce que nous sommes restés dans cette rigoureuse expression des faits, on trouve le procédé étrange! Mais il n'est tel qu'entre les mains de l'auteur de l'article, parce qu'il a voulu le faire servir à des buts et fins autres que ceux que nous avons eus. Ainsi nous n'avons voulu établir aucune proportionnalité, nous n'avons voulu tirer d'induction d'aucune espèce, soit du nombre, soit du caractère de telle ou telle difformité. Nous avons donné un relevé exact et fidèle des faits bruts, sans autre intention que de fournir un simple procès-verbal demandé à l'improviste au milieu de traitements non encore terminés. C'est donc bien à tort qu'on parte des idées plus ou moins rigoureuses de M. Guérin ou des nôtres sur la statistique.

Venons-en maintenant aux attaques en détail :

Premier point. Avec une sagacité qui lui fait sans doute beaucoup d'honneur, l'auteur de l'article supputant le nombre des morts, fait deux suppositions également contraires à la vérité : 1° il suppose que les 25 morts portent exclusivement sur les sujets de l'hôpital; 2° il suppose qu'ils ont succombé aux suites du traitement, comme des amputés, par exemple. Or voici les faits : sur 25 morts, pas un, vous l'entendez, monsieur, pas un n'a succombé par le fait du traitement; 15 sont morts de scarlatine, d'angine gangréneuse, de variole, de fièvre typhoïde ou autres maladies intercurrentes, contractées à l'hôpital ou dans leurs familles; 10 sont morts des suites de l'affection tuberculeuse des os ou d'abcès par congestion dont ils étaient atteints, et pas un, nous le répétons avec une instance égale à la sollicitude de l'auteur de l'article, pas un n'a succombé par le fait des méthodes inoffensives de l'orthopédie. Ceci vous prouve de nouveau que nous n'avons eu en vue, dans notre tableau, en relatant les morts, que l'énoncé pur et simple des faits.

Second point. L'auteur de l'article voit une contradiction *grave* entre M. Orfila et nous, au sujet de la durée du temps sur lequel a porté notre relevé. M. Orfila, dit-on, parle des trois premières années du service, et nous faisons commencer notre relevé à partir du 1er août 1839. Si on avait lu plus attentivement la déclaration de M. Orfila, on y aurait lu en toutes lettres : « Je vous ai prié de faire le relevé » des résultats obtenus depuis la création du service qui vous est » confié, afin de mettre le conseil des hospices, etc.... Ce relevé, vous » me l'avez présenté tel qu'il a été publié dans le dernier numéro de » la Gazette médicale. » Si dans une autre partie de sa lettre, M. Orfila parle d'une manière générale des trois premières années, c'est qu'en effet il n'y en avait pas quatre, et les développements dans lesquels il est entré ne devaient permettre aucun doute sur le parfait accord qui existe entre lui et nous.

Troisième point. L'auteur de l'article s'étonne à chaque pas des résultats remarquables portés à notre tableau, comme ayant été obtenus par M. Guérin dans le traitement des déviations de l'épine, des courbures des membres par cal vicieux, des excurvations tuberculeuses, du strabisme, des luxations congénitales. Nous ne sommes pas étonnés de l'étonnement de l'auteur de l'article, qui a, sans doute, des raisons

très personnelles de ne pas croire à la possibilité de ces succès ; mais nous, qui sommes historiens et non rivaux, nous avons cru facilement à la possibilité de ce que nous avons vu, et nous n'avons fait aucune difficulté de l'appuyer de notre témoignage.

Quatrième point. L'auteur de l'article ne s'adressant plus à nos chiffres, mais à notre langage, trouve étrange le mot *amélioration* appliqué au traitement des abcès froids ou par congestion. Ceci tient sans doute à un défaut de connaissance des faits. Un malade se présente avec un abcès par congestion, contenant 2 litres de pus qui menace de se faire jour à l'extérieur ; la méthode sous-cutanée le débarrasse 4 ou 5 fois de cette collection, la réduit au quart ou au cinquième de son volume, ou le convertit en un abcès fistuleux inoffensif ; n'est-ce pas là une véritable amélioration ? C'est du reste ce que cette méthode procure toujours quand les abcès ne guérissent pas complément par son concours.

Nous nous dispensons de relever d'autres doutes, d'autres étonnements exprimés par l'auteur de l'article, sur le nombre des visites faites au domicile des malades, sur le nombre des appareils prescrits et appliqués. Nous aussi nous laissons aux lumières et au bon sens de vos lecteurs le soin de compléter notre réponse sur ces points ; comme nous comptons sur leur sagacité pour apprécier l'origine et le véritable caractère de ce débat. Nous les prévenons d'ailleurs que, quelles que soient les attaques dont notre relevé et nos explications puissent être ultérieurement l'objet, nous nous abstiendrons de toute réplique, convaincus qu'ils sont maintenant suffisamment édifiés sur les faits de ce procès.

Veuillez agréer, etc.,

H. Brochin, A. Dechambre, F.-A. Kuhn.

Avant d'examiner ce à quoi la lettre qu'on vient de lire a la prétention de répondre, nous devons rappeler brièvement les points sur lesquels portait le contenu de l'article du journal qui a suscité cette lettre. On verra, par ce résumé, quels sont les points que ces messieurs ont laissé sans réponse, quels sont ceux auxquels ils ont voulu répondre, et comment ils l'ont fait.

Nous avions reproché au résumé de n'avoir pas fait connaître si les 25 malades qui avaient succombé appartenaient aux 134 malades de l'hôpital. Cela avait beaucoup d'importance. Jusqu'ici, il est encore impossible de le savoir, même après la réponse de ces messieurs. Un mot eut fait tomber les incertitudes, *tant sont morts à l'hôpital, tant sont morts en ville*. Ce mot n'a encore pu, à l'heure qu'il est, être obtenu de ces messieurs. Est-ce sans des motifs bien arrêtés qu'ils nous tiennent rigueur sur ce point ? Ce serait une singulière préoccupation. Est-ce par d'autres motifs ? Quels peuvent donc être ces motifs ?

Nous avions dit que si MM. Orfila, Brochin, Dechambre et sœur Bertin, concouraient sur le nombre des malades admis à l'hôpital, celui de 134, il y avait une divergence très forte quand il s'agissait du temps, puisque M. Orfila parlait de trois ans seulement, tandis que ces messieurs parlaient de trois ans et onze mois, c'est-à-dire près de quatre ans. Or 134 malades en trois ans, font par année 44 malades ; tandis que répartis sur quatre années, il y en a pour chacune 33 seulement. Il importait beaucoup au Conseil de savoir si c'est 44 malades ou 33 seulement qui sont traités chaque année dans le service confié à M. Guérin.

Nous faisions sentir que porter dans un relevé de traitement qui devait être soumis à l'examen du Conseil des hospices, 1394 malades là où l'on ne pouvait en porter que 775, puisque tel est le chiffre des seuls malades sur lesquels on puisse établir des résultats ; et que porter par conséquent d'une manière indûe 619 malades n'était pas un procédé très régulier.

Nous avions exprimé le regret ou, si l'on veut, le blâme de voir réunis dans une même colonne, sans désignation aucune, des malades abandonnés sans traitement et des malades encore en traitement, ce qui, au point de vue des résultats, est un assemblage contre lequel s'élève le sens commun.

Enfin, nous exprimions un étonnement partagé par tous les praticiens sur des résultats aussi étranges que ceux-ci : 1° Pas un seul cas d'insuccès sur 108 strabiques opérés ; 2° deux cas seulement d'insuccès sur 23 cas de courbures des membres par cals vicieux ; 3° la guérison complète des luxations congénitales du fémur dans la proportion de deux cas sur trois, et encore ce dernier amélioré. En agissant ainsi, nous mettions M. Guérin en demeure de donner des explications propres à dissiper les doutes qui s'élèvent dans l'esprit des praticiens éclairés sur des résultats qui, aux yeux de la plupart d'entre eux, dépassent la limite du possible.

Nous disions encore qu'il est d'une mauvaise pratique de chercher à redresser les courbures produites par la destruction tuberculeuse des vertèbres, puisque pour tout homme qui connaît le mécanisme de la guérison à la suite de destruction tuberculeuse du corps des vertèbres, le plus sûr moyen de prévenir la guérison et de compromettre les jours du malade, c'est de chercher à détruire ces sortes de courbures qui sont essentiellement liées au travail de consolidation et de cicatrisation osseuse de la colonne. A côté de ce blâme s'exprimait la surprise de voir que sur 98 cas de courbures de cette espèce 50 avaient été, les uns guéris complétement, les autres améliorés.

Enfin, l'expression d'abcès améliorés nous avait paru décéler des habitudes chirurgicales de fraîche date.

Nous n'avions pu laisser passer inaperçu, à l'occasion des pieds-bots, le contraste d'une pratique si constamment heureuse dans les cas où tout le monde avoue des revers, et d'une pratique si peu avantageuse dans des cas où il est reconnu que l'on a des succès beaucoup plus nombreux.

Quant au nombre des visites en ville et à celui des appareils livrés hors de l'hôpital, il n'y avait dans le présent aucun argument ; il s'agissait de prendre acte de ces faits sans en tirer actuellement aucune induction.

Parmi tous ces points, les seuls auxquels la lettre qu'on vient de lire renferme une velléité de réponse, sont : 1° le chiffre de la mortalité ; 2° la contradiction entre M. Orfila et MM. Kuhn, Dechambre et Brochin ; 3° l'invraisemblance des résultats obtenus par M. Guérin ; 4° le mot *amélioré*, comme expression nouvelle dans le traitement des abcès.

1° On demandait si les 25 morts portaient exclusivement sur les sujets de l'hôpital ; réponse : pas un n'a succombé par le fait du traitement. Mais, encore une fois, sont-ils morts à l'hôpital, oui ou non ? Réponse : ils sont morts de scarlatine, d'angine gangréneuse, de variole, etc.

2° On demandait comment se fait-il que M. Orfila mette en tête de sa lettre à l'administration que le relevé se rapporte à trois années seulement, lorsque dans l'attestation de ces messieurs il s'agit de quatre années, ou, pour être tout à fait rigoureux, de quatre années moins un mois. Réponse : si M. Orfila parle de trois années, c'est qu'il n'y en avait pas quatre. Voudrait-on exciper de ce qu'il y a quatre ans moins un mois pour se croire en droit de dire qu'il n'y a que trois ans ?

3° En ce qui touche la vraisemblance des résultats extraordinaires obtenus par M. Guérin, la seule réponse de ces messieurs est celle-ci : « *L'auteur de l'article a des raisons très personnelles de ne pas croire à la possibilité de ces succès.* »

4° On trouve que le mot *amélioré*, appliqué aux abcès, est un langage chirurgical nouveau, et qui décèle une grande inexpérience des choses de la chirurgie. Ces messieurs répondent par un langage non moins excentrique en nous parlant d'*abcès fistuleux inoffensifs*.

Mais à quoi bon s'inquiéter du langage, quand on s'avance jusqu'à dire que la méthode sous-cutanée, quand elle ne guérit pas complétement, procure *toujours* la conversion des abcès par congestion en abcès fistuleux inoffensifs. Si l'incroyable assertion qu'on vient de lire, et qui fera hausser les épaules à tout homme qui sait ce que c'est qu'un abcès par congestion, n'a pas échappé par mégarde et dans une rédaction précipitée, nous n'hésitons pas à le dire, le doute qui s'attache à une pareille affirmation remonte à toutes celles qui émanent de la même source.

Mais vous oubliez donc, messieurs, que sur 14 abcès par congestion, vous annoncez vous-mêmes dans votre tableau la mort de cinq sujets. Vous oubliez donc que dans cette lettre même vous convenez que 10 malades sont morts des suites de l'affection tuberculeuse et d'abcès par congestion.

Puisque vous nous remettez vous-mêmes sur ce chapitre, nous vous indiquerons un rapprochement très curieux à faire entre votre tableau et la lettre que vous nous adressez. Voici ce rapprochement : Dans la lettre d'aujourd'hui vous dites que 10 sujets sont morts des suites de l'affection tuberculeuse et des abcès par congestion, tandis que dans le tableau dressé par vous il n'est question que de 7 sujets qui ont succombé par le fait de ces causes. Tâchez donc d'être d'accord avec vous-mêmes, et de publier les détails propres à nous faire apprécier la cause de ces contradictions du moins apparentes, si elles ne sont pas réelles.

On voit donc, par ce résumé, que plusieurs des reproches renfermés dans l'article de la *Gazette des Hôpitaux* sont restés sans réponse aucune, et l'on peut juger de la valeur des réponses faites aux autres.

Nos lecteurs nous sont témoins que tout en exposant notre désir d'avoir des renseignements détaillés propres à édifier le public médical, nous n'avions fait remonter vers aucun des acteurs dans ce procès la moindre pensée d'un blâme personnel. Nous nous étions interdit la recherche des mobiles qui pouvaient porter ces messieurs à prendre fait et cause pour M. Guérin. Ces messieurs, à ce qu'il paraît, ne nous ont pas tenu compte d'une pareille réserve, et surtout ils ne l'ont pas imitée ; car ils n'hésitent point à semer leur lettre de ces attaques contre la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux* : *qu'on s'est moins préoccupé de la recherche de la vérité que du choix des adversaires ; qu'on a eu des raisons très personnelles de ne pas croire à la possibilité des succès de M. Guérin*, et que l'auteur de l'article a été mu par un sentiment de rivalité. Nous ne comprenons pas que ces messieurs se soient crus en droit d'établir des rapports de rivalité, puisqu'ils savent très bien que l'article dont ils parlent n'est point rédigé par un orthopédiste, ni sous l'inspiration d'un orthopédiste. Pourquoi donc supposer une rivalité qui n'existe point ici ? Que diraient ces messieurs si nous essions élevé des doutes sur la sincérité des mobiles qui les font agir, et si, parce que deux d'entre eux demeurent dans l'établissement de M. Guérin et sont ses collaborateurs habituels, nous eussions présenté leurs rapports de commensalité sous un jour défavorable ? Une pareille supposition est loin de notre pensée. Si nous accusons ces messieurs d'erreur, nous ne l'attribuons qu'à des illusions auxquelles des hommes très jeunes sont toujours exposés.

NOUVELLES.

Les concours annuels ci-après auront lieu à l'hôpital de perfectionnement, savoir : Concours pour le grade de pharmacien aide-major, le 23 août prochain. Concours pour le grade de chirurgien aide-major, le 30 août prochain.

— M. Canoville, chirurgien aide-major de deuxième classe au 9e léger, est décédé.

— Un emploi de pharmacien professeur d'histoire naturelle des médicaments est vacante à l'hôpital d'instruction de Lille.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 86. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Delirium tremens.

G..., âgé de cinquante-deux ans, ex-commerçant, né à Loudun, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, détériorée, entre dans la soirée du 7 juillet dernier à l'hôpital Beaujon. La personne qui l'amène dit que depuis plusieurs années il s'adonne aux excès alcooliques; que depuis douze jours il divague, et que depuis la même époque il a un tremblement des bras et des jambes, et ne peut marcher qu'en chancelant. Tels sont les seuls renseignements positifs que l'on ait pu recueillir.

Dans la nuit qui suivit son entrée, le malade ne s'assoupit pas un seul instant ; il s'agite dans son lit, se lève à plusieurs reprises pour marcher dans les salles. On lui met la camisole de force sans trop de résistance.

Etat actuel, le 8 juillet au matin. Maigreur assez prononcée; figure régulière, peu colorée, sans mouvements convulsifs. Vue conservée, pupilles égales, régulières, contractiles, ayant un diamètre équivalant au tiers de la cornée. L'ouïe est conservée. Le malade se remue sans cesse dans son lit, sans toutefois faire de violents efforts pour se débarrasser de ses liens ; il parle spontanément, tient des propos décousus, ne paraît pas préoccupé d'une idée fixe ; chante ou siffle par intervalles. Parfois, si on l'interroge, il répond assez bien tout d'abord, et il paraît comprendre parfaitement les questions qu'on lui adresse, mais bientôt il recommence à divaguer. D'ailleurs, il ne cherche pas à nuire. La sensibilité cutanée est conservée, et pour ce qui est du mouvement, les membres inférieurs et les membres supérieurs surtout, sont le siége d'un tremblement prononcé ; leurs mouvements sont incertains, sans précision. Il n'y a pas de raideur.

Un peu de toux par intervalle. La percussion de la poitrine est partout bien sonore, mais l'auscultation ne peut être pratiquée d'une manière convenable. Langue bien tirée, tremblottante, non déviée, humide, légèrement jaunâtre. Soif médiocre ; pas de vomissements; déglutition facile. Abdomen plat, bien conformé. Constipation ; urines involontaires. Peau sans éruption à sa surface, sans chaleur anormale. Pouls à 80, régulier, plutôt étroit que plein. Limonade, 2 pots; potion gommeuse avec hydrochlorate de morphine, 5 centigr. ; diète absolue.

Le soir, à trois heures, les troubles de l'intelligence et du mouvement sont les mêmes ; mais on observe en outre une teinte bleuâtre et violacée des lèvres, de la langue, des mains; ces dernières sont fraîches. La respiration est embarrassée, un peu haute, avec un râle trachéal prononcé. Le pouls est étroit, très faible, à 92 pulsations. Saignée immédiate de 120 gram.; deux cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Les accidents diminuent graduellement à partir de l'emploi des moyens indiqués. Insomnie complète la nuit suivante.

Le 9 juillet, le sang de la saignée d'hier est noir, presque entièrement liquide, sans couenne. Le malade offre d'ailleurs le même état en tout point que la veille au matin. Toux médiocrement fréquente ; expectoration avalée. A la percussion du thorax, sonoréité normale, sauf à droite en arrière, inférieurement, où le son est obscur dans la hauteur de trois travers de doigt. A l'auscultation, nulle part, en avant comme en arrière, on ne peut entendre la respiration pure et vésiculaire; partout elle est plus ou moins masquée par quelques râles sonores et vibrants.

Pouls à 100, petit, faible, d'ailleurs régulier. Aucune chaleur. Violette édulcorée avec le sirop de gomme, 2 pots; potion avec hydrochlorate de morphine, 5 centigr. ; saignée de 150 gram. ; diète absolue.

Le 10 juillet, hier soir rétention d'urine. On retire par la sonde, qui pénètre avec la plus grande facilité, un demi-litre d'urine orangée et limpide. Insomnie toujours complète ; persistance au même degré du délire et du tremblement musculaire; aucune chaleur ; pouls à 96, faible, régulier. Le sang de la saignée de la veille est noir et liquide, sans odeur particulière. Même prescription, moins la saignée.

Dans la journée, réapparition du râle trachéal. Le malade succombe tranquillement à sept heures du soir.

Nécropsie, 38 heures après la mort, par une température de 20 degrés centigrades.

Habitude extérieure. Vergetures violacées sur la partie postérieure du tronc et des membres. Rigidité générale et médiocre. Pas de traces de décomposition.

Tête. La voûte du crâne, saine d'ailleurs, adhère à la dure-mère. Celle-ci est médiocrement tendue, et n'offre d'autre particularité à noter que la présence de groupes assez nombreux de glandes de Pacchioni au voisinage de la faulx. Cavité de l'arachnoïde lisse, humide, sans adhérences. Cette membrane est saine, bien transparente, à part quelques petites taches blanchâtre, opaques, de 1 à 3 millimètres d'étendue, qui se voient sur son feuillet viscéral, et qui paraissent appartenir plutôt à la pie-mère sous-jacente, qu'à l'arachnoïde elle-même. Avec un peu de soin on parvient à constater un épaississement léger des membranes au niveau des taches indiquées, lesquelles ne se voyent que sur la convexité du cerveau. La pie-mère, dont les vaisseaux d'un certain calibre seulement sont un peu congestionnées, contient dans ses mailles une quantité considérable de sérosité parfaitement limpide et à peine citrine, et cette membrane s'enlève avec facilité de la masse du cerveau sans altérer sa substance. Les deux hémisphères sont symétriques, leurs circonvolutions fermes, un peu pâles, sont étroites, grêles, évidemment atrophiées, et l'atrophie est aussi prononcée d'un côté que de l'autre, en arrière qu'en avant. A l'intérieur, les deux substances grise et blanche ont leur couleur, leur consistance normales; partout la congestion sanguine est très peu considérable. Les ventricules latéraux sont un peu plus amples qu'à l'ordinaire, leurs parois sont saines, lisses; ils contiennent chacune trois cuillerées de sérosité limpide, incolore. Corps striés, couches optiques, protubérance, cervelet et son ventricule, bulbe rachidien à l'état normal. Sang noir, liquide dans les sinus de la dure-mère.

Thorax. Deux poumons libres d'adhérences simples, grisâtres en avant, violacés dans les parties déchirées, contenant à l'intérieur une sérosité rougeâtre, grumeuse, abondante. Pas de trace de pneumonie ni de tubercules; bronches contenant quelques mucosités verdâtres, filantes, opaques; rougeur uniforme de leur muqueuse, sans autre altération.

60 grammes de sérosité trouble et jaunâtre, sans fausses membranes dans la plèvre droite.

Cœur mou, d'un volume ordinaire. Sang noir, entièrement liquide dans ses cavités; endocarde et orifice sains; aorte saine, également remplie de sang liquide.

Abdomen. L'estomac contient un peu de mucus, et une quantité notable de gaz. Ses parois sont saines, non hypertrophiées, et sa membrane muqueuse grisâtre et rosée, non épaissie, n'est pas ramollie au grand cul de sac; elle est mamelonnée au voisinage du pilore, ou sa consistance est très ferme. (Lambeaux de 6 centimètres.)

L'intestin grêle et le gros sont à l'état normal.

Rate très petite, rougeâtre, presque diffluente. (5 centimètres de longueur.)

Foie et reins sains, à part une congestion sanguine notable. Vessie et prostate à l'état normal.

En regard des principaux symptômes qui ont existé chez ce malade, tels que le délire, le tremblement des membres, et qui indiquaient évidemment un trouble des centres nerveux, que trouvons-nous à l'autopsie? Rien, qu'une quantité anormale de sérosité, d'ailleurs limpide, une atrophie assez légère des circonvolutions, quelques taches opaques de la pie-mère, et voilà tout. Dans tout cela, il n'y a aucun indice de congestion sanguine ou de travail inflammatoire; en un mot, aucune altération appréciable que l'on soit en droit de considérer comme la cause du délire. Ces lésions sont de date assez ancienne, on n'en peut douter; mais il est difficile de décider leur nature.

L'absence de renseignements suffisants ne permet pas de savoir si ultérieurement au délire, le malade avait offert quel-

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Triple tentative d'assassinat commise par une mère sur son enfant. — Strangulation.* (Cour d'assises des Vosges.)

On se rappelle sans doute encore le procès d'une jeune domestique qui fut traduite aux assises de la Seine pour avoir fait avaler des épingles et des aiguilles au petit enfant qu'elle était chargée de soigner. Le cas dont il s'agit ici est analogue, avec cette différence toutefois que l'intention coupable est bien constante; tandis que, chez la jeune bonne d'enfant, on constata l'existence d'une altération des facultés intellectuelles, qui ne permit pas d'admettre la culpabilité.

L'accusée, nommée Catherine Litique, est âgée de vingt-neuf ans ; elle est mère de quatre enfants, dont les deux aînés sont chez un de ses oncles ; elle a abandonné le troisième dans une maison où elle avait été reçue par charité, et elle a voulu abandonner à trois reprises différentes le quatrième, qui est né le 28 septembre dernier. Traduite pour ces faits devant le tribunal correctionnel de Mirecourt, elle y a été condamnée à six mois d'emprisonnement, et elle subissait sa peine quand elle s'est rendue coupable de trois crimes qui l'ont conduite devant le jury.

Cette fille se faisait remarquer en prison par son indifférence et son insensibilité ; elle n'avait pour son enfant ni caresses, ni sourires; son cœur, flétri par des affections impudiques, semblait tout à fait fermé à l'amour maternel.

Le 18 décembre dernier, vers sept heures du soir, ses compagnes de captivité entendirent son enfant respirer avec peine et pousser par intervalle des soupirs étouffés; elles allumèrent aussitôt une chandelle ; elles l'approchèrent de lui, et ne purent se méprendre sur la nature et la cause de ses plaintes ; ses yeux, gonflés et remplis de larmes, sortaient de leurs orbites ; il venait d'échapper comme par miracle à une évidente strangulation, et sa mère seule avait pu commettre cet acte barbare, car elle seule couchait à côté de lui ; et, au moment où la lumière commençait à éclairer la chambre, on avait vu Catherine penchée sur le berceau.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés, que la sollicitude des prisonnières fut éveillée de nouveau par les cris de l'enfant : il avait la bouche ensanglantée, il y portait toujours et instinctivement les mains, comme s'il eût voulu en arracher quelque chose. On examina, et on aperçut dans sa bouche une épingle de dentelière. Au bout du biberon se trouvait aussi une seconde épingle enfoncée dans le linge et fichée de telle sorte que l'enfant devait nécessairement l'aspirer en buvant.

Enfin, le 24 décembre, l'enfant recommença à pleurer sans interruption, et vers onze heures du soir il rendit toute la nourriture qu'il avait prise ; il était en proie à de violentes convulsions ; il se tordait les membres, l'écume lui sortait de la bouche, il touchait à la plus douloureuse agonie, lorsque, après un dernier effort, il rendit une longue aiguille noircie par son séjour dans l'estomac : cette aiguille fut ramassée pour figurer comme pièce de conviction.

La victime fut immédiatement soumise à l'examen d'un homme de l'art : les lésions de la bouche et les empreintes des doigts sur le col avaient disparu ; mais l'extrême maigreur du sujet attestait de longues et cruelles souffrances, et le médecin n'hésita pas à reconnaître que les moyens employés par l'accusée eussent nécessairement déterminé la mort, si le hasard et des secours aussi prompts qu'efficaces n'eussent empêché ce déplorable résultat.

Malgré les tentatives trois fois réitérées, le jury, tout en reconnaissant la culpabilité de la prévenue, a admis des circonstances atténuantes, et Catherine Litique a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

II. *Meurtre d'un enfant de quatre ans par sa belle-mère.*
(Cour d'assises du Finistère.)

Michel Kerdilès, cultivateur à Plounéour-Ménez, arrondissement de Morlaix, a épousé en secondes noces Catherine Manach, et cette dernière n'a pas tardé à prendre en aversion une petite fille de quatre ans, née du premier mariage de Kerdilès ; aussi la maltraitait-elle sans cesse de la manière la plus grave, à tel point que tous les voisins en étaient indignés, et que l'enfant, bien que doué d'une grande dose de douceur et de docilité, tremblait à la vue seule de sa marâtre.

Le 2 mai 1843, vers six heures du matin, on entendit encore la femme Kerdilès frapper à coups redoublés sur sa victime. Un instant après, cette femme entra chez ses plus proches voisins et leur demanda du vinaigre, en disant que la petite Françoise se mourait. Ces voisins accoururent et virent la petite fille étendue à terre dans l'intérieur de la maison et donnant à peine quelques signes de vie. Il ne s'était écoulé que quelques minutes entre le dernier soupir de l'enfant et le moment où les coups avaient été portés.

Les médecins chargés de procéder à l'autopsie constatèrent l'existence de quatorze contusions, dont quelques-unes très graves s'étendaient jusqu'aux os, contusions qui devaient avoir été faites avec un instrument contondant. Il paraît résulter de leur rapport que, dans leur opinion, la mort avait été occasionnée, soit directement, par les violences exercées sur l'enfant, soit indirectement, par ces mêmes violences qui auraient ébranlé le système nerveux. Il est déclaré, au surplus, par tous les témoins, que la petite fille était bien portante avant les coups que lui a portés sa marâtre, et qu'elle est morte immédiatement après les avoir reçus.

A l'audience, l'accusée a soutenu qu'il était faux qu'elle eût habituellement battu et maltraité la petite Françoise; que les témoins n'avaient pas dit la vérité. Elle a soutenu que l'enfant était malade par suite d'une chute qu'elle avait faite ; que, le 2 mai, elle s'était bornée à lui porter un coup de la main sur le dos, sans aucune intention de lui faire mal, et qu'elle avait été fort surprise de la voir tomber et mourir un quart d'heure après.

Trois médecins ont été appelés en vertu du pouvoir discrétionnaire de M. le président, pour éclairer le rapport des premiers docteurs. Ils ont été unanimement d'avis que la mort devait être attribuée à des coups violents, et qu'une simple correction ordinaire n'aurait pas eu un aussi triste résultat.

Le jury ayant déclaré la femme Kerdilés coupable de coups et blessures ayant occasionné la mort, sans intention de la donner, la Cour a condamné l'accusée en douze années de travaux forcés et à l'exposition.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Homicide par imprudence.* (Cour royale de Besançon.)

Le 31 mars dernier, les nommés Bereur, cultivateur, et Millot, employé de l'octroi, sortirent ensemble d'une maison d'Etalons, où ils avaient dîné. Millot était dans un état complet d'ivresse ; Bereur, qui avait mieux conservé sa raison, lui proposa de le reconduire. On vit ces deux hommes se diriger vers une cour qu'ils devaient traverser pour se rendre à leur demeure, et puis on les perdit de vue.

Peu d'instants après, la fille de Bereur et la femme Laîné, sœur de Millot, aperçurent ce dernier gisant dans la cour. Aidées de quelques personnes, elles transportèrent Millot chez lui. Son corps était couvert de contusions; une blessure profonde au coude avait déterminé la section de l'artère brachiale ; le sang, en raison du diamètre fort minime de la blessure, n'avait pu se faire jour et s'était répandu dans l'avant-bras. On fit venir auprès du malade un médecin, puis deux autres. Parmi eux, les uns opinaient pour l'amputation du bras, les autres étaient d'un avis contraire : mais déjà il n'était plus temps de délibérer; le mal avait fait des progrès rapides, l'inflammation avait amené la gangrène, et, deux ou trois jours après, Millot n'existait plus.

A la requête de la femme Laîné, sœur de Millot, la justice intervint, et Bereur fut arrêté.

M. Petitmenot, médecin, fut d'avis que Millot avait pu se blesser au bras en tombant, s'il avait dans sa poche un instrument tranchant; il

ques symptômes que l'on soit en droit de leur rapporter. Nous devons donc forcément rester dans le doute à ce sujet; mais ajoutons qu'il n'est pas rare de rencontrer des lésions pareilles chez certains vieillards, qui pendant la vie n'avaient offert d'autres symptômes du côté du cerveau qu'un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Du reste, parmi les altérations, soit du cerveau, soit des autres organes, il n'en est aucune qui puisse expliquer la mort d'une manière un peu satisfaisante. Les faits de ce genre ne sont pas très rares dans la science; pour les expliquer, on n'a pu faire que des hypothèses plus ou moins fondées, plus ou moins vraisemblables, et dont le moindre inconvénient était de reculer la difficulté sans la résoudre en aucune façon. Chez le malade dont l'observation précède, dirons-nous que la mort est survenue par suite d'un affaiblissement général portant sur l'économie entière? Sans rien décider, sans vouloir trancher la question, je note avec soin diverses circonstances qui sembleraient venir à l'appui de cette manière de voir. Je veux parler de la flaccidité des chairs, de celle du cœur, dont la mollesse était remarquable, etc.; mais je note surtout avec grand soin les caractères physiques du sang, que nous rencontrons partout, même dans le cœur, noir et complétement liquide. Et ce dernier état ne peut être considéré comme un effet cadavérique, puisque, même pendant la vie, le sang des deux saignées pratiquées peu de jours avant la mort offrait les mêmes caractères.

Délire aigu.

D..., peintre en bâtiments, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution très forte, athlétique, d'une taille moyenne, ayant les cheveux châtain clair, la figure habituellement bien colorée, a toujours joui d'une robuste santé. Il n'est pas épileptique, n'a jamais eu la colique des peintres, et depuis près d'un mois est occupé à un travail qui ne l'expose pas aux émanations saturnines. Il est en général sobre, s'enivre rarement; il est d'un caractère plutôt gai que triste, n'est pas sujet aux maux de tête; il ne passait pas pour singulier parmi ses camarades. Enfin, avant la maladie actuelle il n'avait jamais déraisonné, et aucun membre de sa famille n'a jamais été atteint d'épilepsie ou d'aliénation mentale.

Le 14 juin dernier, il fut condamné en police correctionnelle, au sujet d'une affaire pécuniaire, à quelques jours de prison et à une légère amende. Les jours suivants, il se livra à son travail habituel; il ne paraissait pas contrarié outre-mesure de sa condamnation, et rien dans ses discours et dans ses actions n'indiqua que sa raison fût troublée.

Le 17 juin au soir, son travail terminé, il rentra chez lui, mangea peu et se coucha de bonne heure, accusant un peu de courbature et de la céphalalgie.

Le lendemain, il sortit à cinq heures du matin pour retourner travailler. Il prit congé de sa mère, paraissait raisonnable et n'accusait aucune souffrance.

Deux heures environ après son départ, sa mère le vit rentrer brusquement; il avait la figure bouleversée, l'œil hagard, les gestes animés et menaçants, la parole haute, impérieuse, rapide. Il s'écria *qu'il venait de voir Napoléon, qu'il était amiral;* puis changeant tout à coup de propos, *il se dit poursuivi par les gendarmes qui voulaient le tuer*, etc. Bientôt il sortit en repoussant violemment sa mère, qui s'efforçait de le retenir. Il courut chez son frère, chez lequel il fit une scène à peu près pareille. On voulut en vain l'arrêter; il s'enfuit en courant dans les rues, sortit de Paris, s'élança dans la campagne, échappa toute la journée à sept ou huit personnes qui le poursuivirent sans relâche. Entre six et sept heures du soir, il fut enfin arrêté et lié après une vive résistance, et fut aussitôt conduit dans une voiture à l'hôpital Beaujon, et admis dans la division de M. Louis.

Au moment de l'entrée, l'agitation était extrême, la face colorée, les mouvements violents; le pouls à 124, plein; la peau injectée, chaude, couverte de sueur. L'agitation persiste toute la nuit sans interruption.

Le 19 au matin, lors du premier examen, on ne possédait pas les renseignements qui précèdent, et qui ont été fournis plus tard par la mère du malade et par ce dernier après sa guérison. Tout ce que l'on savait, c'est qu'il était peintre et que sa maladie était récente.

Etat actuel. Le malade, maintenu par la camisole, se débat dans son lit par intervalles; mais en somme, depuis deux heures environ, il est beaucoup plus calme qu'il n'a été jusqu'à présent. Figure médiocrement colorée, régulière, non anxieuse, exprimant la raillerie ou la menace. Œil brillant, bien ouvert; pupilles égales, régulières, médiocrement larges. Vue conservée; ouïe fine. Il ne parle pas spontanément, et il répond par des propos décousus ou menaçants aux questions qu'on lui adresse. Pas de mouvements convulsifs; sensibilité cutanée non détruite. Il refuse d'abord de montrer la langue, mais bientôt il la tire largement; elle est légèrement blanchâtre, humide, ni tremblante, ni déviée. Soif médiocre; déglutition facile. Abdomen bien conformé. Urine rendue dans le lit. Pas de selles, ni toux, ni dyspnée. Chaleur naturelle. Pouls 76 à 80, régulier, médiocrement plein. (Tisane sudorifique simple; eau de casse avec les grains; potion gommeuse avec 5 centigrammes d'extr. gom. d'opium; dix sangsues derrière chaque oreille; diète absolue.)

L'administration de l'eau de casse est, à dix heures du matin, suivie de plusieurs vomissements verdâtres assez abondants, et les sangsues, appliquées également aussitôt après la visite, fournissent une quantité notable de sang.

A une heure, le malade, plus calme, un peu taciturne, reconnaît sa mère.

A trois heures, la raison est tout à fait revenue; le malade est tranquille dans son lit; la figure est parfaitement naturelle, les réponses justes. Il se souvient d'une partie des choses qui se sont passées pendant son délire; attribue ce dernier à la contrariété qu'il avait éprouvée, et affirme n'éprouver pour toute souffrance qu'un peu de courbature, et n'avoir pas de céphalalgie, même légère. Le pouls est à 72, régulier, sans largeur; la chaleur naturelle.

En raison des changements favorables survenus dans l'état du malade, les autres médicaments prescrits le matin sont supprimés.

Les jours suivants la guérison se maintient, et le malade sort complétement guéri le 25 juin, mangeant quatre portions d'aliments.

Le caractère purement nerveux des symptômes observés chez ce malade, l'absence de troubles fonctionnels du côté des organes autres que le cerveau indiquent suffisamment que l'affection siégeait dans ce dernier organe. Je dis qu'il n'y avait de symptômes que du côté du cœur, car l'accélération du pouls et l'élévation de la température n'étaient que momentanés, étaient en raison directe de l'intensité du délire et de l'agitation musculaire, cessaient aussitôt qu'il survenait un peu de calme, et leur paraissaient entièrement subordonnés. L'amélioration du pouls et la chaleur paraissaient se produire ici de la même manière qu'on les voit apparaître sous l'influence d'une course rapide ou d'un travail pénible. La maladie ayant donc son siége dans le cerveau, quelle en était la nature? Les phénomènes de surexcitation cérébrale étaient-ils le résultat d'une inflammation ou bien n'étaient-ils qu'une simple névrose? La première hypothèse n'est pas admissible, d'abord parce que plusieurs symptômes appartenant à la méningite ou à l'encéphalite aiguës manquaient ici complétement; de plus on ne peut admettre qu'une inflammation aiguë des méninges ou du cerveau, affections d'ailleurs si graves, aient marché si rapidement, qu'après une durée de trente heures, elles aient cessé brusquement; et que le malade soit passé presque sans transition d'un état fort grave en apparence à un état de santé presque parfait. Notons enfin que, malgré tout ce que l'on a dit sur la lenteur du pouls dans les affections cérébrales, si l'on eût eu affaire à une méningite ou à une encéphalite capables de donner lieu à un délire aussi intense, le pouls eût conservé, même dans les moments de calme, une certaine amélioration, ce qui n'a pas eu lieu dans le cas actuel. Tout indique donc qu'il s'agit ici d'une simple névrose, et les renseignements précis qui ont été recueillis, éloignant l'idée que le délire s'est manifesté sous l'influence des préparations saturnines ou de l'épilepsie, on est conduit naturellement à considérer ce fait comme n'étant autre chose qu'un exemple de manie aiguë. Quant à sa cause, on ne peut rien savoir de bien positif. La condamnation subie par le malade trois jours avant le début des accidents l'aurait affecté péniblement, cela n'est pas douteux; mais encore faut-il, pour expliquer l'action de cette cause, admettre l'existence de quelque indisposition que nous ne trouvons nulle part.

J'aborde maintenant le côté pratique de ce fait. On se rappelle que, lors du premier examen, on savait, pour tout renseignement, que le malade était peintre et que sa maladie était de date récente; à ce moment, on s'en souvient aussi, le pouls était peu accéléré, la chaleur naturelle, il n'y avait aucun signe de congestion du côté de la tête. L'agitation commençait à se calmer. Quel mode de traitement devait-on adopter? Si les émissions sanguines locales ou générales n'étaient pas formellement contre-indiquées, il s'en fallait que l'indication en fût pressante. D'un autre côté, le malade était peintre, exposé par conséquent à l'influence délétère des préparations saturnines, et l'on était en droit de se demander si le délire ne reconnaissait pas cette cause. C'est en raison de l'incertitude qui existait à ce sujet, et à défaut d'indications plus positives que le traitement de la Charité fut employé. Doit-on attribuer à ce traitement le résultat heureux qui fut obtenu? C'est ce que je ne voudrais pas nier d'une manière positive, quoique le fait me paraisse peu probable.

Du reste, à propos de traitement de la Charité, j'ajouterai que ce traitement tout incohérent, irrationnel, tout inexplicable qu'il puisse paraître, est encore celui qui, contrairement à l'opinion de certains médecins, produit les résultats les plus avantageux dans la grande majorité des cas. Je sais bien qu'il est désagréable de voir une méthode empirique l'emporter en efficacité sur les méthodes les plus savamment et les plus rationnellement combinées; mais il ne faut pas moins l'admettre comme une vérité démontrée.

COSSY, *interne des hôpitaux.*

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Miélyte symptomatique d'affection tuberculeuse du rachis.

Brance (Antoine), âgé de vingt ans, natif du Piémont, à Paris depuis sept ans, est le sujet de cette intéressante histoire.

Ce jeune homme a commencé à souffrir dans le flanc gauche le 28 décembre 1842; la douleur se propagea le lendemain vers la région rénale, accompagnée de mouvement fé-

a pensé néanmoins qu'il était beaucoup plus probable que Millot avait été frappé avec cet instrument tranchant. Mais à l'opinion de ce médecin, MM. les docteurs Cornuelle et Brassottes vinrent opposer leur manière de voir: or, ces derniers n'hésitèrent pas à dire que les contusions et la plaie pouvaient aussi bien provenir d'une chute que d'une percussion exercée par un tiers.

La seule charge qui restât contre Bereur était la déposition du défunt lui-même: en effet, Millot, pendant sa courte maladie, avait déclaré à plusieurs témoins qu'il était trop complétement ivre pour se rappeler la manière dont les choses s'étaient passées; cependant, il avait fini par avouer que Bereur l'avait poussé violemment.

Devant le tribunal correctionnel de Beaume, M. l'avocat du roi, en raison de l'incertitude qui paraissait régner sur toute cette affaire, abandonna l'accusation, et le tribunal condamna seulement Bereur à quinze jours de prison pour avoir, en poussant violemment Millot, commis un homicide par imprudence.

Sur l'appel interjeté par Bereur, la Cour royale de Besançon a confirmé le jugement de première instance.

II. *Mutilation pour se rendre impropre au service militaire.* (Tribunal correctionnel de Libourne.)

Ce genre de délit devient chaque année plus fréquent dans les campagnes de certains départements: des jeunes gens que la loi du recrutement va atteindre ne craignent pas, à l'aide des opérations les plus douloureuses, de se créer des infirmités permanentes qui n'ont pas même le résultat actuel qu'ils en attendaient.

Guillaume Maurey a eu le triste courage de couper la première phalange de son index droit. Il a fait valoir ce moyen d'exemption devant le conseil de révision, qui a cru devoir le déférer aux tribunaux.

A l'audience, Maurey soutient que l'amputation de son doigt n'a pas été volontaire; qu'elle est le résultat de la pression de deux grosses pierres entre lesquelles il a eu la main engagée. Plusieurs témoins viennent en effet raconter que, dans une occasion, ils ont entendu Maurey pousser des cris, et que celui-ci, leur présentant l'index droit coupé, leur a dit que cet accident venait d'être causé par des pierres qu'il transportait, et qu'il leur a montrées; mais ils n'ont point vu le fait.

Deux médecins, appelés pour donner leur avis sur les causes probables de la mutilation dont le prévenu est affecté, ont déclaré la version de ce dernier tout à fait invraisemblable, et ont soutenu que l'amputation avait dû être faite à l'aide d'un instrument tranchant.

En présence d'une déclaration aussi précise, le tribunal a condamné le prévenu à deux mois d'emprisonnement, par application de l'art. 41 de la loi du 21 mars 1832.

III. *Prévention d'escroquerie et de manœuvres frauduleuses. — Remise d'argent en matière de recrutement.* (Cour de cassation.)

Un médecin qui avait su inspirer dans la ville qu'il habitait l'opinion erronée qu'il exerçait de l'influence sur les décisions du conseil de révision, dont il ne faisait cependant pas partie, reçut la visite d'un père de famille qui lui promit quatre cents francs pour le cas où il ferait exempter son fils du service militaire. L'infirmité dont le jeune homme était atteint était d'une telle nature, qu'il fut affranchi de l'impôt du recrutement. Les quatre cents francs furent comptés au médecin. Mais ces faits vinrent à la connaissance du ministère public, qui y vit le délit d'escroquerie, et traduisit le sieur Alary devant la police correctionnelle.

Le tribunal de Narbonne décida qu'il n'était pas prouvé qu'Alary se fût livré à des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de son pouvoir ou de son crédit imaginaire; qu'au contraire, le père du jeune conscrit était venu à lui spontanément; qu'Alary n'avait fait que donner son assentiment à une proposition qui lui était faite; qu'il avait profité d'une erreur, mais qu'il ne l'avait pas fait naître, et que cette volonté, dépourvue de toute ruse, de toute précaution fallacieuse, ne suffisait pas pour constituer une manœuvre. En conséquence, le tribunal déclara que, quelle que fût la haute immoralité des faits imputés à Alary, ils ne constituaient pas le délit d'escroquerie.

Le tribunal de Carcassonne ayant, sur l'appel, confirmé cette décision, le ministère public s'est pourvu en cassation. Mais, sur la plaidoirie de Me Rigaut, avocat, et malgré les conclusions de M. Quesnault, avocat-général, la Cour a rendu un arrêt de rejet.

IV. *Exercice illégal de la médecine.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

Le 17 juin dernier, à trois heures du matin, M. Yon, commissaire de police du quartier du faubourg Montmartre, fut requis de venir constater le suicide d'une femme demeurant rue de Buffault, n° 1.

A l'arrivée du commissaire de police dans cette maison, le sieur Rudinski, qui occupait une chambre voisine de celle où le suicide s'était accompli, déclara qu'ayant entendu des plaintes et des gémissements qui paraissaient venir d'une personne agonisante, il s'était hâté d'avertir les sieur et dame Garrigou, beau-frère et sœur de la locataire voisine. Ceux-ci, au désespoir, et prévoyant un malheur, allèrent chercher un serrurier qui ouvrit la porte, et l'on trouva, couchée dans son lit, la dame Odille Massou, femme Maignant, domestique. La fenêtre et toutes les ouvertures qui auraient pu donner passage à l'air extérieur étaient hermétiquement calfeutrées. Cette malheureuse femme, à peine âgée de vingt-neuf ans, enceinte de plusieurs mois, était en proie aux dernières convulsions de l'agonie. Deux grands réchauds, pleins de charbon allumé, étaient placés près de son lit.

Toutefois, comme la vie ne paraissait pas encore éteinte, la dame Garrigou courut toute éperdue chercher un médecin. Un jeune homme qui passait dans la rue, voyant son émotion extrême, lui demanda la cause de sa douleur et ce qu'elle allait chercher. — Un médecin, un médecin, cria madame Garrigou, pour Dieu! En connaissez-vous un? — Je suis médecin moi-même, dit gravement l'inconnu, et je suis en état de faire tout ce qui est nécessaire. Courez chez le pharmacien le plus proche, et demandez-lui ce qu'il y a de mieux pour les cas d'asphyxie.

Au lieu de se borner à donner les médicaments nécessaires en pareil cas, M. Vuaflart, pharmacien, faubourg Montmartre, voulut contribuer par lui-même à secourir la mourante, et se rendit dans la chambre de celle-ci, où il trouva le prétendu docteur, auquel il représenta qu'une saignée faite immédiatement eût peut-être suffi pour sauver la vie de l'aphyxiée. Quelques réponses du médecin inconnu montrèrent bientôt à M. Vuaflart que le prétendu docteur usurpait cette qualité, et qu'il était resté près d'une heure au chevet du lit de la femme Maignant, sans lui donner aucun secours de l'art.

Le docteur Dufour, qui fut ensuite chargé par M. le commissaire de police de constater les causes du décès, l'attribua à l'asphyxie par le gaz acide carbonique. Procès-verbal ayant été dressé et transmis au procureur du roi, le sieur L... a été cité en police correctionnelle sous la prévention d'exercice illégal de la médecine.

Devant le tribunal, il a avoué qu'ayant passé la soirée et la nuit avec ses amis, il était quelque peu exalté lorsqu'il avait répondu à la dame Garrigou qu'il était médecin.

Toutefois, aucun témoin ne venant attester que le prévenu se livrât habituellement à l'exercice de la médecine, ce fait isolé n'a pas paru suffisant au tribunal pour motiver une condamnation, et il a été renvoyé des fins de la plainte.

V. *Médicaments gâtés. — Exercice illégal de la pharmacie.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

Dans le courant d'avril dernier, une visite de la commission chargée de vérifier l'état et la bonne tenue des pharmacies, avait amené la saisie de médicaments avariés dans un certain cabinet médical et pharmaceutique situé rue Montesquieu, 7.

Le sieur Louis-Charles Lambert, qui présidait à la manipulation des drogues employées et débitées dans cette officine, fut même condamné par un jugement par défaut, en date du 19 mai 1843, à trois mois de prison et 50 fr. d'amende.

Ce jugement ayant été signifié à Lambert le 30 juin suivant, il s'em-

brile, intense ; et après être resté quelques jours chez lui, il se décide à entrer à l'hôpital le 3 janvier 1843. Interrogé sur les antécédents de sa maladie actuelle, il dit s'être toujours assez bien porté, n'avoir jamais fait d'excès de travail, ni d'autre nature, de n'avoir pas pris froid, ni eu d'affection rhumatismale. Il se plaignait, lors de la première visite, de sa douleur à la région dorsale ; la langue était blanchâtre, un peu rouge sur les bords ; le ventre était tendu, balloné, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite et douleur à la pression ; pas de dévoiement, au contraire constipation depuis le commencement de la maladie. Insomnie fatigante depuis le premier jour sans céphalalgie véritable; face un peu stupide, pouls à 70 pulsations, assez résistant. Le malade était dans un état d'abattement considérable. On prescrivit l'eau de gomme sucrée pour boisson, des cataplasmes sur les reins, et la diète, 50 grammes d'huile de ricin, le 4 janvier. Le malade a eu un peu de dévoiement hier au soir sous l'action du purgatif. Il est, du reste, dans le même état général ; il s'y est ajouté une douleur assez vive dans les jambes, et une toux fréquente. Le pouls est à 80 pulsations, moins résistant. Il y a du râle sibilant à gauche. Solution de sirop de gomme, eau de seltz, cataplasmes sur les reins, diète. — Le 5, hier au soir, le malade se plaignait beaucoup des pieds et des jambes ; comme il n'avait uriné qu'une fois depuis son entrée, il avait la vessie très-distendue, et fut immédiatement soulagé par le cathétérisme. Ce matin il souffre toujours dans les membres inférieurs, dont la sensibilité semble très exagérée. Le pouls est à 84, peu résistant ; peau légèrement chaude. La sensibilité de la colonne vertébrale est très vive ; la pression y est assez douloureuse, principalement au niveau de la sixième ou septième vertèbre. Impossibilité de remuer les membres inférieurs. 12 ventouses sur le dos ; 60 grammes d'huile de ricin ; eau gommée sucrée.

Le 6, expression de souffrance moins prononcée. Langue d'un jaune sale, pâteuse. Les douleurs du dos et des jambes ont été plus vives cette nuit, et généralement le malade souffre plus la nuit que le jour. Sirop de gomme ; huile de ricin, 30 grammes ; 12 ventouses le long de la colonne vertébrale ; frictions avec baume tranquille.

Le soir, le malade souffre peu dans les reins mais plutôt vers le sacrum. Les membres inférieurs sont absolument incapables du moindre mouvement ; il y a quelques fourmillements, mais pas de secousses convulsives. Pas de selles malgré l'usage de l'huile de ricin ; ventre ballonné ; peau chaude ; pouls à 84.

Le 7, il a été sondé deux fois dans la nuit dernière, et se trouve un peu mieux. Jambes immobiles ; pas de secousses ; fourmillements moins vifs ; il souffre moins aux reins et aux jambes. Ventre toujours ballonné, sensible à la pression. Pouls résistant, à 112, ce qui fait une sensible augmentation depuis hier. Peau chaude. On prescrit une saignée de 2 palettes 1/2 ; des ventouses sur la région lombaire.

Le soir, on constate qu'il ne sent rien sur tout le sacrum, les cuisses, jusqu'aux mollets. La rétention d'urine continue ; celle-ci est rougeâtre. Il y a eu une selle involontaire. On a mis deux ventouses au niveau de la sixième vertèbre dorsale : l'application a produit une vive douleur. Le caillot de la saignée est rétracté, couenneux.

Le 8, il s'est plaint toute la nuit des cautères. Incontinence d'urine depuis hier au soir. Il sent toujours du fourmillement dans les jambes. Insensibilité complète dans le dos depuis deux jours. Urine sanguinolente extraite toujours par la sonde. Une pilule d'extrait thébaïque ; panser les cautères.

Le soir, la sensibilité est revenue partout. Le malade souffre par la pression et le pincement. Ventre toujours ballonné. Il urine par regorgement. Toux incommode. Pouls à 104, petit, faible. Il souffre aux reins jusqu'au niveau des épaules ; il dit que sa respiration est gênée depuis deux ou trois jours : pourtant les côtes se dilatent bien.

Le 9, urines toujours involontaires. Insensibilité absolue dans le dos et les jambes. Les pieds même sont insensibles. Pouls à 92, petit. Il dit se trouver mieux. Figure naturelle.

Le 10, le malade accuse des douleurs dans le ventre et les reins ; il ne peut pas retenir ses vents ; il a vomi de la bile pure. Mêmes fourmillements aux jambes. Il se sent mieux de ses membres que les jours derniers ; pourtant l'aspect est d'un grand abattement ; pouls à 107 ; difficulté de respirer ; respiration costale. Eau de Seltz ; cataplasme sinapisé ; diète.

Le 11, hier dans la journée il s'est plaint beaucoup de fourmillements dans les jambes, qui étaient tellement douloureux, à lui arracher des cris, et de la douleur transversale du ventre. La sensibilité était très exaltée à partir de la moitié inférieure du tronc. Il n'a pas dormi de la nuit. Aujourd'hui la respiration est toujours gênée ; toux fatigante ; malaise général ; pas de selles ; ventre ballonné. Pilules avec extrait thébaïque ; frictions avec baume tranquille ; bouillon. Pouls à 104.

Le soir, la dyspnée augmente. Le sacrum a commencé à s'écorcher. Incontinence d'urine et rétention des matières fécales. Pouls 100.

Le 12, figure très abattue ; même état général et local. Oppression d'estomac. Sirup de gomme ; pilules d'extrait thébaïque ; frictions avec baume tranquille.

Le soir la face est très rouge, animée ; il dit qu'il sent un feu dans le corps. La langue est rouge et sèche à sa pointe, blanc pâle à sa base ; la chaleur est vive ; pouls à 104 recouvert sous l'index. Le malade se plaint continuellement, surtout des reins et du ventre. La douleur transversale du ventre est toujours forte. Toux assez fréquente, avec crachats spumeux abondants ; sensibilité exagéré aux membres inférieurs. La hanche gauche est plus volumineuse que la droite.

Le 13, même état qu'hier. Le malade a toujours des selles involontaires sans s'en apercevoir. La toux et l'oppression semblent moins fortes. Riz ; sirop de coing ; pilules avec opium ; frictions *ut suprà*.

Le 14, la figure du malade est meilleure ; les douleurs des membres sont pourtant vives. La vessie remonte trop haut ; météorisme prononcé du ventre ; toux sèche ; même état pour le reste. On continue le même traitement.

Le 15, il n'a pas dormi. Respiration difficile ; figure bien amaigrie et souffrante ; bouche et langue sèches ; même état pour le reste. Même traitement.

Le 16, figure très fatiguée et abattue ; douleurs transversales du ventre et aux jambes très vives ; fourmillements et secousses dans ces membres. On ajoute au traitement ordinaire quelques potages.

Le soir, le malade se plaint depuis une heure beaucoup plus du ventre. Il dit avoir eu du frisson et des claquements de dents. Il tousse très souvent, mais il crache avec beaucoup de peine, comme si quelque chose de paralysé se trouvait dans l'organe aérien ; ventre très ballonné ; pouls à 130. Il se sent quelquefois oppressé et forcé de s'asseoir sur le lit pour ne pas étouffer.

Le 17, le malade semble aller un peu mieux ; il a eu un peu de sommeil dans la nuit ; sa figure exprime pourtant toujours la fatigue et l'abattement. Pas de selles. Même traitement.

Le 18, pas de sommeil la nuit précédente. Même état pour le reste. Même prescription.

Le 19, le malade se plaint beaucoup plus que les jours précédents. Le ventre est fortement ballonné et douloureux à la moindre pression. Il se plaint aussi de la gorge. Toujours les mêmes fourmillements dans les jambes. Figure abattue et affaissée plus qu'à l'ordinaire. Dyspnée croissante. Même prescription qu'hier.

Le malade succombe à une heure du soir après une courte agonie, et on procède à l'autopsie le 21 au matin.

Le cerveau est sain, mais les méninges présentent une injection très vive ; rien dans le bulbe rachidien. On porta immédiatement l'attention sur le rachis, qu'on fendit dans toute sa longueur ; à partir de la sixième vertèbre dorsale, et même plus haut, du côté droit, les muscles vertébraux sont mollasses, infiltrés, violacés, se déchirant avec une grande facilité. Dans le canal vertébral, on trouve une collection purulente enveloppant la moelle de toute sa portion dorsale, mais en dehors de la dure-mère ; le pus est crémeux et très abondant. En incisant dans la gouttière vertébrale gauche, on a trouvé du pus réuni en foyer, épais et communiquant avec le foyer précédent. Entre la sixième et la septième côte, sous le muscle intercostal, il y a une collection purulente du volume d'un œuf. Les articulations de ces deux côtes sont séparées l'une de l'autre par un intervalle beaucoup plus grand que pour les autres côtes voisines, et même elles n'existent plus au niveau de leurs tubérosités. Le cadavre, couché sur le ventre, le bistouri enfoncé dans les tissus plonge dans un foyer purulent à pus crémeux et bien lié. Ce foyer semble communiquer par le trou de conjugaison correspondant avec le foyer du canal vertébral ci-dessus décrit.

Ayant mis la moelle à nu, on n'y a trouvé aucune altération ; elle est, au contraire, plus ferme et plus dure qu'à l'état normal, et sans la moindre injection ; elle semble un peu diminuée de volume dans la région dorsale, ce qui s'explique par la compression exercée sur elle par le pus placé en dehors des méninges. Dans la cavité de l'arachnoïde, il n'y a pas de liquide accumulé. On a éprouvé quelque difficulté à séparer la moelle de la dure-mère. Il y a un peu d'injection sur les feuillets inguinal et pariétal de la moelle.

La dure-mère, en avant et à l'extérieur, ne présente absolument rien ; seulement elle a quelques fortes adhérences avec le ligament vertébral postérieur. En arrière, elle forme comme la paroi antérieure au foyer purulent. En enlevant le pus, on trouve sur la dure-mère une couche de fausse membrane molle, tomenteuse et rougeâtre dans toute l'étendue de l'abcès vertébral.

Au-dessous de l'abcès, et toujours sur sa face postérieure, la dure-mère offre une injection très vive sans fausses membranes.

Toute la queue de cheval baigne dans une sérosité rougeâtre très abondante.

Au-dessus de l'abcès on ne voit rien d'anormal sur les enveloppes membraneuses de la moelle.

Les poumons sont sains dans toute leur étendue, sauf un peu d'engorgement cadavérique en arrière ; le sommet du poumon droit présente plusieurs tubercules à l'état cru, isolés, dont le plus gros arrive jusqu'au volume d'une petite noisette ; l'un est ramolli. Pas d'épanchement dans les plèvres.

Entre la sixième et la septième côte, on aperçoit sur le côté gauche du rachis deux abcès contenant la plèvre ; l'inférieur est celui qui forme le fond du supérieur.

Le muscle psoas est presque disparu, et baigne dans un abcès considérable dont le pus est semblable à du petit-lait trouble et grumeleux.

En tâtant la colonne vertébrale, on sent qu'elle a plus d'étendue transversale que d'habitude, et qu'elle est hypertrophiée.

Le péritoine est sain ; pas de pus ni même de sérosité dans son intérieur.

---

pressa d'y former opposition, et le tribunal de police correctionnelle (8e chambre) avait dernièrement à apprécier le mérite de cette opposition ; ce qu'il a fait en condamnant le sieur Lambert à un mois de prison et 500 fr. d'amende, par application de l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777.

VI. *La mélasse de la Cochinchine et l'ervalenta de l'Afrique septentrionale.* (Cour royale de Paris.)

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs l'acquittement en première instance du sieur Warton, qui avait été traduit en police correctionnelle sous la triple inculpation de vente de remèdes secrets (car il annonçait sa mélasse de la Cochinchine et son ervalenta de l'Afrique septentrionale comme des remèdes), d'exercice illégal de la pharmacie (car il fabriquait et vendait le tout chez lui), et d'escroquerie (car, ainsi que nous l'avons dit, l'*ervalenta* n'était que de la farine de lentilles, la *mélasse de la Cochinchine* de la mélasse de canne).

Sur l'appel du ministère public, le sieur Warton a dû comparaître devant la Cour royale. Le rapport a été fait par M. le conseiller Zangiacomi, et les détails dans lesquels il a été obligé d'entrer, ont plus d'une fois excité l'hilarité de la Cour, du barreau et du public.

Nous nous bornerons à donner ici les principaux points de l'interrogatoire du prévenu, parce que cette partie du débat n'a pas été la moins curieuse.

D. Vous avez livré au public des substances alimentaires ? — R. J'ai vendu de l'*ervalenta* et de la *mélasse de la Cochinchine*..

D. D'où avez-vous tiré ces secrets ? — R. C'est à moi qu'on doit la découverte de la propriété des lentilles. Je ne connais rien de plus efficace pour combattre la... la constipation !

D. Mais il y a aussi de la mélasse ? — R. Je crois bien, c'est que c'est excellent pour çà.

D. Pourquoi n'avez-vous pas annoncé ce remède pour ce qu'il est réellement ?—R. J'ai commencé par là, mais ça ne prenait pas. J'ai donc substitué un nom scientifique au nom vulgaire, et je n'ai plus suffi aux demandes.

D. Vous avez abrégé le nom scientifique ?—R. Je l'ai un peu abrégé en le francisant ; mais ça ne fait rien aux propriétés de mon remède.

D. Si le public avait su que vous ne lui vendiez que de la farine de lentilles, il est probable que personne ne serait allé chez vous ? — R. Vous croyez ? Après tout, c'est bien possible.

D. Combien vendiez-vous chaque paquet ? — R. A raison de trois francs le kilogramme. Les épiciers le vendent bien moins ; mais j'ai doublé le prix pour ne pas avoir l'air de faire concurrence aux épiciers.

D. Et vous affirmez que cela guérit les malades ? — R. Comme aliment, c'est excellent. Il vous préserve de l'incommodité si fatigante de la constipation. (S'échauffant à mesure qu'il avance dans les détails des vertus de son spécifique) : Ne croyez pas, messieurs, que je vous parle ici en fanatique, en enthousiaste ! Non, non ; je ne suis pas un charlatan, et si je vous dis que ce spécifique est bon, c'est que je sais par expérience qu'il est excellent. (Hilarité générale.)

D. Que nous direz-vous de votre mélasse de Cochinchine ? — R. Cochinchine n'est peut-être pas le mot propre, car elle vient surtout de la Jamaïque, de Porto-Ricco, et quelque peu, il est vrai, de la Cochinchine. Je lui ai donné ce nom pour qu'on n'allât pas chez les épiciers qui ne vendent que de la mélasse de betteraves, les barbares ? Savez-vous l'effet de cette mélasse ? Elle ne guérit pas la constipation, elle l'augmente.

D. Mais vous faisiez payer cinq fois plus cher que dans le commerce votre mélasse cochinchinoise ?— R. Ne croyez pas que ce soit le désir de gagner de l'argent qui m'ait fait mettre ma marchandise à un prix si élevé. Les pharmaciens vendent bien cinquante centimes ce que les épiciers donnent pour vingt-cinq ! Et c'est souvent cette odieuse mélasse de betteraves qu'ils vendent ainsi, augmentant la constipation de leurs pratiques au lieu de la combattre.

Sur la plaidoirie de Me Marie, et malgré les conclusions contraires de M. l'avocat-général, la Cour a confirmé l'acquittement du sieur Warton. (*Gazette des Tribunaux*)

§ III. Justice administrative.

Hospices. — Modifications dans le personnel de santé. — Changement d'attributions. — Droits du ministre de l'intérieur. (Conseil d'Etat.)

La commission administrative de l'hospice d'Auxerre a déféré au Conseil d'Etat une décision par laquelle M. le ministre de l'intérieur a invité M. le préfet de l'Yonne à réduire à trois praticiens le personnel de santé de l'hospice, en maintenant dans leurs fonctions de médecins les docteurs Courot et Paradis, et en chargeant du service chirurgical M. le docteur Marie, médecin titulaire.

La commission administrative soutient que M. le ministre de l'intérieur a outre-passé les limites de ses pouvoirs en restreignant le nombre des médecins ou chirurgiens de l'Hôtel Dieu, et en nommant de son chef un chirurgien. Le ministre a méconnu ainsi les dispositions de l'art. 1er de la loi du 16 vendémiaire an V, et celles des art. 17 et 18 de l'ordonnance du 31 octobre 1821. D'après ces dispositions, en effet, les médecins, chirurgiens et agents comptables des hospices sont nommés par les préfets, sur la présentation des administrateurs.

M. le ministre de l'intérieur fait remarquer que l'administration des hospices du royaume rentre exclusivement dans les attributions de son ministère. Comme chef de cette administration, il peut prendre toutes les mesures qu'il croit convenables ou utiles, quand il n'existe d'ailleurs aucune disposition légale ou réglementaire qui s'y oppose. Les instructions spéciales qui ont été publiées sur la matière reconnaissent au ministre le droit d'intervenir, lorsqu'il s'agit de créer de nouveaux emplois de médecins, et ce droit implique celui d'ordonner la suppression ou la réduction des emplois de la même nature, qui, au lieu de présenter des avantages, sont purement onéreux et contraires aux intérêts des hospices.

Le docteur Marie, par suite de la réunion du service médical au service chirurgical qui existait au moment où la décision a été prise, se trouvait à la fois médecin et chirurgien de fait et de droit. On ne lui a donc pas conféré un droit nouveau, mais on a seulement modifié la nature de ses fonctions. Dès lors, il n'était pas nécessaire qu'il fût présenté par la commission administrative.

Sur le rapport de M. Louyer-Villermay, maître des requêtes, le conseil d'état a tranché la question de la manière suivante :

« Considérant que les réglements qui fixent le nombre des médecins et chirurgiens attachés au service de santé des hospices sont soumis, par l'article 17 de l'ordonnance du 31 octobre 1821, à l'approbation de l'autorité administrative supérieure ;

» Que la décision par laquelle M. le ministre de l'intérieur a réduit, contrairement aux propositions de la commission administrative, le nombre des médecins et chirurgiens de l'hospice d'Auxerre, et chargé le préfet d'attacher au service chirurgical l'un des docteurs actuellement en exercice, sans procéder à aucune nomination nouvelle, est un acte de pure administration qui n'est pas susceptible d'être déféré au conseil par la voie contentieuse ;

» Art. 1er. La requête des administrateurs de l'hospice d'Auxerre est rejetée. » (*Bulletin des Tribunaux.*)

Emploi thérapeutique de la vanille ; par M. le docteur Herschmann, de Stanislau.

M. Herschmann vante beaucoup cette substance à titre de médicament, et, suivant lui, c'est bien à tort que les praticiens de l'époque actuelle l'ont laissée tomber en oubli. Il affirme qu'il s'est convaincu pleinement des effets remarquables qu'on peut en obtenir dans le traitement des fièvres adynamiques, et surtout dans les cas d'hysteriasis.

Ce médecin prescrit la vanille sous forme d'infusion, préparée en vase clos, avec un à quatre grammes de substance pour cent à cent cinquante grammes d'eau bouillante. Cette dose, convenablement édulcorée, est ensuite administrée par cuillerées dans le courant des vingt-quatre heures. (*Sachs's allg. med. Central-Zeitung.*)

Correspondance.

LETTRE SUR LA TAILLE.

Monsieur le Rédacteur,

Votre journal du 10 de ce mois contient un long article remplissant quatre colonnes et demie, et ayant pour titre : *Calcul vésical considérable. Taille hypogastrique pratiquée par M. le professeur Velpeau. Difficultés de l'opération. Mort.* Cet article pourrait déprécier la taille hypogastrique en faisant regarder, comme lui étant inhérents, les accidents qui se sont présentés dans cette opération ; tandis qu'ils n'ont été causés, selon moi, que par les manœuvres de l'opérateur et par le mode de pansement qu'il a eu l'idée d'employer.

« Si l'on réfléchit, » dit l'auteur de l'article, « aux rapports du pé» ritoine avec la face antérieure de la vessie, on sait bientôt de quelle » manière l'incision doit être prolongée ; il est évident qu'en la con» duisant de bas en haut, on ne pourrait manquer de léser la séreuse, » et c'est là un des accidents que l'on doit pendant toute l'opération se » préoccuper le plus d'éviter ; ce sera donc de haut en bas qu'on de» vra diriger l'instrument pour agrandir la plaie. » Cette crainte est chimérique ; frère Côme agrandissait l'ouverture en incisant de bas en haut par pression et par légères secousses, ainsi qu'il le prescrit dans sa méthode ; de cette manière, il n'y a que les parties qui résistent au tranchant du bistouri qui soient divisées ; le péritoine fuit devant l'instrument. C'est ainsi que moi-même je procède toujours ; et si le péritoine s'est trouvé lésé quelquefois, cela a dépendu de circonstances particulières étrangères à l'opération, et qu'il était impossible de prévoir. Au contraire, en prolongeant l'incision de haut en bas, on arrive nécessairement assez près du col de la vessie, et l'on s'expose à ces hémorrhagies mortelles dont l'auteur de l'article cite six exemples ; ce qui n'a pas lieu lorsqu'on incise vers l'angle supérieur.

A quoi pense donc l'auteur de dire qu'il est bien plus difficile d'extraire la pierre de la vessie par la taille hypogastrique que par les tailles périnéales, lorsque c'est tout le contraire qui arrive. En procédant par la taille périnéale, on est borné par les branches des ischions ; ce qui fait que souvent il a été impossible de délivrer le malade de son calcul, et qu'il a fallu le reporter dans son lit avec la pierre dans la vessie. Lorsqu'au contraire on procède par la taille hypogastrique, n'ayant affaire qu'à des parties molles, on a la facilité d'agrandir suffisamment l'incision pour procurer un libre passage à la pierre. Il est inconcevable que M. Velpeau professe des idées aussi erronées et dont les conséquences sont si funestes aux malades, comme il en a eu la preuve, l'année dernière, dans sa pratique à l'hôpital de la Charité, sur deux sujets âgés, l'un de vingt-trois ans et l'autre de neuf ans seulement, qu'il a opérés en ma présence par la taille périnéale, et qui succombèrent des suites d'une infiltration urineuse et gangréneuse, ainsi que cela a été constaté par l'autopsie.

Je ne suis pas non plus de l'avis de l'auteur lorsqu'il dit : « Il est » une ressource précieuse pour aider l'extraction de la pierre, nous » voulons parler de l'emploi de la curette. Quand on peut parvenir à » la placer convenablement en arrière, ce qui n'est pas toujours aisé, » alors elle est beaucoup plus avantageuse que les tenettes en ce qu'elle » tient beaucoup moins de place et que l'on peut avec elle terminer » l'extraction en faisant basculer le calcul. » Frère Côme, pour ces cas d'extraction de calculs volumineux, avait imaginé la tenette-forceps ; il en introduisait, l'une après l'autre, les branches dans la vessie, les joignait entre elles après avoir saisi la pierre, et en faisait l'extraction. Cette tenette, dont les branches se joignent fort haut, bien au-dessus de la plaie, a l'avantage de tenir écartées les lèvres de cette plaie, de préparer et de faciliter ainsi la sortie du calcul ; au lieu qu'en se servant de la cuvette seule, qui ne présente qu'une tige, ne pouvant agir qu'en soulevant la pierre, la vessie et les parois abdominales se contractent fortement sur cette pierre, et opposent un obstacle invincible à sa sortie.

Comment est-il possible d'avancer une assertion aussi fausse que celle-ci ? « L'inflammation du tissu cellulaire arrive à peu près une » fois sur six ou sept opérations de la taille hypogastrique, et il faut » malheureusement ajouter que c'est par suite une mort sur six ou sept » opérations que l'on aura à déplorer. » Si M. Velpeau avait lu le mémoire que j'ai adressé à l'Académie des sciences, où je présente la taille hypogastrique comme méthode générale, mémoire qu'elle a honoré d'un prix Montyon et qui a aussi reçu l'approbation de l'Académie royale de médecine, qui en a ordonné la publication dans ses mémoires, il aurait vu que sur cinquante opérations pratiquées consécutivement, quarante avaient été exécutées par la méthode hypogastrique ; et que chez les malades qui ont succombé, et dont l'autopsie a pu être faite, l'on n'a aperçu aucune trace de péritonite, ni d'infiltration d'urine, si ce n'est chez un seul opéré sur lequel un des assistants voulant explorer la vessie introduisit le doigt dans la plaie, ne rencontra pas l'ouverture de la vessie qui était revenue sur elle-même, et se fourvoya dans le tissu cellulaire ambiant, ce qui donna probablement lieu à la légère infiltration urineuse que l'autopsie fit découvrir. Il est donc inexact de dire que la mort arrive une fois sur six ou sept cas d'opérations de taille hypogastrique, par l'effet de l'infiltration ; cet accident n'a lieu que lorsque le tissu cellulaire, dans le trajet de la plaie, a été altéré, désorganisé par de fausses manœuvres, par la violence employée dans l'extraction, pour n'avoir pas donné assez d'étendue à l'incision, et surtout lorsqu'on a omis dans les pansements de placer mon siphon, indispensable pour empêcher l'urine de passer par la plaie. Il y a lieu de déplorer que ce soit en se fondant sur des assertions aussi peu conformes à l'expérience, que l'on cherche à déprécier une opération si salutaire, et qu'on ose avancer que, sauf les cas où la pierre est trop grosse, la taille périnéale lui est préférable ! Il faut être bien dépourvu de connaissances et d'expérience pour hasarder un pareil langage, lorsqu'il est prouvé surtout que, par la taille hypogastrique, l'on peut toujours et dans toutes les circonstances, extraire dans une seule séance les calculs contenus dans la vessie, quels qu'en soient la nature, le volume, le nombre et la petitesse ; ce qu'on n'a jamais la certitude d'obtenir lorsqu'on procède par la taille périnéale, et encore moins par la lithotritie.

Que résulte-t-il de cette prévention qui empêche d'employer les procédés opératoires dont la bonté a été confirmée par l'expérience ? Qu'on cherche à en inventer d'autres. C'est ce qui est est arrivé en 1828, à M. Verner, et ensuite à M. Vidal. On fait l'opération en deux temps, à quelques jours de distance, comme cela avait déjà été proposé par Franco, exécuté par Louis, et rejeté avec raison par frère Côme. M. Nélaton a voulu mettre ces idées a exécution ; mais son malade est mort après l'opération. Un autre malade a été opéré de la même manière, on ne sait par qui, ni ce qu'il est devenu. Maintenant M. Vidal (de Cassis) modifie son procédé : il veut, au lieu de se servir du bistouri pour faire l'incision de la paroi abdominale jusque sur la vessie, employer le caustique ; mais à quels dangers n'expose-t-on pas le malade par l'emploi du caustique, pour détruire la paroi abdominale qui présente une quantité variable de tissu cellulaire triangulaire qui se trouve derrière la ligne blanche entre la vessie et le pubis, sans parler de la quantité de graisse plus ou moins considérable qui existe encore entre la peau et la ligne blanche, au-dessus du pubis, et dont l'épaisseur est quelquefois de deux à trois travers de doigt, et même plus. Toutes ces nouveautés sont plutôt la preuve du désir bien louable de nos jeunes praticiens de faire faire des progrès à l'art de guérir, que ces fruits d'une expérience raisonnée.

Revenons, avec le rédacteur de l'article, à « l'opéré reporté dans son » lit après l'opération qui a été longue et difficile, et l'extraction labo» rieuse. Le pansement a été fait avec une bande de diachylon sur la » partie supérieure de l'incision, une mèche dans la vessie et pendante » au dehors, des gâteaux de charpie et un bandage. » Il y eut absence complète de l'urine, « qui ne suivit pas la mèche..., et le malade suc« comba le 10, » quatre jours après l'opération....

« A l'ouverture du cadavre on trouva une infiltration considérable » qui s'étendait de tout un côté dans la fosse iliaque et jusque dans le » flanc ; on en retrouvait entre la peau et les aponévroses, et le pus » s'était même frayé un passage par le canal inguinal jusque dans le » scrotum ; il y en avait également au-devant du pubis. »

L'opéré a donc succombé à une infiltration urineuse. Eh ! comment pouvait-il en être autrement, après une opération où il avait fallu employer tant de violence pour délivrer le malade, faute d'avoir donné à l'incision une étendue proportionnée au volume de la pierre ! Et ensuite, quel oubli des principes et des règles de l'art a donc pu engager M. Velpeau à se refuser à mon mode de pansement et à l'emploi de mon siphon, dont l'utilité a été si bien démontrée pour attirer l'urine hors de la vessie au fur et à mesure qu'elle y arrive ? Il s'est contenté seulement dans son pansement « d'introduire une mèche dans » la vessie, et pendante au dehors, de réunir la plaie au-dessus par des » agglutinatifs », de la comprimer, de l'entourer de gâteaux de charpie, comme une plaie simple, et de couvrir le tout d'un bandage. Tous ces moyens devaient empêcher forcément l'urine de sortir au-dehors, et l'infiltration urineuse en était la conséquence inévitable. Frère Côme avait rejeté et banni du traitement toutes ces dangereuses pratiques de sutures, de réunion de la plaie par les agglutinatifs, de bandages, etc., comme dangereuses ou funestes. On a eu, dans ces derniers temps, la preuve des mauvais effets de ce genre de pansement dans les opérations par le haut appareil de Dupuytren et de M. Amussat, qui avait voulu le remettre en usage, et qui a été forcé d'y renoncer. Quel esprit erroné et irréfléchi a donc pu porter un praticien aussi distingué et aussi haut placé que M. Velpeau à employer un pansement rejeté depuis plus d'un demi-siècle, comme contraire à toutes les règles de l'art ? Comment un homme chargé de l'enseignement et de l'exercice de l'art de guérir dans l'un des plus grands hôpitaux du royaume, qui, par le rang qu'il occupe, doit servir de guide à la jeunesse pour l'empêcher de commettre des erreurs, peut-il lui présenter d'aussi mauvais exemples ?

Paris, ce 28 juin 1843.

Le docteur SOUBERBIELLE,
Membre de l'ancienne Académie de médecine de Paris.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emplâtre contre les ulcères opiniâtres ; par M. RADEMACHER.

Pr. Huile d'olive,	1000	grammes.
Oxide rouge de plomb,	500	id.
Alun calciné pulvérisé,	8	id.
Karabé pulvérisé,	24	id.
Camphre,	15	id.

On fait bouillir l'huile et le minium, en agitant le mélange sans aucune interruption, jusqu'à ce que le tout soit arrivé à une consistance emplastique convenable.

Cela fait, on y ajoute l'alun calciné, et on a soin de mêler bien exactement.

Cette opération étant terminée, on éloigne du feu le vase contenant la préparation, et, lorsque la chaleur du mélange est un peu diminuée, on y ajoute le karabé, tout en continuant à mêler soigneusement.

Enfin, quand la masse est refroidie à ce point qu'on peut toucher au vase qui la contient sans courir le risque de se brûler, on y ajoute le camphre préalablement dissous dans une petite quantité d'huile d'olives, et on mêle intimement.

La préparation ainsi obtenue doit être conservée dans des petits pots à onguent, qu'on ferme avec un morceau de vessie.

Cet emplâtre est indiqué surtout dans les cas d'ulcères anciens, rebelles et de mauvaise nature ; il aide, dit-on, d'une manière remarquable à en obtenir la guérison ; mais il ne convient plus, d'ailleurs, lorsque ces ulcères sont parvenus à la période de cicatrisation.

M. Rademacher le prescrit aussi comme très efficace, à titre de topique révulsif, dans certains cas d'affections profondes.

(*Sachs's. Allg. med. Central-Zeitung.*)

Emploi de la teinture d'iode à l'extérieur contre la conjonctivite scrofuleuse ; par M. le docteur FURNIVAL, de Hertford.

M. Furnival emploie avec le plus grand succès la teinture d'iode contre la conjonctivite dépendant d'une diathèse scrofuleuse.

Il fait enduire, deux ou trois fois par semaine, la surface externe des paupières avec cette teinture, à l'aide d'un petit pinceau de charpie ou de poils de blaireau. (*The Lancet.*)

Les nombreuses applications que l'on a faites, dans ces dernières années, des diverses préparations d'iode au traitement des différentes formes que peut revêtir l'affection strumeuse, explique assez les bons effets obtenus dans le cas dont il s'agit en recourant à la teinture d'iode ; mais comme l'application de ce médicament se fait sur une surface autre que celle qui est le siége du mal, nous croyons que ce nouveau mode d'application mérite à tous égards de fixer l'attention des praticiens.

[EAU BROCCHIERI.

Nous avons déjà eu occasion de signaler nombre de fois l'efficacité de l'eau Brocchieri dans les maladies du sang, les faits nouveaux venus à notre connaissance ne peuvent que nous engager à appeler l'attention la plus vive de nos confrères sur les résultats obtenus par l'emploi de ce nouveau médicament, en les engageant à expérimenter un remède qui se présente aujourd'hui avec les caractères les plus sérieux d'après les témoignages officiels des praticiens les plus distingués et les plus honorables. D'après ce qui précède, nous croyons devoir publier les observations suivantes :

» M. G...., lieutenant au 22e léger, était atteint depuis plusieurs années d'un crachement de sang assez fréquent, et qui s'annonçait par un sentiment d'oppression et de douleur dans un point de la poitrine, et par un refroidissement des extrémités ; l'hémoptysie se déclarait bientôt, la présence du sang dans les voies aériennes provoquait la toux, et celle-ci déterminait l'expulsion de crachats plus ou moins volumimineux et purulents.

La suspension temporaire de l'hémorrhagie n'était pas suivie immédiatement de la suspension de toux, les accidents thoraciques : le malade conservait dans la poitrine un sentiment de chaleur et de douleur gravative joint à un certain degré d'oppression et à quelques secousses de toux. Le poulx avait de la fréquence, était plein et dépressible ; ces symptômes diminuaient à mesure que l'hémorrhagie cessait.

Le crachement du sang durait pendant plusieurs semaines, ou pendant plusieurs mois, revenant à des intervalles de quelques jours, soit sans cause connue, soit à la suite d'un effort ou d'une émotion vive.

Après avoir parcouru plusieurs hôpitaux, et notamment ceux de Montpellier et de Rheims, et être resté dans le premier onze mois et dans le second six mois sans succès, M. G... vint à Paris, et il lui fut conseillé d'essayer l'usage de l'eau antihémorrhagique et antiscorbutique de M. P. Brocchieri. Pendant l'espace de temps qu'il se soumit à ce nouveau traitement les symptômes très graves de son affection se dissipèrent graduellement, l'expectoration purulente mêlée de sang, qui n'avait plus lieu que légèrement le matin, finit par disparaître complètement, et M. G..., qui avait été désigné pour être mis à la retraite se trouve aujourd'hui parfaitement guéri et a repris son service.

Nous avons déjà parlé dans un précédent article des expériences faites par M. le docteur Morestin, médecin à Saint-Pierre (Martinique), dans des amputations de cuisses, dans lesquelles l'eau Brocchieri avait arrêté le sang sans ligature ni torsion et avait guéri sans inflammation ni suppuration ; une lettre, émanant de M. le docteur Morestin vient de nouveau confirmer les résultats de ces expérimentations. Nous croyons devoir en extraire le passage suivant :

« L'eau Brocchieri obtient ici les plus beaux résultats sur les fièvres » de notre colonie ; c'est désormais un remède indispensable dans les » opérations chirurgicales ; je compte déjà plusieurs amputations faites » sans ligature ni torsion, et beaucoup d'autres opérations qui toutes » ont été couronnées d'un plein succès. »

Voilà des faits qui nous paraissent de nature à préoccuper vivement l'attention du monde médical.

Terminons maintenant en rappelant que les abattoirs de Paris, qui ont établi des ambulances d'eau Brocchieri dans chacun de ces établissements, tiennent des registres remplis d'observations très nombreuses et très curieuses sur les guérisons de plus de 2000 blessures obtenues par l'emploi de l'eau Brocchieri, et dont un assez grand nombre eût nécessité l'amputation. Une médaille en or a été frappée et décernée à M. Brocchieri, auteur de ce bienfait. Nous reviendrons prochainement sur cet important sujet. X.....

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 87. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Coqueluche. Quelques considérations sur le traitement et la marche de cette maladie.

Première observation. — Au n° 6 de la salle Sainte-Anne, a été couchée une petite fille de huit ans, malade depuis quatre jours, entrée à l'hôpital le 12 mai.

D'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, vaccinée, non variolée, cette enfant, que ses parents déclarent n'avoir jamais été malade, a commencé à tousser il y a quatre jours, sans cause connue. La toux, d'abord peu fréquente et peu intense, semblable à celle d'un rhume ordinaire, n'a pas tardé à devenir plus violente, plus profonde; les quintes de toux sont devenues également plus rapprochées, et la toux a pris peu à peu un caractère de sifflement convulsif pendant l'inspiration. Un peu de fièvre au commencement de la maladie. Pendant l'intervalle des accès l'enfant est calme, assez gaie; le pouls est à 76-80, médiocrement développé; le visage un peu animé. Ventre indolent, souple, sans rénitence. Quelques râles bullaires peu intenses dans la poitrine.

Le 13 mai, au moment de la visite, l'enfant est dans un état de calme parfait. Visage médiocrement coloré, sans rougeur anormale. Peau de chaleur douce, un peu moite, sans sueur. La résonnance est bonne dans toute l'étendue de la poitrine, en avant et en arrière. Quelques bulles de râle muqueux fin en bas et en arrière des deux côtés. Quelques sifflements à la partie supérieure et antérieure de la poitrine. La petite malade a eu pendant la nuit cinq ou six accès de toux convulsive. Ventre souple, indolent; pouls à 72-76.

Pendant la visite, l'enfant est prise d'une quinte de toux violente, qui dure quatre minutes environ. Visage animé, d'un rouge violacé; larmoiement; inspirations sifflantes, gutturales, accompagnées de l'expuition de matières glaireuses, filantes, claires; nausées sans vomissements. Il y a eu cette nuit un ou deux vomissements à la suite des accès de toux. L'enfant, dans un état d'anxiété extrême, se cramponne aux draps de son lit et aux mains des personnes qui l'entourent. Le pouls très fréquent, petit, dépressible, impossible à compter, à cause de l'agitation de la malade et de ses mouvements. Mauve sucrée; julep gommeux; sirop de belladone, 25 grammes; pédiluves sinapisés; 2 bouillons.

Le 15 mai, à peu près même état que les jours précédents. Les accès, sans être plus fréquents, ne sont pas devenus plus rares; on en compte environ douze à quinze dans les vingt-quatre heures, accompagnés des symptômes généraux que nous avons signalés plus haut, plus rapprochés la nuit que le jour, et suivis quelquefois de vomissements en grande partie composés de tisane. Mêmes phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion. Dans l'intervalle des accès, l'enfant est très calme, gai, et ne se plaint d'aucune douleur. Même prescription. Sirop de belladone, 30 grammes; deux bouillons; deux soupes.

Le 18 mai, l'état de la petite malade s'est sensiblement amélioré. Les quintes de toux sont moins fréquentes (dix à douze seulement dans les vingt-quatre heures). Persistance du râle muqueux fin en bas et en arrière des deux côtés. L'enfant se plaint du ventre après les quintes de toux; mais il est généralement indolent et souple dans l'état de calme; ni diarrhée, ni constipation anormale; sommeil assez bon, sans agitation, excepté au moment des accès; pas de délire. Sirop de belladone; pédiluve sinapisé; lavement huileux.

Le 26 mai, mieux sensible; les accès ont diminué notablement d'intensité. Pouls 72-76, régulier; assez développé. A la suite de l'application d'un cataplasme sinapisé sur le côté droit du thorax en arrière, les bulles de râle muqueux de la base du poumon ont en grande partie disparu. L'expectoration qui survenait après et pendant chaque accès est presque nulle. Les douleurs du ventre ont cessé. *Ut suprà.*

Sept à huit jours après l'enfant, complètement guéri, sort de l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Deuxième observation. — Au n° 8 de la salle Sainte-Anne entra, dans le courant du mois de juin, une fille de quatre ans, d'assez bonne constitution, affectée depuis cinq à six jours, au dire des parents, de coqueluche qui avait été précédée d'un rhume assez violent. Au moment où l'on apporta la petite malade à l'hôpital, le pouls donnait 96 pulsations par minute. La respiration était à 28-32.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, voici l'état dans lequel on la trouva :

Visage animé, d'un rouge foncé, surtout aux pommettes. Résonnance assez bonne en avant des deux côtés. Respiration pure, accompagnée d'un peu de râle sibilant. En arrière, résonnance bonne, excepté à la base du poumon gauche. On perçoit dans ce point, par l'auscultation, l'existence de râle muqueux et même crépitant à bulles nombreuses, pressées. L'enfant, pendant les quintes de toux, qui sont extrêmement fréquentes, expulse par la bouche une salive visqueuse, abondante, filante, sans aucun mélange de sang. La toux est profonde, sifflante, et les accès tellement violents qu'il semble que l'enfant est sur le point de suffoquer. 10 sangsues en arrière à gauche; cataplasmes; mauve sucrée; sirop de belladone; diète.

Le 13, la malade va mieux. La résonnance est meilleure et la respiration accompagnée d'un râle crépitant moins abondant, plus fin. Le pouls toujours fréquent; la respiration encore à 28-32, assez haute. Les caractères convulsifs de la toux, pendant les quintes, sont extrêmement marqués, et ne laissent aucun doute sur l'existence d'une coqueluche compliquant la pneumonie de la base du poumon gauche. Ventre indolent, assez souple. Un peu de diarrhée depuis hier. Cataplasmes; sirop de belladone; diète.

Le 15, une amélioration sensible s'est manifestée. La toux est moins forte, moins fréquente, et les accès ont diminué d'intensité; le visage est moins animé. Cependant l'enfant est triste, ne joue point et paraît souffrir, quoiqu'il ne pousse ni cris, ni gémissements. Les symptômes fournis par l'auscultation sont à peu près les mêmes que les jours précédents. Pouls à 92; respiration à 28.

Vésicatoire en arrière à gauche; mauve sucrée; sirop de belladone; bouillon.

Le 19, les accès vont en diminuant; on n'en compte plus guère que six ou huit dans les 24 heures. Les phénomènes fournis par la percussion et l'auscultation de la poitrine, ont aussi diminué d'intensité. Le pouls à 84; respiration toujours un peu accélérée; peau chaude, moite; langue assez humide, rosée, un peu blanchâtre au milieu; soif modérée; l'enfant demande à manger. Pédiluve synapisé; julep gommeux.

Sous l'influence de cette médication presque expectante, l'amélioration se soutient, et au bout de douze jours l'enfant, parfaitement rétabli, sort de l'hôpital, ne présentant d'autres symptômes morbides qu'un peu de râle ronflant de chaque côté de la poitrine en avant et en arrière. Du reste, pas de fièvre.

— Les deux observations que nous venons de rapporter vont nous fournir l'occasion de faire quelques réflexions sur l'affection qui en fait le sujet, et de présenter en même temps quelques considérations tant sur la nature et la marche de la maladie, que sur le traitement et les complications.

Particulière aux très jeunes enfants, comme du reste la plupart des affections convulsives qui se développent de préférence dans les premières années de la vie, la coqueluche paraît être un peu plus fréquente chez les filles que chez les garçons. La question de l'hérédité, ainsi que celle des constitutions, considérées comme causes prédisposantes, est encore assez obscure pour que l'on ne puisse en tirer aucun renseignement de quelque valeur. Quant à la contagion, c'est un sujet dont se sont occupés tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, et nous ne craindrons pas d'être taxés d'exagération en disant que presque tous reconnaissent la contagion comme positivement constatée, et en citent des exemples bien authentiques. Elle se rencontre fréquemment sous les formes épidémique et endémique. L'influence des saisons paraît aussi n'être pas sans importance, et il semblerait résulter de toutes les recherches faites à ce sujet, que le printemps et l'automne, surtout quand il règne dans l'atmosphère une certaine humidité, sont les deux saisons dans lesquelles on en observe le plus grand nombre. Nous en avons assez dit sur l'étiologie, point encore fort obscur dans un grand nombre d'affections, et surtout dans les affections nerveuses. Disons seulement avant de quitter ce sujet, qu'il est rare que le même individu en soit attaqué deux fois; mais que cependant bien que rares, les cas de cette espèce ne sont pas tout à fait sans exemples.

On décrit habituellement trois périodes dans la coqueluche. La période dite des prodrômes, la période de toux convulsive, la période de diminution. La première est, dit-on, caractérisée par une simple bronchite; dans la seconde, la maladie a atteint son apogée; dans la troisième, elle marche vers une terminaison ordinairement heureuse. Cette division, a-t-on fait remarquer dans ces derniers temps, n'est pas sans reproches; car il est des cas où l'affection débute par la période de toux convulsive; et il en est d'autres où la seconde et la troisième se confondent tellement, qu'il serait à peu près impossible de dire où commence l'une et où finit l'autre.

Si la première période n'est qu'une période de simple bronchite, il est inutile d'entrer dans de grands détails sur elle. Nous ferons seulement observer qu'en général il se joint aux symptômes ordinaires de la bronchite simple, quelques phénomènes nerveux; mais ces phénomènes particuliers ne sont pas assez marqués pour pouvoir, d'après leur existence seule, permettre d'établir un diagnostic certain. La durée de cette première période est variable depuis deux ou trois jours jusqu'à plusieurs semaines.

La seconde, que l'on doit considérer comme la seule et vé-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Nouvelle invention de la chimie. — Le thé n'est que du fromage. — Réforme sociable.—Véritale inventeur du thé de madame Gibou.— M. Gerdy et Buffon. — Un opéra bouffe. — Démission de M. Pelletan. — Mort de l'orthopédie. — Complainte à ce sujet. — Quel âge a la sœur Bertin ? — M. Valentine Mott n'est pas de l'Europe. — Dernières paroles de l'orthopédie.— Demande singulière d'un brevet d'invention. — Un hôpital homœopathique. — L'Académie à la porte.

La chimie est une admirable chose ! Après nous avoir démontré que le foin c'est de la graisse, qu'on devient d'autant plus gras qu'on en mange davantage, ce qui justifie très-bien la vieille locution adressée d'ordinaire à ces individualités enfoncées dans la matière : bête à manger du foin; la chimie vient de découvrir quelque chose de plus singulier encore, c'est que le thé n'est que du fromage, que c'est un aliment très-riche en principes azotés et par conséquent en matières nutritives. C'est dans le laboratoire d'un jeune chimiste, M. Péligot, que la découverte a été faite, découverte qui jette une grande perturbation dans tous les salons et qui va nécessiter une réforme dans les usages de la société. Il est démontré, en effet, par la chimie, qu'une tasse d'eau chaude dans laquelle une pincée de la feuille chinoise aura infusé pendant quelques minutes, équivaut au meilleur consommé de la cuisine bourgeoise; qu'un individu qui trempe un échaudé ou une petite tranche de pain beurré dans son thé, fait un repas tout aussi substantiel et énergique que s'il l'avait composé d'une tranche de rost-beef ou de gigot. Vous concevez qu'une fois cette découverte popularisée, il sera du plus mauvais ton de servir cette infusion dans les réunions du soir. Fi donc ! diront les belles dames, se figurer boire une petite friandise et s'ingérer de la caséine ! Croire délicatement faire usage d'une boisson légère et digestive alors qu'on charge son estomac de fromage à la pie recherché des vieilles portières !... Le règne du thé me paraît bien près de sa fin. Il faut avouer aussi que la médecine s'est étrangement et bien long-temps fourvoyée à cet endroit; prescrire du thé dans les cas d'indigestion, c'était précisément agir en sens opposé à ce qu'il fallait faire. Vainement arguera-t-on d'une longue expérience et de bons résultats journaliers de cette pratique; vainement dira-t-on qu'il est de science vulgaire qu'une tasse de thé prise à jeun développe l'appétit et *creuse* l'estomac, selon une expression consacrée; qu'après un repas copieux qui a chargé l'estomac outre mesure, cette infusion allège et favorise le travail digestif; de par la chimie ce sont là de pures théories, cela ne doit pas être, car la raison suprême de toute bonne physiologie aujourd'hui, le verre à réactifs, a déclaré que cela ne pouvait être.

Ce même travail de M. Péligot renferme bien d'autres découvertes tout aussi intéressantes. Ainsi, il n'est pas certainement que vous n'ayez ri à vous déplacer la rate, du thé célèbre de madame Gibou. Eh bien ! les auteurs de cette scène fameuse n'ont été que d'effrontés plagiaires. Dans le Kachemyr, M. Péligot nous apprend que le thé se fait à peu près à la façon de madame Gibou, avec du beurre, du lard, des pieds de cochon et des cervelles de mouton. Je conçois que celui-là soit nourrissant; je comprends aussi la profonde sagesse de Salomon, quand il s'écria : Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

C'est lundi dernier que j'entendis ces belles choses à l'Institut. Le lendemain, à l'Académie de médecine, M. Gerdy nous servit un morceau de sa façon, morceau qui ne trouva pas de nombreux amateurs, si l'on en juge par le vide qui se fit dans la salle au moment où l'orateur occupa la tribune, et par l'inattention des rares auditeurs qui restèrent jusqu'au bout. *De l'intelligence au moment où elle entre en action*, tel est le sujet abordé par M. Gerdy. Vous voyez que cet auteur ne tend pas à éviter les obstacles et les difficultés, qu'il les recherche au contraire pour les braver en face. Vous savez tous que Buffon a écrit sur ce sujet des pages admirables, la magnifique exposition des sensations du premier homme au moment de sa création. C'est cette description que M. Gerdy a attaquée, et je lui en sais gré, pour mon compte, car il m'a procuré le plaisir d'entendre encore une fois cette magnifique et inimitable prose du grand naturaliste. J'avoue n'avoir été attentionné que par elle; l'argumentation de M. Gerdy pouvait être fort solide; mais quelle maladresse de s'attaquer à ce beau langage, à ce style si noble et si pompeux, de porter le froid scalpel de l'analyste sur ces beaux contours et ces formes gracieuses. — Vous avez vu jouer quelque opéra *bouffe* au Théâtre-Italien. Rappelez-vous l'impression désagréable et pénible que produit la brusque transition du chant, accompagné de l'orchestre, au dialogue noté avec le maigre accompagnement du piano. Votre oreille tout à l'heure harmonieusement ébranlée par de suaves accords, passe brusquement à une mélopée languissante, sans couleur, sans accent, sans mélodie, sans charme. C'est la même impression que j'éprouvais en entendant M. Gerdy : lisait-il une période de Buffon, c'était le chant large, harmonieux, brillamment orchestré; lisait-il sa période, c'était le froid et maigre dialogue avec accompagnement de clavecin.

Décidément, M. le professeur Pelletan est démissionnaire de sa chaire de physique médicale. Les motifs de cette démission sont de la nature de ceux que la causerie la plus indiscrète ne peut faire connaître et que, dans tous les cas, il faudrait respecter. Comme professeur, M. Pelletan sera difficilement remplacé; ses cours étaient très fréquentés; ce n'était pas la science des Dulong ou des Biott, mais les élèves aimaient l'élégance, la facilité, l'abondance d'élocution de ce professeur qui leur exposait la science avec attrait. Déjà bien des ambitions sont en émoi : on nous promet des révélations piquantes sur ce sujet qui nous annonce une abondante moisson pour nos causeries.

Mes sages avis ne sont pas écoutés; aussi qu'arrive-t-il ? L'orthopédie se meurt, on peut même dire, l'orthopédie est morte, car elle vient d'être chantée en complainte. Les *Annales de la Chirurgie* ont mis le crêpe à leur chapeau, des manchettes blanches et le mouchoir de rigueur; elles ont pris leur ton le plus larmoyant pour entonner leur hymne, et l'on ne se met pas ainsi en frais sans avoir bien constaté la réalité du décès. Je n'aurais pas cru moi-même à une aussi prompte réalisation de ma prophétie. Ce que c'est que d'avoir consulté mademoiselle Lenormand !

ritable, en ce sens qu'elle résume en elle tous les caractères spéciaux qui constituent la maladie, n'offre chez le sujet malade aucune réaction fébrile, à moins cependant, ce qui arrive assez souvent, qu'il n'y ait complication de bronchite ou même de pneumonie, comme nous l'avons vu dans un des deux cas racontés plus haut. C'est dans la seconde période que l'on observe la toux convulsive, et c'est l'apparition de cette toux qui la caractérise. Quant à la manière dont se montrent les quintes, elle varie suivant les sujets. Chez les uns, quelques secondes; chez d'autres, plusieurs minutes se passent entre le moment de calme dans lequel on vient de voir l'enfant au commencement de la crise. Après ces prodrômes, l'accès est à son maximum d'intensité; les symptômes caractéristiques d'un accès de coqueluche sont trop connus pour qu'il soit besoin de les mentionner. Mais il importe de savoir que dans certains cas, rares à la vérité, l'accès se divise en deux moitiés, séparées l'une de l'autre par un intervalle pendant lequel la respiration est naturelle.

Une fois la quinte terminée, l'enfant revient à son état normal; tous les symptômes observés se dissipent peu à peu, et dans l'intervalle qui sépare deux accès, s'ils ne sont pas trop rapprochés, les enfants jouent et paraissent en pleine santé; ils sont gais et ne pensent point à leur maladie. Si les accès ont été très fréquents et très fatigants, les enfants restent pâles, faibles, tristes, et présentent même souvent une accélération du pouls, due autant à la surexcitation des systèmes circulatoire et nerveux, qu'à l'état fébrile entretenu par la bronchite ou la pneumonie qui compliquent ordinairement la coqueluche.

La durée des quintes est variable, comme leur nombre, comme leur intensité. Elles peuvent durer depuis une demi-minute jusqu'à trois, quatre et même cinq minutes. Quand on a écrit que des quintes pouvaient durer un quart d'heure, c'est que l'on avait affaire à une série de quintes successives et très rapprochées. Les accès se renouvellent habituellement toutes les heures; quelquefois, quand la maladie diminue, toutes les deux heures seulement. Il n'est rien de plus variable que la fréquence des quintes relativement aux diverses époques de la maladie. Cependant elles croissent habituellement pendant les quinze premiers jours environ de la maladie, puis restent stationnaires, et décroissent avec rapidité quand aucune complication ne vient entraver la marche de la maladie.

Dans la première période, la toux est simple, et ne peut se distinguer en rien de la toux de la bronchite: ce qui devrait presque faire admettre aux pathologistes la non-existence de cette période. Comment, en effet, reconnaître et signaler un état qui n'a aucun caractère distinctif? La toux de la seconde période est convulsive, accompagnée d'inspirations sifflantes. Dans la troisième période, la toux commence à perdre son timbre convulsif pour reprendre le timbre catarrhal, et ne s'accompagne plus de sifflement.

La maladie une fois bien déclarée, le sujet reste sans fièvre quand l'affection est simple. Du moment que l'on voit apparaître la réaction fébrile, c'est qu'une complication se déclare; c'est ici que sont d'un grand secours l'auscultation et la percussion trop négligées jusqu'à présent dans les maladies de l'enfance, et dont on retire de précieuses indications. Quant aux autres fonctions, l'appétit est conservé, les digestions sont faciles, et s'il y a des vomissements, c'est plutôt la secousse et l'ébranlement déterminés par les quintes convulsives, que des complications phlegmasiques qui en sont cause.

Complications. — Elles nous arrêteront un instant, car c'est d'elles seules que dépend, on peut le dire sans crainte de se tromper, toute la gravité de l'affection. Toutes les maladies peuvent compliquer la coqueluche, ou, pour mieux dire, toutes les maladies peuvent se compliquer de coqueluche. Nous n'examinerons que celles qui se rapportent à la nature de la maladie, ou qui dépendent de son siége et de ses symptômes locaux.

Les convulsions, le spasme de la glotte sont des complications liées à la nature de la maladie. Les convulsions constituent une complication tellement grave, qu'il est rare qu'elles n'entraînent pas la mort, et cela dans un temps ordinairement fort court. Le spasme de la glotte, lorsqu'il est poussé à un haut degré, n'est pas moins dangereux; mais on ne peut guère que le présumer, car il ne laisse après lui aucune trace à laquelle on puisse reconnaître son existence, lorsque le malade a succombé.

La bronchite et la pneumonie sont les deux affections qui compliquent le plus souvent la coqueluche. Faciles à reconnaître pendant la vie à l'aide des signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion, elles sont quelquefois légères; d'autres fois elles sont assez graves pour déterminer la mort du sujet. A l'autopsie, l'on constate les lésions anatomiques décrites chez les sujets atteints de pneumonie simple ou de bronchite, sans que la maladie nerveuse qui coïncide avec elles ait modifié le moins du monde ces affections, soit dans leur siége, soit dans leur marche.

L'emphysème est beaucoup moins commun dans la coqueluche, quoi qu'en aient dit quelques auteurs. En effet, il est facile de concevoir que l'emphysème se produit par un mouvement d'inspiration exagéré qui, distendant les cellules pulmonaires outre-mesure, en détruit le ressort et l'élasticité. Ici, dans la quinte, il n'y a qu'une seule inspiration, suivie d'expirations très rapides, très rapprochées, exagérées aussi; c'est donc, dans la coqueluche, un mécanisme inverse de celui qui, dans la bronchite suffocante, cherche à tout prix à faire entrer dans la poitrine du malheureux qui en est atteint la quantité d'air suffisant pour entretenir la vie. Si l'on était logique, et si l'on ne consultait que la théorie, la coqueluche devrait presque être considérée comme une affection qui pourrait tendre à diminuer l'emphysème par des expirations forcées.

Pour les nausées et les vomissements, nous avons dit plus haut qu'ils n'étaient le résultat que de troubles nerveux et des secousses de toux convulsive qui caractérisent essentiellement l'affection; nous n'y reviendrons donc pas. La tuberculisation que l'on a quelquefois observée, non plus comme complication, mais comme suite et conséquence de la maladie, dépend bien évidemment de la bronchite, de l'affection inflammatoire soit des conduits aérifères, soit du parenchyme pulmonaire lui même que nous avons dit être une des plus fréquentes complications de la coqueluche.

Le diagnostic de la coqueluche est ordinairement assez simple et facile. On pourrait peut être, il est vrai, la confondre avec cette forme de bronchite aiguë à laquelle les auteurs récents ont donné le nom de bronchite aiguë avec quinte; mais cependant les caractères différentiels sont assez tranchés pour que l'on ne puisse, avec un peu d'habitude, rester long-temps dans le doute. Ainsi, les quintes de toux ne sont pas accompagnées de sifflements; rarement d'expectoration; jamais elles ne le sont de vomissements. De plus, tandis que la bronchite, affection franchement inflammatoire, est toujours accompagnée de réaction fébrile, la coqueluche, lorsqu'elle est exempte de complications sérieuses, est apyrétique. Nous devons dire cependant qu'il est rare que la coqueluche soit tout à fait, et dans ses périodes, exempte de complications phlegmasiques du côté de l'appareil respiratoire. Enfin, l'auscultation et la percussion, qui ne donnent aucun signe propre à éclairer le diagnostic, dans la coqueluche, fournissent dans la bronchite les données le plus exactes sur la nature, le siége et l'étendue de la maladie.

On ne peut confondre la coqueluche et la bronchite aiguë entr'elles que lorsqu'elles se prolongent. Alors la toux de la coqueluche n'est plus accompagnée de sifflements, et l'on ne peut que difficilement établir un diagnostic différentiel certain entre l'affection nerveuse et l'affection inflammatoire si l'on ne prend pour base du diagnostic les phénomènes d'osculation.

La recherche des causes n'éclairera pas beaucoup le diagnostic. Nous avons vu qu'elles sont assez obscures, comme, du reste, celles de la plupart des affections nerveuses. Cependant, dans quelques cas, les antécédents pourront faire soupçonner, sinon reconnaître d'une manière exacte et certaine, la nature de la maladie. Nous voulons parler des cas où, par exemple, il résulterait des renseignements pris sur les maladies antérieures du sujet, que l'enfant que l'on examine aurait eu déjà la coqueluche, circonstance dans laquelle on pourrait presque à coup sûr affirmer que la maladie à laquelle on a actuellement affaire n'est pas de la même nature, la coqueluche ne se montrant que très rarement deux fois chez le même individu.

Il est peu commun de voir succomber les sujets à la coqueluche pure et simple, dénuée de toute complication; dans les cas où l'on a vu survenir une terminaison funeste, on n'a jamais pu rencontrer de lésions anatomiques appréciables qui puissent expliquer les phénomènes morbides observés pendant la vie. On n'a jamais rencontré non plus de lésions du système nerveux, preuve des plus importantes que la coqueluche n'est qu'une névrose, c'est-à-dire le résultat des troubles fonctionnels d'un appareil d'organes, sans lésion d'organes. L'absence de la réaction fébrile, la rémittence des accès, sont d'autres preuves non moins probantes de la nature nerveuse de la maladie.

Les auteurs d'un ouvrage remarquable sur la maladie des enfants pensent qu'il existe autre chose qu'une simple lésion de l'innervation dans la maladie qui nous occupe. « Singulière névrose, ajoutent-ils, que celle qui est susceptible de se transmettre par contagion, de léguer épidémiquement et de n'attaquer qu'une seule fois le même individu. »

Les auteurs pensent que la coqueluche participe en quelque sorte, à la fois, des caractères des maladies convulsives, et de ceux des fièvres éruptives, contagieuses, épidémiques, comme ces dernières, non susceptible de récidive; elle est, comme les maladies nerveuses, caractérisée par une intermittence bien manifeste, par l'absence de toute réaction fébrile et de toute lésion cadavérique. C'est donc là, disent-ils encore, une maladie sans analogue à laquelle on pourrait véritablement donner le nom de névrose spécifique.

Le pronostic de la coqueluche simple est ordinairement favorable, et dans tout les cas où la mort est survenue, c'est toujours aux complications que l'on doit l'attribuer; à part quelques faits que possède la science, et dans lesquels on n'a pu rapporter la mort à autre chose qu'à des troubles fonctionnels portés à un degré de gravité et de violence heureusement fort rares et indépendants en partie de l'affection primitive: c'est toujours par suite de l'affection inflammatoire du poumon que la maladie se termine d'une manière fatale. Il faut cependant tenir compte des circonstances dans lesquelles se trouve le sujet; ainsi, certaines épidémies de coqueluche ont été beaucoup plus meurtrières que d'autres, peut être à cause des conditions hygiéniques et des variations atmosphériques auxquelles se trouvaient exposés les individus malades.

Le traitement de la coqueluche varie nécessairement suivant les périodes auxquelles on observe la maladie. Appelé tout à fait au début, pendant ce moment où il serait difficile de voir dans la coqueluche autre chose qu'une bronchite légère, le médecin se bornera au traitement expectant et émollient, recommandé en pareille circonstance. Les boissons émollientes, gommeuses, les lochs, les cataplasmes sur la poitrine, tel sera tout le traitement auquel on pourra recourir à cette période; mais une fois la maladie bien déclarée et sa forme convulsive bien évidente et bien manifeste, le traitement change, et voici ceux que l'on a le plus souvent mis en usage et préconisés.

Le soufre et le carbonate de fer, conseillés par quelques médecins allemands, ainsi que l'oxyde de zinc, ont été, dit-on, suivis des plus grands succès, assertion sur laquelle il est besoin qu'une expérience long-temps prolongée vienne à se prononcer d'une manière définitive. En général, on a préféré les narcotiques et parmi eux la belladone, que l'on a cru en quelque sorte douée de propriétés spécifiques. On administre ce médicament, soit en poudre, soit en extrait, soit en solution. La poudre se donne à la dose de deux à cinq centigrammes (un grain) dans les vingt-quatre heures; en infusion, cinquante à soixante centigrammes de feuilles pour cent grammes de véhicule. Enfin l'extrait s'administre à dose bien plus faible encore si l'on doit, une solution étant faite de cinq centigrammes dans trente grammes d'eau distillée, n'en donner que dix gouttes quatre fois par jour.

L'opium, associé par M. Trousseau à la belladone ou employé seul, doit être administré à très petites doses souvent répétées. Il n'est pas une seule substance narcotique qui n'ait été conseillée et à laquelle on n'ait attribué des succès plus ou moins exagérés. L'extrait de laitue, de ciguë, de digitale, etc., sont des remèdes auxquels on peut sans grand danger avoir recours. La douce-amère, la jusquiame sont dans le même cas.

Les antispasmodiques ont eu leur tour: le musc, l'asafœtida, principalement conseillés en lavement à cause de la difficulté que l'on aurait probablement à les faire prendre aux enfants d'une autre manière, n'ont pas été sans quelque efficacité dans un certain nombre de cas. Mais le but principal vers lequel doivent se diriger tous les efforts du médecin, c'est le traitement des complications, surtout lorsqu'elles sont assez graves, assez profondes pour mettre sérieusement en danger la vie de l'enfant.

Il serait oiseux et complètement inutile de détailler ici les diverses médications dont on doit faire usage pour combattre les complications qui peuvent survenir dans la coqueluche. Il est logique de penser qu'une phlegmasie de l'appareil respiratoire sera combattue par des moyens antiphlogistiques proportionnés à l'intensité et à l'étendue de l'affection, à la force, à la constitution et à l'âge du sujet. On a pu voir dans une des observations précédentes, qu'une saignée locale pratiquée dans le cours de la maladie pour combattre une inflammation assez grave du parenchyme pulmonaire a été suivie du succès le plus manifeste. Les révulsifs, employés après les antiphlogistiques, peuvent produire des résultats fort avantageux, et d'autant plus avantageux, qu'ils ont incontestablement une action sur l'affection nerveuse elle-même, contre laquelle, du reste, on l'a conseillée, même dans les cas où la coqueluche

---

Je ne résiste pas au plaisir de citer deux strophes de cette complainte, dont l'auteur a eu la modestie de garder l'anonyme.

Air: *de Fualdès.*

Du temps de monsieur Civiale
On du confrère Leroy,
La spécialité chirurgicale
Rendait plus heureux qu'un roi.

Mais, aujourd'hui, on n'en veut pas,
Car tout change dans ce monde,
L'Institut, l'Académie:
Les bossus seuls ne changent pas.

Je reprocherai cependant, à l'auteur de n'avoir pas tiré tout le parti possible de ce drame singulier. Par exemple, l'épisode de la sœur Bertin n'est qu'indiqué. Il y avait là de quoi faire dix strophes. Cette pauvre sœur Bertin est devenue une énigme, du moins quant à son âge. M. Maisonabe la fait jeune, la complainte a l'air de la croire entre deux âges, l'orthopédie garde le silence à cet endroit; or, M. Guersant fils, le chirurgien de l'hôpital, assure et dit à qui veut l'entendre que la sœur Bertin est vieille. C'est à s'y perdre, et, jusqu'à explication plus satisfaisante, je garderai ma première opinion; savoir: que la sœur Bertin est un mythe, une abstraction, une vapeur éthérée, invisible et impalpable.

L'épisode de M. Valentine Mott pouvait fournir aussi un beau morceau. Tout le monde connaît M. Valentine Mott, grande célébrité chirurgicale, déjà parvenu à un âge où on ne critique plus rien, où on approuve tout; ce qui est souvent l'apanage d'un esprit fort ou d'un esprit très méprisant. Ce chirurgien a fait plusieurs voyages à Paris. Il y a été reçu avec les égards dus à son mérite et à son âge, égards qu'il rendait au centuple sous forme de compliments. Et, à cet endroit, les superlatifs ne lui coûtaient guère. Ce vénérable confrère a appelé plus de cinq médiocrités chirurgicales des *Napoléons de la chirurgie*, et il y en a plus de cinq qui l'ont cru! Maintenant que vous connaissez M. Mott sous un autre rapport que vous ignoriez probablement, vous comprendrez mieux son intervention et le rôle qu'il joue dans la discussion orthopédique. L'orthopédie, en parlant de la foule qui se presse dans ses cours, fait mention des praticiens les plus distingués de l'Europe, et parmi eux elle n'en cite qu'un qui, précisément, n'est pas de l'Europe, le même M. Mott d'Amérique. C'est avoir du malheur. Avec moins de modestie, l'orthopédie s'en tirait à merveille; elle n'avait qu'à dire, comme le docteur Fontanarose:

De l'univers,
Et autres lieux.

et elle était en règle avec la géographie.

Du reste, en mourant, l'orthopédie s'est faite fière et digne. Elle s'est enveloppée dans son manteau d'Austerlitz Rien de plus noble et de plus solennel que ses dernières paroles: Je ne répondrai plus, a-t-elle dit. — C'est tout simple; les morts ne parlent plus, et l'on ne croit plus aux revenants.

Une demande en brevet d'invention a été faite par un particulier, possesseur d'un secret pour détruire la constipation. Il défie les médecins, il défie les *lavements* (*sic*). Les fabricants de seringues et de clysoirs plus ou moins pompe sont dans la désolation; cette nouvelle a produit sur leurs voies digestives un effet tout opposé à la constipation. On parle d'une pétition à la Chambre des députés.

En même temps qu'Hahnemann disparaissait de ce monde, l'hôpital homœopatique de Leipsig fermait ses portes faute de fonds. L'homme et le système s'en sont allés ensemble; triste, mais inévitable sort de tout ce qui se fonde sur le merveilleux.

Je m'étais trop pressé d'annoncer la nouvelle du prochain déménagement de notre Académie. A l'heure qu'il est, rien n'est encore décidé; le propriétaire des lieux s'impatiente et envoie sommations sur sommations; M. Mérat s'essouffle à courir les ministères, et à la dernière assemblée du Conseil, il est arrivé tout en nage en proférant ces désolantes paroles: « Il faut nous laisser mettre à la porte. » Ceci devient fort alarmant.

JEAN RAIMOND.

est simple et sans complications.

La conditions hygiéniques dans lesquelles doit être tenu l'enfant sont assez connues pour qu'il nous soit inutile d'y insister. Qu'il nous suffise de dire que l'enfant doit être légèrement nourri, tenu chaudement, couvert de flanelle ou du moins de vêtements de laine ; enfin l'air de la chambre doit être sec, chaud et fréquemment renouvelé, autant qu'il sera possible.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Fracture par écrasement du calcanéum. Considérations générales sur ce sujet.

Le nommé Belaud, commissionnaire, âgé de quarante-huit ans, était occupé à charger des effets sur une voiture de roulage, lorsque ses pieds ayant glissé, il tomba sur le pavé de la hauteur de cinq mètres environ. Le poids de son corps porta uniquement sur le pied droit, et plus particulièrement sur le talon. Il n'éprouva pas de symptômes de commotion, mais une douleur très vive qui l'empêcha de se relever. On le transporta tout de suite à l'hôpital Beaujon, le 20 juin 1843, pendant la nuit.

Lorsque je l'examinai, à la visite du matin, dit M. Robert, le pied était très douloureux, surtout vers le talon ; un gonflement considérable avec ecchymose s'était manifesté à la moitié postérieure du pied et au quart inférieur de la jambe. Ce gonflement était surtout remarquable au niveau et au-dessous des malléoles. Le pied était légèrement dévié en dehors. Frappé de cette déviation, qui me rappelait celle dont s'accompagnent la plupart des fractures du péroné, j'explorai d'abord le péroné même, puis la malléole interne, puis enfin l'extrémité inférieure du tibia, mais je trouvai tous ces os à l'état normal. Mon attention se dirigea alors sur le pied. Ayant fait fixer par un aide l'extrémité inférieure de la jambe, tandis que moi-même je saisissais le pied à ses deux extrémités, j'essayai d'imprimer à celui-ci des mouvements latéraux. Une crépitation évidente se fit sentir à diverses reprises au niveau du calcanéum, et ne me laissa aucun doute sur l'existence d'une fracture de cet os.

Je ne crus pas devoir insister pour obtenir immédiatement un diagnostic plus complet ; le moindre mouvement causait de vives douleurs au malade, et d'ailleurs le gonflement des parties molles masquait totalement la forme des os sous-jacents.

Le pied fut entouré de compresses imbibées d'eau froide et fréquemment renouvelées ; la jambe demi-fléchie sur la cuisse et couchée sur sa face externe. On pratique une large saignée du bras. Le lendemain matin le malade éprouvait déjà un soulagement notable.

Le quatrième jour le gonflement et la douleur étant beaucoup moindres, le malade put se prêter à un examen plus approfondi ; je constatai alors que les mouvements du pied sur la jambe étaient libres et pouvaient s'exécuter sans douleur, mais qu'en pressant avec la paume de la main sur la face inférieur du talon, on faisait éprouver au malade une douleur assez vive.

Le dixième jour, le gonflement était presque entièrement dissipé ; il existait seulement un peu d'empâtement sur les côtés du talon ; je pus reconnaître que la déviation du pied en dehors, qui m'avait frappé lors de ma première exploration, existait toujours à un degré aussi considérable, et que, en outre, le talon était élargi, tandis que la voûte plantaire offrait un affaissement remarquable ; le pied et l'extrémité inférieure de la jambe furent entourés d'un appareil inamovible.

Le treizième jour le malade put, à la faveur de cet appareil, se lever et se promener soutenu par une béquille.

Le trentième jour l'appareil a été enlevé. Le pied est dans le même état qu'auparavant ; le malade ne peut pas encore se soutenir sans béquilles ; on réapplique l'appareil inamovible.

Après cette succincte exposition du cas morbide dont il s'agit, M. Robert s'est livré aux réflexions cliniques suivantes :

Les fractures par écrasement du calcanéum ne sont pas très rares. Depuis le commencement de cette année trois exemples en ont été déjà recueillis dans le service dont je suis chargé dans cet hôpital. Toutes ces fractures ont été produites de la même manière ; toutes ont été le résultat de chutes d'un lieu élevé, dans lesquelles le poids du corps a porté spécialement sur le talon.

Dans les accidents de ce genre, le calcanéum est violemment pressé entre le sol et le poids du corps ; et comme cet os est formé uniquement de tissu spongieux revêtu à l'extérieur par une lame mince de tissu compact, il ne saurait offrir une grande résistance, et subit un véritable écrasement. Les fractures produites par ce mécanisme sont souvent comminutives ; elles peuvent même s'accompagner de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, comme l'ont établi des faits intéressants récemment publiés par M. Malgaigne.

Parmi les phénomènes que ces fractures présentent, une déviation plus ou moins marquée du pied en dehors, est un de ceux que j'ai le plus souvent rencontrés. Cette déviation tient à ce que, d'après le mode d'articulation du pied avec la jambe, et la conformation du calcanéum, le poids du corps, au lieu d'aboutir au centre de ce dernier os, vient tomber près de sa face interne, d'où il résulte que lorsqu'une chute a lieu perpendiculairement sur le talon, le côté interne du calcanéum supportant une pression plus considérable que le côté externe, doit aussi subir un écrasement plus marqué. Cette déviation a été tellement marquée chez notre malade, qu'elle simulait, au premier abord, une fracture du péroné, et que, si la crépitation eût manqué, si le siége n'en eût pas été bien précis, la plus grande attention eût été nécessaire pour éviter l'erreur de diagnostic.

On a pu remarquer aussi qu'un gonflement considérable s'était rapidement développé, après la chute, autour du pied et de l'extrémité inférieure de la jambe. Si l'on joint à cette circonstance l'absence de crépitation, qui ne peut pas toujours être obtenue, on doit pressentir de grandes difficultés pour distinguer certaines fractures du calcanéum des entorses simples du pied. Ces difficultés existent, en effet, et même elles sont insolubles pendant les premiers jours de l'existence de la fracture ; mais lorsque la douleur est devenue moins vive, et que les malades peuvent la localiser, il est, si je ne me trompe, un signe à l'aide duquel il sera possible de distinguer ces deux lésions. Dans les fractures du calcanéum, une pression un peu forte exercée de bas en haut par le talon cause une douleur plus ou moins vive, tandis que les mouvements du pied sur la jambe s'exécutent facilement et sans douleur. Dès le quatrième jour ces symptômes ont été constatés chez notre malade. Dans l'entorse, au contraire, la pression peut être impunément supportée par le talon, tandis que les mouvements du pied sont douloureux et impossibles.

Deux symptômes complètent le tableau que je viens d'esquisser de la fracture du calcanéum, ce sont l'élargissement du talon et l'affaissement de la voûte plantaire. Ces symptômes ont été indiqués par M. Malgaigne comme caractéristiques, et ils seraient d'une grande utilité pour le diagnostic, s'ils n'étaient souvent masqués par le gonflement des parties molles. Souvent il s'écoule un temps assez long avant que ce gonflement se dissipe, et encore offre-t-il presque toujours, autour de l'os fracturé, un léger empâtement qui ne permet pas d'en apprécier bien exactement la forme. Malgré tout, ces deux symptômes n'en constituent pas moins les traits les plus saillants de la fracture par écrasement du calcanéum.

Ces symptômes n'avaient pas échappé à la sagacité de Dupuytren ; je l'ai entendu plus d'une fois les signaler dans ses cours de clinique en faisant l'histoire de ce qu'il nommait l'écrasement du calcanéum. Mais la réflexion que je fais ici dans l'intérêt de la vérité historique, ne peut atténuer en rien le mérite du travail récemment publié par M. Malgaigne sur les fractures dont il s'agit ; car nulle part on n'a publié les observations de Dupuytren sur ce sujet, et elles n'existent plus que dans le souvenir des élèves qui ont suivi assidûment les leçons de cet illustre professeur.

Les fractures par écrasement du calcanéum sont toujours assez graves ; elles privent, en effet, pendant long-temps, les malades de la faculté de s'appuyer sur le talon fracturé et de marcher librement. Dernièrement encore, nous avions un terrassier, employé aux chemins de fer, qui, au bout de quatre mois, ne pouvait pas se tenir debout sans éprouver de vives douleurs, et chez lequel j'ai dû appliquer plusieurs vésicatoires volants pour dissiper un empâtement rebelle qui existait autour du talon.

Le traitement des fractures du calcanéum est, en général, très simple. Il y aurait de l'imprudence à tenter la réduction des fragments, dont on ne connaît ni le nombre, ni la forme, ni la position ; et d'ailleurs, s'il y avait pénétration de l'un des fragments dans l'autre, des tractions auraient pour effet d'écarter les surfaces de la fracture et de rendre impossible la formation d'un cal osseux. Il faut donc se borner d'abord à calmer l'inflammation et le gonflement par la position et l'emploi des réfrigérants, et recourir plus tard aux bandages inamovibles, qui auront pour avantage de soutenir les fragments et de les soustraire au poids du corps pendant la station et la marche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 7 juin 1843. — Présidence de M. Cornac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. Elle renferme : 1° une brochure sur le *delirium tremens*, par M. le docteur Bongars, de l'université de Bruxelles ; 2° un mémoire sur les résultats du galvanisme, par le docteur Person ; 3° l'examen chirurgical des sourds-muets du département d'Eure-et-Loir, par le docteur Deleau jeune ; 4° deux numéros de la clinique vétérinaire.

Rapport. — De la propagation de la vaccine. — M. Faivre, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de M. Berguy sur les moyens à prendre pour la propagation de la vaccine en France, fait un rapport dont la conclusion principale est d'adresser à la Chambre des Députés une pétition qui appellerait l'attention du gouvernement sur les mesures administratives qu'il serait convenable de prendre afin de propager la vaccine.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée, après une courte discussion sur la rédaction de la pétition.

Rapport et élection. — M. Giraldès fait un rapport sur un travail de M. Demersay, qui désire faire partie de la Société.

Ce travail comprend plusieurs questions de chirurgie et de micrographie généralement bien traitées. Il traite d'abord des hémorrhagies ayant leur source dans les grands vaisseaux ; la seconde partie est consacrée à l'examen des globules sanguins. Depuis Malpighi jusqu'à nos jours, dit le rapporteur, la persistance des micrographes à reprendre en sous-œuvre une question si souvent étudiée, s'explique aisément si on a égard à l'importance du fluide qu'on étudie. Le sang est en effet le premier liquide formé au milieu de la masse embryonnaire ; c'est lui qui porte dans les différentes parties de l'animal les éléments à la faveur desquels se développent les organes ; son altération trouble nécessairement les fonctions de l'individu, les arrête ou les détruit. Une importance aussi majeure justifie pleinement toutes les tentatives faites dans le but d'éclairer son histoire. L'étude microscopique du sang a été fort bien comprise par M. Demersay, qui examine successivement l'état des globules sanguins, l'action des différents réactifs sur les globules, le mode d'action de ce même agent sur l'albumine du sang, sur les enveloppes des globules ; il confirme enfin les résultats obtenus par notre collègue M. Mandl.

M. Giraldès termine en proposant l'admission de M. Demersay qui, après le vote au scrutin secret, est admis et proclamé membre résidant de la Société médicale d'Emulation.

— Vice de conformation de l'anus, et absence du rectum. — M Forget communique à la Société une observation curieuse sur un vice de conformation congénitale de l'anus et du rectum, pour lequel il fut appelé par M. le docteur Lapp, médecin distingué du 8e arrondissement. Il s'agit d'une petite fille qui, en venant au monde, présentait dans le lieu normalement occupé par l'anus, un enfoncement conoïde constitué par la peau que l'on eut dit avoir été tirée de bas en haut et de dehors en dedans par sa face celluleuse, de manière à représenter un doigt de gant retourné sur lui-même. Des plis rayonnés convergeant de la base au sommet existent sur toute la circonférence de cette cavité, qui simule très bien un anus normal un peu plus élevé seulement qu'il ne l'est ordinairement. Mais une exploration attentive ne laisse aucun doute sur l'imperforation de cette cavité qui se termine en cul-de-sac et un a centimètre environ de profondeur. En écartant les fesses, ce qui permit d'effacer les plis qui bordaient cette cavité, que j'appellerai *pseudo anus*, je vis, continue M. Forget, son fond s'abaisser et se tendre transversalement dans les efforts que faisait l'enfant soit pour crier, soit pour satisfaire au besoin instinctif de défécation qui semblait le tourmenter, et se traduisait à l'extérieur par la contraction simultanée des muscles de l'abdomen et du périnée ; le toucher pratiqué dans le fond de cette cavité pendant que la contraction a lieu, ne transmet pas à l'explorateur la sensation que donne la fluctuation, comme cela s'observe dans le cas d'occlusion simple du rectum, où les matières méconiales ne sont séparées de l'extérieur que par la peau plus ou moins distendue. Malgré l'absence de ce signe, qui ne laisse aucun doute sur l'existence de l'intestin et sur sa proximité, je pris le parti, après en avoir délibéré avec mon confrère, de chercher le rectum en perforant le *pseudo anus* avec un trois-quarts ordinaire. Cette opération ayant été sans résultat, j'eus recours à une nouvelle ponction faite avec un bistouri à lame étroite. Dans ces deux tentatives, j'eus soin de suivre le plan que représente le sacrum dont la courbure est moins marqué en général chez l'enfant nouveau-né. La ponction avec le bistouri donna lieu à un écoulement sanguin peu abondant ; l'instrument avait pénétré à 3 centimètres environ de profondeur.

Je proposai alors aux parents, qui s'y refusèrent, d'établir à leur enfant un anus anormal dans la région iliaque gauche. La petite fille partit en nourrice, où elle succomba le 28 septembre, huit jours après mon opération.

Le docteur Duquesnel, qui exerce avec distinction à Beaumont, m'envoya la pièce anatomique avec quelques détails, desquels il résulte que l'enfant a succombé sans avoir rendu de matières ni par la bouche, ni par la voie que nos instruments avaient frayée. A aucune époque, le vomissement n'a eu lieu. Tous les viscères abdominaux occupent leur place habituelle, sans rien offrir de remarquable. Les matières étaient accumulées vers l'extrémité inférieure du colon considérablement distendu par des gaz, et offrant des traces nombreuses d'inflammation ; il se termine par un cul-de-sac au niveau de la base du sacrum, où il offre un renflement qui lui donne l'aspect et le volume de l'intestin d'un adulte. A partir de ce point, la continuité de l'intestin est établi au moyen d'un cordon fibreux, aplati, qui mesure toute la hauteur du diamètre vertical, embrassant d'une part le sommet conique que présente le colon, et, de l'autre, venant se rendre à la peau à laquelle il adhère intimement ; quelques fibres de ce cordon m'ont paru se jeter sur le coccyx et y adhérer non moins intimement. Ce plan fibreux est séparé du sacrum, en arrière, par du tissu cellulaire infiltré d'une assez grande quantité de sang ; en avant, il est recouvert dans une étendue de trois lignes par le péritoine, qui se réfléchit ensuite sur la matrice. Dans cette même étendue, le cordon fibreux est libre de toute adhérence avec les organes génitaux internes ; mais ensuite il s'accole à la paroi postérieure du vagin et y adhère si intimement qu'il me fut impossible de l'en séparer. Quant au trajet suivi par le bistouri dans l'exploration faite pendant la vie de l'enfant, je le trouvai très distinctement indiqué par l'existence d'une cavité occupant le centre du cordon fibreux dans presque toute sa hauteur en partant de la peau. Cette cavité se terminait un peu au-dessous (un millimètre environ) du cul-de sac formé par le péritoine à son passage du plan fibreux sur l'utérus. J'acquis ainsi la conviction que j'avais exactement suivi la direction qu'eût offert l'intestin, et que je l'eusse infailliblement ouvert si l'arrêt de développement du canal digestif eût été situé moins haut. Quant au mode de continuité de l'intestin avec le cordon fibreux, la dissection m'a prouvé qu'elle avait lieu par l'intermédiaire des fibres musculaires longitudinales de l'intestin dont l'extrémité arrondie est reçue dans une sorte de dédoublement de la tunique musculaire. Les fibres, convergeant de tous les points de la circonférence du colon, viennent se réunir en faisceau au point d'origine du cordon sur lequel elles se perdent et qu'ainsi elles constituent en partie ; ces fibres sont doublées et enveloppées par un tissu cellulo-fibreux dense et résistant.

M. Laborie dit que dernièrement il a observé à la clinique d'accouchement de la Faculté un fait semblable à celui que M. Forget vient de décrire ; il ajoute que M. Paul Dubois fit une ponction anale, et que cette ponction ne donna point issue aux matières fécales.

M. Laborie ne partage pas l'opinion de M. Forget relativement au lieu d'élection pour l'établissement d'un anus anormal. Il préfère la région du cœcum à la région inguinale gauche, parce qu'on ne saurait compter sur les rapports anatomiques ordinaires, puisque souvent en pareil cas le canal digestif offre des anomalies nombreuses de forme et de situation. Il ajoute qu'il lui paraît plus convenable d'imiter M. Amussat, qui propose d'aller à la recherche de l'intestin en disséquant le cordon fibreux qui le termine, et à l'aide duquel on peut par des tractions exercées avec ménagement, faire descendre l'extrémité inférieure du canal digestif jusqu'à l'orifice cutané, et l'y fixer par des points de suture.

M. Chailly a assisté M. Amussat dans une semblable opération, qui fut exécutée promptement. L'intestin fut amené à l'extérieur par la région anale ; mais l'enfant a succombé.

M. Forget pense qu'il lui sera facile de justifier la conduite qu'il a adoptée chez l'enfant dont il a donné l'histoire. Loin de se ranger de l'avis de M. Laborie, il le combat comme étant en opposition formelle avec les indications qui découlent du fait en discussion. En établissant, en effet, l'anus anormal sur le cœcum, on laisserait en arrière de lui tout le gros intestin ; or, c'est précisément la portion du canal digestif qui est remplie par les gaz et les matières stercorales, et surtout le renflement inférieur du colon où le méconium était accumulé : il en résulterait que la rétention des matières continuant d'avoir lieu, leur séjour entretiendrait les accidents auxquels l'anus anormal, pratiqué comme le veut M. Laborie ne pourrait vraiment pas remédier. M. Forget fait ensuite remarquer que la dilatation considérable du colon iliaque gauche est on ne peut plus favorable à l'application de la méthode de Littre, et qu'il suffit d'inciser la paroi abdominale pour rencontrer l'intestin qui vient faire hernie entre les bords de l'ouverture faite aux téguments. Quant au fait cité par M. Chailly, il porte avec lui la critique de l'opération qu'il voudrait faire admettre, puisque l'enfant a succombé.

Je ne pense pas d'ailleurs, ajoute M. Forget, que l'on puisse ériger en précepte absolu le procédé que M. Amussat met en usage, et dont on retrouve l'indication expresse dans le mémoire de J.-L. Petit, publié dans les mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie ; car il est évident qu'il n'était pas praticable chez le sujet de mon observation. Vous avez vu le cordon fibreux très intimement uni au péritoine à sa partie supérieure, et confondu avec la paroi postérieure du vagin dans presque tout le reste de son étendue. Or, comment admettre que dans une dissection faite à l'intérieur du bassin, sans qu'on puisse avoir la connaissance des rapports anatomiques, comment admettre, dis-je, que l'on ne s'expose pas à léser le péritoine et le vagin. De plus, les tractions qu'on eût dû exercer sur le cordon fibreux pour abaisser l'intestin, eussent agi sur le vagin, et par son intermédiaire sur la matrice, qui eût été ainsi fortement renversée en arrière. Je persiste donc à regarder comme tout à fait nuisible dans les cas semblables l'opération préconisée par M. Amussat ; et comme le seul parti rationnel et utile, celui qui consiste à rétablir l'anus artificiel dans la région inguinale gauche.

M. Larrey parle dans le même sens que M. Forget. Il ajoute que M. Amussat ne paraît pas se dissimuler les dangers de son opération,

puisque sur un enfant qu'il lui envoya, ce chirurgien lui-même pratiqua le procédé de Littre.

M. Larrey s'applique ensuite à faire ressortir la question de moralité chirurgicale soulevée par les faits de cette nature, et l'obligation où se trouve le chirurgien avant d'opérer de ne pas dissimuler tout ce qu'à de grave un anus anormal, et les nombreux inconvénients qui s'y rattachent.

M. Giraldès observe que la disposition du rectum est fort sujette à varier : ou cet intestin manque complètement, ou il s'arrête un peu au-dessous de la symphyse sacro-iliaque, ou bien il se rapproche plus ou moins des téguments. Ces variétés anatomiques lui font approuver en principe l'exploration de la région anale par la ponction ; mais il veut, quand celle-ci a été reconnue insuffisante, que l'on revienne à l'opération de Littre ; le procédé suivi par M. Amussat lui paraît offrir des dangers tout à fait incontestables.

M. Caffe demande s'il y a des faits qui prouvent que l'opération faite dans la région lombaire a été suivie de succès ; pour lui, il n'en connaît pas. Il ajoute qu'en présence des dangers qui ont été signalés quelqu'ait été d'ailleurs le lieu de l'opération, il serait peut-être convenable de s'abstenir. Il rappelle qu'en chirurgie l'art consiste souvent à ne rien faire.

M. Souberbielle dit qu'on peut vivre avec un anus anormal, et que l'opinion de M. Caffe, si elle était admise, conduirait le chirurgien à ne jamais opérer une hernie étranglée avec gangrène de l'intestin.

La séance est levée à dix heures.

A. F..., secrétaire.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 20 *mai* 1843. — Présidence de M. La Corbière.

M. Dannecy prend la parole à l'occasion de la nouvelle loi sur les prisons et leur régime intérieur. Il serait bon de faire comprendre au législateur qu'il y a des catégories à établir dans la responsabilité des actions ; qu'évidemment très souvent les prisons contiennent des condamnés complètement imbéciles, et d'autres fois réfractaires à toute espèce d'éducation ; qu'il faut donc que le physiologiste soit interrogé dans l'étude législative et par la loi qui doit régir les détenus.

M. Cellier fait observer que pour être accueilli du législateur et pour être entendu, il ne faut pas arriver avec la technologie abstraite ; qu'il faut craindre aussi les inhabiles phrénologistes sur le jugement et l'autorité duquel un jury mal impressionné pourrait rendre un verdict déraisonnable. Je veux enfin, dit-il, faire passer la chose, moins les mots...

M. Place rappelle que la phrénologie n'est pas si défavorablement jugée par les magistrats, témoins les circonstances dans lesquels l'avis du phrénologiste a été demandé. Avis qui, d'ailleurs, s'est toujours borné à la défense et non à l'accusation ; et à la défense surtout, en établissant bien nettement les cas d'absence de libre arbitre.

M. Fossati déclare que les phrénologistes n'ont jamais à juger les *actes*, mais bien les *dispositions* innées qui peuvent devenir nuisibles. Il cite, à l'appui de son opinion, son précédent rapport dans l'affaire de Versailles.

M. La Corbière, président, expose en quelques mots les progrès de la phrénologie en Amérique et à Washington en particulier, où elle n'est point aussi dédaignée du juge qu'en Europe.

M. Marchal distingue l'organologie de la psychologie. Le phrénologiste, dit-il, doit être psycologiste avant d'être organologiste ; et à l'occasion du voyage de M. Fossati à Versailles, c'est plutôt comme psychologiste que comme organologiste qu'il aurait été appelé.

M. Place, sur cette question de priorité de la psycologie sur la phrénologie, dit : Si cette priorité est acceptée quant au temps, oui ; mais si elle est donnée quant à l'ordre, non. Car si on admet, comme il est juste, que la psychologie soit inséparable de la phrénologie, et si la première a précédé la seconde, ce n'est pas dire que cette dernière n'ait absorbé l'autre.

Séance du 14 *juin.*

M. le docteur *Struve*, de Manheim, membre correspondant, adresse la collection du Journal de Phrénologie qu'il publie, et continuera à l'avenir l'envoi régulier de cette publication. M. le secrétaire-général lui exprimera les remerciements et les encouragements de la Société. M. Fossati voudra bien faire l'analyse de cette œuvre périodique.

— *M. La Corbière*, président, fait connaître à la Société deux faits qui, par quelques points, intéressent la phrénologie.

Le premier est celui de Mathiao Lobo, élève du collége des jésuites d'Oporto (Portugal), qui, sans cause connue, tua sa tante dont il était maternellement aimé, et deux servantes de cette dame. Plus tard, il expliqua son crime en disant qu'il n'avait pu ici résister au besoin de tuer.

Le second est celui de Lazare Desartine, qui le soir, dans la chambrée, tua d'un coup de fusil son sergent sans motif connu, et se retrancha aussi derrière l'irrésistibilité de ses instincts de destruction.

M. Cellier. La discussion que vient de provoquer la communication de M. le président sera pour moi l'occasion de demander aux médecins s'ils ont remarqué une corrélation quelconque entre l'état de la mère pendant la grossesse et celui de l'enfant ; en d'autres termes, rencontre-t-on souvent des femmes dont la grossesse développe, exagère certains instincts, soit l'alimentivité jusqu'à la gloutonnerie et la perversion, soit l'acquisivité jusqu'au vol, soit la destructivité jusqu'à l'irrésistibilité de frapper, de mordre, de blesser?... Je demande si l'enfant aura à souffrir de cet état passager de la mère, si cet état aura un retentissement quelconque dans son organisation?

M. Place. La question posée par M. Cellier me paraît grave et nouvelle. Pendant l'état de grossesse, la nature semble soustraire la femme à sa propre volonté ; telle qui est d'un caractère lent deviendra active, et *vice versâ* ; certains instincts peu énergiques d'ordinaire le deviendront, et les goûts se modifieront. Ces différences momentanées me paraissent providentielles, mais non maladives. L'acquisivité, par exemple, portera à la provision ; la circonspection, la sécrétivité garantiront des dangers ; la combativité et la destruction, comme ces envies extraordinaires de mordre en témoignent, répondront à un besoin d'alimentation du règne animal ; le goût prononcé pour le café, au besoin de renouveler l'activité du système nerveux ; la soif des boissons alcooliques prises, chose extraordinaire, à grandes doses, sans désordre apparent, à une nécessité de force et d'énergie... Ces anomalies physiques et morales ne se transmettront pas ; tandis que la forme, la qualité ou la quantité du tissu nerveux et son activité spéciale se transmettront. C'est, dans l'état imparfait de nos connaissances sur l'hérédité physique, la seule réponse qu'on puisse faire.

M. Belhomme est du même avis. Cette surexcitation du cerveau de la mère, dit-il, est de nul effet chez l'enfant, à moins que les facultés de la mère ne soient chez elle préexistantes à la grossesse qui, semblable à l'ivresse, exalte souvent le cerveau de la femme, et réveille dans la portion réservée aux instincts des facultés pour ainsi dire à l'état de larve.

M. le président établit que cette question ne saurait recevoir de solution satisfaisante dans l'état actuel de la science de l'homme.

M. Sorlin cite le fait suivant : Une femme atteinte de folie recouvre, après un traitement rationuel, toute la plénitude de sa santé. Des années se passent ; elle devient mère et accouche d'un fils qui à l'âge de vingt quatre ans, étant à Constantine, fut pris de mélancolie, et plus tard de folie homicide : cet homme est aujourd'hui à Bicêtre. Ce fait, continue M. Sorlin, est une preuve de plus en faveur de l'hérédité. Mais je regrette de ne pouvoir édifier plus complétement la Société, en lui faisant connaître de quelle nature avait été la folie de la mère ; car si l'hérédité est une cause prédisposante de la folie, la science n'a pas encore établi que, transmissible par succession, une folie engendre toujours une folie semblable.

M. Belhomme. L'observation a constaté que les tendances d'aliénation mentale se transmettent bien plus pour la manie du suicide que pour la manie homicide ; cependant il faut bien observer que l'hérédité n'établit qu'une prédisposition à la folie en général ; ce sont les causes extérieures et excitantes qui, en décidant la folie, déterminent son genre et sa nature. Mais l'hérédité de la folie produit inévitablement une dégradation successive de l'intelligence, en même temps qu'il s'établit un plus grand développement des instincts ; de telle sorte que si le croisement des races ne rétablissait pas l'équilibre en corrigeant les dispositions héréditaires, la transmission de la folie engendrerait bientôt l'idiotie...

M. Letellier. Le fait cité est au point de vue de la science, privé de son plus grand intérêt. De quelle nature était la folie de la mère? Voilà ce que nous ignorons, et ce qui aiderait à juger l'ingénieuse explication de M. Belhomme. L'éloignement du sol de la patrie, l'absence de la famille et surtout la chaleur du climat, ont dû être dans le cas cité par M. Sorlin, des causes excitantes qui ont déterminé ou hâté une affection qui partout ailleurs aurait pu rester à l'état latent.

— *M. Rivail* lit un mémoire sur les *causes de dissidence entre les théologiens et les phrénologistes.* M. Rivail trouve la cause de cette dissidence dans l'empiètement de la phrénologie sur un terrain qui n'est pas le sien. Il pense que toute recherche sur la nature de l'âme est en dehors du domaine de la phrénologie. De même, ajoute-t-il que les physiciens et les astronomes observent, calculent et prédisent les phénomènes de gravitation et des mouvements célestes sans remonter à la cause première de l'impulsion donnée à la matière dans l'origine des temps ; de même la phrénologie peut étudier et analyser les phénomènes des facultés sans s'inquiéter de la cause première ou de l'*âme.* Ramenée sur le terrain, la phrénologie devient une science purement physiologique et anatomique, étrangère à toute controverse sur le spiritualisme et le matérialisme, et compatible avec toute croyance ; car rien ne s'oppose à ce que les uns attribuent la cause du phénomène de la pensée à une âme immatérielle et immortelle, et les autres au simple résultat de l'harmonie du jeu des organes, puisqu'en définitive le phénomène, comme fait matériel, n'en existe pas moins.

Pour éviter les disputes qui naissent trop souvent de la confusion des mots, M. Rivail voudrait qu'ils présentassent une acceptation bien déterminée et non sujette à diverses interprétations ; tels ne sont point les mots *âme* et *psychologie*, qui au contraire présentent autant d'acceptions qu'il y a d'opinions sur la nature de l'*âme*. Pour M. Rivail, la phrénologie se divise en trois branches :

1° La *facultologie,* partie de la phrénologie qui traite de l'étude des facultes et de leurs combinaisons, c'est-à-dire des phénomènes de la vie intellectuelle et morale, abstraction faite de la cause première ;

2° L'*organologie cérébrale*, partie de la phrénologie qui traite des diverses sections du cerveau affectées à chaque faculté ;

3° La *cranioscopie*, partie qui traite de l'influence des organes cérébraux sur la forme du crâne, et des signes extérieurs auxquels on peut apprécier le développement de ces organes.

Par le mot de *facultologie*, substitué à celui de *psychologie*, la science se trouve renfermée dans les véritables limites de ses attributions, et le mot *phrénologie*, qui comme qualification générale de la science ne sera plus confondu avec la *cranioscopie*, qui a un objet tout spécial, et qui n'en est véritablement qu'une division.

M. Belhomme. On ne peut admettre la séparationde la psychologie et de la phrénologie. Je reconnais que jusqu'à Gall la psychologie a précédé la phrénologie, parce que, comme cela arrive toujours, les hommes ont été frappés des effets avant d'avoir découvert les causes. Mais il serait illogique actuellement de vouloir étudier, à plus forte raison enseigner la psychologie avant la phrénologie. Autant vaudrait en médecine enseigner la physiologie avant l'anatomie.

M. Place. On a cru que c'était *à posteriori* que Gall était parvenu à constituer son système, et que, guidé par l'école écossaisse, il avait cherché à reconnaître un signe extérieur en rapport avec les diverses facultés. Qu'on n'oublie pas l'empirisme des découvertes du fondateur, et qu'on admire surtout la logique de position de chaque organe ou de chaque faculté, et cette logique et cette juxta-position n'est constante qu'alors que les observations se sont faites d'avant en arrière, de droite à gauche, etc. De là cette psychologie positive que nos adversaires mêmes reconnaissent comme exacte et la meilleure méthode philosophique.

M. Fossati confirme l'opinion de MM. Belhomme et Plâce, et croit inutile l'introduction de mots nouveaux dans la science. Il critique surtout celui de *facultologie* quant à ses racines, qui, selon la règle ordinaire, doivent être fournies par la même langue.

M. Cellier termine en disant qu'il ne veut pas rentrer, vu l'heure avancée, dans la discussion physiologique ; mais que pour lui il déclare être de ceux qui prétendent avoir une *âme immatérielle* et *immortelle.*

M. le président résume et clot la discussion, en adressant à M. Rivail des éloges mérités sur l'ensemble de son travail.

Le secrétaire-général, Ch. PLACE.

NOUVELLES.

M. Pelletan, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris, a demandé et obtenu sa retraite. Sa chaire sera mise au concours au mois de novembre prochain.

— Nous recevons de M. Vidal (de Cassis) une réclamation concernant la lettre de M Souberbielle ; le défaut d'espace nous force à la renvoyer au prochain numéro.

L'histoire des vers intestinaux de l'homme est devenue, grâces aux belles recherches des naturalistes modernes, une des parties les plus intéressantes de la zoologie. Mais si la physiologie des entozoaires a fait d'immenses progrès dans le dernier demi-siècle, la thérapeutique de ces vers paratites est restée pour ainsi dire stationnaire. — Cependant l'helminthologie sérieuse, positive, non pas telle que l'imagination fantastique ou prévenue des Houlier, Andry, Fernel, Ambroise Paré, etc. l'a décrite et figurée, mais bien telle que nous l'ont donnée les beaux travaux des Humboldt, Lamarck, Brerad, Duméril, Rudolphi, Bremser, Laënnec et plusieurs autres, l'helminthologie, disons-nous, éclairée par tant et de si bons ouvrages, est devenue à *elle seule*, une branche si importante de la médecine, que le judicieux Klin (Interpres Clinicus) disait avec raison : « Nullum tam peregrinum est symptoma, tamque ραγωνιακον, quod vermis excitare non possint. »

Le remède ne s'était pourtant pas, jusqu'à ce jour, élevé à la hauteur du mal, et nous pourrions presque dire que le traitement vraiment curatif des vers intestinaux était tout à fait arriéré, dans l'état actuel de la médecine, lorsque nous avons eu l'occasion de voir et d'entendre confirmer par MM. les docteurs Lemaître, Saintard, Renault, Dangla, Lebreton, etc., etc., les heureux effets de la médication de *M. Petigars*, appliquée aux entozoaires en général, et aux diverses espèces de tænia en particulier. Le bonheur avec lequel ce médecin *traite et expulse le tænia ;* la rapidité, l'universalité du remède, et l'absence de toute indisposition consécutive à son ingestion, nous ont paru des faits trop remarquables pour que nous ne nous empressions pas d'en signaler l'importance comme objet thérapeutique. Mais tout en appelant l'attention du public et des médecins sur cette découverte qui peut recevoir de si nombreuses applications, nous devons exprimer le regret que la formule n'en soit pas rendue publique ; et, si le désir d'être utile à l'humanité ne nous permet pas de blâmer l'inventeur de faire un *arcanum* d'une recette si utile, nous ne pouvons nous empêcher de regretter que *M Petigars* ne soit point en position de publier son procedé, dont l'enregistrement au Codex serait pour lui un titre plus durable que les honneurs éphémères rendus aux méthodes des *Mathieu*, *Hufeland*, *Nouffirs*, *Bourdier*, *Chabert*, *Rathier*, etc. A. C.

Les remerciemens que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la superiorité de son invention.

M. Béchard (médaille d'encouragement 1842, médaille d'honneur 1843) mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégans et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont enfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort., 15. — Rue de Tournon,

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 88. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 26 JUILLET 1843.

Les communications académiques ont été, cette semaine, nombreuses et intéressantes. Rappelons-les succinctement, pour que l'attention de nos lecteurs ne leur fasse pas défaut.

MM. Danger et Flandin, poursuivant avec persévérance la série des recherches qu'ils ont entreprises sur les poisons minéraux, ont lu à l'Académie des sciences un mémoire très remarquable sur l'empoisonnement par le cuivre. Malgré les travaux des toxicologistes modernes, ce sujet prêtait encore à de nouvelles études, à une vérification sévère des opinions qui ont cours dans la science, et il est heureux pour les progrès de la toxicologie que de jeunes hommes pleins d'ardeur, et surtout d'indépendance, sachent secouer le joug de l'autorité, osent penser et agir d'après leurs propres impulsions. Cette tendance nous a trouvé et nous trouvera toujours sympathiques, et nous n'avons jamais manqué de la signaler et de l'encourager.

Ce qu'il faut surtout remarquer dans ce nouveau travail de MM. Danger et Flandin, c'est la découverte d'un symptôme de l'empoisonnement par le cuivre entièrement passé sous silence par les toxicologistes, symptôme d'une grande importance. Il consiste dans une sécrétion bronchique abondante, sécrétion dans laquelle on retrouve le poison. De sorte que, tandis que l'arsenic et l'antimoine trouvent leur voie d'élimination dans les reins, le cuivre, au lieu de s'échapper par ces émonctoires, se porte sur les poumons, y détermine une exhalation abondante et se trouve par elle éliminé de l'économie. C'est du moins ce que l'expérience sur les animaux a fait admettre à MM. Danger et Flandin qui pendant neuf mois ont soumis un chien à un empoisonnement quotidien par le cuivre, et dans les urines duquel ils n'ont jamais pu trouver un atome de ce métal, pas plus que dans les viscères et les os après sa mort.

Par la nature même de leur travail, les auteurs ont été conduits à vérifier l'exactitude de l'opinion des chimistes qui admettent la présence du cuivre normal dans l'organisme. Par les procédés d'analyse qu'ils indiquent et qui semblent, en effet, devoir amener des résultats beaucoup plus sensibles et plus délicats que ceux employés jusqu'à eux, ils n'ont jamais pu démontrer la présence de ce cuivre normal qu'ils nient résolument, basés autant sur l'analyse chimique que sur les loix physiologiques qui démontrent que toute substance toxique est incompatible avec l'état sain de nos organes.

Ces résultats ont été écoutés avec faveur par l'Académie des sciences, qui en a renvoyé l'appréciation à la même commission qui fit le rapport célèbre sur l'arsenic.

M. Donné continue aussi ses recherches sur le lait. Dans le mémoire qu'il a lu lundi à l'Académie des sciences, ce n'est plus sous le rapport microscopique ou chimique qu'il a envisagé cette substance; il paraît qu'il n'a rien à ajouter aux faits et aux opinions qu'il a fait connaître à cet égard; mais il s'est occupé du lait sous le point de vue de l'hygiène publique; sujet grave, en effet, et bien digne d'attention, quand on considère l'immense quantité de cette denrée qui se consomme dans les villes populeuses, et dans Paris surtout. L'administration cherchera sans doute à s'éclairer sur la valeur des moyens que propose M. Donné, soit pour diminuer la fraude qui s'exerce sur ce produit, soit pour en améliorer les conditions de vente. Un fait que nous devons signaler dans ce travail, c'est ce qui est rapporté de l'état déplorable du lait dans les hôpitaux et dans tous les établissements de bienfaisance publique. L'administration, préoccupée surtout d'idées d'économie, impose aux fournisseurs de cette denrée des conditions si dures, qu'ils sont dans l'impossibilité de la fournir de qualité seulement passable. Ainsi elle ne veut payer le lait que 19 centimes le litre! Or, il est complètement impossible de se le procurer à ce prix dans un rayon de plus de quinze lieues aux environs de Paris. Aussi, qu'arrive-t-il? C'est que selon l'expression d'un de ces marchands en gros, ils ne mettent plus l'eau dans le lait, mais bien le lait dans l'eau. Nous laissons à penser les déceptions qu'éprouvent les médecins en prescrivant le lait comme aliment aux pauvres malades des hôpitaux.

A l'Académie de médecine, il n'a été presque question que de la pellagre. C'est à un interne de l'hôpital Saint-Louis, à M. Théophile Roussel, que l'on doit la connaissance du premier cas de pellagre qui ait été observé à Paris. Ce jeune médecin, pendant un voyage en Italie, avait eu occasion d'étudier cette singulière affection, et c'est lui qui la retrouva l'an passé sur un malade du service de M. Gibert, dont l'observation fut publiée dans les journaux. Aujourd'hui M. Devergie en a présenté un autre cas à l'Académie. Il en existe, dit-on, un troisième dans le service de M. Gibert. L'attention une fois éveillée sur ce sujet, grâce au diagnostic de M. Roussel, il est probable que les observations de ce genre vont se multiplier; car, selon toute apparence, ce n'est pas une maladie nouvelle parmi nous, seulement elle aura passée inaperçue. Il en sera de la pellagre comme de la morve. Avant que M. Rayer ne plaçât définitivement dans une classe à part cette terrible maladie, bien des cas de ce genre furent probablement rangés parmi les fièvres adynamiques, malignes, etc.; comme on aura rangé parmi les eczéma chroniques ou d'autres affections cutanées, un certain nombre de pellagres.

Si cette singulière et affreuse maladie a peu attiré jusqu'ici l'attention des dermatologues des hôpitaux de Paris, il n'en a pas été de même des médecins de Bordeaux, à qui leur voisinage des landes et du bassin d'Arcachon, où la Pellagre est endémique a fourni de fréquentes occasions de l'observer. M. le docteur Léon Marchand surtout, qui depuis plusieurs années a fait de cette maladie l'objet constant de ses recherches, a lu un mémoire sur ce sujet, dont nos lecteurs trouveront un extrait étendu dans notre compte-rendu.

C'est une idée extrêmement heureuse et philosophique d'avoir rattaché à l'étiologie de cette maladie les maladies mêmes des animaux et des végétaux sur ce sol désolé des landes françaises. Là le végétal se couvre d'une écorce épaisse et dure qui le fait périr avant l'âge; les animaux y portent une pelure coriace et maladive; toutes leurs productions épidermiques y prennent un développement énorme et tout cela au détriment de leur constitution interne qui s'allanguit et se perd bien avant l'époque naturelle de la mort. L'homme soumis aux même influences y présente la même dégradation physique, et dans ce malheureux pays, où, selon les calculs de M. Marchand, existent plus de trois mille pellagreux, la population est dans un état de désolation difficile à concevoir.

Il faut espérer que le mémoire de M. Marchand attirera l'attention de l'administration sur les infortunés habitants des Landes, et qu'elle recherchera les moyens d'améliorer le sort d'une population si malheureuse.

La symptômatologie de la pellagre, telle que l'a donnée M. Marchand, est en harmonie parfaite avec celle qu'avait tracée, il y a plusieurs années, un bon observateur, M. Brierre de Boismont.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistules urinaires périnéales. Indurations autour des fistules. Rétrécissement du canal de l'urètre. Sonde introduite dans la vessie par l'orifice de l'une des fistules. On la laisse à demeure pendant plus d'un mois. Disparition des indurations. Cicatrisation des fistules. (Observation communiquée par le docteur E. LABORIE, chef de clinique de la Faculté.)

Le 14 mars 1843, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, le nommé E.... (Charles), âgé de cinquante-cinq ans, postillon.

Cet homme, d'une excellente constitution, d'une haute taille, à système musculaire, bien développée, a toujours joui d'une parfaite santé. A l'âge de vingt ans, à la suite d'un coït impur, il contracta une blennorrhagie urétrale qui se présenta avec des symptômes d'acuité assez violents, et qui persista pendant six mois. Il ne la guérit que par l'usage d'injections, dont il ne peut nous dire la composition; mais suivant toute probabilité, elles étaient irritantes, car elles provoquaient de vives douleurs.

Quoi qu'il en soit, ce traitement fut suivi d'un plein succès, et depuis lors jamais le malade ne contracta de nouvel écoulement. A l'âge de vingt-cinq ans il se maria, et il eut deux enfants.

Il y a dix-huit mois, conduisant une calèche, son porteur s'abattit brusquement, et E...., violemment jeté en avant, retomba à cheval sur le pommeau de la selle. Ce fut le périnée qui reçut ce choc; malgré la vive douleur qui en résulta, le malade put se relever et remonter à cheval pour continuer sa route, et revenir ensuite d'Arpajon, où il se rendait, à Lonjumeau, son point de départ.

La douleur qu'il éprouvait au lieu de la contusion, n'empêcha pas E... de faire son service, et pendant huit jours il monta à cheval comme devant. Mais cet exercice augmentait de beaucoup les souffrances qu'il endurait.

Le huitième jour après l'accident, un gonflement assez considérable se montra au-dessous des bourses. La partie tuméfiée était très douloureuse. E... sentit la nécessité de prendre du repos. Il appliqua pendant huit jours des cataplasmes émollients sur la région du périnée. Ce traitement simple réussit, en apparence du moins; car la tuméfaction disparut, et le malade se considérant comme guéri, reprit ses habitudes et put remonter à cheval sans ressentir de douleur. Jamais, dit-il, depuis l'accident et pendant les quatre mois qui suivirent, il n'éprouva la moindre difficulté en urinant. Le liquide en traversant le canal ne déterminait aucun sentiment de cuisson, et il sortait en un jet tout à fait normal.

Quatre mois après ce traitement le gonflement reparut; alors le malade se décida à consulter. Le médecin demandé diagnostiqua un abcès, et ne voulant rien prendre sous sa responsabilité, considérant cette affection comme assez grave, il conseilla un voyage à Paris.

Ce conseil fut suivi, et E... fut admis dans un des hôpitaux de Paris. Le chirurgien chargé du service dans lequel il entra incisa la tumeur, et dès lors par l'orifice de la plaie produite par l'instrument tranchant, il s'établit une fistule urinaire. Le malade ne sait nous dire si immédiatement il sortit de l'urine lorsqu'on ouvrit la tumeur.

Des indurations se formèrent autour de cette première ouverture, et successivement deux nouvelles incisions furent pratiquées, toujours sur le périnée; et comme la première, elles demeurèrent fistuleuses. On eut recours aux sondes à demeure introduites par l'urètre. Après six mois et demi de traitement le malade était dans des conditions meilleures. Les trois fistules s'étaient enfin cicatrisées.

Quand il quitta l'hôpital, E... se rendit à Saint-Cloud, où il habita pendant un mois; après ce temps les cicatrices, si péniblement obtenues, se déchirèrent. Ce ne fut néanmoins qu'après avoir long-temps souffert, qu'enfin il fut adressé à M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis.

A cette époque, les trois fistules dont nous avons parlé étaient ouvertes; elles laissaient suinter l'urine lorsque le malade voulait uriner; du reste, le liquide suivait en plus grande partie la totalité du canal, et sortait en tirebouchon par l'extrémité de la verge. Les fistules étaient situées comme il suit: la première, à la racine des bourses, était la plus largement ouverte; la seconde, située à peu près sur la ligne médiane, était en avant à un pouce environ de l'anus; la troisième, enfin, se trouvait entre les deux autres. Ces fistules étaient réunies par une masse volumineuse d'induration.

M. Jobert explorant le canal, reconnut un rétrécissement assez considérable au niveau des fistules. Son premier soin fut de vaincre cet obstacle; il en vint parfaitement à bout par l'usage de bougies graduées, dont l'extrémité était imprégnée de poudre d'alun. Pendant toute cette première partie du traitement, les fistules ne subirent aucune espèce de modification, et, malgré la présence des sondes, l'urine suintait toujours par les trois orifices anormaux lorsque l'on faisait uriner le malade.

Alors, M. Jobert eut l'idée de faire passer une sonde dans la vessie en l'introduisant par l'orifice cutané de la fistule moyenne. Ce moyen eut un résultat des plus heureux; l'urine sortit avec facilité, et en totalité, par cette nouvelle voie. Et en même temps que ce résultat était obtenu, la présence de la sonde déterminait dans les points indurés une inflammation résolutive des plus favorable; en même temps que disparaissaient les indurations, les deux orifices fistuleux se rétrécissaient et finissaient enfin par s'oblitérer. Après environ un mois de ce traitement, M. Jobert put extraire la sonde périnéale, et y substituer une sonde de fort volume qui alors fut introduite par l'extrémité de l'urètre, et pénétra avec facilité dans la vessie en parcourant toute la longueur de ce canal.

Actuellement, la seule fistule qui restait s'est tellement rétrécie que l'on ne peut dire si elle livre encore passage à l'urine; et nous devons croire que quelques soins attentifs suffiront pour parfaire la guérison, qui au reste pourrait être obtenue plus promptement peut-être par quelques cautérisations légères.

Du reste, le malade se trouve parfaitement; il urine sans difficulté; le liquide sort en un jet tout à fait normal, et sans que son passage fasse éprouver la moindre douleur dans la région périnéale.

— Cette observation nous a paru digne à plusieurs égards de fixer l'attention. D'abord la marche de l'affection, la nature de la cause qui l'a produite, suffisent déjà pour la rendre intéressante au point de vue de l'histoire des lésions traumatiques du canal de l'urètre et des fistules urinaires. Mais le traitement surtout devra nous occuper. Nous voyons en effet, ici, une de ces maladies pour lesquelles, à ce degré surtout et dans cet état de complication, on a proposé de nombreux moyens chirurgicaux; la simplicité du traitement, le succès qui l'a couronné doivent être signalés.

On sait, en effet, que pour ces fistules rebelles accompagnées d'induration, l'usage de la sonde à demeure introduite dans la vessie par l'extrémité de la verge n'est le plus souvent qu'un moyen sans action. La sonde ainsi éloignée des indurations, ne les touchant pas, n'a pas pour ainsi dire l'action irritante salutaire qui est nécessaire pour déterminer la fonte des engorgements; et ajoutons surtout que, quelque volume qu'on lui donne, quelque sagacité que l'on déploie dans son application, l'urine file toujours le long de sa paroi externe et vient entretenir les fistules en s'infiltrant incessamment dans leur trajet.

L'urétrorapbie a été employée le plus souvent sans résultat; elle doit en effet n'avoir qu'une action douteuse, tant que

les indurations persistent et tant qu'il est possible à l'urine de sortir par les fistules. Nous en dirons autant de l'urétroplastie. Ces difficultés ont été parfaitement appréciées par les chirurgiens; aussi voyons-nous que, las de chercher une guérison que l'on ne pouvait obtenir par l'emploi de ces moyens successivement ou collectivement employés, on a eu recours à un traitement bien autrement énergique. Ainsi Ledran, dans un cas de ce genre, enleva avec le bistouri toutes les indurations, et découvrant le trajet d'une petite fistule qui gagnait la vessie, il la dilata avec une corde à boyau qui en quelques jours pénétra dans le réservoir urinaire: ensuite il introduisit un cathéter cannelé, et incisa largement jusqu'au col de la vessie pour donner passage à l'urine. Il laissa dans cette plaie une canule de plomb qui demeura en place pendant trois semaines. Le malade guérit.

Quand on ne trouvait pas une voie déjà tracée et qu'il était ainsi facile d'élargir avec le bistouri ou par des procédés dilatateurs, alors on faisait une incision au périnée et on pénétrait directement dans la vessie. Ledran nous fournit encore un exemple pour ce genre d'opération. Il s'agit d'un officier anglais âgé de soixante-six ans, affecté de plusieurs fistules urétrales.

Assisté de Petit, Malaval et Boudou, Ledran, en 1725, à l'aide d'une incision pareille à celle que l'on fait pour la taille, pénétra dans la vessie de ce malade, y laissa une canule à demeure qui fut maintenue pendant près de huit mois. Un an après, la guérison était obtenue.

Dans ces derniers temps on s'est de nouveau occupé de cette intéressante question, et la boutonnière a été proposée comme une excellente opération; M. Ricord même va jusqu'à établir en principe son absolue nécessité dans le traitement des fistules urinaires de la partie de l'urètre contenue entre le scrotum et l'extrémité de la verge.

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici une discussion sur cette question, qui a été traitée avec un soin extrême par M. Jobert dans un rapport lu devant l'Académie de médecine, rapport qui fut fait à propos d'une observation d'urétroraphie pratiquée par M. Ricord. Ce chirurgien, pour assurer le succès de son opération, fit une ouverture au périnée, afin de détourner les urines jusqu'après la cicatrisation obtenue. Nous renvoyons donc au rapport de M. Jobert, qui a réuni dans son travail un grand nombre de faits démontrant et l'ancienneté du procédé et son origine toute française; disons seulement qu'il considère la boutonnière comme une dernière ressource à laquelle on ne doit recourir qu'en désespoir de cause.

Dans l'observation que nous avons rapportée, M. Jobert a bien fait de se servir de l'une des fistules pour détourner l'urine et empêcher l'infiltration continuelle de ce liquide dans les trajets fistuleux. La sonde, introduite par cette voie, doit, sans aucun doute, agir en déterminant, comme nous l'avons déjà dit, une irritation favorable; mais, pour nous, son efficacité réelle doit être attribuée aux conditions nouvelles dans lesquelles elle a mis l'urètre, la sonde n'ayant qu'un court trajet à parcourir pour pénétrer dans la vessie, n'ayant plus à suivre les courbures du canal, avait bien plus de chance, grâce à sa direction presque verticale, de livrer un passage complet et sûr à toute l'urine, de telle sorte que la cause qui entretenait les fistules venant à cesser, elles ont dû disparaître et avec elles les accidents inflammatoires qui les accompagnaient. Si un conduit naturel perd son calibre, sa forme, s'annihile enfin quand ses fonctions cessent, à plus forte raison cela doit-il arriver quand il s'agit d'un conduit artificiel, qui, par conséquent ne se trouve pas entouré d'un appareil anatomique spécial.

Ainsi, dans ce cas, sans autre traitement, sans applications émollientes, sans fondants, rien qu'en détournant les urines, M. Jobert a obtenu la guérison. Il est bien probable que dans le cas cité par Ledran, ce grand praticien aurait bien pu guérir son malade sans exciser les indurations, opération qui, en outre de la gravité immédiate, en présente une consécutive bien digne d'être prise en considération, nous voulons parler du tiraillement qui doit suivre nécessairement la cicatrisation d'une perte de substance aussi considérable. On ne devra donc pas s'occuper des indurations, elles disparaîtront dès que l'urine ne passera plus par le trajet fistuleux.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Observation de goutte chronique d'emblée (goutte asthénique primitive de Guilbert.)

Bien que cette observation n'ait été recueillie que sur la fin du séjour du malade à l'hôpital, on pourra tout de même voir, par la marche de la maladie, les différences qui existent entre elle et le rhumatisme; et sous ce rapport surtout elle nous semble digne d'intérêt.

Le 12 juillet 1843, le nommé Hypolite Poulain, âgé de vingt-six ans, colporteur, sortit de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madelaine, n° 41, comme incurable, pour être transféré à Bicêtre. Il était entré le 22 décembre 1840.

Ce jeune homme avait été sujet, à l'âge de la puberté (entre seize et vingt ans), à des épistaxis fréquentes qui terminaient favorablement des étourdissements opiniâtres.

A la fin de 1840, au mois d'avril, il n'avait plus d'épistaxis depuis plusieurs mois; il éprouva, sans malaise, sans fièvre, quelques douleurs aux reins, douleurs que se portèrent bientôt à l'articulation coxo-fémorale droite, puis envahirent le genou du même côté. Il ne remarqua aucun gonflement ni rougeur aux parties affectées. Le mouvement devint douloureux, difficile et accompagné d'un sentiment de crépitation dans le genou droit. Quinze jours ou trois semaines s'étaient à peine écoulés depuis l'invasion de ces douleurs, qu'il ne pouvait plus marcher sans boiter. Il applique des cataplasmes sur toute la partie douloureuse en l'enveloppant de feuilles de sureau chaudes, mais sans obtenir aucun soulagement.

Le mois de mai suivant, il fut obligé de s'aider de béquilles pour marcher. Les douleurs n'étaient pas très violentes dans l'état de repos, mais presque tous les soirs elles augmentaient et s'accompagnaient quelquefois de fièvre.

Nous n'avons pu avoir de plus amples renseignements sur ces paroxysmes.

Au mois de juin de la même année, de larges plaques bleuâtres semblables à des meurtrissures se montrèrent autour de l'articulation coxo-fémorale gauche, où des douleurs plus vives que celles qu'il avait ressenties la première fois se développèrent. Nous n'avons pu savoir du malade si les taches bleuâtres précédèrent ou suivirent l'invasion de ces nouvelles douleurs.

L'état des articulations du côté droit ne fut nullement modifié. Peu de temps après les douleurs de la hanche gauche s'étendirent au genou du même côté; puis des douleurs vagues aux lombes, aux bras, aux mains, se firent ressentir. Les moindres mouvements exaspéraient ces douleurs d'une manière intolérable. On appliqua un séton à la hanche droite, puis des vésicatoires que l'on entretint pendant deux mois. Il n'en éprouva aucune amélioration.

Au mois d'août la maladie avait fait toujours des progrès; les mouvements des membres inférieurs devenaient de plus en plus difficiles. On lui fait prendre des bains froids d'un quart d'heure dans un étang.

Dans le mois de septembre il alla à Amiens, où il prit des bains pendant quatorze jours consécutifs; dans lesquels il restait depuis six heures du matin jusqu'à deux heures après midi. Voyant qu'on n'obtenait aucun effet de ce traitement, on appliqua des sangsues autour de l'articulation coxo-fémorale droite. Ce moyen le soulagea pendant quelques jours; mais les douleurs revinrent bientôt, et ne furent point calmées par des frictions avec des pommades et des liniments camphrés.

Le malade resta dans cet état, ayant des paroxysmes irréguliers, jusqu'au mois de décembre, où il arriva à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque il se levait très rarement pour se traîner avec des béquilles; ses genoux ne pouvaient être fléchis que par la force et avec beaucoup de souffrance. Les deux articulations coxo-fémorales exécutaient encore des mouvements, mais étaient le siége de douleurs plus vives et plus continues. Il fut atteint de la variole, qui suivit une marche régulière, bénigne, et dont il guérit facilement. La maladie primitive ne fut point modifiée ni pendant, ni après cette affection éruptive.

Pendant six semaines on le soumit à un traitement avec l'iodure de potassium, puis on appliqua des moxas, des vésicatoires, et aucun de ces moyens thérapeutiques n'eut de succès.

Il passa l'année 1841 dans des paroxysmes fréquents, mais de peu de durée et moins douloureux; il garda le lit de plus en plus; les articulations affectées s'ankylosèrent, et à la suite de légers paroxysmes les articulations des orteils subirent en partie le même sort.

En 1842 il éprouva des paroxysmes moins fréquents, moins douloureux et d'une durée plus courte; les intervalles variaient d'un mois à six semaines ou deux mois. Les paroxysmes duraient deux, trois ou quatre jours. Les douleurs, très modérées dans les parties primitivement affectées, furent plus vives dans celles qui l'étaient plus récemment. A la suite de quelques paroxysmes qui avaient sévi surtout sur le bras droit, il s'aperçut d'un gonflement permanent à l'articulation scapulo-humérale, qui en gênait les mouvements: il ne pouvait plus mettre ses mains sur la tête. Les articulations fémoro-tibiale, coxo-fémorale, tibio-tarsienne du côté droit et la plupart de celles des orteils étaient devenues peu à peu d'une immobilité absolue, et présentaient au lieu de leurs saillies anguleuses un léger gonflement fusiforme, douloureux à la pression dans les parties où devaient exister les surfaces articulaires.

En 1843, les phénomènes suivirent la même marche; quelque temps avant sa sortie de l'Hôtel-Dieu, le malade se plaignait de sentir de la crépitation dans l'articulation huméro-cubitale du côté gauche, et par conséquent de la difficulté à la mouvoir. Avant cette attaque il eut des coliques néphrétiques, il rendit des calculs d'acide urique.

Telles furent les phases principales de cette maladie qui n'est point encore terminée. Les médecins qui en furent témoins à différentes époques, ne furent pas d'accord sur sa nature. On la prit d'abord pour une affection rhumatismale. Cependant on peut voir que les caractères principaux du rhumatisme manquaient dans cette affection: jamais le malade n'avait eu des douleurs auparavant; il aurait été pris d'un rhumatisme d'emblée, ce qui n'arrive pas généralement; car il n'y avait ni fièvre ni gonflement des parties affectées comme nous assure le malade. Néanmoins en quinze jours, par des paroxysmes irréguliers à peine reconnaissables, la maladie avait fait de tels progrès que le malade ne marchait plus qu'avec peine. A travers de tous ces symptômes négatifs du rhumatisme nous en avions un signalé par tous les auteurs qui connaissent la goutte, c'était la crépitation articulaire.

Plus tard, c'est-à-dire un mois après, nous avons vu les paroxysmes se dessiner d'une manière plus claire, se régulariser et s'accompagner de mouvements fébriles. Or, dans le rhumatisme, la fièvre et la douleur marchent concurremment, et après pareille durée le rhumatisme tend plutôt à la résolution qu'à l'exacerbation.

Les mois suivants de nouveaux phénomènes s'ajoutèrent aux premiers, des taches blanchâtres se montrèrent autour d'une articulation douloureuse. A-t-on vu quelque chose de semblable dans le rhumatisme? Nous ne le croyons pas; tandis que ce phénomène est indiqué comme arrivant très souvent à la suite de la desquamation qui a lieu autour d'une articulation après une attaque de goutte. Ensuite nous voyons succéder un paroxysme affectant d'autres articulations accompagné de phénomènes généraux et se portant de nouveau sur la première attaquée: c'est alors qu'on applique un séton en ce lieu. Croit-on avoir affaire à une coxalgie? C'est ce que nous ne pourrions dire.

Au mois de septembre suivant, l'absence de gonflement articulaire, le traitement par les bains, quelques sangsues et les liniments antispasmodiques furent le résultat du doute que ses douleurs étaient nerveuses. Nous ne l'ignorons pas. Dans les premiers temps de son entrée à l'Hôtel-Dieu, et même après qu'il fut guéri de la variole, nous savons qu'on l'avait cru affecté de syphilis et qu'il fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium; puis on pensa qu'il s'agissait d'une coxalgie, et on lui appliqua des moxas, des cautères à toutes les articulations: il en éprouva quelque soulagement momentané; mais pendant le temps qu'il fut obligé de garder le repos, des ankyloses se formèrent dans les articulations. Ce fut alors qu'on cessa le traitement et on se borna à observer la marche des paroxysmes. On examina dans leurs intervalles et pendant leur durée les urines qui, traitées par l'acide nitrique donnèrent toujours des cristaux ou une poussière d'acide urique. Dès ce moment on remonta avec plus de soin aux antécédents de la maladie, et en grouppant les signes principaux on put établir l'existence de la goutte, et la variété décrite par Guilbert, comme *goutte asthénique primitive.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Dubois.

M. Gerdy continue et termine la lecture de son Mémoire sur l'Intelligence.

— *M. Léon Marchand*, médecin des épidémies du département de la Gironde, lit un Mémoire sur la pellagre de La Teste. Voici quelques extraits de cet intéressant travail:

« Sur les indications fournies par un médecin fort distingué de La Teste, relativement à l'existence d'une maladie de la peau, réputée endémique au littoral ou bassin d'Arnachon, je me crus obligé, en ma qualité de médecin des épidémies du département, de solliciter du préfet de la Gironde d'aller observer, étudier cette affection, à laquelle on attribuait un caractère contagieux, circonstance grave qui la rendait autrement redoutable. L'administration, prévenue d'un tel état de choses, ne pouvait qu'ordonner des recherches immédiates. Une maladie nouvelle pour la France, la pellagre, ce mal de misère qui afflige certaines contrées du royaume lombardo-vénitien, était un fait trop grave pour ne pas éveiller toute la sollicitude du gouvernement. Le ministre du commerce et de l'agriculture en fut instruit, et donna des ordres en conséquence. En effet, en juin 1836, je fus autorisé à commencer des études qui devaient durer plusieurs années.

Il fallait, on le conçoit, plus d'un jour pour recueillir des faits qui n'étaient qu'indiqués, et pour provoquer en même temps des investigations d'où pussent sortir des renseignements propres à établir des preuves certaines de la réalité d'un mal qui régnait inaperçu dans toute la contrée landaise, comprise entre l'embouchure de la Gironde et l'embouchure de l'Adour, c'est-à-dire dans un développement de 40 lieues de côtes sur 5 à 6 lieues de largeur.

L'intérêt que j'ai porté à cette étude a été compris et partagé par les médecins qui exercent leur profession dans les landes bordelaises, il l'a été aussi par quelques confrères de l'arrondissement de Mont-de-Marsan. L'un d'eux, entre autres, établi dans le canton de Luine, m'écrivait qu'il y avait plus de cent cas de pellagre dans la contrée qu'il habitait, qu'elle y règne inconnue et qu'elle est aussi ancienne que ces habitants, puisque plusieurs ancêtres de ses malades en sont morts. — J'ai moi-même constaté l'existence de ce mal à Biscarosse, également dans le département des Landes. Pour celui de la Gironde, je l'ai observée dans plus de 20 communes, et je n'exagère pas en disant que j'ai pris des notes sur 50 individus porteurs de cette affection. M. le Dr Hameau, dont j'aurais dû déjà citer le nom avant de parler de mes propres observations, a visité plus de 70 pellagreux.

L'énonciation de ces faits doit suffire pour attirer l'attention de l'Académie et pour écouter avec bienveillance la communication qu'elle veut bien recevoir.

Ne pouvant utiliser pour le moment les matériaux nombreux et divers que j'ai accumulés dans six années, je dois me borner à donner le cadre, le programme d'un travail qui pourra avoir une certaine étendue. Aujourd'hui je vais exposer les faits dans toute leur simplicité, dans tout le laconisme d'un sommaire.

Définition. La pellagre est une maladie endémique parmi les habitants des contrées landaises, comprises dans la circonscription territoriale des départements de la Gironde et des Landes. Observée pour la première fois en 1818, dans le canton de La Teste, des recherches concertées ultérieurement ont démontré qu'elle existe non-seulement dans le littoral du bassin d'Arcachon et les communes voisines, mais aussi, et avec un caractère plus prononcé, dans l'arrondissement de Bazas, à Captieux surtout, et dans les communes de l'arrondissement de Mont-de-Marsan, situées sur les bords de la mer.

Cette affection, qui revient périodiquement au retour du printemps avec des symptômes invariables, mais qui croissent d'intensité en raison de son ancienneté, s'efface ou disparaît en automne, pour se montrer de nouveau après la cessation des jours froids, vers l'époque où le soleil entre dans le signe du bélier. Elle est caractérisée, dans les premières années, par un érythème qui occupe le plus ordinairement la face dorsale des mains, mais qu'on rencontre aussi quelquefois vers la région des malléoles externes, sur les parties latérales du cou, et plus rarement sur la face. Plus tard, elle se complique de diarrhée; et plus tard encore d'une grande faiblesse musculaire, et d'une sorte d'idiotisme qui conduit au suicide. Arrivée à ce terme, la pellagre a cessé d'être érythémateuse.

Symptômes. La pellagre attaque en proportion égale les individus de tout sexe. La première jeunesse en paraît exempte; cependant on a vu des enfants en être atteints. Le début du mal n'a rien qui doive, en apparence, faire redouter de graves accidents. D'ordinaire les malades ne se plaignent que la seconde ou troisième année. C'est vers la fin de mars et dans tout le mois d'avril, lorsque le soleil commence à se faire sentir, qu'a lieu l'apparition des premiers symptômes; ils grandissent pendant 40 ou 50 jours, et dès la fin de juin ils déclinent insensiblement jusqu'en septembre et en octobre. Ils disparaissent en hiver pour reparaître plus intenses le printemps d'après. Ces symptômes sont:

1° Une rougeur vive avec ou sans gonflement, analogue à la scarlatine ou l'érysipèle, affectant le plus ordinairement la face dorsale des mains; quelquefois les parties des pieds qui sont exposées au soleil, plus rarement le pourtour du col, et plus rarement même la figure. Je l'ai vu une fois se porter au scrotum et sur la poitrine antérieurement. Il y a un peu de demangeaison et une chaleur légèrement incommode. Cette rougeur érythémateuse se couvre dans les premiers temps de très petites papules d'où suinte une sérosité inodore et quelquefois fétide, qui plus tard tombent en écailles de toute dimension, et laissent souvent après elles des fissures plus ou moins douloureuses,

qui gagnent, par l'intervalle des doigts, l'intérieur de la main ; les doigts sont eux-mêmes profondément convulsés ; la face dorsale perd progressivement de sa couleur rouge vif, et reste lisse et luisante comme la cicatrice d'une brûlure, comme une pelure d'oignon.

Pour la seconde ou la troisième année et les suivantes, la scène s'agrandit ; la maladie se porte sur les organes digestifs et sur ceux de l'innervation ; elle persiste encore sur le derme avec le même caractère.

2° Ainsi après les symptômes appartenant à la lésion de la peau, voici ceux qui s'observent sur les voies digestives : muqueuse buccale rouge et quelquefois aphtheuse ; soif avec ou sans fièvre ; cuisson et gerçures sanguinolentes à la commissure des lèvres ; langue fendillée ; gencives comme scorbutiques ; ptyalisme assez abondant, d'un goût tantôt amer, tantôt salé ou acide ; déglutition gênée quelquefois ; douleur épigastrique toujours obtuse dans le principe, mais devenant plus ou moins évidente avec le progrès du mal. Augmentation de la fièvre, digestion pénible, sentiment de strangulation, chaleur interne fort incommode se faisant sentir dans toute l'étendue de l'œsophage ; douleurs abdominales, surtout vers la région ombilicale ; empâtement du bas-ventre ; la fièvre continue et la diarrhée se déclare : elle est séreuse et abondante. Chez les femmes, les menstrues se suppriment quelquefois, varient souvent ; d'autres fois elles ne sont pas troublées. Ces symptômes divers se succèdent généralement dans l'ordre qu'ils viennent d'être exposés ; cependant il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Il y a des variations ; elles sont en raison de l'énergie des causes, des circonstances organiques et du caractère du patient. Quoi qu'il en soit, ces symptômes s'affaiblissent toujours aux approches de l'hiver, mais point tous également ; quelques-uns persistent même. Cela se conçoit, la maladie arrivée à cette extrémité, l'émaciation devient générale avec l'accroissement de tous ces accidents, et le malade meurt en l'hiver ou le printemps suivant, soit d'hydropisie soit de fièvre hectique, lorsqu'il ne s'est pas détruit volontairement.

Cette terminaison n'a pas lieu par ce seul fait ; il est d'autres accidents qui sont venus aggraver et compliquer le mal. Ce sont ceux qui se rangent dans la dépendance des fonctions de l'innervation.

3° Ces nouveaux symptômes sont les suivants : La sensation de chaleur signalée plus haut, augmente et se fait sentir le long du rachis ; il y a un malaise universel qui coïncide avec le déchet de la puissance musculaire. Les pellagreux sentent que leurs jambes s'affaiblissent et vacillent ; l'ouïe devient dure ; la vue diminue sensiblement, je l'ai vue une fois tombée à l'état d'héméralopie ; les éblouissements ont lieu, la tête tournoie, et l'intelligence commence à languir. Après des aberrations passagères, ils perdent la mémoire ; peu à peu ils tombent dans la plus profonde tristesse qui finit par l'idiotisme, et quelquefois par le suicide ; ils se noient. Ces divers accidents arrivent les derniers dans la succession naturelle des symptômes. Il est rare qu'ils se manifestent plus tôt ; cependant on les aperçoit dans les premiers temps du mal, mais ils sont légers et fugaces ; on les juge sans importance.— Ces diverses phases s'accomplissent ordinairement dans l'espace de sept à huit ans ; quelquefois moins, d'autres fois plus.

Cette description de la pellagre des Landes que je donne est exacte, non-seulement par le nombre des symptômes énumérés, mais surtout par l'ordre de filiation dans lequel ils apparaissent. A part quelques exceptions, ils découlent de trois genres de lésions, et doivent être rapportés à l'altération de la peau, à l'altération des voies digestives, l'altération du centre cérébro-spinal.

Le tableau symptomatique de la pellagre lombardo-vénitienne, non plus que celui du mal de la rose des Asturies n'ont pas cette symétrie d'évolution ; c'est peut-être là la différence essentielle entre elles.

Nécropsie. Les investigations cadavériques sont très difficiles, pour ne pas dire impossibles, dans cette contrée des Landes. Les distances y sont si considérables qu'elles forment un obstacle très réel ; car, être invité à un rendez-vous et s'y rendre, c'est l'affaire de plus d'un jour. Dans ce laps de temps, l'occasion se perd ; et puis ensuite, comment vaincre la répugnance de gens ignorants qui s'opposent et peuvent s'opposer à l'ouverture du corps.

Voilà sept ans que j'étudie la pellagre, il ne m'a pas été donné encore de pratiquer de nécropsie ; et certes, ce ne sont pas les cadavres qui ont manqué pour cela. Je ne connais qu'un seul médecin, M. le docteur E. Fontans de Preichac, qui ait eu l'occasion, et encore fortuite, de se livrer à ce genre de recherches.

Nous passons les détails de cette autopsie.

Causes. Les symptômes de la pellagre sont si nombreux, ils sont si divers, et puis ils mettent dans leur marche successive une si grande durée et une filiation si régulière, qu'on est à se demander quelquefois s'il existe des phénomènes pathologiques vraiment caractéristiques de cette affection. Car, c'est leur ensemble seul qui la fait ce qu'elle est, et ce n'est pas trois ou quatre de ces symptômes qui suffisent à son diagnostic. Mais alors une pareille maladie est bien cruelle, si, pour qu'il soit possible de la classer nosologiquement, on doit attendre qu'elle ait accompli sa révolution symptômatologique. Il ne saurait en être ainsi. Et si cette pellagre n'était pas essentiellement une réalité morbide, et que ce ne fût par hasard qu'une dégradation acquise, qu'un abatardissement physiologique déterminé par le concours fatal de causes locales dépressives ; si c'était un appauvrissement de l'organisation sollicité par un milieu où tout languit, les hommes, les animaux et les végétaux ; si c'était une simple lésion de la fonction nutritive qui, par un déchet successif des puissances vitales passe à un état de souffrance non défini. Alors, il ne s'agit plus d'une question de thérapeutique, mais bien plutôt d'une question d'hygiène publique. C'est réellement au *mal de misère* qu'on a affaire.

Exposons les faits étiologiques ; nous laisserons conclure après.

Toute spécialité morbide est préparée de longue main par les causes prédisposantes ; car, on le sait, celles-ci sont seules en puissance d'amener, par de lentes modifications, l'organisation à l'état d'imminence pathologique. Dans un temps donné, il suffit de la moindre cause occasionnelle pour décider l'invasion du mal. L'étude des prédispositions est toute dans la recherche des influences locales, comme conditions étiologiques des affections endémiques. Cette étude est fort longue et fort grave ; elle est encore plus difficile : c'est toute l'histoire d'un pays à fouiller. Mais je ne dois pas oublier que je suis renfermé dans le cadre d'un sommaire.

Les habitants des Landes sont prédisposés à la pellagre par leur constitution ; ils sont maigres et secs ; ils ne manquent pas de vivacité de caractère ; mais ils ont les mouvements lents : ils vieillissent, et deviennent chauves avant le temps. Leurs membres sont grêles et délicats, et leur peau est sèche et aride ; dans les grandes chaleurs ils suent rarement. Les enfants ne sont pas sujets à contracter cette maladie ; leur constitution molle et lymphatique ne s'y prête pas encore. Si les femmes, malgré leur constitution, en sont atteintes fréquemment, et aussi fréquemment même, selon l'opinion de deux observateurs (MM. Beyris et Hameau), plus fréquemment que les hommes, cela dépend de ce qu'elles partagent avec eux les travaux des champs. Plus délicates, elles résistent moins à l'action de toute influence qui concourt par leur nature excitante à donner de l'empire aux prédispositions organiques.

C'est uniquement sur les paysans que s'observe la pellagre. Elle attaque de préférence les travailleurs de terre et les bergers ; la raisinière et les bucherons y sont moins sujets ; peut-être parce qu'ils sont moins exposés à l'action du soleil. On croit qu'elle se transmet du père aux enfants. J'ai vu à Captieux une lignée de pellagreux composée de cinq générations. Un vieillard de soixante-douze ans, atteint de la pellagre, avait vu mourir de cette maladie sa mère à l'âge de quatre-vingts ans ; après lui venait sa fille âgée de quarante ans, sa petite-fille âgée de vingt-deux ans, et son arrière petite-fille âgée seulement de deux ans. On pouvait constater une altération grave de la peau qui semblait être devenue plus profonde sur les derniers individus. Cette remarque me portait à admettre dans ce cas un vice radical dans la nutrition, peut-être même une sorte de dégénérescence lépreuse.

Plusieurs auteurs ne voient dans la pellagre qu'un amoindrissement de la lèpre ; et dans l'arrondissement de Bazas, des esprits, éclairés du reste, croient qu'il existe des familles de lépreux, connues dans le pays sous le nom de *gahets*, race d'hommes qui prendraient leur origine, soit dans les premiers pélerins qui allaient visiter le Saint-Sépulchre et revinrent chargés de cette hideuse affection, soit dans ces débris de la population mauresque qui se fixa dans cette contrée après la défaite de Poitiers et embrassa le christianisme pour éviter la persécution, et qui n'en fut pas moins exclue de la société française et obligée de vivre isolée et de se réfugier pour cela dans les lieux écartés et déserts, par l'effet de mesures pleines de rigueur, que motivait la crainte de la transmission d'un mal contagieux dont on la supposait affligée. Quoi qu'il en soit, il paraît que la pellagre règne plus particulièrement parmi les individus réputés *gahets*, répandus dans le canton de Captieux, contrée aride, ingrate et recouverte de lagunes.

Cette transmission du père aux enfants est contestée ; il y a des observations qui pourraient faire croire le contraire. Ainsi, nous rapportons plus bas un cas remarquable en tout point, où il est question d'un individu pellagreux au dernier degré, marié depuis plusieurs années, qui a quatre enfants et n'a cessé de cohabiter avec sa femme, et cependant aucun des membres de sa famille n'est atteint de son mal. Si l'on connaissait l'intérieur de ces pauvres ménages, l'on s'étonnerait que toute infirmité n'y devienne pas contagieuse, tant tout s'y trouve dans un contact inévitable.

Le sol des landes où s'observe l'érythème endémique est, en général, sablonneux, et d'un sable dont la couleur varie du blanc au noirâtre, et cela selon le degré d'humus et d'oxyde de fer qui s'y trouvent mélangés. Profond en certains endroits, il est superficiel en d'autres. Lorsqu'il est superficiel, il repose sur une espèce de roche ferrugineuse stratifiée qu'on nomme *alios*. Lorsqu'il est profond, le sol est complètement siliceux. Dans tout état de cause, il est frappé de stérilité ; il est çà et là couvert de bruyères plus ou moins vivaces, toujours à des distances considérables. L'homme seul peut lui donner une certaine fertilité ; mais ce n'est pas sans peine ; car il vieillit à cette œuvre ; il faut qu'elle soit continuelle s'il ne veut pas y perdre le fruit de ses sueurs. L'ingratitude du sol n'est pas la même partout. Sur les petits cours d'eau qui descendent des dunes ou qui se forment par les pluies, il se trouve de loin en loin un peu de terre végétale qui est livrée à l'agriculture. C'est là que se groupent les habitations. Les landes rases, les landes sans horizon sont abandonnées au pacage des brebis. Des bois de pin à haute futaie attestent, de distance en distance, que cette terre n'est pas tout à fait inospitalière.

Sur des étendues de sable aussi énormes, il ne se trouve que très rarement des sources d'eau vive qui soit un peu potable. Celle qui est d'un usage journalier est mauvaise, salée et d'une odeur terreuse ; les Landais la prennent dans les puits qu'ils creusent au-dessous de l'alios, à une profondeur de trois mètres au plus. Ces puits, véritables citernes sans ciment, sont alimentés par la filtration des eaux pluviales, filtration rapide et momentanée comme la pluie qui vient de tomber. C'est au fond de ces réservoirs qu'elle croupit et qu'elle prend tout ce qu'elle a d'insalubre.. Privée d'air et de mouvement, elle ne peut que dégénérer. Et il n'est pas venu dans l'idée d'un seul Landais d'établir un appareil filtrant économique : ce n'est ni le sable, ni le charbon qui manquent dans le pays.

L'air des Landes est sec et vif, bien que les vents régnants viennent de l'ouest et du nord-ouest. Les jours de pluie, nombreux dans l'année, ne donnent qu'une humidité passagère à l'atmosphère. L'action absorbante d'un sol aussi arénacé s'y fait promptement sentir : l'air cesse d'être humide en peu de temps. Dès que les vents du nord et de l'est soufflent, c'est avec une grande violence, et rien dans ces landes plates et unies ne saurait s'opposer à la vivacité de leur courant. De là cette grande et prompte évaporation qui s'opère à la surface du sol comme à la surface des eaux ; et les êtres du règne végétal et du règne animal, l'homme surtout, subissent d'une manière sensible l'influence de cet air, dont les effets desséchants s'augmentent et de l'action du soleil et de la proximité de la mer par les atomes hydrochloriques dont se charge l'atmosphère. C'est à cet état physique de l'air, agissant comme *circumfusa*, qu'il faut attribuer en grande partie la maigreur des hommes et des animaux, et la sécheresse, l'aridité qui s'observe à la peau, où toute fonction semble anéantie.

L'humidité des lieux et de l'air ne serait pas, d'après ce qui précède, absolument favorable au développement de la pellagre. Un état hygrométrique assez prononcé de l'atmosphère agit, on le sait, sur la surface cutanée, de manière à y maintenir cette souplesse si nécessaire à l'accomplissement des actes d'absorption et d'exhalation. Aussi ne faut-il pas s'étonner que les pellagreux soient presque inconnus dans les contrées des Landes bien boisées et riches en culture, et qu'ils soient au contraire très répandus dans les Landes pauvres et nues. Un fait topographique milite victorieusement en faveur de cette proposition.

Toutes les communes de l'arrondissement de Bazas qui sont situées au sud et à l'ouest du *Ciron*, comptent un grand nombre de familles pellagreuses ; ces communes sont misérables, infertiles et manquent d'eau potable. D'autre part, les communes placées à l'est et au nord de cette petite rivière, qui sont bien cultivées, et dont la terre féconde est couverte d'une belle végétation, n'offrent pas un cas de pellagre. Lorsque l'on passe d'une région dans l'autre, le contraste est saisissant : ici c'est une terre de promission, là une terre désolée ; et cela se voit en un rien de temps, en moins d'un quart d'heure de marche. Ce disparate topographique avec ses conséquences s'observe, mais moins sensiblement, sur le territoire traversé par la *Leyre*, autre petite rivière qui se rend dans le bassin d'Arcachon. Peut-être trouverait-on ailleurs, sur les landes du département voisin, un ou plusieurs fait de cette nature ; je ne puis guère en douter.

Ainsi, par suite de l'infertilité du sol, du manque d'eau et de la sécheresse de l'air, les lois qui président à l'organisation des êtres se trouvent restreintes ; les végétaux y croissent à peine même avec l'aide de l'homme, et les animaux domestiques, associés aux travaux des champs, restent secs et maigres ; leur petite taille atteste presque un arrêt de développement ; leur énergie vitale s'épuise en peu d'années, moins par l'excès du travail que par le défaut d'une nourriture assez réparatrice, assez substantielle.

Et, chose remarquable ! lorsque ces animaux peuvent passer pour des êtres déchus, que chez eux les appareils de fonctions sont amoindris, leur système cutané a acquis un certain degré de vertu plastique, sorte de force végétative qui communique à ses productions, aux tissus pileux et cornés un développement extraordinaire. Déjà les influences locales étiologiques commencent à se manifester, en donnant ici à la peau un surcroit d'activité. Dans l'homme, cette surexcitation vitale va dégénérer en maladie.

En effet, indépendamment des causes qui prédisposent les Landais à la pellagre, en desséchant la peau, en restreignant ses fonctions, il est une autre cause qui contribue indirectement à ces effets ; c'est le travail irritatif développé et maintenu sur les organes digestifs par une nourriture de mauvaise qualité. Personne n'ignore que les maladies cutanées prennent leur origine dans une altération des fonctions de l'alimentation. La pellagre ne fait pas exception.

L'état topographique d'une commune a une véritable signification. Le canton de Captieux, par exemple, que nous venons de citer, est l'image de tous ceux où l'on a occasion d'observer la pellagre. J'y reviens sans craindre de répétitions. C'est un pays de landes rases ; ce sont des champs de sables stériles ; il ne produit, à part ses forêts de pignèdes, que du seigle et d'autres menus grains, peu riches en principes nutritifs, tels sont le millet (*panicum miliaceum*), la milliade ou petit mil (*panicum italicum*), et le blé sarrazin (*poligonum fagopyrum*). Nous avons dit que les eaux y étaient rares et de mauvaise qualité. Les habitants, nécessités à un travail dur et ingrat, prennent une nourriture peu réparatrice et lourde à la digestion ; telle que celle qui provient du pain de seigle ou de la cruchade faite avec le millet et la milliade, rarement avec le maïs ; car ce blé n'est pas et ne peut être cultivé dans ce canton, et l'on y est trop pauvre pour en acheter. Ce n'est jamais que par exception qu'on en mange. La morue sèche, le hareng saur, la sardine et la viande salée de la qualité la plus inférieure, les fromages dont ils font rarement usage, complètent la nourriture habituelle des Landais de Captieux. L'eau est lourde, sale, mauvaise, et il n'en a pas d'autre à boire. Pour du vin, il n'en boit jamais.

Du reste, ici comme dans toutes les Landes, l'habitant, pauvre et ignorant, vit avec une frugalité qui passe toute expression. Un des traits de son caractère est l'économie outrée. Il n'est pas seulement parcimonieux, il est avare. Il ne s'inquiète jamais s'il peut et s'il doit réparer le déchet de ses forces, par la maigre vie qu'il mène. Son avarice est empreinte dans ses traits. Sa figure est mince et pâle ; elle est maigre et hâlée comme son corps ; son œil est craintif et méfiant ; il porte la tête basse par instinct, et dans cette attitude il exerce sans crainte de surprise son regard inquisiteur. On m'a fait connaître, en 1838, un pellagreux de la commune de Salles qui avait une grande aisance, et qui se refusait une nourriture suffisante pour vivre de celle des gens les plus nécessiteux. La commune de Goujon, peut-être la mieux cultivée, la plus riche de ces contrées, est celle-là même où l'on a signalé le premier cas de pellagre, et en assez grand nombre.

Les Landais ont généralement de l'argent en réserve pour acheter des terres, et ils en manquent pour se nourrir. Le synonyme d'avare est le mot *ladre*. On pourrait ajouter à cette synonymie celui de *pellagreux*. Serait-il vrai, d'après cela, que la pellagre et l'avarice fussent dans une véritable corrélation, et comme dans la dépendance d'un effet à sa cause ? Ainsi, sur cette terre des Landes qui n'engendre que des existences sans sève, l'homme, avare comme elle, et aussi chétif que les plantes qui doivent le nourrir, l'homme renchérit encore sur cet appauvrissement de la force organique ; il se refuse la vie. Il faut bien alors qu'il dépérisse, qu'il ait la destinée de l'arbre dont l'écorce s'altère et tombe, faute de trouver les normales conditions de son existence.

M. Marchand indique ensuite les causes prédisposantes, que nous sommes obligés de passer sous silence.

D'après ces faits étiologiques, faudra-t-il admettre une cause prochaine pour la pellagre, et dire qu'elle doit être attribuée à une lésion particulière de l'organisme ? Nous n'osons pas nous prononcer affirmativement à cet égard ; mais cependant, s'il fallait opter entre les maladies que l'on désigne comme cause prochaine, nous ne répugnerions pas à la voir dans la gastro-entéro-rachialgie. Rien de plus rationnel ne nous paraît admissible. Il serait moins probable que ce fût une altération du sang, une obstruction des viscères abdominaux, un virus contagieux ou même la lèpre, à laquelle tout le monde l'assimile.

Diagnostic. Le diagnostic de la pellagre est toujours difficile ; il ressort moins de l'inventaire étudié des symptômes que de leur effet d'ensemble ; et cette appréciation ne s'acquiert que par une observation bien attentive. Le porter d'emblée, c'est bien hazardeux. En effet, des phénomènes pathologiques entre lesquels on aperçoit tout d'abord un rapport sensible, dont la succession peut être intervertie, et qui ne se manifestent qu'à de longs intervalles, de pareilles phénomènes, dis-je, peuvent ne pas être pris, dans le premier examen, pour ce qu'ils sont en réalité. Les esprits les plus clairvoyants et les plus expérimentés tomberaient dans l'erreur, qu'il n'y aurait rien là qui dût étonner, tant il est peu aisé de caractériser une maladie dont les phases sont souvent d'une connexion apparente, et dont la marche chronique est si inexplicable. Néanmoins, j'ai cru devoir faire iconographier les symptômes les plus propres à servir à l'intelligence du diagnostic.

§. V. *Pronostic*. Quant au pronostic, il se déduit de la période où la maladie est arrivée. Il est toujours grave et mortel si la pellagre a atteint le degré qui marque l'altération profonde des centres nerveux cérébro-spinal et splanchniques et que le malade n'ait pas changé de manière de vivre. Ordinairement cette gravité devient flagrante lorsque survient l'état convulsif des muscles locomoteurs, les tournoiements de tête et les premiers signes d'idiotisme ; lorsque la diarrhée devient plus fréquente, et lorsque l'éréthisme des mains et des pieds cesse de se manifester. Il est clair que dans ce cas les symptômes intérieurs prévalent et font cesser les symptômes de la phlogose cutanée, et qu'alors un travail désorganisateur accomplit sur les organes essentiels à la vie la destruction du malade.

Comme maladie endémique, la pellagre fait-elle des progrès, s'étend-elle ? Pour répondre à cette importante interrogation, il faudrait avoir plus de documents que je n'en possède. Ce que je peux dire, c'est que dans quelques communes elle est toujours aussi fréquente. Ma correspondance m'a appris récemment que dans d'autres où elle avait semblé vouloir disparaître elle s'y était montrée de nouveau avec une allure plus décidée ; d'où il faudrait conclure que, si elle ne se propage pas d'une manière notable, elle reste stationnaire ; ce qui n'en est pas moins affligeant pour les populations qui sont livrées à ses atteintes.

Prophylaxie. Y a-t-il un moyen d'opposer des obstacles à son invasion, à son développement ? Ce problème n'a rien de difficile, si notre étiologie est fondée ; et répétons ici qu'alors ce n'est plus une question de thérapeutique, mais bien tout un Code d'hygiène publique à promulguer et à appliquer dans les contrées où la pellagre règne épidémiquement. Et la manière la plus faite pour éclairer la question, si elle est médicale, ce serait d'établir, à l'instar du gouvernement lombardo-vénitien, un ou plusieurs hospices spéciaux pour se livrer à une étude qui devrait dissiper plus d'un doute qui pèse sur la nature de cette singulière et terrible affection..

Traitement. Le traitement que j'ai essayé et que d'autres ont essayé en même temps que moi, est des plus simples ; il repose uniquement sur l'idée que nous nous sommes faits de la nature et de l'action de toutes les causes. Et les succès constants qui ont été obtenus ont éclairé singulièrement notre manière de voir en étiologie, et donné à nos convictions à cet égard un tel degré de certitude que, pour nous, il n'est plus douteux que la pellagre ne soit réellement un mal de misère qui amène, par la suite du temps, une véritable dégradation physiologique. Depuis ce moment, on n'a guère plus songé à guérir thérapeutiquement l'endémie landaise. On se contente de porter remède à certains symptômes spéciaux qui peuvent se prononcer trop fortement : la *saignée*, par exemple, pour combattre l'état inflammatoire au début du mal, qui coïncide avec le mouvement phlogistique du printemps ; des *bains* pour laver toutes les impuretés de la peau et calmer son éréthisme ; des *astringents* et des *hypnotiques* pour modérer la diarrhée et une sensibilité rendue trop excitable, source de tous les accidents nerveux. Mais le véritable traitement, c'est la diète lactée, ou l'équivalent, et toute la propreté qu'il est possible d'obtenir de gens qui n'en comprennent pas le prix. Tous les malades qui ont été soumis à cette méthode de traitement ont vu leur état s'améliorer, ont vu disparaître jusqu'aux symptômes les plus invétérés, les plus graves, les plus compromettants dans le pronostic. L'année suivante, la pellagre était sans récidive, ou reparaissait avec les caractères les plus benins. Le maintien du régime durant quelques années assurait une guérison, sur laquelle il n'aurait pas été permis de compter avec les moyens thérapeutiques consignés dans les traités sur la matière.

— *M. Devergie* lit à son tour une observation sur un cas de pellagre qui s'est offert dans son service à l'hôpital Saint-Louis, et présente le malade. Nous en publierons un extrait dans le prochain numéro.

— *M. Renault* communique le résultat de ses expériences sur la

propriété désinfectante du chlorure de Labarraque appliqué à la matière contagieuse de la morve. Quatre chevaux, auxquels il a inoculé du pus provenant d'animaux morveux préalablement lavé et malaxé dans le chlorure d'oxyde de sodium, ont été infectés et ont présenté toutes les altérations de la morve, à laquelle ils ont succombé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 juillet 1843. — Présidence de M. Dumas.

Du lait considéré sous le point de vue de l'économie domestique et de l'hygiène publique.—Nouvel instrument pour apprécier la richesse du lait. — Appareils destinés à la conservation de cette substance. — M. Donné lit un mémoire sur ce sujet, dont voici quelques extraits :

« Après avoir, dans mes précédentes recherches, démontré quelle est ce qu'on peut appeler la constitution organique du lait, c'est-à-dire dans quel état et dans quelle forme existent les principaux éléments constituants de cette substance, je suis arrivé à établir une analogie frappante entre ce liquide et le fluide sanguin, analogie qui ne s'est pas démentie dans les expériences exécutées sur les animaux. Des deux côtés on trouve un sérum contenant en dissolution une matière spéciale azotée, spontanément coagulable, et un grand nombre de substances représentant tous les matériaux de l'organisme ; et en suspension, des particules concrètes d'une structure très complexe dans le sang, beaucoup plus simple dans le lait, que l'on désigne sous le nom de globules. Le lait doit, en grande partie, sa couleur blanche et mate à ses globules de matière grasse, comme le sang doit sa couleur à ses particules colorées. En d'autres termes, le lait est une sorte d'émulsion dans laquelle de la matière grasse ou butireuse extrêmement divisée est suspendue. En filtrant ce liquide de manière à séparer la presque totalité des particules de matière grasse, on enlève au lait sa couleur blanche et mate, et l'on obtient un fluide clair et transparent ou légèrement opalin.

»En poursuivant l'analogie que je viens de rappeler entre le lait et le sang, je suis arrivé à injecter des proportions considérables de lait dans les veines des animaux : non-seulement ces injections d'un liquide qu'on ne peut pas appeler indifférent, n'apportent aucun trouble notable dans l'état et dans les fonctions des animaux (le cheval excepté, par une cause qui nous échappe) ; mais, suivant moi, les globules du lait jouent dans ce cas le rôle des globules chyleux, et se transforment comme eux directement en globules sanguins. »

Après avoir rappelé les diverses expériences faites par l'auteur sur l'alimentation des jeunes animaux par le lait et par la soupe, et avoir fait voir la grande différence qui en résulte sur la santé, après avoir indiqué les applications thérapeutiques et hygiéniques du lait, l'auteur ajoute :

« De l'ensemble de ces faits et de ces considérations, n'est-il pas permis de conclure qu'une grande question d'hygiène publique est attachée à la consommation du lait, particulièrement dans les villes populeuses, et que s'il était possible d'augmenter cette consommation en améliorant en même temps toutes les conditions de cette précieuse substance alimentaire, on rendrait un véritable service à la population et à la santé publique. On sera surtout frappé de cette réflexion, si on examine ce qui se passe dans la distribution générale du lait dans Paris, et surtout les fournitures de lait dans les hôpitaux.

» L'état du lait dans les hôpitaux est véritablement déplorable sous le rapport de ses qualités alimentaires ; que l'on parcoure les divers établissements où sont admis les malades pauvres, et l'on trouvera, si ce n'est partout, du moins dans la plupart d'entre eux, le lait tellement pauvre en éléments substantiels, qu'au lieu de donner 8 à 10 pour cent de crême, comme le lait moyen, il en fournit à peine 3 ou 4 ; et encore, ce lait est-il étendu d'eau, et a-t-il été le plus souvent soumis à l'ébullition avant d'être livré ; cette précaution, dans l'état actuel de la science, semble indispensable pour conserver le lait pendant les chaleurs ; mais elle n'en a pas moins d'inconvénient, car on sait que le lait chauffé à plusieurs reprises devient beaucoup moins facile à digérer.

» Si ce que nous disons du lait des hôpitaux, ne s'appliquait qu'au lait destiné à la préparation des mets, à la confection des soupes, des riz au lait, etc, il n'y aurait peut-être pas trop lieu de se plaindre ; mais le lait donné en nature aux malades, aux convalescents, aux femmes en couches et aux enfants eux-mêmes n'est pas meilleur; aux enfants pour qui cette substance forme exclusivement le fond du régime alimentaire !

» Il n'existe aucune inspection *efficace* et *réelle* pour cette denrée, qui en aurait plus besoin qu'aucune autre. Il suffira, pour montrer les abus qui se commettent à cet égard, de rapporter ce que m'avouait dernièrement un marchand de lait qui disait, en parlant de la cherté du fourrage cette année et de l'augmentation qui en résulte dans le prix du lait : « Ordinairement nous mettons l'eau dans le lait, mais cette année nous mettrons le lait dans l'eau.

» Il n'y a pas lieu d'accuser trop fortement l'administration de cet état de choses dans les hôpitaux et dans la vente publique du lait ; cet état, en effet, tient à des causes dont les hommes chargés de veiller à la santé publique ne sont pas entièrement les maîtres. La portion du public la plus éclairée, la plus aisée et la plus directement occupée de ses intérêts et de son bien-être, n'est pas complètement à l'abri des circonstances que nous signalons; elle subit, à cet égard, les inconvénients de l'ignorance générale et de l'imperfection des moyens pratiques appliqués à l'examen du lait; aussi les établissements publics les mieux dirigés, les écoles et les colléges eux-mêmes, dans lesquels le régime alimentaire a été depuis quelques années amélioré presque jusqu'au luxe, ne sont-ils guère mieux partagés que les hôpitaux sous le rapport du lait.

» Quant aux hôpitaux et à certains autres établissements publics, la mauvaise qualité du lait ou sa pauvreté dépendent sans doute en grande partie du prix d'adjudication infiniment trop médiocre qui est imposé aux fournisseurs. Il est absolument impossible de donner, je ne dis pas du bon lait, mais du lait passable, au prix de 19 centimes le litre, comme dans les hôpitaux, et ce n'est qu'au prix de 30 centimes environ que l'on pourrait avoir du lait, si ce n'est excellent, au moins d'une qualité suffisante. »

Une autre cause de cet état de choses, selon M. Donné, c'est le défaut de moyens faciles, prompts et suffisamment exacts d'apprécier la qualité et la valeur réelle du lait. M. Donné croit en avoir trouvé un dans l'invention d'un instrument qu'il appelle *lactoscope*, dont nous avons déjà parlé.

L'auteur passe ensuite à l'exposition des moyens qui lui semblent propres à améliorer le lait, tel qu'il est apporté à Paris, sous le rapport de sa qualité et de son prix.

« On sait que la plus grande partie du lait qui se vend à Paris, est recueilli dans un rayon de dix à quinze lieues, par des récolteurs ou des marchands en gros qui traitent avec les fermiers et qui apportent cette denrée à Paris pour la revendre aux débitants en détail, aux crêmiers, aux laitiers, etc. Le lait est payé aux fermiers environ 30 centimes la pinte de deux litres ; les récolteurs le revendent de 40 à 50 centimes aux débitants de Paris, qui le livrent eux-mêmes au consommateurs à raison de 50 à 70 centimes la pinte, ou 25 à 35 centimes le litre, plus ou moins, suivant sa qualité, suivant la quantité d'eau qu'ils y ajoutent et suivant le quartier,

» Quelquefois le lait passe en plusieurs autres mains encore avant d'arriver au débitant en délail, et il existe entre celui-ci et le récoltant des intermédiaires qui se chargent de transporter et de distribuer le lait aux crêmiers.....

» Le commerce du lait est extrêmement considérable à Paris ; on assure que certains marchands en gros n'envoient pas moins de 4 à 5 mille litres de lait par jour.....

» Si le lait pouvait se conserver et se transporter comme beaucoup d'autres substances, nul doute qu'on ne pût notablement baisser son prix, en l'amenant de régions plus éloignées. Le moyen le plus simple, le plus sûr et le plus économique est l'emploi de la glace dans des appareils convenablement disposés. L'efficacité de ce moyen est telle, que le lait se conserve sans aucune trace d'altération avec toute sa saveur et ses qualités les plus agréables, sans agglomération de globules pendant plus de quinze jours, quels que soient la température extérieure, les variations de l'atmosphère et l'état électrique de l'air.

» L'appareil consiste en deux cylindres concentriques, l'un intérieur destiné à contenir la glace, l'autre extérieur d'une capacité double des premiers, où est placé le lait, ces deux capacités s'ouvrent à l'extérieur par des orifices et des robinets convenablement disposés. L'appareil, construit en ferblanc est revêtu d'une enveloppe en bois blanc..... »

Etudes physiologiques sur la menstruation. — Deuxième partie. — Des époques de rut chez les animaux et de leurs rapports avec les époques menstruelles ; par le docteur A. Raciborski. — Voici les conclusions de ce mémoire.

Nous croyons avoir démontré dans cette partie de notre mémoire :

1° Que la marche que suivent les follicules de Graaf dans leur développement progressif chez la femme, ressemble tout à fait à celle qu'ils suivent chez d'autres mammifères, comme on peut surtout s'en assurer facilement par l'examen des ovaires de la truie.

2° Les époques de rut offrent la plus grande analogie, sous le rapport anatomique, avec les époques menstruelles. Toutes les deux coïncident avec le plus haut degré de développement d'un ou de plusieurs follicules, et se terminent par leur rupture et l'expulsion de l'œuf ou une véritable ponte. Elles ont aussi pour caractère commun une congestion plus ou moins forte de l'utérus, du vagin et des organes sexuels externes.

3° Les époques menstruelles, de même que les époques de rut, sont étroitement liées à la reproduction de l'espèce.

4° Les organes décrits par les auteurs sous le nom de corps jaunes ou corps glanduleux, ne sont autre chose que des follicules de Graaf à un degré plus ou moins avancé de leur développement.

5° La tuméfaction des follicules de Graaf et leur saillie sur la surface des ovaires, parait être une condition indispensable de la fécondation des œufs.

6° Que l'orgasme vénérien qui accompagne la copulation peut suffire par lui-même pour provoquer la disposition des follicules ci-dessus indiqués ; sans qu'elle eût été d'avance préparée par les impulsions instinctives de la nature : seulement, comme cette disposition ne l'effectue alors que plus ou moins long-temps après le coït, il en résulte que la conception se trouve ainsi retardée, et qu'elle est même loin d'être aussi certaine que lorsque la copulation a lieu en présence des follicules déjà tuméfiés et vaillants, comme cela se voit aux époques du rut et aux approches des époques menstruelles.

7° Que sous le rapport de la faculté de la reproduction, la femme semble occuper une place intermédiaire entre les femelles à époques de rut et celles qui sont pour ainsi dire toujours capables de reproduire sans aucune préparation préalable du côté de la nature, uniquement par suite de l'orgasme vénérien excité par le coït. Elle se rapproche néanmoins davantage de la première catégorie, nos recherches statistiques nous ayant appris que sur 100 femmes on en trouve tout au plus 6/7 qui deviennent enceintes à la suite des rapports sexuels éloignés des époques des règles, tandis que chez la plupart des femmes, la conception date évidemment des unions sexuelles au moment de l'évacuation cataméniale, ou quelques jours avant ou après les époques menstruelles.

Echanges électriques entre le corps de l'homme et l'atmosphère. — M. Ducros lit un mémoire sous ce titre.

De l'empoisonnement par le cuivre ; par MM. Danger et Flandin (1). — Pour la fin que se propose l'hygiène publique, il n'y a rien à ajouter peut-être aux procédés d'analyse que la chimie applique à la recherche des métaux en général, et du cuivre en particulier ; mais dans l'intérêt de la thérapeutique et de la toxicologie, il faut, s'il est possible, donner à ces procédés plus de vigueur encore. En chimie inorganique, on se borne d'ordinaire dans les analyses au chiffre des millièmes; en physiologie, ce terme serait insuffisant, il faut atteindre jusqu'aux cent millièmes, si même l'on ne peut aller au delà.

« Le procédé de carbonisation que nous proposons pour la recherche du cuivre dans les cas d'empoisonnement, est, avec quelques modifications, celui que nous avons indiqué pour la recherche de l'arsenic et de l'antimoine. Il nous a décélé jusqu'à des cent millièmes du métal mélangé à des matières organiques. En voici la description abrégée : Carboniser les matières animales par le tiers de leur poids d'acide sulfurique selon la méthode ordinaire ; porter le charbon jusqu'à la température rouge obscur, soit dans la capsule même où l'on a opéré la combustion par l'acide sulfurique, soit dans un creuset de porcelaine approprié; réduire ce charbon en poudre ; le traiter par une quantité d'acide sulfurique suffisante pour l'humecter ; faire bouillir sans réduire tout à fait à sec, et reprendre par l'eau pour opérer sur le liquide (sulfate de cuivre) toutes les réactions propres à faire reconnaitre et caractériser le métal. Ce procédé peut s'appliquer à la recherche du plomb, de l'argent, du bismuth, de l'étain, de l'or, etc., etc. Seulement, et il n'est pour ainsi dire pas besoin d'en prévenir, pour la recherche du plomb, il faudrait reprendre le charbon par l'acide chlorhydrique ; pour la recherche de l'étain, de l'or, on devrait employer l'eau régale.

» Nous avons été amenés par le sujet même à combattre l'opinion des toxicologistes qui avaient annoncé qu'il existe du cuivre et du plomb dans le corps humain à l'état normal. Nous sommes arrivés à cette négation tout à la fois par des analyses directes et par une expérience physiologique analogue à celle qui nous a déjà prouvé que non-seulement il n'y a pas d'arsenic dans le corps humain, mais qu'il ne peut pas y en avoir, toute substance toxique étant incompatible avec l'etat sain de nos organes. Cette expérience, nous demanderons à la rapporter ici en peu de mots : Nous avons pendant neuf mois (le temps que nous a demandé ce travail) mêlé aux aliments d'un chien, tantôt du sulfate, tantôt de l'acétate de cuivre. La dose, chaque jour mesurée, a été graduellement augmentée. L'animal, sans en éprouver aucun effet, aucun trouble dans sa santé, a pu arriver jusqu'à prendre dix centigrammes de poison par repas, de vingt-quatre en vingt-quatre heures. La quantité qu'il a ingérée durant deux cent soixante-treize jours, n'a pas été moindre de 25 grammes. Or, tant qu'il a vécu, ses urines ne nous ont pas fourni de cuivre ; et après qu'il a été sacrifié, on n'en a trouvé non plus aucune trace dans ses viscères, ses muscles et ses os, qui ont été examinés avec le plus grand soin.

» Au nombre des symptômes ou effets pathologiques que déterminent les composés de cuivre, il est deux faits d'observation qui, passés sous silence par les toxicologistes, nous ont paru dignes d'attention. Le premier est la réduction partielle qu'éprouvent les sels solubles de cuivre au contact de matières organiques ; le second est un phénomène de salivation ou de flux bronchique qui se manifeste d'ordinaire quelques heures après l'empoisonnement aigu. Ce symptôme de salivation ou flux bronchique est d'une grande valeur. Il nous a révélé quelle était la voie par laquelle la nature se débarrasse du cuivre. Ce n'est pas par les reins que cette élimination a lieu, ainsi qu'on l'a observé pour l'antimoine et l'arsenic ; elle s'opère par la transpiration pulmonaire. C'est dans ce liquide d'exhalation, en effet, que nous avons retrouvé le poison absorbé, après l'avoir long-temps en vain cherché dans les urines. Quand l'anhélation cesse, l'animal avale avec sa salive le fluide de la perspiration bronchique ; c'est avec les excrétions intestinales que le cuivre est emporté ; c'est là qu'on le retrouve en proportions considérables. La sécrétion biliaire pourrait contribuer à cette évacuation, la bile examinée après la mort contenant des traces de cuivre ; mais ce qui peut provenir de cette source doit être très faible, car dans les cas d'empoisonnement par absorption sous-cutanée de l'antimoine et de l'arsenic, cas où l'on découvre aussi ces poisons dans la vésicule du fiel ; on n'en retrouve pas, ou l'on ne peut en saisir que des traces à peine sensibles dans les fèces.

» Cette différence dans les voies d'excrétion que s'ouvre la nature pour expulser les poisons, nous a paru devoir conduire à d'importantes conséquences relativement au traitement à prescrire dans les cas d'empoisonnement par le cuivre. Selon les symptômes ou les périodes de la maladie, les moyens que nous jugerions les plus rationnels, seraient d'abord les neutralisants chimiques, tels que la limaille de fer et la limonade sulfurique et les éméto-cathartiques ; ensuite les excitants généraux ou diffusibles, les sudorifiques et les bains de vapeurs ; enfin, l'emploi simultané ou sagement combiné de l'une et l'autre de ces médications, aidée au besoin des antiphlogistiques pour détruire les effets d'irritation locale.

» Relativement aux voies d'excrétion par lesquelles s'échappent les différents poisons, les sels d'or et d'argent nous ont donné des résultats en quelque sorte intermédiaires à ceux que nous ont présentés les composés de cuivre, d'antimoine et d'arsenic. Ces deux sortes de sels qui ne sont pas, par leurs bases du moins, des poisons aussi actifs qu'on l'a dit, s'ouvrent l'un et l'autre une issue tout à la fois par la sécrétion rénale et la transpiration pulmonaire ; mais le chlorure d'or passe en plus grande quantité par les reins que par les poumons ; c'est absolument le contraire pour le chlorure d'argent. S'il nous fallait établir l'ordre suivant lequel les reins sont plus librement traversés par les cinq poisons métalliques que nous venons de nommer, nous aurions à mettre en première ligne l'antimoine, puis l'or, l'arsenic et l'argent. Le cuivre devrait être placé à l'extrémité de cette liste, si ce n'est dans une classe à part, les organes de la sécrétion rénale paraissent impénétrables à ce métal.

» Après la mort, c'est dans le tube intestinal et dans le foie exclusivement qu'on retrouve le cuivre qui a été entraîné par l'absorption. Quarante-huit à soixante grammes de ce viscère (une once et demie à deux onces), suffisent pour acquérir juridiquement la preuve d'un empoisonnement.

» Par une stagnation même prolongée dans l'eau, le cadavre d'une personne empoisonnée ne perdrait pas tout le cuivre qu'il renferme. »

— *Bégaiement. — M. Colombat* (de l'Isère), répond à la lettre de M. Becquerel, que dans ses ouvrages il a indiqué formellement et aux pages qu'il cite, les moyens de faire prononcer aux bègues les lettres B, C, P, etc. ; que l'inspiration employé par M. Jourdan offre la plus grande analogie ou plutôt n'est que la reproduction légèrement modifiée de celle qu'il conseille depuis 1827 ; qu'il a recommandé depuis 1830 l'écartement de la commissure des lèvres, dont M. Becquerel s'attribue la découverte.

(1) Extrait par les auteurs.

Correspondance.

Paris, 24 juillet 1843.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'ai que deux mots à répondre à M. Souberbielle. Ce praticien dit, en parlant de la prévention de M. Velpeau contre la taille hypogastrique : cette prévention fait *qu'on cherche à en inventer d'autres* (tailles). Puis M. Souberbielle fait allusion à ma méthode en *plusieurs temps*, que j'aurais inventée *sous la prévention* de M. Velpeau. Cependant cette méthode aurait été proposée par Franco, et exécutée par Louis ! Je ne note pas cette contradiction pour en faire naître une question de priorité, mais pour montrer qu'il est probable que quand Franco et Louis ont créé la taille en *plusieurs temps*, ils n'étaient pas inspirés par la *prévention* de M. Velpeau.

Je dirai maintenant qu'il me serait très agréable d'appuyer mes idées sur celles de Franco et Louis ; mais je suis forcé de noter ici, pour M. Souberbielle seulement, une différence tranchée entre la taille en plusieurs temps que j'ai proposée, et celle de Franco et Louis.

Ma méthode consiste à diviser d'abord les tissus en allant de la peau à la vessie, et de n'ouvrir cet organe que quand les premiers tissus divisés ont été épaissis, condensés ; Franco et Louis ouvraient, au contraire, la vessie dans le premier temps de l'opération et ajournaient seulement l'extraction de la pierre.

J'ai dit que je répétais cette distinction seulement en faveur de M. Souberbielle ; car tous les chirurgiens la connaissent, et je vois avec plaisir qu'un journal dont les débuts sont brillants, la *Clinique de Marseille* l'a parfaitement fait ressortir. Quant à la critique que M. Souberbielle fait de mon procédé par le caustique, je la laisse sans réponse, puisqu'elle est faite dans l'ignorance du seul fait qui pourrait l'éclairer, fait que dans un premier Paris vous avez bien voulu interpréter avec bienveillance, fait qui se trouve avec beaucoup de détails dans les *Annales de la Chirurgie* (juillet). Quand M. Souberbielle aura pris connaissance de cette observation il se réfutera lui-même, son bon sens m'en est un sûr garant.

Agréez, etc., Vidal (de Cassis).

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 JUILLET 1843. (16e ANNÉE.) N. 89. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Indigestion produite par l'ingestion d'une abondante quantité d'escargots; développement d'une affection typhoïde; adynamie profonde; signes de lésions des poumons et de la vessie; mort; altérations pathologiques diverses.

Joséphine Champion, âgée de trente ans, domestique, née dans le département de la Sarthe, mariée, et habitant les Batignolles, est entrée à l'hôpital Beaujon le 20 avril 1843. Admise dans le service de M. Martin-Solon, salle Sainte-Marthe, n° 56; à son arrivée, les facultés intellectuelles étaient telles, qu'on ne put en obtenir aucun renseignement. On apprit seulement par voies étrangères que, onze jours auparavant, cette femme, alors bien portante, fut prise des phénomènes de l'indigestion à la suite de l'ingestion d'une copieuse quantité d'escargots. Obligée, dès ce moment, de prendre le lit, elle ne l'a pas quitté depuis. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, son état s'aggrava considérablement; dans cet intervalle, en effet, le trouble de l'intelligence arriva au plus haut point, et elle perdit la faculté de se faire entendre. Aucun traitement ne fut appliqué.

On apprit par les personnes qui accompagnaient la malade, qu'elle était sujette à de fréquents excès alcooliques.

Le 21, cette femme était dans un état de stupeur, de prostration très prononcé, dans le décubitus dorsal, constamment assoupie, ne répondant pas ou à peine aux questions. On prescrivit de la limonade et la diète.

Le 22, on note ce qui suit:

Femme d'une taille un peu au-dessus de la moyenne; système musculaire médiocrement développée; embonpoint très médiocre; cheveux noirs; peau brune. Comme la veille, décubitus sur le dos; accablement extrême; titubation prononcée, impossibilité de se mettre à son séant; tendance marquée à l'assoupissement, mais accompagnée d'agitation; coloration vive aux pommettes; conjonctives injectées; pupilles égales, contractiles, d'un diamètre ordinaire. Regard stupide, réponses nulles ou consistant en monosyllabes prononcés d'une voix excessivement faible, souvent éteinte, ou remplacée par des signes de tête; pas de céphalalgie; vue nette, audition parfaite, quelques bourdonnements d'oreilles. Sa langue ne peut être tirée entièrement hors de la bouche; on n'en aperçoit que la pointe, qui présente une foule de petites saillies arrondies, blanchâtres, entre lesquelles la muqueuse est très rouge; soif vive, anorexie. Pas de nausées, pas de vomissements.

Abdomen très volumineux; sensation de résistance à la région hypogastrique, et matité depuis le pubis jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'ombilic; pression et percussion très douloureuses dans toute cette étendue, provoquant le besoin d'uriner. Ces moyens explorateurs sont également très douloureux dans tous les autres points de la région abdominale, mais moins qu'à l'hypogastre, et la percussion y donne une sonorité tympanique très prononcée. Le foie et la rate ne débordent pas les côtes. Çà et là se voient plusieurs taches lenticulaires rosées bien marquées; selles liquides et urines involontaires.

Thorax. En arrière, percussion égale des deux côtés, peu sonore; des deux côtés également, expansion vésiculaire peu développée dans la moitié inférieure, un peu moins faible dans la moitié supérieure. Râle sous-crépitant dans la moitié inférieure droite et dans les trois-quarts inférieurs gauches, tant dans la gouttière vertébrale qu'au côté; dans la même étendue, voix faible.

En avant, râle sibilant disséminé dans toute la hauteur des deux côtés; expansion vésiculaire plus développée qu'en arrière; percussion très sonore. Battements du cœur réguliers, fréquents et faibles.

Quarante-deux inspirations égales régulières; toux modérée; expectoration nulle; pouls à 128, très faible, dépressible, régulier, non dicrote. Chaleur modérée; ni sécheresse, ni humidité à la peau. Limonade; calomel à 75; compresses froides sur la tête; catapl., sinap. aux membres inférieurs; diète.

Le 23, facies moins coloré; même expression de la physionomie; évacuations alvines très abondantes. Pouls à 100, toujours faible; peau chaude, humide. Du reste, aucun autre changement dans la situation de la malade. Ricin, 40 gramm. Cataplasme émollient sur l'abdomen; la limonade, les compresses froides; les cataplasmes, sinapismes et la diète, comme la veille.

Le 24, face un peu plus colorée; un peu moins de prostration, moins de disposition à la somnolence. Pupilles normales. La malade annonce, sans y être excitée par les questions, que sa vue est trouble. L'audition reste satisfaisante. Parole un peu moins difficile, mais toujours extrêmement basse; on obtient plus volontiers des réponses. Langue un peu mieux tirée, rosée à la pointe, couverte d'enduit blanc à la base. Même météorisme, même sensibilité du ventre à la pression; mais il n'est, suivant le récit de la malade, le siége d'aucune douleur spontanée. Garderobes copieuses, toujours involontaires, ainsi que les urines qui ne causent pas de cuisson à leur passage dans l'urètre. La vessie ne s'élève guère qu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis; elle est toujours aussi douloureuse sous la pression et la percussion. Le cathétérisme, pratiqué la veille dans la journée, a donné issue à une abondante quantité d'urine limpide non fétide. Les taches lenticulaires persistent; il ne paraît pas s'en être développé de nouvelles; pas de sudamina; le thorax fournit à noter les mêmes phénomènes d'auscultation et de percussion que les jours précédents. Pouls à 132, conservant les mêmes caractères; peau médiocrement chaude, sans moiteur ni sécheresse. Même prescription.

Le 25, l'abdomen est un peu moins développé, mais toujours douloureux à la pression. Evacuations alvines abondantes. Beaucoup de taches lenticulaires ont disparu; il n'en reste plus que cinq ou six. On n'a point sondé la malade; la vessie est toujours distendue, et les urines continuent de s'écouler par regorgement. Pouls comme la veille; chaleur modérée. Même traitement.

Du 26 au 27, la prostration augmente, les joues se creusent, les yeux se cavent. Face plaquée de rouge; pas de céphalalgie; fonctions des organes des sens satisfaisantes; pas de délire, mais la voix s'éteint complètement. Langue incomplètement tirée, brunâtre, croûteuse, quoique humide. Jusqu'à ce jour, déglutition facile; pas d'épistaxis. Percussion très douloureuse au niveau des dernières fausses côtes gauches, dans une hauteur de cinq travers de doigt. Rien de semblable à droite. Le foie et la rate ne se font pas sentir dans les hypochondres.

Le 25, dans la journée, garderobes sanglantes. On a changé deux fois les alèzes placées sous la malade; celles-ci sont salies par le sang pur; on y remarque quelques caillots rougeâtres. Depuis, les selles sont redevenues jaunâtres comme auparavant. Météorisme au même degré; ventre un peu moins sensible à la pression et à la percussion. La vessie ne s'élève pas au-dessus du pubis. Les taches pâlissent et tendent à s'effacer. Les fesses sont le siége d'une rougeur intense; l'épiderme s'y détache sur une grande surface, et le réseau muqueux, à nu, rest d'un rouge vif, humide. Une escharre noirâtre de sept à huit centim. occupe la fesse droite.

Le râle sous-crépitant, très abondant, a envahi toute la hauteur du thorax en arrière et des deux côtés; en quelques points râle sibilant, son obscur dans toute l'étendue. En avant, depuis la base jusqu'au sommet de la poitrine, râle sibilant plus abondant que postérieurement, mais moins de râle sous-crépitant. Percussion sonore.

Toux peu fréquente; pas d'expectoration. 40 inspirations égales, régulières. Pouls à 116 le 26, et à 132 le 27, faible et régulier; chaleur de la peau modérée. Pas de sudamina, pas de sueur.

Le 26, on avait prescrit riz avec eau de Rabel et sirop de coing; julep avec ratanhia, 4 gram., et alun, 2 gram.

Le 27, on diminue de moitié la dose de ratanhia et d'alun.

Le 28, dans la nuit, agitation, insomnie. L'agitation ayant cessé, fut remplacée par une dyspnée considérable, une gêne extrême de la respiration. Le matin, face très abattue; décubitus sur le côté droit, forcé par l'état de la région fessière. Plaintes et gémissements. Lèvres et dents fuligineuses; langue brune et sèche. Même état de l'abdomen. Le ventre déborde le pubis de deux travers de doigt. Evacuations alvines jaunâtres, assez abondantes. On n'a pas sondé la malade. La rougeur des fesses a encore augmenté; des escharres humides se forment en divers points.

En avant et en arrière, du côté gauche, mêmes phénomènes d'auscultation et de percussion. La malade ne pouvant être mise sur son séant, il est impossible d'explorer le côté droit de la poitrine.

Toux presque nulle, sans expectoration. 60 inspirations courtes mais égales et régulières. Pouls insensible; chaleur médiocre. Pectorale; looch blanc; on supprime les astringents.

Dans la journée et la nuit, il ne survient aucune modification dans l'état de la malade.

Le 29 au matin, entre cinq heures et demie et six heures, dyspnée telle que la suffocation paraissait imminente. Depuis lors perte complète de connaissance, et mort à neuf heures et demie.

Autopsie 24 heures après la mort. Température un peu au-dessus de la température ordinaire.

Cadavre bien conservé; amaigrissement assez notable; escharres occupant toute l'étendue des fesses.

Tête. Aucune adhérence entre les feuillets viscéral et pariétal de l'arachnoïde; il ne s'écoule pas de sérosité au moment où l'on ouvre sa grande cavité sur la convexité et les parties latérales, au niveau des plus grandes anfractuosités; cette membrane est, au contraire, soulevée par un liquide assez abondant, limpide, transparent. Aux points correspondants, elle est demi-opaque, très légèrement épaissie, plus résistante aux efforts de traction que partout ailleurs, où elle est plus mince, transparente, et laisse apercevoir de nombreux vaisseaux gorgés de sang, recouvrant de toutes parts la surface de l'encéphale. La pie-mère n'offre rien de remarquable, et se détache aisément sans enlever la moindre parcelle de substance cérébrale.

A la base du cerveau, au niveau de l'isthme, sérosité sous-arachnoïdienne assez abondante et transparente; méninges saines, ni épaissies, ni opaques; injection assez notable des vaisseaux qui se remarque dans cette région. Sur le cervelet, ces membranes sont complètement à l'état normal.

La substance grise des circonvolutions cérébrales a une teinte légèrement rosée. Dans quelque lieu qu'on l'examine, la consistance est parfaitement conservée. Le centre ovale offre un pointillé rouge des plus prononcés; la substance en est très consistante et très blanche.

Chacun des ventricules latéraux contient une demi-cuillerée à café environ de sérosité transparente, légèrement citrine; leur surface est recouverte de ramifications vasculaires gorgées de sang. La membrane ventriculaire n'est pas altérée.

Toutes les autres parties du cerveau et le cervelet même sont à l'état naturel.

Poitrine. Pas d'épanchement dans les plèvres. Le lobe inférieur du poumon droit adhère postérieurement, dans toute son étendue, à la paroi thoracique par des brides celluleuses très denses. La moitié supérieure de son lobe supérieur présente l'altération de la pneumonie au troisième degré, caractérisée, dans toute cette partie, par une teinte grisâtre uniforme, un aspect grenu général, une friabilité extrême du parenchyme, qui, incisé et surtout écrasé entre les doigts, laisse écouler une matière grisâtre purulente. Il plonge d'ailleurs au fond de l'eau. Tout le reste de cet organe, tout le poumon gauche, offrent l'état suivant: en arrière, splénisation; ainsi, parenchyme d'un rouge vineux, mollasse, friable, privé d'air, se précipitant sous l'eau, laissant écouler par l'incision une grande quantité de fluide sanguinolent légèrement spumeux, formé en grande partie de granulations très petites, peu distinctes; il ressemble enfin au tissu de la rate; on y aperçoit encore des vaisseaux. A la partie antérieure, au contraire, parenchyme crépitant, très consistant, mais infiltré de liquide spumeux et séro-sanguinolent, bien qu'en moindre quantité que postérieurement.

Une cuillerée à bouche de sérosité transparente dans le péricarde. Cœur de volume ordinaire, flasque, mou, pâle, contenant dans ses cavités un sang noirâtre, liquide; et seulement, dans le ventricule droit, un caillot de même couleur, fluctuant, et n'ayant que 3 à 4 centimètres dans son plus grand diamètre. Les veines caves sont remplies par du sang liquide également très coloré.

Abdomen. La muqueuse de l'œsophage est très ramollie, blanchâtre dans toute son étendue; mais ce canal contient une certaine quantité de liquide grisâtre. Un verre environ du même fluide occupe le grand cul-de-sac de l'estomac. Dans cette partie du ventricule, la muqueuse est cendrée, ramollie. Vers la partie moyenne de la grande courbure, piqueté rouge vermeil, très fin, confluent dans l'étendue de 3 à 4 centimètres. La muqueuse y est consistante, sans changement dans son épaisseur; au-dessous, le tissu cellulaire est parcouru par de nombreux vaisseaux très fins, injectés. Près de la valvule pylorique, à un centimètre et demi de celle-ci, et sur la face postérieure de l'estomac, se voient, sur une ligne parallèle à la valvule, deux ulcérations arrondies, de 7 à 8 millimètres de diamètre, dont les bords ne sont pas saillants, et sont taillés obliquement de la circonférence au centre de la surface ulcérée. Celle-ci est constituée par le tissu cellulaire sous-muqueux, qui a une teinte d'un gris-blanchâtre, tandis que les bords sont d'un rouge foncé, obscur. A un centimètre de ces ulcérations, et du côté du grand cul-de-sac, il s'en trouve une autre qui offre le même aspect, mais qui est plus superficielle, car elle n'intéresse qu'une partie de l'épaisseur de la muqueuse. Dans les parties environnantes, cette membrane est parsemée de quelques arborisations vasculaires très fines, prend une teinte légèrement rouge, est ramollie, mais à degré modéré. Le tissu cellulaire sous-jacent a la même coloration, est parcouru de beaucoup de petits vaisseaux très apparents. La valvule pylorique est exempte de toute lésion. Jusqu'à 4 centimètres au-dessous d'elle, la muqueuse du duodénum est médiocrement rouge, et présente de légères arborisations, sans altération de consistance et d'épaisseur.

L'intestin grêle contient une assez grande quantité de mucus jaunâtre. La muqueuse est de la même couleur que cette matière dans tout le jéjunum et l'iléum, jusqu'au point où elle commence à être altérée; et la lésion de l'intestin grêle comprend son extrémité inférieure, depuis le cœcum jusqu'à 1

mètre 10 ou 12 centim. au-dessus. Dans cette partie de l'intestin, en effet, existent 22 ulcérations. Les 17 supérieures, distantes les unes des autres de 2, 3 jusqu'à 10 centimètres, sont à l'opposite du mésentère, arrondies ou elliptiques, les plus petites ayant en surface 4 à 5 millim., les plus larges 1 centim. à 1 centim. 1/2 dans leur plus grand diamètre.

Les quatre premières, en allant de haut en bas, n'intéressent pas toute l'épaisseur de la muqueuse; leurs bords ne sont pas saillants. Mais à mesure qu'on descend, l'ulcération détruit progressivement la tunique interne, et le tissu cellulaire sous-muqueux; enfin les bords des pertes de substance deviennent proéminants, grisâtres. Vers l'extrémité de l'intestin, on remarque surtout deux de ces ulcérations qui sont du nombre des plus étendues; elles sont traversées, la supérieure par une bride, l'inférieure par deux brides allant d'un bord à l'autre, libres d'adhérences par leur partie moyenne, et tenant par leurs extrémités à la muqueuse de la circonférence des ulcérations dont elles dépendent. La tunique musculeuse est à nu, et c'est à peine si elle est recouverte en quelques points de filaments de tissu cellulaire.

Cinq autres ulcérations de 2 à 2 centim. 1/2 de diamètre, irrégulièrement circulaires, occupent presque toute la surface des 10 ou 12 derniers centimètres de l'intestin grêle, n'étant séparées l'une de l'autre que par des intervalles qui varient depuis 5 jusqu'à 10 ou 12 millimètres. Elles offrent les caractères suivants: surface d'un gris ardoisé, formée par la tunique musculeuse, laquelle, bien dépouillée du tissu cellulaire sous-muqueux, laisse apercevoir ses fibres qui sont comme disséquées; bords un peu élevés, taillés perpendiculairement, mais irréguliers, envoyant çà et là de petits prolongements sur les surfaces ulcérées, denses, formés par la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent, épaissis, décollés dans une étendue variable depuis 1 jusqu'à 4 ou 5 millim., enfin d'une couleur ardoisée encore plus marquée que le fond des ulcérations. La muqueuse intermédiaire à ces dernières a une teinte cendrée foncée; cette coloration existe jusqu'à 15 centim. environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, puis elle disparaît graduellement. Nulle part, d'ailleurs, elle n'offre d'autre altération.

La valvule iléo-cœcale et la partie la plus voisine de la muqueuse du cœcum, ont absolument la même coloration cendrée. Dans toute son étendue, le gros intestin n'offre rien autre chose de particulier, et contient la même matière que l'intestin grêle.

Un assez grand nombre de ganglions mésentériques sont volumineux, rougeâtres, ramollis, s'écrasent avec une extrême facilité surtout au voisinage du cœcum.

Le foie, d'un volume ordinaire, très rouge, est consistant. La vésicule biliaire est distendue par un liquide vert foncé.

La rate, dont les dimensions n'ont rien d'anormal, a une couleur lie de vin, mollesse excessive.

Les reins sont très sains; un peu d'urine trouble est contenue dans les calices et bassinets.

La vessie renferme environ un verre d'urine citrine, jumenteuse, sans odeur fétide. La muqueuse du col, dans une zone circulaire de 2 centimètres et 1/2 à peu près de largeur, est d'un rouge vif, dû à la présence d'une foule de petits vaisseaux parallèles dirigés du fond vers le col, siégeant et dans l'épaisseur de la muqueuse et dans le tissu cellulaire sous-jacent. La surface, et surtout inférieurement, est parsemée d'une multitude de petites saillies presque du volume d'un grain de millet, blanchâtres comme les parties saines de la membrane et représentant des follicules hypertrophiés. La membrane s'enlève, dans cette région, plus facilement qu'à l'état normal.

Immédiatement en arrière, sur la face inférieure de l'organe et sur la ligne médiane, la muqueuse est d'un rouge obscur avec nuance bleuâtre dans une étendue de 1 centimètre 1/2 en tous sens; elle se détache par lambeaux de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. Plus en arrière et à droite de la ligne médiane, dans une étendue deux ou trois fois plus considérable, elle est d'une couleur rougeâtre altérée par une nuance grise cendrée, et s'enlève par lambeaux de 1, 2 et 2 centim. 1/2. On n'y distingue pas de vaisseaux ou à peine quelques-uns excessivement ténus. Ils sont, au contraire, très nombreux, très développés sur les limites des parties saines, et si l'on enlève la muqueuse dans ces derniers points, sa face adhérente en est parsemée, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux. Ce tissu, aussi bien que la membrane, n'est pas infiltré de liquide. La surface interne, la muqueuse enfin, paraît comme veloutée, et est très légèrement épaissie, sans que le tissu cellulaire sous-jacent ait participé à cette altération. Dans toutes les autres parties, cette tunique reprend son aspect naturel et devient beaucoup plus difficile à détacher de la musculeuse. Cette dernière membrane est notablement vascularisée à la partie moyenne de la face inférieure de la vessie, et cette vascularisation se laisse voir manifestement à la face externe de l'organe.

La membrane interne de l'utérus, recouverte d'une faible couche de mucus rosé est légèrement pointillée de rouge; quelques vaisseaux, excessivement ténus, plus nombreux dans la cavité du col que dans la cavité du corps, la parcourent dans toute son étendue, et elle n'est point, du reste, autrement altérée. Le vagin est à l'état normal.

Réflexions. Lorsque la malade dont je viens de rapporter l'histoire se présenta à l'hôpital, les renseignements portaient à croire qu'elle était malade depuis onze jours. Une indigestion, a-t-on dit, avait marqué le début de la maladie. Doit-on accuser l'ingestion de la substance alimentaire qui l'avait provoquée comme cause de l'affection typhoïde? On sait que certains médecins accordent quelque part aux aliments de mauvaise nature dans la production de la dothinenterie, mais ce n'est point là l'opinion générale, et ici nous ne pensons pas que le mets en question fût putréfié, puisqu'il fut ingéré en abondance, et il n'y a probablement pas d'exemple qu'il ait produit la fièvre typhoïde. Nous devons donc plutôt supposer que, soit qu'il ait été pris en trop grande quantité, soit qu'il ait été par lui-même réfractaire aux forces digestives, il a donné lieu aux phénomènes d'indigestion, et qu'il y a eu coïncidence entre cet accident et le développement de la fièvre typhoïde, ou que tout au plus cet accident a agi comme cause occasionnelle ou prédisposante. D'ailleurs il est important de remarquer qu'au moment où la maladie attaqua notre malade, elle régnait épidémiquement.

Quoi qu'il en soit, la maladie déclarée, elle s'accompagna bientôt de phénomènes fâcheux, et, en moins de huit jours, elle avait altéré considérablement les facultés intellectuelles, plongé la malade dans une adynamie profonde. Aussi, quand nous la vîmes pour la première fois, fut-il porté un pronostic peu favorable. Ce pronostic était encore appuyé par l'examen de plusieurs autres symptômes graves. Sans parler du météorisme, il en était un qui attira surtout notre attention, ce fut la distension de la vessie; la pression était insupportable au-dessus du pubis; l'urine ne s'écoulait que par regorgement; or, l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année, a été remarquable principalement par l'altération de la vessie: une foule de malades guéris ont éprouvé de l'ischurie ou de la dysurie, etc. Parmi ceux qui succombèrent, on en vit qui périrent dans la convalescence, par suite probablement de gangrène survenue dans cet organe (service de M. Louis), d'autres, pendant la période d'augment, alors que déjà la même lésion s'était développée. Dans beaucoup d'autres cas, et il y en eut plusieurs dans le service de M. Martin-Solon, la vessie ne présenta que divers degrés d'inflammation. Toujours est-il que ce fut une complication, et une complication à redouter. Dans le cas qui nous occupe, cette complication existait donc; mais néanmoins si elle a été pour beaucoup dans la gravité de la maladie, elle nétait point nécessaire pour expliquer la terminaison fatale. Outre l'altération de la muqueuse intestinale qui n'était pas à la vérité parvenue au dernier degré, il existait encore une complication très fâcheuse du côté de la poitrine. Ainsi, les signes fournis par l'auscultation et la percussion nous indiquaient une pneumonie secondaire croissant progressivement. L'autopsie nous révéla l'existence de l'hépatisation grise au sommet du poumon droit: on ne l'avait pas soupçonnée pendant la vie; mais on se rappelle que le côté droit de la poitrine n'avait pas été ausculté la veille de la mort, et par conséquent il ne l'avait point été depuis quarante-huit heures, temps pendant lequel la pneumonie pouvait passer d'un degré moins avancé à celui-ci. Il n'y avait d'ailleurs aucun tubercule; il s'agissait d'une inflammation pure et simple du parenchyme pulmonaire arrivé au troisième degré. Cet état du poumon droit, auquel se joignait la splénisation très étendue dont il a été parlé formait donc une altération très grave, qui pouvait amener la mort.

Nous ne croyons pas à l'existence ni d'une encéphalite, ni d'une méningite. La substance cérébrale était trop consistante; la pie-mère n'adhérait pas à la surface de l'encéphale, et il n'y avait pas de pus dans l'arachnoïde. A quoi tenait l'abondance de la sérosité dans le tissu sous-arachnoïdien, et l'opacité avec épaississement de l'arachnoïde? Ce sont des phénomènes qu'on observe fréquemment et qui n'exigent pas l'inflammation des méninges: on pourrait peut-être considérer comme un degré d'hydrocéphale aigu, ou bien comme une infiltration séreuse dépendant de l'agonie l'opacité et l'épaississement de l'arachnoïde pouvant être une lésion ancienne.

Nous avons signalé trois ulcérations de la muqueuse gastrique, lésion très rare, qui n'avait donné lieu à aucun symptôme durant tout le temps que la malade fut soumise à notre observation, et cela quand même encore la muqueuse environnante était phlegmasiée, ce que portaient à croire et la rougeur et le ramollissement dont elle était affectée.

Quant aux ulcérations intérieures, elles témoignaient du degré et de la période où était arrivée la maladie, et annonçaient qu'elle avait dépassé le quinzième jour. Aussi remarquons-nous que la durée, d'après les renseignements donnés, en aurait été de dix neuf à vingt jours.

En définitive, cette femme a succombé malgré une médication très active par les purgatifs; mais les circonstances dans lesquelles elle est arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire la gravité des symptômes existant déjà, expliquent certainement l'impuissance d'un mode de traitement qui est très répandu aujourd'hui et qui obtient des succès incontestables.

B. de Montessus.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Varioles avec complications de méningo-encéphalite. — Quelques réflexions sur la gravité et le traitement de cette complication.

Première observation. — Au n° 21 de la salle Sainte-Jeanne fut couché le nommé Jean Expert, âgé de dix-huit ans, journalier, né dans le département du Cantal, entré à l'hôpital le 14 décembre 1842.

D'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, cet homme, habituellement d'une bonne santé, dit n'avoir jamais été malade avant l'affection actuelle. Il y a huit jours environ, sans cause connue, il fut pris de céphalalgie, de douleurs et de sentiment de courbature dans tous les membres; frissons, bientôt suivis de chaleur et de sueur; nausées sans vomissements. Deux épistaxis depuis le commencement de la maladie. Douleurs lombaires assez violentes depuis ces derniers jours. Pas de toux ni d'expectoration. Le soir de l'entrée, on aperçoit sur le tronc et principalement sur le visage, quelques petits points rouges, acuminés, saillants, assez semblables à des pustules commençantes de variole. Pouls à 140 au moment de l'entrée.

Le 15 décembre, pouls à 128, peu développé; respiration à 20 par minute; résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés. Pas de toux, pas d'expectoration. La langue est couverte d'un enduit saburral très épais, blanchâtre. Gargouillement léger, mais bien distinct par la pression, dans le ventre et surtout dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est indolent, même à une forte pression. Pas de diarrhée, ni de constipation anormales. La peau du tronc et surtout celle du visage est couverte d'une grande quantité de petits boutons rouges, saillants, amincis, appartenant évidemment à la variole commençante. Le visage est rouge, injecté. Délire loquace pendant toute la nuit. Persistance de la céphalalgie; dilatation des pupilles et un peu de trouble dans la vision. Saignée de 400 grammes; infusion de bourrache sucrée, 3 pots; lavement émollient; diète.

Le 16, le malade a eu plusieurs épistaxis dans la journée d'hier; la peau était chaude; le pouls à 112 hier soir, ne donne plus ce matin que 96. La langue sèche, blanche à la base, rouge à la pointe et sur ses bords. Même état du ventre et de la poitrine. L'éruption, encore peu avancée, se dessine cependant très bien. Le délire a continué toute la nuit et une partie de la journée d'hier. Ce matin, le malade est moins agité que la nuit, mais moins calme qu'hier au matin. (On lui a mis hier soir douze sangsues derrière les oreilles.) Le sang de la saignée est riche, sans couenne; peu de sérosité. Le caillot est d'une assez bonne consistance. Saignée de 300 grammes; bourrache sucrée; lavement émollient; diète.

Le 17 décembre, le pouls est descendu à 84 seulement, résistant, assez développé. Une selle pour le lavement. Persistance des mêmes symptômes du côté de la tête; céphalalgie dont le malade se plaint dans des moments lucides. Délire presque continuel; agitation et insomnie pendant la nuit; l'éruption se fait bien; quelques-unes des papules commencent à devenir vésiculeuses.

La sérosité du sang un peu plus abondante que la veille. Pas de couenne; caillot de médiocre consistance.

Le 19 décembre, l'éruption continue à se faire très bien. Pouls à 108. Peau chaude, un peu sudorale. Persistance du délire et de la céphalalgie; pas de selles depuis hier; les urines sont rendues involontairement dans le lit. Langue blanche, humide, saburrale; présentant quelques pustules sur les bords; respiration assez libre; pas de douleur dans la poitrine. L'auscultation et la percussion ne font rien constater d'anormal. Bourrache sucrée; lavement émollient. Diète.

Le 21 décembre, la suppuration commence sur la face; les pustules sont assez larges, développées; peau chaude. Pouls à 116. Visage gonflé; la langue blanche, humide. Persistance des phénomènes cérébraux, mais à un degré beaucoup moins intense. Même traitement.

Le 23 décembre, pouls à 104, assez développé, non redoublé. La suppuration est établie dans les pustules de tout le corps; quelques-unes de celles de la face présentent un commencement de dessication. Le délire est presque nul maintenant, si ce n'est un peu pendant la nuit.

L'amélioration bien évidente qui s'était montrée depuis deux ou trois jours dans l'état du malade, se soutint; la dessication des pustules s'opéra facilement et sans accident. Les accidents cérébraux cessèrent complètement; mais dans les premiers jours du mois de janvier, des abcès nombreux se montrèrent aux bras et aux jambes dans l'épaisseur du tissu cellulaire. En même temps, le malade se plaignit d'une douleur d'oreille violente. Cataplasmes; injections avec l'eau de mélilot dans le conduit auditif.

Le 9 janvier, gonflement de la parotide, avec rougeur et douleurs vives. Il s'écoule par le conduit auditif externe; du pus résultant de l'ouverture d'un petit abcès qui s'y était formé.

Le 11 janvier, la parotide est extrêmement gonflée, douloureuse à la moindre pression; la peau de la joue est rouge, tendue. Difficulté très grande pour le malade à avaler et surtout à mâcher. Douleurs très vives déterminées par la déglutition.

Sous l'influence d'une médication antiphlogistique et émolliente, ces accidents de complication n'eurent pas de suite sérieuse. Vers la fin du mois de janvier, le 25, le malade fut pris d'une diarrhée extrêmement abondante produite par une indigestion de biscuits. Cette diarrhée céda en peu de jours à une diète sévère, et le malade sortit complètement guéri le 4 février.

— Un second cas à peu près semblable au précédent vient de se présenter, il y a quelques jours à peine à la clinique, et traité de même énergiquement, il s'est favorablement terminé. Nous allons, sans entrer dans autant de détails, le rapporter en peu de mots.

Deuxième observation. — A la salle Saint-Antoine se trouve maintenant couchée une jeune fille de vingt ans, domestique, entrée à l'Hôtel Dieu le 14 juillet dernier.

D'une assez forte constitution, d'une bonne santé habituelle, à Paris depuis quatre mois seulement, vaccinée dans son enfance, elle dit avoir eu autrefois la rougeole. Il y a, au moment de son entrée, quinze jours qu'elle est sortie de l'hôpital, où elle était traitée pour un *erythema nodosum*, dont elle porte encore les traces. Elle est habituellement bien réglée.

Il y a huit jours environ, une semaine après sa sortie de l'hôpital, elle fut prise d'un malaise général; douleur dans les jambes quand elle marche; sentiment de courbature. En même temps, gêne de la respiration, sans douleur dans la poitrine; toux rare, peu profonde, sans expectoration. Ni nausées, ni vomissements. Douleurs de tête violentes. Aucun traitement avant son entrée à l'hôpital.

Le 14 juillet, à la visite du soir, voici l'état dans lequel on la trouve:

Pouls à 120, assez développé. Peau chaude; visage animé. La malade a eu ce matin des frissons qui ont été suivis de chaleur et de sueur. Langue rouge à la pointe et sur les bords, blanche et saburrale au milieu. Vomissements dans la journée. Nausées sans vomissements au moment de l'examen. Céphalal-

gie intense; bourdonnements et tintements d'oreilles. Agitation sans délire maintenant. L'intelligence est assez nette, quoique un peu lente. Quelques soubresauts dans les tendons. Mauve sucrée; saignée de trois palettes; diète.

Le 15, à peu près même état que la veille. Peau toujours chaude; frissons pendant la nuit. Agitation et même un peu de délire. Parole saccadée. Elle répond cependant aux questions qu'on lui adresse, mais lentement. Soif vive; inappétence. Même état de la langue. La respiration un peu courte, à 28 par minute. Résonnance et respiration bonnes partout. Pouls à 104, assez développé.

Le sang présente une légère couenne inflammatoire. On observe sur la face un assez grand nombre de petits boutons rouges, acuminés, semblables aux pustules commençantes de la variole. Bourrache édulcorée; diète.

Le 17, persistance des mêmes symptômes, accroissement du délire et de l'agitation. Parole saccadée, brève. Pouls à 92. Respiration à 32. Saignée de 450 grammes. Idem, diète.

Le 18, céphalalgie extrêmement intense. Peu de sommeil pendant la nuit; agitation extrême, mais sans délire bien marqué. L'éruption se fait assez lentement. Pouls à 96-100. Ventre indolent, sans gargouillement, non développé. Les règles ont paru hier pendant quelques heures, mais ont cessé presque immédiatement. Bourrache édulcorée, 20 sangsues à l'anus.

Le 19, pouls à 120. La malade extrêmement agitée, a voulu se lever plusieurs fois dans la nuit; pas de délire cependant. L'éruption commence à prendre la forme vésiculeuse. Les pustules ne sont pas très développées. Langue blanche, humide, rouge à la pointe seulement et sur les bords. Respiration libre. Lavement émollient, bourrache édulcorée; diète.

Le 20, la malade se trouve un peu mieux. L'éruption se fait bien, quoique lentement. L'agitation a été un peu moindre que les nuits précédentes. Pas de délire. Pouls toujours fréquent.

Le 21, la légère amélioration signalée la veille se soutient. Pas d'agitation, pas de délire. Bourrache édulcorée; diète.

Aujourd'hui, 22, au moment où nous écrivons ces lignes, l'éruption suit ses phases d'une manière assez régulière. Les symptômes cérébraux se sont bien manifestement amendés, et tout fait présager une heureuse terminaison.

— Ces deux cas à peu près semblables, et pour les circonstances particulières qu'ils ont présentées à notre observation, et sous le rapport du traitement que l'on a mis en usage, nous ont paru sous un grand nombre de points dignes de fixer l'attention.

Sous le rapport des symptômes ou plutôt de quelques-uns des symptômes qui ont été notés au commencement de la maladie, symptômes généraux, voulons-nous dire, les seuls qui puissent être douteux en pareils cas, l'on remarquera la ressemblance qui existe entre les phénomènes du début de la variole et ceux du début de la fièvre typhoïde. Cette ressemblance est telle, que l'on a pu fréquemment, lorsque l'on n'a pas porté sur l'ensemble des phénomènes morbides une attention profonde et scrupuleuse, confondre ensemble deux affections bien dissemblables au premier coup-d'œil, mais qui ont peut-être, des recherches ultérieures nous l'apprendront, des points de contact intimes et nombreux, la variole et la fièvre typhoïde. Epistaxis, vomissements, nausées, fièvre violente, céphalalgie, etc., sont des phénomènes communs aux deux affections. L'état de la langue ne peut guère plus éclairer le diagnostic; car souvent la variole se complique de phénomènes gastriques et saburraux qui peuvent en imposer pour le début d'une fièvre typhoïde. En présence de ces symptômes douteux, M. Rostan porta pour diagnostic: imminence de variole ou de fièvre typhoïde, s'en remettant à l'apparition des symptômes locaux pour dissiper les doutes; et ce sont en effet les seuls qui puissent indiquer d'une manière certaine et positive au médecin, la nature de l'affection à laquelle il aura à faire.

L'événement est venu prouver la sagesse et la prudence de ce diagnostic. Dès le lendemain, des élevures légères qui vinrent se montrer sur les mains et sur la face, dissipaient toute incertitude. C'était décidément d'une variole qu'il s'agissait.

L'examen du sang, que l'on ne doit jamais négliger, et qui fournit souvent de précieux renseignements, n'est pas plus propre que les symptômes généraux que nous avons cités, à éclairer le diagnostic. Dans la variole, comme dans la fièvre typhoïde, il est profondément altéré dans ses qualités physiques, et ces altérations sont tellement identiques, qu'il serait impossible dans la plupart des cas, deux caillots étant présentés, de dire quel est celui qui appartient à la variole, quel est celui qui appartient à la fièvre typhoïde. Ainsi, ordinairement pour les deux affections, absence de couenne, mollesse, ou du moins faible consistance du caillot, dont la couleur rouge en dessus dans les points qui sont en contact avec l'air atmosphérique, est noire en dessous, et qui est presque diffluent. Dans l'un des deux cas, l'on a observé sur le caillot d'une des deux saignées une couenne légère, mais bien distincte cependant. Serait-ce que ce cas eût dérogé à la loi générale? Pas le moins du monde. Mais il était survenu une complication inflammatoire qui avait jusqu'à un certain point modifié aussi l'état pathologique habituel du sang. C'était une complication de méningite sur laquelle nous allons revenir dans un instant.

Disons encore un mot, avant d'aborder la question de complication de la variole par la méningite, des différentes particularités qu'a présentées la première des deux observations que nous avons rapportées plus haut. Chez ce malade, à une époque déjà fort avancée de la variole, au moment où la dessiccation était presque terminée, des abcès nombreux dans le tissu cellulaire sous-cutané se formèrent dans la continuité des membres. On sait que ces abcès ne sont pas chose rare vers la fin de la variole, surtout chez les sujets adultes. Ils sont plus rares chez les enfants, chez lesquels il n'est pas fréquent d'en trouver. Douloureux pour le malade, et encore plus pénibles parce qu'ils retardent la convalescence, ces abcès ne présentent ordinairement que peu de danger et finissent par se dissiper sans causer d'accidents sérieux. Le sujet dont nous parlons a été un des exemples les plus frappants de cette diathèse, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et pendant plus de quinze jours il a offert dans toutes les parties du corps, aux jambes, aux cuisses, aux bras, aux paupières, dans le conduit auditif même, des abcès peu volumineux, il est vrai, mais qui par leur développement successif retardaient d'autant la guérison définitive et complète.

Enfin, une parotidite survint, d'une intensité remarquable, et qui pourrait nous fournir des réflexions présentant quelque intérêt, si nous pouvions ici rappeler les recherches de M. Rostan sur le siége exact de cette affection, point sur lequel nous reviendrons dans une autre occasion. Faisons seulement remarquer que c'est surtout dans les affections typhoïdes que survient la parotidite, et ce sera peut-être encore là l'occasion de signaler un rapport, indirect il est vrai, entre la variole et la fièvre typhoïde, deux maladies à la suite desquelles il n'est pas rare de voir se développer cette inflammation.

Le point le plus important sur lequel nous devions appeler l'attention, et il a ceci de remarquable qu'il est commun aux deux observations, motif qui nous engage à les rapprocher et à les comparer entre elles, c'est la complication de méningite ou de méningo-encéphalite qui survint dans les deux cas, et la modification nécessaire que dût introduire dans le traitement le développement de cette nouvelle affection.

Dans les cas ordinaires de variole, M. Rostan ne pratique point d'émissions sanguines, non plus que dans les autres fièvres éruptives. Il croit avoir remarqué qu'elles sont dangereuses, ou tout au moins inutiles. C'est surtout lorsque règnent ces affections sous forme épidémique que l'on peut comparer, et M. Rostan dit avoir été souvent à même de le faire, les résultats du traitement antiphlogistique, et ceux d'un traitement émollient ou expectant, combiné avec les règles d'une sage hygiène. M. Rostan a vu surtout dans une épidémie de variole quelques médecins qui commençaient le traitement de la maladie à son début par une ou plusieurs émissions sanguines, et dans le plus grand nombre des cas les malades qui avaient été saignés, succombèrent. Ce triste résultat fit sur lui une telle impression que ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels et de la plus haute gravité, principalement à cause de leurs complications, qu'il se décida à mettre en usage la médication antiphlogistique active.

Dans l'un des deux cas, une saignée fut faite tout à fait au début de la maladie, avant qu'aucun signe extérieur fût venue annoncer l'existence d'une affection variolique. La saignée était donc aussi bien destinée à combattre une affection typhoïde qu'elle l'eût été à combattre la variole, le diagnostic étant resté incertain. Mais peu après le développement bien manifeste de la fièvre éruptive, survint dans les deux cas une grande agitation, un délire assez léger d'abord, mais qui devint assez fort chez l'un des deux malades pour nécessiter l'emploi de la camisole de force. Cette agitation, ce délire, une loquacité anormale, la saccade de la parole, la lenteur des réponses, l'intensité de l'état fébrile, tout était une preuve évidente de l'imminence d'une méningite.

En présence de cette redoutable concomitance, fallait-il s'abstenir et abandonner à elle-même la marche de la maladie? Fallait-il, au contraire, pratiquer une ou plusieurs émissions sanguines pour tâcher d'enrayer la phlegmasie encéphalique, au risque de déterminer des accidents par le trouble qu'on apporterait ainsi dans la marche de l'éruption? Ce fut pour le second parti que se décida M. Rostan, et il fit pratiquer une saignée du bras de 450 à 500 grammes. Dans la première des deux observations, on voit que les phénomènes cérébraux se dissipèrent assez rapidement sous l'influence du traitement énergique employé pour les combattre. L'éruption ne fut pas non plus le moins du monde troublée, et peut-être même, s'il y eut quelque modification de produite dans la marche de l'affection primitive, est-ce un amendement dans la gravité ordinaire de l'éruption que nous devons noter.

Dans la seconde observation, une première saignée avait été faite, comme nous l'avons dit, avant que l'on fût complètement certain de la nature de la maladie. Une fois la variole déclarée, M. Rostan n'hésita pas un instant à combattre par une nouvelle émission sanguine les symptômes menaçants de méningite que l'on observait. Ici vient encore s'ajouter une nouvelle cause d'inquiétude et d'embarras. La saignée fut pratiquée au moment où les règles commençaient à paraître. Le jour même, quelques heures seulement depuis leur apparition, soit que l'on doive rapporter ce fait à la maladie, soit que ce soit à l'émission sanguine qui fut faite, les menstrues s'arrêtèrent, cessèrent de couler et ne reparurent plus.

Trois causes contribuaient donc à rendre le cas des plus graves. La méningite d'une part; affection des plus redoutables, quelle que soit l'époque de la variole à laquelle elle survienne. La modification que pouvait amener dans la marche de l'éruption la saignée prescrite pour combattre les phénomènes de méningo-encéphalite que l'on craignait de voir se développer; modification qui pourrait devenir très sérieuse, si l'éruption eût été entravée dans son évolution. Enfin l'arrêt de la menstruation, accident qui n'est jamais sans importance, qu'il soit causé par la maladie elle-même, ou déterminé par l'émission sanguine.

Quoique tous trois dignes d'attention, ces trois accidents étaient néanmoins de gravité différente, et M. Rostan crut devoir, entre plusieurs dangers, opter pour le moins redoutable. Mais la maladie ayant, nonobstant cette thérapeutique, continué à marcher, le professeur ne craignit pas d'enlever encore un peu de sang à la malade. Cette nouvelle et dernière émission sanguine, locale (20 sangsues à l'anus), avait alors un double but; l'un d'eux était de rappeler les règles suspendues depuis quelques jours.

Il est certain, dit M. Rostan, que lorsque les accidents que nous venons de signaler se développent au début de la maladie, le traitement, quoique difficile et dangereux, quel que soit celui auquel on s'arrête, le traitement est moins embarrassant que dans les circonstances où ils se développent pendant les périodes subséquentes. Il est beaucoup plus facile, pendant la période d'invasion, de pratiquer des émissions sanguines que pendant les deux périodes suivantes; et dans celles-ci, pendant la période d'éruption que pendant celle de suppuration. Il est des cas où la saignée, si elle n'est pas utile, n'est pas sensiblement nuisible pendant la période d'invasion; nous voyons même quelques auteurs vanter cette méthode comme entièrement avantageuse. Ainsi, le danger, quoique considérable dans la première période, n'est pas encore extrême. Mais la méningite se développe aussi fréquemment, peut-être devrions-nous dire plus fréquemment, dans la période de suppuration que dans la période d'éruption ou d'invasion.

Or c'est là que les deux alternatives sont terribles. Si l'on saigne, sans nul doute, et l'expérience l'a maintefois prouvé, on provoque la résorption de la suppuration, et l'on prédispose le sujet à une infection purulente, nous ne dirons pas souvent, mais toujours mortelle. Que si, craignant de provoquer cette résorption purulente on renonce à la saignée, et l'on se contente d'une thérapeutique inerte et expectante, il est presque inévitable, pour peu que la méningite soit intense, que le sujet succombe. On voit, par ce que nous venons de dire ici, que le praticien se trouve dans une triste position, et réduit à une alternative plus triste encore. Cependant dans des cas de ce genre, sauf les conditions particulières du fait et les circonstances individuelles, quand la méningo-encéphalite vient à se développer chez des varioleux pendant la période de suppuration, M. Rostan préfère généralement prescrire une émission sanguine, parce qu'alors il reste encore plus de chances que de l'autre manière pour sauver la vie du malade.

Quant à la saignée que l'on doit mettre en usage, on préférera, suivant les circonstances, la saignée locale, consistant en application de sangsues derrière les oreilles, ou la saignée générale par la lancette. Il est même des cas où l'on sera obligé d'avoir recours aux deux simultanément, afin que l'on ne puisse pas se reprocher d'avoir négligé un des éléments de succès dont on aurait pu disposer.

Nous avons eu, depuis le commencement de notre clinique de cette année, dit en terminant M. Rostan, mais surtout pendant les premiers mois, plusieurs cas de varioles compliquées de méningo-encéphalites, mais développées pendant la période d'invasion, et tout à fait au début de l'affection éruptive. Nous avons suivi pour leur traitement les préceptes que nous venons d'indiquer, et nous avons eu quelques succès; mais, quoi qu'il ait pu nous arriver, nous regardons ce point de clinique comme un sujet de la plus haute importance.

Ainsi, pour résumer en quelques mots les considérations que nous venons de présenter: 1° la méningite ou méningo-encéphalite, compliquant la variole, est toujours une chose grave; elle est d'autant plus dangereuse, et d'autant plus souvent mortelle qu'elle se développe à une époque plus avancée de la maladie; 3° quant au traitement, malgré les indications fournies par la nature même de l'affection primitive, il ne faut pas craindre de mettre en usage les émissions tanguines soit locales, soit générales; 4° ces émissions sanguines, dans les cas de complication de méningite, devront être d'autant moins abondantes et d'autant moins répétées que l'on s'approchera plus de la période de suppuration.

Cas de pellagre; par M. DEVERGIE.

M. Devergie a donné lecture à l'Académie, dans sa dernière séance, d'une observation de pellagre développée chez un homme habitant les environs de Paris; en voici un extrait. Guéret, âgé de quarante-deux ans, est charretier de plâtre depuis quinze ans. Il est né de père et de mère français. Son père a donné des signes d'aliénation mentale après de violents chagrins; mais cette maladie a été passagère. Guéret n'a jamais été malade, lorsqu'en 1835 il fut pris, sur la route de la Villette, d'un vif picotement sur le dos des mains, qui bientôt devinrent rouges, érythémateuses, gonflées, avec chaleur, fendillement et crevasses. Rien de remarquable sur la figure, sur le cou ou sur la poitrine. Quelques picotements aux yeux, quelques éblouissements. Il abandonne son travail; il entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Biett. Il y prend des bains alcalins, et en dix-sept jours la santé était rétablie. M. Biett parut attribuer cet état des mains au contact du plâtre; il l'invita à changer d'état. Six ans s'écoulent sans symptômes de la même affection; mais cet individu qui était fort bien constitué, perd peu à peu son énergie et son embonpoint; il ne peut même supporter le vin comme il le faisait auparavant.

Au printemps de 1841, après six semaines de travail au soleil, Guéret est de nouveau pris des symptômes de la pellagre. Rougeur de la face et du cou, rougeur du dos des mains, état écailleux de l'épiderme, mais au lieu de gonflement, aspect parcheminé de la peau, vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles; lassitude générale.

Le malade est reçu à Saint-Louis dans le service de M. Cazenave. Il y prend des bains alcalins, et y reste quinze jours. Il sort guéri, se met alors à conduire les moëllons. Le printemps de 1842 se passe sans accident; mais la maladie reparaît cette année avec plus d'intensité, malgré la température si froide et le peu d'insolation. Il se présente le 28 juin à la consultation de M. Devergie à Saint-Louis. Il était alors dans l'état suivant: Attitude et mouvement d'un homme qui est dans un commencement d'ivresse, loquacité, figure rouge, érithémateuse, mais d'un rouge cuivré; yeux très brillants sans être injectés et sans une grande immobilité dans le regard, paraissant faire saillie entre les paupières. Légère coloration de la partie antérieure et inférieure du cou. Dos des mains d'un rouge bien luisant; la peau en est sèche et parcheminée. Quand on la plisse, on est frappé de son peu d'épaisseur.

Le malade porte constamment ses mains à la tête; il relève machinalement ses cheveux, et se frotte lentement le front comme pour se débarrasser d'un sentiment de pesanteur qu'il éprouve dans la tête. Elle est lourde, dit-il; il a des éblouissements, des bourdonnements d'oreille; ses idées ne sont pas nettes; il a de la peine à les rassembler; il marche comme un homme ivre, et cependant depuis longtemps il ne boit que de l'eau. Si par hasard il prend un verre de vin, alors sa tête s'embarrasse, les éblouissements, les tintements d'oreilles, la lassitude dans les membres augmentent, ses idées s'exhalent, il déraisonne; et un jour, entr'autre, la maîtresse chez laquelle il travaille le voyant dans cet état, s'est demandée s'il n'était pas fou.

Depuis plusieurs semaines il a de la diarrhée, des douleurs vagues, et de l'embarras dans le ventre; il est oppressé; il a de la peine à

respirer complétement; il n'a jamais eu d'idée directement portée et bien arrêtée vers le suicide; mais à la vue de l'eau, il a eu une fois la pensée de s'y jeter. Il a perdu l'appétit; sa bouche est sèche, et notamment l'arrière-bouche, qui est rouge, injectée et chaude. La langue est sale, le pouls petit et lent; la tête n'est pas chaude au toucher; le ventre est sensible à la pression, notamment dans les régions épigastrique et ombilicale. Des douleurs vagues existent le long du dos et surtout dans la région des reins. Jamais les jambes et les pieds n'ont été le siége de phénomènes morbides.

A cet ensemble si tranché de symptômes, M. Devergie diagnostiqua une pellagre au deuxième degré, quoiqu'il n'eût jamais observé cette maladie; il proposa au malade de l'admettre dans ses salles, mais ce ne fut que le mercredi suivant, 4 juillet, que celui-ci se détermina à y entrer. Depuis cette époque et sous l'influence des bains, d'un traitement émollient, de lavement et de cataplasmes laudanisés, la santé du malade s'est notablement améliorée, la diarrhée a disparu presque complètement, l'appétit est revenu et l'état érythémateux de la figure, du cou et des mains a singulièrement diminué.

M. Devergie présente ce curieux malade à l'Académie; il fait observer que c'est le troisième exemple de pellagre que l'on observe depuis dix-huit mois à l'hôpital Saint-Louis; que les deux premiers, reçus dans le service de M. Guibert, ont succombé, et qu'il est à craindre que l'affection ne fasse des progrès rapides chez celui-ci soit au printemps prochain, soit à une époque plus reculée.

Ce qu'il est important de remarquer, c'est que cet homme n'a jamais été malheureux, qu'il a toujours aussi bien vécu que le peut faire un ouvrier; qu'il a constamment habité des localités saines, et que l'insolation paraît avoir été la cause réellement déterminante de l'affection lors de son développement et à la première récidive de la maladie.

REVUE DES JOURNAUX.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. (Juillet 1843)

Recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme par quelques remèdes nouveaux; par M. FORGET.

Nous citerons les conclusions de ce travail que l'auteur a fait précéder des sages reflexions que voici: « Un fait important en appréciation thérapeutique, c'est que rien n'est plus variable que la durée du rhumatisme, rien de plus imprévu que l'instant de sa terminaison. En vain on a voulu établir des moyennes de tant de jours, de tant de semaines, cela ne peut rien faire préjuger pour la majorité des cas. Nous avons vu des rhumatismes aigus céder en quelques jours à des remèdes insignifiants, et des rhumatismes bénins résister opiniâtrément à tous les moyens, de sorte que l'évaluation des remèdes est un fait de conviction plutôt qu'un fait démontrable, ce qui donne libre carrière à l'erreur et au mensonge; aussi le rhumatisme est-il une des maladies les plus exploitées par les drogueurs et par les charlatans. »

M. Forget n'a pas expérimenté le sulfate de quinine, effrayé qu'il a été par les accidents dont la presse a retenti. Son travail n'est relatif qu'à l'huile de foie de morue, à l'iodure de potassium et au nitrate de potasse. Il a ainsi formulé le résultat de ses tentatives.

L'huile de foie de morue est un remède inerte, ou peu s'en faut. — L'iodure de potassium a une efficacité si rare et si lente, que sa valeur nous paraît assez douteuse. — Le nitrate de potasse à haute dose est un médicament qui jouit d'une efficacité réelle dans *certains cas* de rhumatisme. — Le nitre peut être administré à la dose de 8 à 45 grammes dans une potion ou dans une tisane. Il est rare qu'il détermine des accidents. On fera bien de l'arrêter à 20 ou 30 grammes. — Le nitre est généralement impuissant: 1° dans le rhumatisme musculaire; 2° dans le rhumatisme articulaire chronique; 3° dans le rhumatisme articulaire très aigu, lequel réclame la saignée préalable. Il convient dans le rhumatisme récent, de moyenne intensité, chez les sujets peu robustes, lymphatiques, nerveux, etc. — Malgré son efficacité, le nitre est sujet à tous les inconvénients des autres médications (récidives, convalescences longues, etc.). — Le nitre est un précieux complément de la saignée, lorsque celle-ci reste inefficace ou n'est plus applicable, et il la supplée avantageusement dans les cas où elle est contre-indiquée, ou même dans ceux qui ne la réclament pas impérieusement. — Sans faire oublier les autres moyens dont l'efficacité est constatée dans certains cas donnés, le nitre à haute dose est un remède très utile et qui mérite d'être conservé dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire. — Sans nous prononcer sur la question de savoir comment le nitre agit dans le traitement du rhumatisme, nous ferons observer que: 1° dans la plupart des cas, il n'active pas sensiblement la sécrétion urinaire; 2° maintes fois il a paru provoquer ou favoriser la transpiration; 3° on l'a vu quelquefois activer simultanément les sueurs et les urines; 4° il modifie favorablement la douleur et la fièvre, mais on ne peut dire s'il agit plus spécialement sur tel appareil que sur tel autre; 5° bref, le nitre paraît justifier ici le titre de remède *tempérant* que lui ont donné les auteurs; mais son mode d'action échappe à l'analyse.

Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des névralgies; par M. VALLEIX.

Nous résumerons en quelques propositions ce travail réellement pratique.

Il faut regarder comme une névralgie toute affection qui, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, offre, au moins dans les moments d'exaspération, une douleur plus ou moins vive à la pression exercée sur une très petite étendue, avec l'extrémité du doigt, par exemple; et quelquefois, au contraire, une diminution de la douleur par une pression large exercée avec la paume de la main. — La pression méthodique exercée sur tout le trajet du nerf est le meilleur moyen de diagnostic des névralgies. — N'y eût-il sur le trajet d'un nerf qu'un seul point très peu étendu, très limité, très circonscrit, dans lequel la pression fît reconnaître une douleur vive, sans qu'aucun changement de la peau, aucun gonflement, en expliquât l'existence, on serait porté à regarder cette douleur comme le symptôme d'une névralgie. Si, au lieu d'un seul point, on en trouvait plusieurs du même genre, séparés par d'assez grands intervalles, et toujours sur le trajet du nerf, le diagnostic n'offrirait plus aucune difficulté, même en l'absence des élancements, qui manquent assez fréquemment à une certaine époque de la maladie. — Dans le traitement des névralgies, les opiacés n'ont d'autre avantage que d'engourdir la sensibilité. Il n'existe pas un seul exemple de guérison radicale par ce seul moyen. — Les succès obtenus par Méglin et par M. Martinet, le premier à l'aide des pelotes qui portent son nom; le second à l'aide de l'huile de térébenthine, sont incontestables. Mais il est certain aussi que les médecins qui ont voulu mettre en usage ces moyens, n'ont pas réussi comme eux. — Le sous-carbonate de fer, préconisé par M. Hutchion, n'a jamais été employé seul, même par ce praticien, de telle sorte qu'il n'était pas même nécessaire de constater les nombreux insuccès obtenus par d'autres médecins, pour faire voir que ce médicament ne mérite pas toute la confiance que cet auteur lui a accordée. — En analysant un assez grand nombre de faits, M. Valleix est arrivé à ce résultat singulier, que le sulfate de quinine n'a eu d'action que dans la moitié des cas qui présentaient une périodicité marquée. Cependant, malgré le peu de constance de ce médicament, il n'en doit pas moins être mis en usage aussitôt qu'on a constaté une périodicité plus ou moins marquée; car, dans les cas où il agit, la névralgie est enlevée comme par enchantement. — Les vésicatoires volants appliqués sur les divers points douloureux dont la pression fait connaître l'existence, et comme adjuvants, lorsque la maladie est très douloureuse, l'application d'un sel de morphine sur la surface dénudée, tel est le traitement que, dans l'etat actuel de la science, on doit regarder comme le plus généralement utile.

De la blessure de l'artère brachiale dans l'opération de la saignée et de son traitement; par M. VOILLEMIER.

Cet accident, d'après M. Voillemier, reconnaît pour cause, dans la plupart des cas, l'inobservation des principales règles de la saignée. Les médecins ouvrent la veine médiane basilique alors que la céphalique, la médiane céphalique et les radiales sont très développées. Or, on ne saurait trop rappeler que, sur les individus maigres, la veine médiane basilique est tellement unie à l'artère, au moment où elle la croise, qu'il est presque impossible de ne pas léser les deux vaisseaux en même temps. En commençant par appliquer sur le bras une ligature très serree, il est facile de comprendre comment l'artère, dont les battement sont suspendus par cette forte constriction, peut être intéressée en même temps que la veine médiane basilique.

Quelle conduite le chirurgien doit-il tenir quand, après une saignée, l'artère brachiale a été intéressée? « La première chose à faire est d'exercer une forte compression sur l'artère à la partie interne et inférieure du bras et sur le point même où la saignée a été pratiquée... On remplace ensuite cette compression partielle par un bandage roulé, qui comprend le membre tout entier, et qui fixe sur les deux points qui ont été indiqués des compresses pliées en plusieurs doubles..... Quand l'hémorrhagie est arrêtée, quand le sang épanché dans le tissu cellulaire est résorbé en grande partie, on peut enlever le bandage et chercher quel est le genre de lésion qu'on a à traiter, ce qui n'est pas pas toujours facile.... S'il y a doute, il faut revenir à la compression, parce qu'elle ne présente aucun inconvénient quand elle est convenablement appliquée, parce qu'elle n'exclut pas les autres moyens chirurgicaux; mais on doit être prévenu que son action est lente et incertaine. Au bout de plusieurs mois, si la maladie persiste, et qu'il y ait au pli du bras une tumeur d'un certain volume, il devient très important d'en préciser la nature; car si l'on constate que c'est une varice anévrismale simple, il n'y aura point d'opération à pratiquer. Il faudra recommander au malade un usage modéré du membre, et continuer la compression encore pendant long-temps... Mais si l'on a affaire à un anévrisme faux ou variqueux, une opération est indispensable, et la différer trop long-temps, c'est diminuer les chances de succès... Dans tous les cas, il faut se conduire comme si l'on avait à traiter un anévrisme variqueux, et placer deux ligatures sur l'artère, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la tumeur. »

NOUVELLES.

Un de nos abonnés nous adresse les questions suivantes:

1° L'extraction des dents doit-elle être considérée comme une opération chirurgicale?

2° Celui qui la pratique sans être muni d'un titre légal, doit-il être poursuivi judiciairement comme étant en contravention avec l'article 1er de la loi de vendémiaire an XI sur l'exercice de la médecine?

3° Un arrêt de Cour de Cassation du 27 février 1837, qui accorde une espèce d'impunité aux charlatans, est-il applicable dans l'espèce?

Nous répondons:

1° Oui, l'extraction des dents doit être considérée considérée comme une opération chirurgicale, et souvent comme une opération grave, soit en elle-même, soit par les suites qu'elle peut avoir et qui exigent des connaissances spéciales aux hommes de l'art.

2° Oui, celui qui la pratique sans titre légal est en contravention avec l'art. 1er de la loi du 19 ventôse an XI.

3° Non, l'arrêt de cassation cité ne paraît pas applicable dans l'espèce; car cet arrêt excipe d'une sorte de bonne foi envers les charlatans des foires, que l'on ne peut en aucune façon prétexter en faveur des arracheurs de dents.

Du reste, cet arrêt est en opposition flagrante, soit avec l'exposé des motifs de la loi de ventôse an XI, soit avec la circulaire du ministre de l'intérieur à la promulgation de cette loi. On y lit, en effet: « Ainsi, l'exercice de l'art par les femmes, par des empiriques, par des » gens exerçant un autre état, ou à spectacles publics, par des hom» mes déshonorés ou poursuivis dans l'opinion publique, ne peut être » en aucune manière autorisé. »

— A la suite du concours d'aide d'anatomie ouvert le 23 mars à la Faculté de médecine et terminé le 27 juillet, ont été nommés et classés dans l'ordre suivant:

MM. Jarjavay, interne à l'Hôtel-Dieu.
Demarquay, interne à l'Hôtel-Dieu.
Deville, interne à l'hôpital Saint-Antoine.
Guérin, interne à l'Hôtel-Dieu.

— Les vieux soldats faisant partie de l'Hôtel royal des Invalides sont classés de la manière suivante:

Aveugles, 152; amputés des deux jambes, 11; amputés d'une jambe, 309; amputés des deux bras, 8; d'un seul bras, 224; paralytiques ou impotents, 235; épileptiques, 12; aliénés, 29; nez ou menton d'argent, 8; boiteux ou incapables de marcher, 131; pieds gelés en Russie, 23; estropiés des mains, 130; diverses autres blessures, 1,020; frères lais, 175; septuagénaires, 511; octogénaires, 33. Total, 3,012.

Les admissions à l'Hôtel des Invalides sont ordinairement de 200 par année. On a calculé que depuis 1815, c'est-à-dire en vingt-huit ans, il est entré aux Invalides plus de 6,000 vétérans. La moyenne des morts est de 110 à 150 par année, sur les 3,000 pensionnaires que renferme l'Hôtel.

— A la suite d'un concours ouvert à la Faculté de médecine de Strasbourg, M. L'Huillier a été nommé aide de clinique en remplacement de M. Wieger, dont le temps de service était expiré.

— Il s'est formé à la Flèche (Sarthe) une Association des médecins, officiers de santé et pharmaciens. Le but est de fonder une caisse de secours, de réprimer le charlatanisme et de s'occuper de sciences médicales. Le président de cette Association est M. Renou.

— M. le docteur Engel vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital civil de Colmar, et M. le docteur Jaenger, directeur de l'école départementale du Haut-Rhin, en remplacement de M. le docteur Morel, décédé.

— Le lundi, 28 août prochain, il sera ouvert, devant la Faculté de médecine de Montpellier, un concours pour la place de prosecteur. Les candidats peuvent s'inscrire, au secrétariat de cette faculté, jusqu'au 24 août. Le prosecteur devra rester trois ans en fonctions, aux appointements de 1100 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 90. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

SUR L'INFLAMMATION DE L'ÉPIGLOTTE.

Première observation. — *Inflammation de l'épiglotte et du larynx dans la convalescence d'une angine tonsillaire.*

Devauchelle (Honorine), âgée de vingt et un ans, domestique, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, ayant les cheveux chatain-clair, la peau assez blanche et fine, entre le 1er mai 1843 à l'hôpital Beaujon, dans la division de M. Louis. Elle dit être habituellement d'une assez bonne santé, n'avoir jamais fait de maladies graves. Ses règles, en général régulières, ont cessé d'apparaître depuis deux mois, sans cause bien connue; cependant la malade ne nie pas la possibilité d'une grossesse.

La maladie qui motive son entrée à l'hôpital a débuté le 19 avril, au milieu d'une bonne santé, sans cause appréciable, par des frissons irréguliers, un malaise général, de la céphalalgie, et une douleur dans la gorge en avalant. La malade garda constamment le lit dès le début, prit de la tisane, et observa la diète.

Le 2, lendemain de l'entrée à l'hôpital, il y a un peu d'anxiété et d'abattement, beaucoup de douleur dans la déglutition, sans retour des boissons par le nez; la voix est nasonnée, sans autre altération, et l'examen de l'arrière-bouche fait reconnaître que les deux amygdales, très développées, surtout celle du côté gauche, interceptent une fente verticale qui n'a guère qu'un centimètre de largeur. Ces glandes sont rouges, ainsi que les piliers, la partie postérieure du voile du palais, et la luette; langue humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; bouche pâteuse. Ni toux, ni dyspnée; rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion du thorax. Peau chaude; pouls à 120, régulier. (Limonade, gargarisme adoucissant; diète absolue.)

Le 5, l'abcès qui s'était formé dans l'amygdale gauche, s'ouvre au milieu des efforts de vomissement provoqués par cinq centigrammes d'émétique. Dès lors soulagement marqué; le mieux augmente les jours suivants; la fièvre tombe.

Le 10, la malade, tout à fait convalescente, mange trois portions d'aliments.

Le 15, sensation de gêne au niveau du larynx; la malade n'y attache pas grande importance, et n'en parle pas au moment de la visite. A midi, elle est prise d'une difficulté notable pour respirer et qui augmente rapidement. A deux heures elle offre l'état suivant : Décubitus assis, figure anxieuse, lèvres bleuâtres; respiration haute à 34; les ailes du nez se dilatent avec force dans l'inspiration, qui est pénible, sifflante, surtout celle qui précède la toux. Voix conservée, ayant son timbre naturel; parole entrecoupée; douleur assez vive au niveau de l'os hyoïde; c'est ce point que la malade désigne comme le siége de l'étouffement. La déglutition est à peu près impossible; *les boissons reviennent par le nez*, sinon en totalité, du moins en grande partie. Ce phénomène n'est pas le résultat d'efforts de toux ou de vomissement survenus pendant la déglutition; car à ce moment la respiration est suspendue, et les liquides refluent en silence par les deux narines, aussitôt après que le mouvement de déglutition est opéré. L'examen de l'arrière-bouche ne fait voir qu'une rougeur légère du voile du palais, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx, et un peu d'augmentation dans le volume des amygdales, qui dépassent encore de trois ou quatre millimètres le bord libre des piliers. En abaissant fortement la langue, on voit profondément vers la base de l'organe et sur la ligne médiane, un corps arrondi du volume d'une petite noisette, et d'une couleur blanchâtre. Toux rare; respiration un peu faible dans toute la poitrine, à un égal degré des deux côtés; sonorité normale. Battements du cœur réguliers, sans bruit anormal. Chaleur peu élevée; pouls à 120, régulier. Douze sangsues sont aussitôt appliquées au niveau du larynx; elles coulent bien. A cinq heures du soir, il y a une amélioration notable dans la dyspnée; mais tous les autres symptômes persistent sans exception.

Le 16 mai, l'amélioration signalée hier soir persiste; la face est pâle, les lèvres moins violacées; la respiration n'est ni haute, ni bruyante, encore un peu difficile; la voix est un peu rauque, et les *boissons reviennent toujours par le nez*. Le toucher fait reconnaître un gonflement notable de l'épiglotte, et en même temps une absence de tuméfaction appréciable des bords de l'orifice supérieur du larynx. Il y a de la part du pharynx une tolérance remarquable qui fait que l'on peut prolonger l'exploration avec le doigt pendant quelques secondes, sans déterminer d'efforts de vomissement. Léger appétit; constipation; peau chaude, légèrement moite; pouls de 132 à 136. Gomme; deux verres d'eau de Sedlitz; lav. lin; deux sinapismes aux mollets; diète.

Les 17 et 18, aucun changement.

Le 19, aphonie depuis hier soir; respiration ni haute, ni accélérée. La douleur au niveau du larynx persiste assez intense, et les signes fournis par le toucher sont comme précédemment. Dans toute la poitrine, en avant comme en arrière, la respiration est partout un peu faible, nulle part bien vésiculaire; elle est masquée, dans les deux temps, par un râle sourd et vibrant qui se produit dans le larynx. Pouls à 80, régulier; pas de chaleur. Gomme; 15 sangsues au larynx; sinapismes *ut suprà*; diète absolue.

Le 20, la douleur est un peu diminuée.

Le 21, l'aphonie a cessé; la voix est à peine rauque, un peu gutturale, et la douleur est très peu considérable au niveau du larynx. Depuis hier soir la déglutition est devenue plus facile, et actuellement les boissons sont avalées en totalité et sans refluer en aucune façon par le nez. Le toucher constate une diminution notable de l'épiglotte, qui reste cependant encore un peu épaissie. Aucune chaleur; pouls à 84, régulier. Gomme; 10 grammes de sulfate de magnésie; diète.

L'amélioration continue les jours suivants; l'appétit revient, et l'on constate la disparition graduelle du volume anormal de l'épiglotte. Les aliments sont augmentés peu à peu, et la malade sort le 1er juin, complétement guérie.

— Ainsi, chez cette malade, alors qu'elle était déjà convalescente d'une angine tonsillaire terminée par suppuration, apparaissent brusquement des accidents graves pouvant faire craindre une suffocation imminente. Le siége de la douleur au niveau de l'os hyoïde, la gêne de la déglutition, et surtout le retour des boissons par le nez, faisaient déjà penser que l'on avait affaire à une affection de l'épiglotte, lorsque la vue et le toucher, en faisant constater une tuméfaction notable de cet organe, vinrent lever tous les doutes, et confirmer ce que les troubles fonctionnels avaient déjà fait entrevoir; mais l'on ne pouvait admettre que l'épiglotte fût seule malade; son gonflement n'expliquait pas d'autres symptômes qui existaient en même temps chez cette malade, tels que la dyspnée, l'altération de la voix et la faiblesse du bruit respiratoire dans toute la poitrine. On devait donc admettre, d'après ces phénomènes, que la membrane muqueuse du larynx était le siége d'un certain degré d'inflammation, bien que le toucher n'ait pu faire constater un gonflement appréciable des replis arythéno-épiglottiques.

J'ai dit plus haut que le siége élevé de la douleur, le retour des boissons par le nez indiquaient que l'épiglotte était malade; or, comme j'ai admis aussi l'existence d'une laryngite, il me paraît convenable de revenir un peu sur ce point, et d'établir que ce n'est point à cette dernière, mais bien à la tuméfaction de l'épiglotte, et à elle seule, qu'appartiennent les symptômes indiqués. M. Louis (Recherches sur la phthisie, 2e édit., p. 296), qui a observé six fois l'inflammation essentielle de l'épiglotte, l'a toujours vue s'accompagner de gêne dans la déglutition et du retour des boissons par le nez. Bien plus, étudiant les ulcérations des conduits aérifères chez les sujets tuberculeux, le même médecin a constaté que ces symptômes se rencontraient chez ceux qui avaient l'épiglotte ulcérée, le larynx et la trachée étant à l'état normal; ils manquaient au contraire dans les cas où, l'épiglotte étant saine, le larynx et la trachée étaient plus ou moins profondément ulcérés et désorganisés. Ce qui précède est concluant, je crois, et me dispense de tout commentaire; j'ajouterai seulement que M. Longet, dans ses Recherches expérimentales sur les fonctions de l'épiglotte, est venu confirmer en tous points ce que les faits pathologiques avaient établi d'une manière si évidente.

Les faits d'inflammation de l'épiglotte sont assez peu communs pour que je me croie en droit d'en rapporter un autre exemple, bien qu'il date de 1840. Recueilli comme le précédent, dans le service de M. Louis à l'hôpital Beaujon, il vient à l'appui de ce que j'ai déjà avancé.

Deuxième observation. — *Laryngite aiguë; inflammation de l'épiglotte.*

Babat (Justine), âgée de vingt-six ans, domestique, d'une forte constitution, ayant les cheveux noirs, la peau brune et le teint bien coloré; habituellement robuste, bien portante, bien réglée, entre à l'hôpital Beaujon, dans la division de M. Louis, le 20 août 1840.

Le 16 août, quatre jours avant son entrée, étant en bonne santé, n'ayant ni toux, ni dyspnée, ni altération de la voix, elle fut prise d'un peu de malaise, de céphalalgie, d'inappétence.

Le 17 au soir, frisson assez intense.

Le 18 au matin, malaise et courbature partout le corps, douleur de gorge, aphonie presque complète, chaleur élevée.

Le 21, lendemain de son entrée, les symptômes indiqués

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Réclamations des médecins du bureau central. — La faveur et le droit d'ancienneté. — L'article 56 du Code civil et l'article 375 du Code pénal. — Barteole dit *oui*, et Cujas dit *non*. — Cas embarrassant. — Autre cas embarrassant. — Procès d'une lorette contre un médecin. — Le lac d'Enghien et les fêtes musicales. — Le vol au médecin. — Singulière contreface. — Une ordonnance de médecin. — Un certificat de sevrage.

Nous avons eu des réclamations et des protestations de la part des chirurgiens des hôpitaux à l'occasion de quelques projets d'envahissement dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps. Les chirurgiens ont eu raison de se plaindre, car ils ont réussi, résultat auquel ils ont dû être d'autant plus sensibles qu'il était nouveau. L'administration, en effet, ne les a pas gâtés sur ce chapitre. Ils ont eu beau réclamer et protester, par exemple, sur l'introduction des spécialités dans les services des hôpitaux, on n'a tenu nul compte de leurs doléances : la lithotritie d'abord, l'orthopédie plus tard, n'en ont pas moins pénétré dans le sanctuaire dont les chirurgiens défendaient l'entrée.

Aujourd'hui, l'émotion qui se calme dans le camp des chirurgiens est près de s'éveiller, dit-on, dans le camp des médecins du Bureau central. Des abus graves sont sigalés qui rendent illusoires les droits d'ancienneté que le concours confère. Ainsi, tel médecin du Bureau central se trouve investi avant son temps, et au mépris de toute règle, d'un service d'hôpital, et cela pendant plusieurs années. On cite notamment un service de l'Hôtel-Dieu dans lequel le médecin titulaire ne fait que de très rares apparitions et qui depuis long-temps se fait suppléer par un médecin du Bureau central qui compte neuf de ses collègues placés avant lui par rang d'ancienneté. Dans quelques autres services, les médecins qui s'absentent se font remplacer par les médecins du Bureau central qu'ils désignent eux-mêmes, et cette désignation est toujours faite en vue de leurs affections et de l'intérêt spécial qu'ils portent à ceux par qui ils se font remplacer. C'est contre cet état de choses que des velléités de protestation sont, assure-t-on, à la veille d'éclater. Pour un service régulier et permanent, l'administration ne viole jamais les droits d'ancienneté. On demande, et c'est avec justice, que les services temporaires soient soumis à la même règle. On demande l'exécution complète des statuts et règlements, et il est difficile de voir ce qu'on peut opposer à ces prétentions légitimes.

Nous sommes tous préoccupés de la jurisprudence nouvelle que quelques tribunaux tendent à établir relativement aux déclarations de naissance. Placé entre l'art. 56 du Code civil et l'art. 378 Code pénal, l'un qui lui prescrit la déclaration, l'autre qui lui défend la révélation d'un secret, quelle conduite tiendra le médecin dans un cas délicat et difficile? Et, par exemple, dans un cas comme celui-ci, qu'un de mes lecteurs sait bien n'être pas une fiction : Un médecin est appelé au milieu de la nuit, dans une rue fort écartée, auprès d'une femme en couche. Il arrive, et il reconnaît cette femme. Elle a pris un nom supposé, l'enfant qu'elle va mettre au monde est le fruit de l'adultère, elle a quitté depuis quelques mois le domicile conjugal sous un prétexte spécieux, son mari est infirme et depuis long-temps impuissant; le médecin reçoit cette grave confidence; l'accouchement est urgent, il délivre la mère; là ne se trouve ni père, ni aucune personne en état de faire la déclaration à l'état civil; le médecin, aux termes de l'art. 56 du Code civil, est obligé de s'acquitter lui-même de ce soin; quelle sera sa déclaration? S'il déclare ce qu'il sait, il jette le trouble et le deshonneur dans une famille. S'il déclare père et mère inconnus, il va priver un enfant de sa possession d'état, puisqu'il le déclare comme enfant naturel; tandis qu'aux yeux de la loi, il a pour père le mari de sa mère. D'un autre côté, c'est comme médecin qu'il a reçu ce grave secret; sa profession lui fait un devoir et la loi lui ordonne de ne pas le révéler, et cependant les tribunaux peuvent le condamner pour ne l'avoir pas fait. Voilà certainement un des cas les plus embarrassants de la pratique.

Cette obligation du secret, obligation fondée sur les principes les plus sacrés de la morale, ce n'est pas seulement à l'occasion des déclarations de naissance qu'elle peut placer le médecin dans une position difficile. Voici un autre exemple où la conduite à tenir est fort embarrassante. Un individu atteint de syphilis se présente chez un médecin. Il lui raconte qu'il est marié, qu'il a contracté son mal dans des rapports illicites, et qu'il a le plus grand intérêt à ce que sa femme l'ignore. Le médecin le soigne, le guérit et réclame ses honoraires. L'individu, quoique fort à son aise, refuse le paiement ou demande une réduction ridicule. Le médecin le fait assigner en justice, et interpellé pour quelle maladie il a donné des soins à cet homme, il déclare que c'est pour la syphilis. Il obtient une condamnation contre son débiteur; mais celui-ci dépose une plainte au procureur du roi, en violation d'un secret confié dans l'exercice de sa profession. Le médecin, dans ce cas, pourra-t-il être condamné?

Autre exemple qui a fait beaucoup de bruit dans le quartier Notre-Dame de Lorette. Une jeune et très jolie personne est reçue dans un hôpital spécial de Paris. Sa maladie présentait des circonstances curieuses, et le médecin en publia l'observation avec les noms, l'âge, la profession, dans un journal de médecine. Quelque temps après, cette personne devient une lorette à la mode. Un grand seigneur étranger s'éprend d'une folle passion pour elle, et veut l'épouser. Un rival, la chronique assure que c'était un étudiant en médecine, envoie au grand seigneur, sous un pli cacheté, le malencontreux journal contenant l'observation très peu balsamique de la maladie de son idole. Ceci le refroidit, et il s'éloigne après explications. La lorette, furieuse, porte plainte en violation de secret, et demande des dommages-intérêts considérables contre le médecin qui a publié l'observation. Certes, voilà un cas tout à fait neuf, et dont les plaidoieries seront intéressantes.

Cette semaine, du reste, s'est écoulée dans un calme plat désespérant. Aux académies, pas le plus petit mot pour rire. La pellagre d'un côté, l'empoisonnement par le cuivre de l'autre, et sur le tout de fort longues et fort obscures discussions sur l'embryogénie; tout cela est fort peu gai, et offre peu de matière aux causeries. Pour la Faculté, elle fait mon désespoir. C'est comme si elle n'existait pas, si peu l'on

persistent ; la douleur a son siége à la région du larynx ; l'inspection de l'arrière-bouche ne fait rien constater d'anormal. Aucune fièvre. Tilleul, 2 pots ; fumigat. de mauve ; diète.

Les symptômes s'améliorent les jours suivants ; la voix revient graduellement, et le 25 août la malade, considérée comme convalescente, est à la demie d'aliments.

Dans la soirée du 26, sans cause connue, difficulté de respirer ; réapparition de la douleur de gorge.

Le 27 au matin on note l'état suivant : décubitus un peu élevé, figure anxieuse, lèvres bleuâtres, mains fraîches et violacées ; respiration haute, un peu accélérée, plaintive, un peu sifflante dans la toux ; voix de nouveau presque éteinte, sans raucité. Sensation de constriction douloureuse au niveau du larynx ; l'examen de la partie antérieure du cou ne fait constater ni rougeur, ni gonflement, ni développement anormal des ganglions lymphatiques. Déglutition un peu douloureuse sans retour des boissons par le nez. A peine un peu de rougeur uniforme, sans gonflement appréciable ni fausses membranes sur le voile du palais, les amigdales et la paroi postérieure du pharynx. L'introduction du doigt ne fait constater aucun gonflement de l'épiglotte et des bords de l'ouverture supérieure du larynx. Toux rare ; percussion du thorax partout bien sonore, et la respiration s'y entend partout un peu faible, vésiculaire, sans mélange de râles. Battements du cœur normaux ; langue blanche, humide ; inappétence, constipation, Pouls à 80, régulier, un peu étroit. Tilleul, 2 pots ; 25 sangsues (région du larynx) ; cataplasmes sinapisés aux deux jambes. Diète absolue.

Le 28, un peu moins de douleur et de dyspnée ; même état pour le reste.

Le 29, la face est plus colorée, les lèvres sont moins bleuâtres et la dyspnée est un peu diminuée. Chaleur moite de la peau ; pouls 110, régulier, assez plein. Même prescription ; de plus 30 sangsues au larynx.

Le 30, à la suite de l'application des sangsues, il s'est manifesté une amélioration qui persiste actuellement. La malade dit se trouver beaucoup mieux, respirer facilement et pouvoir reposer dans le décubitus horizontal. L'aphonie persiste, et bien que la déglutition ne soit plus que peu douloureuse, il y a depuis ce matin retour par le nez d'une partie des boissons. Le toucher constate d'une manière non douteuse une tuméfaction notable de l'épiglotte, et ce résultat est confirmé par l'abaissement de la langue qui permet de voir profondément vers la base de l'organe et sur la ligne médiane, un petit corps lisse et arrondi, du volume d'une petite noisette, d'un rose pâle ou blanchâtre. Chaleur médiocre, pouls à peine accéléré. Langue blanchâtre, bouche pâteuse, inappétence constipation. Limon., 2 pédiluv. sinap., lavem. lin. ; diète. Aucun changement les trois jours suivants.

Le 3 septembre, la voix est revenue, mais elle est comme nasonnée. Par la vue et le toucher, on s'assure que l'épiglotte est un peu moins volumineuse. Depuis hier, le retour des boissons par le nez n'a plus lieu. Mais la déglutition, d'ailleurs à peine douloureuse, n'est opérée qu'après un temps d'arrêt, qui a lieu au moment où les boissons traversent le pharynx. Langue encore blanchâtre, bouche pâteuse, appétit nul, pouls lent, chaleur naturelle. Limon., 2 bouillons.

Jusqu'au 17 septembre, jour de la sortie de la malade, amélioration graduelle, puis disparition complète des divers symptômes. Par la vue et le toucher on suit pas à pas le retour de l'épiglotte à son volume normal. Il est bon d'ajouter que l'exploration de cet organe par la vue cessa d'être praticable à une époque où le toucher y faisait encore constater un certain degré de tuméfaction.

— L'inflammation qui, dans l'observation première, s'était propagée de l'arrière bouche à l'épiglotte, puis au larynx, qui en un mot avait marché de haut en bas, a suivi une marche inverse dans le cas actuel. Ici, en effet, nous avons d'abord tous les symptômes d'une laryngite aiguë intense ; puis, à une époque plus avancée, viennent s'ajouter ceux de l'inflammation de l'épiglotte. Ces derniers ont été caractéristiques. Ils confirment ce que j'en ai dit précédemment : il me paraît donc inutile de m'y arrêter plus long-temps.

Notons, en terminant ces réflexions, la facilité avec laquelle le toucher laryngé a pu être pratiqué chez les deux sujets dont on vient de lire l'histoire. Cela est d'autant plus remarquable que, ainsi que chacun le sait, il est bon nombre de sujets chez lesquels ce mode d'exploration est souvent fort difficile, parfois impraticable, en raison des efforts de vomissements, de la répulsion énergique du pharynx, qui accompagnent l'introduction du doigt. Il y a sous ce rapport des différences individuelles très-grandes et le plus souvent inexplicables.

J. Cossy,
Interne des hôpitaux.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

De l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Nous ferons trêve, pour un instant, à nos conférences sur les maladies des enfants, pour fixer votre attention, sur l'emploi de l'huile de poisson dans le traitement de la phthisie. L'huile de poisson, vous le savez, et j'entends par huile de poisson les huiles de foie de morue ou de raie, et celles de sardine, hareng, anchoix, maquereaux, et non l'huile de baleine; l'huile de poisson, dis-je, était employée de temps immémorial sur les bords de la mer du Nord, par les gens du peuple, dans le traitement des affections strumeuses des enfants. Elle a été introduite en France par M. Bretonneau, qui l'avait essayée pour la première fois sur un enfant affecté de rachitis, d'après l'avis d'un Hollandais dont plusieurs enfants avaient été guéris par ce moyen.

Vous avez pu voir combien était grande l'efficacité de ce remède dans l'ostéo-malaxie, et vous avez encore dans notre service d'enfants, plusieurs petits malades en traitement, dont la santé se rétablit avec beaucoup de facilité.

Quelques médecins, en Allemagne, ayant égard à l'analogie qui unit aux tubercules presque toutes les maladies chroniques de l'enfance, conseillèrent l'emploi de ce médicament dans le carreau, et affirmèrent en avoir retiré de bons effets, Du tubercule des ganglions mésentériques à celui du poumon, la distance ne semblait pas grande, aussi fit-on quelques timides et obscurs essais dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Il était réservé à un de nos compatriotes, M. le docteur Péreyra, de Bordeaux, de fixer solennellement l'attention des praticiens sur l'emploi de l'huile de morue dans les maladies de poitrine ; et naguère, ce praticien recommandable publia un travail dans lequel il affirma que sur un très grand nombre de phthisies reçues à l'hôpital de Bordeaux, ou traitées dans sa pratique, près d'un tiers avait obtenu de l'emploi de l'huile de morue des avantages considérables qu'une autre médication ne lui eût sans doute pas permis d'espérer.

Quoique les résultats proclamés par M. Péreyra ne fussent peut-être pas exempts de cette exagération si naturelle lorsque l'on croit avoir rencontré un agent thérapeutique capable de modifier une maladie aussi grave que la phthisie ; cependant, il était du devoir de tout médecin jaloux des progrès de la science, de tenter une médication qui, toujours exempte de danger, pourrait en outre être curative. J'ai donc choisi dans mon service d'adultes quatre femmes, dont deux âgées de 20 à 22 ans, la troisième de 35 ans à peu près, la quatrième de 48 ans, atteintes de phthisie tuberculeuse à un degré assez avancé pour que la constatation pût en être faite aisément, non-seulement d'après les symptômes généraux, mais encore d'après les signes physiques que fournissent l'auscultation et la percussion ; mais dans un tel état toutefois qu'il restât des chances de curation si le médicament avait réellement quelque puissance. Il eût été injuste de demander à l'huile de poisson quelque amendement à l'état d'un phthisique dont les poumons auraient été presque tout entiers ramollis, et qui serait arrivé au dernier degré de la consomption ; mais nous savions aussi que quand, après des crachements de sang, on trouve de la matité au sommet de l'un des poumons, du souffle, des craquements humides, du gargouillement, et en outre de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs nocturnes, nous portons le plus fâcheux pronostic, et nous n'attendons presque que du hasard une guérison qui arrive si rarement.

Nos quatre malades étaient précisément dans la dernière condition que je viens d'indiquer. Vous savez avec quel soin nous avons constaté leur état ; l'observation a été prise avec le plus grand détail, et nous avons chaque jour suivi attentivement les progrès du mal ou ceux du rétablissement.

Chez trois de nos malades vous avez pu, comme nous, reconnaître une amélioration considérable. Chez la quatrième, les accidents se sont considérablement aggravés pendant le premier mois, et semblent enrayés maintenant.

Certes, ces résultats sont encourageants, mais il faut soigneusement tenir compte :

1° Du choix des malades qui étaient dans les conditions les moins défavorables ;

2° De la saison que nous avons parcourue depuis le mois de mai, époque à laquelle nous avons commencé nos expériences.

Nous savons, en effet, que bien souvent les maladies tuberculeuses dont la marche a été rapide pendant l'hiver, et surtout pendant le printemps, restent stationnaires durant l'été, et l'influence d'une température plus douce a bien pu se faire sentir, si déplorable qu'ait été le temps pendant l'été de de 1843.

Mais s'il est juste de se tenir dans une sage réserve, il est us juste encore de se livrer à quelques espérances, et d'encourager nos confrères à des expériences si exemptes de danger.

Nos malades ont eu d'abord assez de répugnance à prendre l'huile de poisson ; l'odeur leur inspirait un extrême dégoût, mais peu à peu elles s'y sont accoutumées : l'une d'elles semblait même prendre le médicament avec quelque plaisir. Une autre n'a pu l'avaler sans que le dégoût ne provoquât immédiatement des vomissements, et il nous a fallu modifier la forme du médicament.

Le plus souvent nous donnons l'huile de foie de morue mêlée à du sirop simple. Lorsque la répugnance a été invincible, nous avons fait un électuaire avec l'huile et la conserve de roses, de la poudre de réglisse ou de la gomme en poudre, la malade faisait des bols qu'elle renfermait dans du pain à chanter.

Dans la pratique des hôpitaux, nous ne pouvons malheureusement pas donner nos médicaments sous forme agréable, et bien souvent le goût d'une substance devient un obstacle à son emploi. Dans la pratique civile et surtout chez les personnes aisées, nous pouvons donner une infinité de substances dont la saveur est complètement dissimulée. Les capsules gélatineuses, celles que l'on fait avec le gluten, permettent de dissimuler complètement le goût de l'huile de morue ; on arrive au même but, à moindre frais, dans toutes les pharmacies, en solidifiant l'huile et en la convertissant en bols ou en pilules ; en argentant les pilules, en renfermant les bols dans du pain azyme au moment où l'on va les prendre.

Les doses d'huile de foie de morue que nous avons prescrites à nos malades ont été peu considérables : nous commencions par 5 grammes par jour et nous n'allions pas au-delà de 15 grammes. Au-delà de cette dose on risque de trouver trop de répugnance.

Nous avons essayé de constater les effets du médicament, indépendamment de son action médicamenteuse. Assez souvent nous avons observé des vomissements ; souvent des nausées, qu'il fallait considérer comme l'effet du goût nauséabond de l'huile de foie de morue. Presque toujours les malades avaient des éructations rappelant le goût et l'odeur du médicament. Rarement nous avons eu l'occasion de remarquer la diarrhée. Ce n'est pas que nos phthisiques n'aient eu de temps en temps du dévoiement ; mais comme d'une part, la diarrhée est un accident très commun dans les maladies de poitrine, et d'autre part que le dévoiement cessait nonobstant l'emploi de l'huile, ou tout au moins que nous pouvions donner les mêmes doses d'huile de morue sans produire de nouveaux accidents, après que nous en avions cessé l'usage pendant quelques jours ; nous en avons conclu, et ce me semble avec assez de justesse, que le médicament ne donnait pas la diarrhée.

---

parle d'elle. Du reste, si le chef de cette école pouvait dire :

> Rome n'est plus dans Rome, elle est toute où je suis,....

la Faculté serait toute entière en ce moment aux eaux d'Enghien. Les rives fleuries de ce lac retentissent à cette heure de mélodieux accents ; tout ce qui reste à Paris de *dilettanti* est convoqué deux fois par semaine chez le plus célèbre baryton des médecins. On parle d'une fête vénitienne qu'on prépare en l'honneur de Rossini, et dont le programme a été dessiné par le médecin le plus chantant de notre époque. Chaque gondole, merveilleusement illuminée, portera le nom d'un des ouvrages de Rossini, et sera montée par un groupe de chanteurs et de chanteuses qui exécutera un morceau de l'opéra dont la gondole portera le nom. On n'attend plus pour cette fête que le signal du chef d'orchestre actuel du grand maëstro, qui est un lithotriteur, comme on le sait, et aussi une nuit vénitienne un peu chaude et sereine.

La série des adroites friponneries parisiennes vient de s'augmenter d'une nouvelle scène qui n'est pas la moins piquante. Le besoin du *vol au médecin* se faisait généralement sentir, et il vient d'être inventé. Un bon bourgeois tombe subitement malade ; sa gouvernante, effrayée, appelle la portière, et lui crie d'aller vite chercher un médecin. Quelques minutes après, arrive un individu dans un désordre de toilette fort peu médical, mais qui s'en excuse par l'empressement qu'il a mis à accourir. Il tâte le pouls du malade, lui fait tirer la langue, et écrit une ordonnance qu'il faut faire préparer sur-le-champ par le pharmacien, car il veut que les remèdes soient pris devant lui. La gouvernante s'empresse de descendre, et pendant ce temps notre Esculape fait une petite tournée fructueuse dans l'appartement, et s'esquive au plus vite. Cependant la gouvernante arrive avec les drogues, et elle est immédiatement suivie d'un monsieur de noir tout habillé, d'un médecin véritable. Celui-ci, car on se doute bien que l'autre n'était qu'un adroit filou, qui ayant entendu la gouvernante demander un médecin à la portière, avait trouvé spirituel d'en usurper quelques moments le rôle. Etonnement, explication, vérification des lieux, et on s'aperçoit un peu trop tard qu'une belle montre suspendue à la cheminée a disparu, qu'une belle épingle en diamants a suivi la même route, qu'un rouleau d'argent et autres menus objets ont eu le même sort. Mais notre Esculape improvisé n'a pas été adroit jusqu'au bout, car le soir même il était arrêté encore nanti des valeurs qu'il s'était appropriées en paiement de sa consultation.

Où diable la contrefaçon va-t-elle se nicher et contre qui va-t-elle s'exercer? Un autre fripon conçoit la burlesque idée d'aller exploiter la province sous le nom d'un médecin de Paris. Il s'établit à Orléans et annonce par toutes les voies de la publicité que le célèbre Dr R. de J., le seul inventeur de la *médecine chimique*, est arrivé dans cette ville où il guérira depuis tel jour jusqu'à tel autre toutes les maladies les plus incurables. Le farceur s'était procuré une masse de prospectus dont la véritable médecine chimique inonde Paris et la province, et s'était établi dans le plus bel hôtel d'Orléans. Les affaires allaient très bien, le salon ne désemplissait pas de consultants, quand, ô fatalité ! il faut que le commissaire de police du quartier, qui connaissait parfaitement le véritable docteur R... de J... de Paris, voie passer le faux R... de J... d'Orléans. Une perquisition s'ensuit, on arrête le pseudo-médecin chimique qui est reconnu pour un repris de justice. On dit que depuis cette affaire, la médecine chimique, qui ne s'attendait pas aux honneurs de la contrefaçon, est très en vogue dans la cité de Jeanne d'Arc.

Un pharmacien m'a fait lire une ordonnance d'un docteur médecin de la faculté de Paris où se trouvait ceci :

« 1° faire usage de sirope de bôme de Thaulut par cueillerés à caffé dans une tasse d'infusion de cokliquots.

2° Apliqué une amplathre de vigoicummercuriaux sur la partie dolante.

3° Lavemens avec amidont.

Mais la plus jolie chose en ce genre est le certificat suivant, donné à une nourrice par un excellent maire de petite ville. Il est ainsi conçu :

« Nous, maire de T..... sertifions à quille a partiendra que la nomé
» Elisabête hépouse de Julien Renoult bergé demeurant à T..., est en
» etat de severre (sevier) une enfant, sa jorge est dur et bien cons-
» titué.

» C'est pourquoit nous lui avons délivré le présent sertificat pour
» lui rervirre et valloirre avec raison. »

A T...., suivent le cachet de la mairie et la signature du maire.

Cet excellent maire, si bon appréciateur de la *jorge* des nourrices, est champenois.

Les vieux proverbes n'ont pas toujours tort.

Jean Raimond.

— La Société de médecine de Caen propose, pour sujet d'un prix à décerner en 1844, la question suivante :

« Faire succinctement l'histoire de la dernière révolution opérée dans l'enseignement et la pratique de la médecine, ou de ce qu'on a désigné sous la dénomination de *médecine physiologique*, en la considérant dans ses diverses phases depuis son origine jusqu'à ce jour.

» Indiquer d'une manière impartiale ses avantages et ses désavantages ; fixer surtout avec précision ce qui en restera de vraiment utile pour la science et pour l'art. »

Une médaille d'or de la valeur de 300 fr. sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question. Les mémoires, lisiblement écrits, en français ou en latin, et dans la forme ordinaire des concours, devront être adressés, francs de port, à M. Etienne, secrétaire de la Société, avant le 1er mars 1844.

Les membres résidents de la Société de médecine de Caen sont seuls exclus du concours.

La Société décernera, en outre, tous les ans, des médailles d'argent aux auteurs des meilleures topographies médicales d'une contrée ou d'une simple localité du département du Calvados.

Les mémoires devront être adressés à M. Etienne avant le 1er mars de chaque année.

— M. Bouliech vient d'être nommé, à la suite d'un concours, aide-anatomiste à la Faculté de médecine de Montpellier.

Jamais l'huile de morue ne nous a paru avoir une influence évidente sur les organes de la circulation et de la respiration ; jamais sur les appareils de la sensibilité et du mouvement.

Je ne puis rien dire encore sans témérité sur l'action thérapeutique de l'huile de morue : nos malades toussent et crachent un peu moins, ont moins de fièvre, moins de sueur, mais, ainsi que je vous l'ai dit au commencement de cette conférence, nous attendrons quelques mois pour juger si l'influence de l'été n'a pas été pour la plus grande part dans le succès que nous avons obtenu.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Tumeur sanguine veineuse de la lèvre inférieure. Considération générales.

A propos d'une jeune fille affectée d'une tumeur sanguine à la lèvre inférieure, qu'il se propose d'opérer, et dont nous parlerons plus bas, M. Roux se livre aux considérations cliniques suivantes sur cette affection.

Les tumeurs sanguines fongueuses ou variqueuses, considérées sous un point de vue général, présentent une certaine analogie avec les anévrismes, de sorte qu'il serait souvent difficile de les différencier sous ce rapport. Quels sont ces points de contact entre deux maladies qu'on regarderait comme essentiellement différentes? C'est un principe que vous reconnaîtrez parfaitement fondé à mesure que vous avancerez dans la pratique et dans l'observation des êtres morbides; c'est-à-dire que les maladies, dans la nature, n'ont jamais des caractères aussi tranchés qu'on le penserait d'après la manière dont elles sont décrites dans les livres dogmatiques; on y trouve toujours, au contraire, des caractères qui les rapprochent et les lient, pour ainsi dire, entre eux, de manière qu'on peut dire, ce que du reste nous avons déjà dit d'autres fois, que tout se tient, tout se lie dans la science des infirmités humaines considérées surtout sur la nature. Ainsi, par exemple, dans les tumeurs sanguines fongueuses, vous trouvez encore des caractères qui appartiennent au cancer. Outre cette texture aréolaire et spongieuse propre de ces tumeurs, on y observe un tissu comme mélanique, sujet à des hémorrhagies fréquentes et copieuses qui se terminent bien souvent par la mort; *vice versâ*, dans des tumeurs essentiellement cancéreuses, on rencontre souvent des caractères propres à d'autres maladies, et en particulier des tumeurs sanguines, tels que des battements artériels très prononcés, des hémorrhagies fréquentes, un tissu spongieux, etc., à tel point que les praticiens les plus expérimentés peuvent souvent s'y méprendre et méconnaître la nature véritable de la maladie.

Je me souviens toujours d'une dame étrangère près laquelle j'ai été appelé dans un de mes voyages, il y a bien long-temps. Elle portait à un pied une tumeur que les chirurgiens du pays avaient jugée de nature purement sanguine, et que nous crûmes cancéreuse; je proposai même l'opération, qui fut acceptée et pratiquée par moi. La malade eut le bonheur de se rétablir parfaitement; la tumeur, bien examinée, présentait des caractères communs aux deux espèces d'affections.

Les Anglais ont imaginé le nom de *fongus hématode* pour désigner une tumeur non cancéreuse, mais ayant des caractères qui se rattachent au cancer, et qui en même temps conviennent aux tumeurs sanguines; c'est une espèce de tumeur sanguine toute particulière. En France, après avoir tout d'abord accepté cette dénomination nouvelle, on a mieux examiné la maladie, et on est arrivé à se convaincre qu'il s'agissait de tumeur sanguine où l'élément fongueux dominait, et qu'il était inutile d'introduire dans la science une dénomination nouvelle gréco-latine pour les désigner. Nous, en particulier, avons cru qu'aucune autre dénomination ne lui convenait mieux que celle de tumeur fongueuse; car, par elle, nous nous représentons mieux que par tout autre nom cet élément fongueux qui est dominant et caractéristique dans cette maladie.

Pour en venir maintenant aux points de contact qui existent entre les tumeurs sanguines proprement dites et les anévrismes, parmi ces tumeurs même les plus simples, vous en trouvez beaucoup qui consistent dans un développement considérable de tous les vaisseaux artériels qui se trouvent dans une région donnée, y compris les vaisseaux capillaires; dans les anévrismes, au contraire, on voit une dilatation anormale d'un des gros vaisseaux, bien souvent du vaisseau principal d'une région, ainsi, dans les deux maladies, il y a développement considérable, anormal des vaisseaux : voici l'analogie; mais dans l'une, cette dilatation affecte surtout les vaisseaux capillaires d'une région donnée, et, dans l'autre, c'est un des gros vaisseaux qui est dilaté le plus ordinairement : voilà la différence. Il y a de ces tumeurs qui sont formées par l'extravasation lente du sang s'échappant des vaisseaux, et se confondant avec les tissus dans lesquels il s'épanche au point de former une masse, un tout particulier avec ceux-ci; ceci est heureusement rare, car ce sont les tumeurs de l'espèce la plus grave. Quelquefois les parois des vaisseaux se percent de petits trous, deviennent une espèce crible à travers lequel on voit le sang sourdre lentement, s'infiltrer dans les tissus environnants qui s'en imbibent et viennent à former des tumeurs aréolaires fongueuses, de nature veineuse ou artérielle. Ce genre de tumeurs fut signalé la première fois par Pott, qui ayant affaire à des tumeurs de la région poplitée qu'il croyait anévrismatiques, après les avoir disséquées, trouva qu'il s'était trompé, car elles ne présentaient pas positivement les caractères de l'anévrisme; et ce grand praticien, dans la description exacte qu'il en donna, a fait bien sentir la différence entre ces tumeurs d'apparence anévrismale et les anévrismes ordinaires. Pelletan, dans sa Clinique chirurgicale, cite aussi quelques cas remarquables de tumeurs de cette espèce. Ce qu'on a dit des vaisseaux artériels qui se percent quelquefois de trous, par lesquels le sang sourde et s'infiltre dans les tissus, peut être répété pour les veines dont les parois subissent quelquefois la même altération, et le sang s'épanchant dans les tissus vient à former des tumeurs de nature veineuse.

Il y a donc parmi toutes ces affections, certains rapports qui, sous un point de vue philosophique, les font considérer comme appartenant toutes à la même famille.

Les tumeurs sanguines les plus communes résultent, comme nous avons dit, de la dilatation d'une partie du système vasculaire, c'est-à-dire des vaisseaux qui occupent une région déterminée. Elles commencent ordinairement par la dilatation des vaisseaux capillaires de cette région; dilatation qui s'étend peu à peu et consécutivement aux vaisseaux plus profonds; d'où le développement de la tumeur.

Ces tumeurs ont reçu différents noms dans ces derniers temps; mais nous les croyons tous plus ou moins inexacts, et sommes d'avis que le meilleur est toujours celui de tumeurs sanguines. Dupuytren les appelait tumeurs érectiles s'attachant au caractère qui semble les distinguer, d'être tendues, élastiques, etc.; dénomination qui fut adoptée par ses élèves, et qui est encore employée par beaucoup de chirurgiens de nos jours. Malgré tout le respect que nous professons pour la mémoire de cet habile chirurgien, nous avouons franchement que cette dénomination est de toutes la plus mauvaise; car si elle pouvait convenir jusqu'à un certain point aux tumeurs de nature artérielle, dans lesquelles principalement on observe cet état d'éréthisme, d'expansion particulier d'où on l'a tiré, elle ne conviendrait nullement aux tumeurs veineuses qui ne présentent pas ce caractère. D'ailleurs, quelle comparaison peut être rigoureusement établie entre l'état d'expansion, d'éréthisme de ces tumeurs, et l'érection des organes génitaux, de la verge, du clitoris, du mamelon, etc.? Dans ces derniers organes il s'agit d'un état fonctionnel physiologique, tandis que dans les tumeurs sanguines on a affaire à un état pathologique des vaisseaux. Ainsi cette dénomination est aussi mauvaise sous un point de vue philosophique. Pour nous, la dénomination ancienne de tumeurs fongueuses, quoique peut-être un peu grossière et peu scientifique, est meilleure en ce qu'elle nous rend mieux les caractères saillants et essentiels de la maladie.

Ces tumeurs diffèrent entr'elles, 1° quant à leur origine; les unes se développent dans des parties où rien n'existait d'anormal qui pût faire soupçonner la formation de cette maladie, et s'y développer sous l'influence de causes tout à fait inappréciables; d'autres se forment à la suite d'un état anormal préexistant, par exemple, de petites taches à la peau, lesquelles constituent une famille assez nombreuse d'affections ou difformités dites *nævi materni*. Les nævi sont de plusieurs espèces. Il y en a qui doivent nécessairement donner lieu plus tard à des tumeurs fongueuses. Ainsi, pour vous en citer un exemple, que vous avez sous les yeux, le petit enfant que nous avons taillé récemment, porte un peu au-dessus de l'angle externe de l'œil gauche une petite tache rose un peu piquetée, faisant un peu de saillie sur le niveau de la peau environnante, qui certainement tôt ou tard donnera naissance à une tumeur fongueuse, si on ne pense pas à la faire disparaître.

Le développement de ces tumeurs consécutives aux *nævi materni* se fait tantôt plus tôt, tantôt plus tard. Il y a des époques de la vie qui semblent exercer sur eux une certaine influence; ainsi c'est un fait d'observation que l'approche de la puberté chez les jeunes filles est une cause qui contribue beaucoup au développement de ces tumeurs. Il y a à cet égard un cas remarquable cité dans la Clinique chirurgicale de Pelletan, et dont j'ai pu moi même suivre toutes les phases dans le service de ce chirurgien.

Ordinairement, ou le plus souvent ces taches congéniales s'observent à la partie supérieure du corps, c'est-à-dire à la face, au cou, aux bras, etc.; elles sont aussi très souvent multiples. Il m'est arrivé d'enlever sur le même sujet quatre tumeurs sanguines; c'était une jeune fille; les quatre opérations réussirent parfaitement; mais les plaies qu'on dût pratiquer furent très longues à se cicatriser, et en outre laissèrent des traces plus ou moins marquées; il y eut des cicatrices un peu difformes. C'est là un fait que j'ai remarqué plusieurs fois, et qu'il est bon de noter comme guide dans le pronostic de ce genre d'opérations. D'après ce que nous venons de dire sur la presque certitude que les taches organiques de la peau sont le germe de tumeurs sanguines plus ou moins graves, il est facile de concevoir qu'on ne saurait trop se hâter de les faire disparaître. Il faut les opérer chez les enfants lorsqu'elles sont petites, pour prévenir les tumeurs consécutives; et ce but s'obtient de plusieurs manières, par le caustique, par la compression méthodique long-temps prolongée et par l'instrument tranchant. M. Roux cite ici sa fille propre, qui tout enfant portait une tache large comme l'ongle du pouce sur la tempe droite, et de laquelle il l'a guérie par une compression long-temps continuée; la tache disparut peu à peu; il n'y resta qu'un petit cercle un peu plus foncé que la peau environnante, mais qui disparut aussi tout à fait plus tard. Elle en fut radicalement guérie, car elle vécut jusqu'à l'âge de vingt-sept ans sans autre suite.

Les taches rouges vermeilles sont ordinairement de nature artérielle, et donnent lieu à des tumeurs sanguines artérielles, tandis que les taches noirâtres sont formées par des veines et produisent des tumeurs veineuses.

D'après l'importance qu'ont ces taches de la peau pour le développement consécutif des tumeurs sanguines, il est évident qu'on ne pourra se hâter trop de les enlever, d'autant plus qu'au début le traitement est très simple et très facile, car il s'agit d'enlever une petite couche de peau affectée de cette tache, ce qui ne présente aucune difficulté.

En général, ces *nævi materni* se présentent sous la forme de taches aplaties plutôt que sous celle de tumeurs saillantes, de différentes couleurs, etc. C'est de cette espèce de taches que les tumeurs sanguines, ordinairement, tirent leur origine; mais il ne faut pas prendre ce principe dans un sens trop absolu. Il y a des taches faisant un peu de saillie sur le niveau de la peau, qui peuvent, avec le temps, finir aussi par donner lieu à des tumeurs sanguines. Je vais vous en citer quelques exemples qui vous graveront mieux dans la mémoire ce que je viens de vous dire. Deschamps, chirurgien en chef de la Charité avant Boyer, avait à la jambe, depuis sa naissance, un *nævi materni* faisant saillie sur la peau, et n'ayant aucun des caractères des taches que produisent les tumeurs sanguines. Il le porta toute sa vie. Pourtant, à un âge avancé, et peut-être sous l'action du frottement, elle devint mollasse et fongueuse, acquit un volume plus considérable, et de temps en temps se fendillait, donnant lieu à des hémorrhagies assez abondantes. Certes, si on avait eu affaire à une personne plus jeune, on aurait bien fait de pratiquer une petite opération pour le débarrasser de cette infirmité, mais le grand âge de Deschamps détourna l'esprit des chirurgiens ses amis de cette idée.

Une dame âgée, de l'ancienne et illustre famille Montmorency, avait à la tête une petite tumeur congéniale à laquelle elle ne fit pas attention dans sa jeunesse, mais qui, grossissant dans un âge plus avancé, présentait des battements artériels très prononcés, et donna lieu à des hémorrhagies graves. Sans l'entourage des gens qui la détournaient de tenter l'opération, malgré son grand âge, j'aurais insisté pour qu'elle se fît débarrasser de cette tumeur par une petite opération, et je crois qu'elle lui aurait profité beaucoup, car elle succomba quelque temps après, et je suis d'avis que la petite tumeur de la tête n'a pas été sans influence sur sa mort.

Il y a donc, outre les *nævi materni*, d'autres altérations organiques de la peau qui peuvent, plus tard, se transformer en tumeurs sanguines véritables, et nécessiter l'extirpation ou tout autre traitement.

Quelques pathologistes ont admis aussi que des taches congéniales pouvaient se présenter sous l'épaisseur de la peau dans le tissu cellulaire. Wardrop, qui s'est occupé particulièrement de cette matière, a admis des *nævi materni* sous-cutanés, se développant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans d'autres parties; dans les membranes muqueuses même il peut y en avoir, et nous en avons vu; seulement, comme ces membranes sont d'une couleur rosée plus ou moins vive, les taches qu'elles portent peuvent ne pas être visibles. Nous en avons un exemple dans la jeune personne que nous avons opérée ce matin. Outre la tumeur variqueuse très évidente à la lèvre inférieure, elle a aussi une petite tumeur de la même nature sur la pointe de la langue et à la partie la plus profonde de cette lèvre, qui est peu visible.

Il y a quelques années, vint à Paris une dame de Bordeaux qui m'était recommandée, et qui avait une tumeur sanguine à la partie inférieure du rectum; elle était grosse comme une pomme d'api, et heureusement pédiculée, quoique ce pédicule fût gros comme l'index. Cette tumeur, bouchant l'orifice anale, gênait considérablement la défécation et produisait un trouble général dans les fonctions de cet intestin. Elle était essentiellement artérielle, douée de pulsations très fortes, ayant enfin tous les caractères d'une de ces tumeurs qu'on appelait dernièrement érectiles. A cause de sa forme pédiculée, j'employai une ligature, deux même, en partageant par moitié la tumeur avec ces deux fils. La malade guérit parfaitement. Cette tumeur avait probablement pour germe une de ces taches congéniales dont nous avons parlé, et qui, à cause de sa position, avait passé inaperçue.

Donc, ces tumeurs peuvent siéger à la surface de la peau comme dans les parties de l'organisme les plus profondes et les plus cachées; dans la substance même des os, comme on les a vus assez souvent, et on a voulu les appeler anévrismes des os. Scarpa, dans son bel ouvrage sur les anévrismes, en rapporte un cas remarquable placé dans l'épaisseur de la partie supérieure du tibia. Nous avons aussi observé une tumeur sanguine de cette nature dans le radius d'un individu; je sentais les battements à travers une lame mince de la substance osseuse, au milieu de laquelle elle s'était développée. Nous l'avons traitée d'abord par la ligature de la brachiale. A cet égard, nous vous dirons par anticipation que ce moyen de traitement par la ligature de l'artère principale du membre ne réussit presque jamais; autant cette méthode peut être utile dans les cas d'anévrismes véritables, et empêcher l'abord du sang dans les tumeurs anévrismales, autant elle échoue dans les tumeurs sanguines, fongueuses. Effectivement, la ligature de l'artère brachiale échoua dans le cas mentionné, et on dût pratiquer l'amputation du membre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX.

Annales de la Chirurgie française et étrangère. (Juillet 1843.)

De l'innocuité de la ténotomie, de ses causes et de ses rapports avec les lésions sous-cutanées et les plus ordinaires; par M. le professeur C. Sédillot.

L'innocuité de la ténotomie, attribuée à des causes inconnues et mystérieuses, était proclamée le problème le plus important de la chirurgie moderne, celui dont la solution devait rendre toutes les opérations sans danger et changer complètement la face de la science. Les plaies sous-cutanées et les lésions sous-tégumentaires partageaient, disait-on, la même innocuité et formaient un nouveau genre de blessures, ayant pour caractère essentiel de guérir sans accident. L'analyse des faits sur lesquels on fondait ces opinions en a démontré l'erreur à M. Sédillot. Comparant les lésions sous-tégumentaires et les plaies sous-cutanées accidentelles, aux plaies ordinaires, il a prouvé qu'elles pouvaient être également mortelles ou excessivement graves, et qu'aucune ne jouissait d'une véritable innocuité.

Etudiant ensuite les circonstances dans lesquelles ces blessures sont exemptes de complications, il les a ramenées à une loi commune, *la réunion immédiate*, dont il a signalé les conditions principales et secondaires. Ces considérations, puisées entièrement dans les principes de la pathologie, montrent que les causes de l'innocuité particulière de la ténotomie sont les conditions mêmes de la réunion immédiate, combinée de la manière la plus complète et la plus heureuse. M. Sédillot a cru dès-lors pouvoir prédire que le jour où l'on voudrait, comme

on l'a déjà tenté, appliquer la méthode dite sous-cutanée à des opérations moins simples que les sections fibro-tendineuses et musculaires, les insuccès seraient proportionnés à l'oubli des conditions assignées à l'innocuité de ce dernier genre de plaies, et prouveraient combien était vaine et illusoire l'espérance de généraliser des faits spéciaux et nécessairement restreints.

Journal de médecine de Lyon.

Opération césarienne pratiquée avec un double succès et pour la mère et pour l'enfant, sur une naine difforme; par le docteur Fréd. Monin, méd cin à Mornant.

La femme, sujet de cette observation, a été déformée par le rachitisme dès ses plus jeunes ans; sa stature atteint à peine un mètre en hauteur; ses fémurs et ses tibias décrivent d s courbes multipliées qui ont pour résultat d'en diminuer considérablement la longueur, et de rendre sa marche pénible et chancelante; enfin une tête, proportionnellement énorme, couronne une poitrine grêle et peu développée. Malgré ses désavantages physiques, cette femme ne voulut pas renoncer aux joies de la maternité; elle prit un époux, et devint enceinte pour la première fois vers sa trentième année. Au moment de l'accouchement, une matrone, lasse d'une attente vaine pendant trois jours de douleurs incessantes, envoie chercher un accoucheur des environs, qui, après des efforts infructueux, opéra la détroncation du fœtus et le broya ensuite. Cette opération ne dura pas moins de deux heures. L'accouchée eut beaucoup de peine à se remettre; sa vie fut pendant quelques jours en danger, et elle a conservé, des suites de son accouchement, une descente de matrice à laquelle elle remédiait par un pessaire.

Devenue enceinte, cinq ans plus tard, pour la seconde fois, et arrivée au moment d'accoucher, M. Monin fut mandé auprès d'elle. L'examen des parties lui prouva bientôt que l'accouchement, même chirurgical était, sinon impossible, du moins fort dangereux. L'enfant paraissait plein de vie, et le sacrifier nécessairement en le mutilant comme la première fois, lui paraissait également pécher et contre les règles de l'art et contre celles de la morale. Un confrère est appelé, et comme le travail n'était pas très avancé, on convint de le laisser s'établir naturellement. Ce moment n'arriva que trois semaines après. L'enfant venait en bonne position par la tête, et après avoir de nouveau constaté l'impossibilité de l'accouchement, les deux médecins n'eurent qu'un même sentiment, c'est que l'opération césarienne seule pouvait offrir une chance de vie à ces deux êtres menacés de périr l'un par l'autre. Proposée sans hésitation, elle fut acceptée av c résignation par la patiente, et pratiquée sur-le-champ.

« La malade, dit M. Monin, fut à l'instant placée sur le bord de son lit; je m'y plaçai à sa droite, et lorsque je voulus faire soulever le tronc par les aides qui devaient la maintenir, je m'aperçus que la nature y avait pourvu. La malade était couchée horizontalement; la face antéro-inférieure de la matrice que je voulais inciser se trouvait inclinée de telle façon, que mon incision dût être verticale de haut en bas, tant l'abdomen était projeté en avant et en bas; en outre, les cuisses étaient tellement pliées par le rachitisme, qu'il était impossible de les écarter et de les étendre; de telle façon que mon bras qui opérait se trouvait logé dans une espèce de canal formé par la courbure qui projetait en avant les deux fémurs. Décrivant avec le bistouri une ligne qui partait à un pouce au-dessous du nombril pour venir se terminer à la même distance près de la symphise du pubis, je divisai d'un seul temps les téguments et l'aponévrose; une seule artériole exigea que mon confrère exerçât sur elle la compression avec le doigt. D'un second coup de l'instrument tranchant, je fis à la matrice une incision en dédolant de manière à traverser presque imperceptiblement son épaisseur vers l'angle inférieur de la plaie; puis, glissant à travers cette étroite ouverture une sonde cannelée entre la matrice et les membranes amniotiques, je glissai dans la canelure de ma sonde un bistouri droit boutonné, et, relevant vivement ce dernier instrument, je pratiquai d'un seul temps à l'utérus une incision de bas en haut parallèle à la première faite aux téguments. Les membranes amniotiques étaient intactes; nous les divisâmes avec l'ongle, et nous découvrîmes l'enfant dont la tête était en bas appuyée transversalement par son sommet sur le détroit supérieur, le dos tourné directement en avant; en sorte que mon incision tombait sur la région lombo-dorsale de l'enfant: cette position était embarrassante; nous étions tombés juste sur le milieu de l'ovoïde fœtal, et la matrice fortement contractée sur l'enfant nous empêchait d'aller à la recherche de l'une ou de l'autre de ses extrémités. Enfin, nous réussîmes à donner à la colonne vertébrale de l'enfant une inflexion en avant, qui amena à l'ouverture factice une présentation des fesses, et nous en fîmes l'extraction avec facilité. L'enfant aussitôt après son extraction poussa des vagissements, et se comporta en tout comme s'il fût venu au monde par les voies ordinaires; il était bien conformé, dans un état d'embonpoint médiocre, et pouvait peser de huit à dix livres; c'était une fille. La délivrance fut immédiatement pratiquée; le placenta était fixé au fond de la matrice; quelques tractions légères suffirent pour en opérer l'extraction.

La réunion fut promptement effectuée à l'aide de trois points de suture isolés. L'angle inférieur de la plaie fut suffisamment ouvert pour donner une libre issue à la sanie, et plus tard à la suppuration que devait fournir la large plaie faite à la matrice et aux téguments.

La durée totale de l'opération fut à peine de deux minutes; elle parut moins atroce qu'on ne se le figure au premier aspect; la malade poussa à peine quelques cris.

Les suites de l'opération furent fort orageuses; il y eut imminence de péritonite, qui fut combattue par un traitement énergique, mais tout resta dans l'ordre; et vers le quarantième jour la cicatrisation était parfaite; la femme vaquait aux soins domestiques; elle allaitait son enfant et sa santé était parfaite.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des végétations du pénis par les lotions de bi-chlorure de mercure; par M. le docteur Boisseuil.

Un bon nombre de praticiens sont d'avis que les végétations du pénis sont toujours dues à un vice syphilitique; M. Boisseuil pense au contraire que, si dans la grande majorité des cas ces végétations reconnaissent pour point de départ une cause vénérienne, il est certaines circonstances dans lesquelles il est impossible de les considérer comme provenant de cette source.

Ainsi lorsqu'un homme, jouissant d'une bonne santé, ne se souvenant pas s'être exposé à contracter la syphilis, n'ayant surtout jamais eu aucun symptôme primitif de cette affection, voit tout à coup une ou plusieurs végétations apparaître sur le gland ou le prépuce, et qu'à l'aide de deux ou trois lotions de bichlorure de mercure il les voie disparaître sans retour, peut-on dire que ces végétations étaient vénériennes?

Tout le monde sait qu'à la suite des menstrues, les femmes ont souvent un flux leucorrhéique qui, chez certaines, est tellement âcre, irritant, qu'il peut alors donner lieu à des balanites et à des blennorrhées; ne serait-ce pas là aussi une cause des végétations? La malpropreté, l'excès du coït, peuvent encore amener le même résultat en provoquant l'inflammation du gland et du prépuce.

Lorsqu'un malade vient à M. Boisseuil avec des végétations, qu'il n'accuse aucun autre symptôme, et qu'il n'a jamais été affecté de la vérole, ce médecin n'hésite pas à lui prescrire un traitement purement local, qui le débarrasse bientôt de son incommodité. Mais, s'il y a eu le moindre symptôme suspect, si le malade accuse n'être guéri que depuis deux ou trois ans d'une affection syphilitique, il prescrit et le traitement local et un traitement général qui doit varier selon que les végétations accompagnent les accidents primitifs, ce qui arrive quelquefois, ou que ceux-ci sont passés depuis long-temps, selon aussi que le malade aura déjà été ou non soumis à un traitement.

Quant au traitement local, le voici:

S'il existe beaucoup d'inflammation autour des végétations, on la combat avec des lotions émollientes froides, puis on prescrit ensuite la lotion suivante:

Pr. Bichlorure de mercure,	50 centigrammes;
Laudanum de Sydenham,	10 grammes;
Eau distillée,	300 id.

M. et F. dissoudre S. A.

Il suffit de baigner la verge dans cette lotion trois ou quatre fois par jour, pour voir bientôt noircir le sommet des végétations; après quoi, elles se dessèchent et ne tardent pas à tomber atrophiées.

Comme il est des membranes muqueuses plus susceptibles les unes que les autres, il est parfois utile d'étendre ou de concentrer cette solution. Il ne faut pas s'étonner de voir arriver de légères excoriations du gland pendant l'emploi de ce moyen; il suffit alors de le suspendre et d'employer quelques lotions émollientes pour voir bientôt tout accident cesser; on reprend ensuite la lotion, qu'il est indispensable de continuer encore quelques jours après que toutes les végétations ont disparu; car elle n'a pas seulement la propriété de les détruire, mais elle possède encore celle de modifier la membrane muqueuse, en y anéantissant la disposition, la tendance à l'expansion, à la végétation.

Cette seule propriété la rend supérieure à toute autre espèce de moyens qui n'agissent que sur la végétation même, et non sur le reste de la membrane muqueuse, qui peut devenir plus tard le siége de nouvelles végétations.

M. Boisseuil conseille en conséquence, toutes les fois qu'on aura à traiter des végétations, qu'elles soient syphilitiques ou non, la lotion dont la formule précède, comme le moyen thérapeutique le plus simple et le plus efficace à la fois qui puisse leur être opposé. Seulement, si elles accompagnent des accidents primitifs de l'infection vénérienne, ou si, d'après les antécédents, elles sont jugées être des symptômes secondaires de cette infection, il regarde comme indispensable, en même temps qu'on prescrit l'usage de la lotion, de soumettre les sujets à l'action d'un traitement général approprié.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Efficacité de la teinture de muriate de fer dans un cas de blennorrhée rebelle; par M. Jones.

M le docteur Jones rapporte un cas de blennorrhée qui avait opiniâtrément résisté pendant dix-huit mois à l'emploi de tous les moyens internes et externes que l'on conseille ordinairement contre cette affection.

Dans ce cas, l'administration de la teinture de muriate de fer à doses progressivement augmentées de 20 à 40 gouttes trois fois par jour, amena en peu de temps les meilleurs résultats. (*The Lancet.*)

Ce fait n'offre rien d'étonnant, car tous les praticiens savent que l'on peut prescrire avec un avantage marqué les diverses préparations de fer dans les cas d'écoulements muqueux atoniques, soit comme astringents, soit à titre de toniques purs.

Discours sur l'utilité de la douleur physique et morale, par M. Mojon; avec Introduction, Appendice et Notes; par M. le baron Michel de Trétaigne. — Chez Fortin-Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

M. le baron Michel avait donné, en 1827, dans un journal de médecine, l'analyse d'un discours italien de M. Mojon, sur l'utilité de la douleur physique et morale. C'est ce discours traduit qu'il publie aujourd'hui, singulièrement commenté et annoté.

L'ordonnance du livre est très simple: une Introduction, le Discours de M. Mojon, un Appendice et des Notes; avant tout une Dédicace à un vieil et savant ami, M. le marquis de Fortia d'Urban, de l'Académie des Inscriptions et belles-lettres. La dédicace, l'introduction; l'appendice, les notes, sont de M. le baron Michel.

Les faits et les idées renfermés dans le discours sont repris par le traducteur, sous la plume duquel le sujet s'agrandit et se complète, en même temps qu'il se revêt de couleurs plus vives.

Dans l'Introduction, M. le baron Michel expose le sujet. Nous y avons surtout remarqué le passage où l'auteur fait ressortir éloquemment l'utilité de la première punition infligée à l'homme.

Le Discours de M. Mojon intéresse, mais il doit plaire davantage dans sa forme native. Notre langue, éminemment concise et nette, ne s'accommode guère de ces tours amples et flottants où se plaît le génie euphonique des Italiens. M. Mojon n'a eu garde d'oublier le fait si favorable à sa thèse, et rapporté dans ce Journal, d'un amaurotique rendu à la lumière par une émotion violente.

L'Appendice est le morceau capital du livre. Platon, Zénon, Sénèque, Cicéron, MM. Cousin, Pierre Leroux, et une foule d'autres écrivains philosophes, fournissent tour à tour à l'auteur des arguments en faveur de son thème, ou des sujets de discussions attachantes. M. le baron Michel commence par faire la part de quelques exceptions dont l'auteur italien n'avait pas tenu compte, et qui prouvent que la douleur peut avoir un caractère exclusif de nocuité. Il parle par expérience du danger qui résulte pour les blessés de se raidir sous le couteau du chirurgien, au point de rire ou de chanter, par exemple, pendant une opération. Cet éréthisme excessif peut être suivi d'un accablement funeste. La discussion dans laquelle M. le baron Michel met en cause Zénon de Citium offre de l'éclat et de la profondeur. Au moyen de transitions habiles, l'auteur se ménage l'occasion d'envisager une foule de questions. C'est ainsi qu'il examine celle de la peine de mort au point de vue de la douleur qui peut suivre la décapitation, sujet si controversé.

Dans les Notes ont trouvé place des citations intéressantes et des faits curieux, parmi lesquels deux observations de catalepsie se recommandent particulièrement à l'attention.

Le livre dont nous venons de donner une idée témoigne de fortes études philosophiques, d'une érudition variée et choisie; il est écrit avec élégance: il doit donc intéresser et plaire. L. B.

NOUVELLES.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 27 juillet courant, un concours public sera ouvert, le 4 novembre 1843, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de physique médicale vacante dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine et en chirurgie qui voudront prendre part à ce concours devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 octobre prochain.

— Par arrêté du ministère de l'intérieur, M. le docteur Aubanel, médecin-adjoint de l'Asile des aliénés de Marseille, vient d'être nommé médecin en chef de cet établissement.

— Les rédacteurs du journal les Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale proposent, pour l'année 1844:

Deux prix de 300 fr. chacun, l'un sur une question d'hygiène publique, l'autre sur une question de médecine légale, laissant aux concurrents le choix des sujets qu'ils voudront traiter.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis à M. Ollivier (d'Angers), rédacteur principal, avant le 1er janvier de l'année pour laquelle ils sont indiqués.

Seront chargés de l'examen des mémoires: pour l'hygiène publique, MM. Andral, d'Arcet, Chevallier, Gauthier de Claubry, Guérard, Kéraudren, Trelbuchet et Villermé; pour la médecine légale, MM. Adelon, Devergie, Leuret, Ollivier (d'Angers) et Orfila.

— Le corps médical de l'Alsace a fait dans ces derniers temps, plusieurs pertes sensibles. On annonce la mort de M. le docteur Schreiner, praticien distingué de Sainte-Marie-aux-Mines. Il y a quelques mois, on a eu à regretter la fin prématurée de M. le docteur Wunschendorff, récemment sorti de l'Ecole de Strasbourg où il avait laissé les plus honorables souvenirs.

— M. Cardon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, ex-chirurgien en chef aux armées, ancien chirurgien-major de l'hôpital civil et militaire de Provins, médecin des épidémies et des prisons du même arrondissement, vient de terminer sa carrière à l'âge de 86 ans. Dans une allocution simple et touchante qu'il a prononcée sur sa tombe, M. le docteur Bédor a rappelé les nombreux services rendus à l'humanité par cet honorable confrère, le doyen des médecins du département de Seine-et Marne.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 91. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme; recueillies et rédigées par M. le docteur A. BESSIÈRES.

Nota. Une transposition de feuillet ayant fait commettre une erreur à la fin de la dernière leçon (jeudi 6 juillet 1843), nous nous empressons de rétablir le texte tel qu'il devait être; ainsi, à propos de la méthode de Malapert, après ces mots : vous devez encore ne pas recourir à ce moyen, *il doit y avoir*: lorsque la tumeur est volumineuse et renferme une grande quantité de pus. Il convient de ne pas l'employer non plus dans le bubon cellulo-adénique suppuré, parce que fréquemment ici cette médication détermine une inflammation phlegmoneuse plus étendue que celle contre laquelle on la met en usage.

Je dois vous dire un mot du mode d'application : un vésicatoire du diamètre d'une pièce de un franc, et au besoin de deux, selon le volume de la tumeur, est appliqué sur le sommet de celle-ci. Le lendemain, aussitôt après la levée du vésicatoire, on recouvre la surface du derme dénudé d'un plumasseau de charpie trempé dans la solution suivante :

Eau distillée,	32	grammes.
Deuto-chlorure de mercure,	20	id.

Ce plumasseau est laissé sur la tumeur d'une heure et demie à deux heures, et au bout de ce temps, remplacé par un cataplasme émollient. L'escharre qui se forme est généralement mince, comprenant seulement les couches superficielles du derme. Au bout d'un temps qui varie suivant les individus, cette escharre se détache, et le derme se trouve perforé en plusieurs points. C'est par ces ouvertures que s'échappe le pus contenu dans la tumeur. On a dit, mais c'est inexact, que dans cette circonstance le pus filtrait à travers les mailles du tégument; ce qui est vrai, c'est que si le pus n'a d'issues que par de toutes petites ouvertures, il est, pour la majeure partie, résorbé par les parois du foyer.

Nous ne devons pas laisser ignorer que si les malades supportent, en général, assez facilement l'application de ce moyen thérapeutique, il en est chez lesquels il détermine pendant plusieurs heures, quelquefois même pendant des journées entières, une réaction fébrile assez forte pour déterminer le malade à ne plus y avoir recours. Nous ne devons par vous taire non plus que ce moyen a le grand inconvénient de laisser, pour l'ordinaire, surtout chez les femmes qui ont la peau fine et délicate, des cicatrices indélébiles et accusatrices. A la vérité ces cicatrices sont le plus souvent blanches, lisses, unies; car ce n'est que dans les circonstances où le caustique a détruit une assez grande épaisseur de la peau que la cicatrice présente un aspect désagréable, qu'elle est froncée et légèrement mamelonnée, comme celle que laissent après eux les vésicatoires entretenus pendant plusieurs années.

Ouverture de la tumeur. — Si le praticien pouvait toujours sûrement reconnaître le bubon non vénérien, il devrait, toutes les fois que celui-ci lui serait présenté, donner issue, à l'aide du bistouri, au pus formé, tout aussitôt que sa présence serait constatée. Toutes les fois que le malade consent à l'emploi du bistouri la guérison est considérablement hâtée, attendu que le pus écoulé, les parois du foyer reviennent immédiatement sur elles-mêmes, ce cicatrisent rapidement, ainsi que la légère ouverture faite aux téguments, et que toute apparence de tumeur s'efface. Mais dans l'incertitude où se trouve le praticien, qui ne peut souvent affirmer à quelle espèce d'engorgement il a affaire, il doit s'abstenir de pratiquer une incision qui, si le bubon était vénérien, verrait ses bords s'ulcérer, s'agrandir et se convertir en un chancre étendu. Malgré cette grave éventualité, il ne devrait pas hésiter à ouvrir les bubons dans lesquels la fluctuation est bien évidente, la tumeur ramollie dans toutes ses parties et la peau décollée, attendu que de tels bubons ne sauraient se terminer par la résorption du pus.

Lorsque la tumeur ne dépasse pas le volume d'une petite noix, que la peau n'est ni décollée, ni amincie, une ponction unique, petite, doit être pratiquée dans la direction du pli inguinal. Si le bubon a plus d'étendue, c'est plusieurs ponctions qu'il faut faire, les écartant le plus possible les unes des autres, afin d'éviter leur inflammation, et surtout leur ulcération, qui finirait par les réunir et amener une large solution de tissu. Ces ponctions multiples, pratiquées immédiatement l'une après l'autre, ont pour avantage de permettre à la tumeur de se vider facilement, d'éviter une longue et disgracieuse cicatrice, de prévenir le renversement de la peau et de favoriser, par les portions de cette peau non divisées qui se trouvent entre chaque ponction, le retrait des parois du foyer sur elles-mêmes. Sans doute que ces ponctions ne présentent pas à l'écoulement du pus une issue aussi facile qu'une vaste incision; mais elles ont en leur faveur l'inappréciable avantage de rapprocher les parois du foyer, de faire recoller aux tissus sous-jacents la peau de la base de la tumeur, de moins effrayer les malades et de faciliter plus tard, si besoin est, l'incision des téguments compris entre les deux plus distantes ponctions.

Lorsque la tumeur a acquis ou dépassé le volume d'un œuf de poule, on peut, de prime abord, avoir recours à l'incision étendue de la peau qui est amincie, entièrement détachée, d'une couleur violette, et à la veille de s'ouvrir, ou déjà même percée d'une petite ouverture. Ici, la direction de l'incision a de l'importance; elle ne doit pas être conduite dans le sens du pli inguinal, parce que le tégument, par son élasticité et par la contractilité de ses couches profondes et la conformation naturelle de la partie, ainsi que par le reste des brides cellulo-fibreuses qui s'étendent de l'aponévrose crurale à la face profonde de la peau (cette dernière se roule sur elle-même de dehors en dedans), s'affronte par sa face externe et devient la cause de fistules sous-cutanées interminables. On évitera cet inconvénient, si l'incision est pratiquée de manière à croiser presque à angle droit la direction du pli inguinal.

Si, malgré la fluctuation profonde et la peau tapissée encore d'une assez grande épaisseur de tissu cellulaire, on voulait, décidé par le volume de la tumeur, au lieu d'en faire la ponction, ce que nous ferions nous, en pratiquer l'incision, elle devrait être parallèle à la direction des nerfs et des vaisseaux inguinaux. Ce n'est pas que dans ce cas on ait, comme précédemment, à craindre le renversement des bords de la peau, en faisant l'incision parallèlement à la direction de l'arcade crurale, parce qu'elle est doublée d'une couche de tissu cellulaire qui s'oppose à ce renversement; mais bien pour être moins exposé à blesser les parties importantes qui se trouvent dans cette région. Pour éviter encore cette lésion grave des vaisseaux ou des nerfs, il est indispensable, avant de pratiquer la ponction ou l'incision, de bien fixer le bassin et la cuisse du côté malade, afin d'éviter tout mouvement brusque de la part du patient. Ceux même qui n'ont pas l'habitude de manier les instruments tranchants, doivent ne laisser dépasser entre leurs doigts que la portion de lame qu'ils ont jugé nécessaire de plonger dans la tumeur.

Ouverture à l'aide des caustiques. — Lorsque la fluctuation est très étendue, que la peau est dénudée, violette et à la veille de se perforer en différents points, ou même déjà le siége de plusieurs ouvertures spontanées ne laissant entre elles que des portions de peau à moitié désorganisées, on peut en ce cas, on doit même appliquer une certaine quantité de potasse caustique sur le sommet de la tumeur, afin de détruire toute cette partie de la peau qui serait indubitablement mortifiée par la gangrène ou par l'ulcération, ou bien qui deviendrait la cause de fistules sous-cutanées interminables. On devra d'autant mieux suivre cette conduite, que l'on aura senti à travers la peau ainsi amincie quelque portion de ganglion indurée et saillante au milieu du pus. Nous avons, en effet, souvent observé que le meilleur résolutif d'un engorgement ganglionnaire est la potasse caustique solide ou liquide le plus concentrée possible. On devra prendre toutes les précautions convenables afin d'obtenir une escharre régulière, ovalaire, et dont le grand diamètre soit parallèle à celui du pli inguinal; cela dans le but d'amener une cicatrice le moins difforme possible.

Traitement des bubons ulcérés.

Lorsque des bubons ouverts spontanément se sont convertis en un ulcère plus ou moins étendu, ils ont une grande tendance à persister dans cet état ou à faire des progrès, à détruire de proche en proche tous les tissus voisins. Les causes qui produisent cette persistance peuvent être rangées en cinq catégories principales.

Première catégorie. Ces causes peuvent dépendre de l'ulcère lui-même :

1° L'ulcère peut être entretenu par un excès d'irritation, soit de sa surface, soit des parties environnantes; dans quelques cas même, par une véritable inflammation. Ce dernier état résulte souvent de la situation verticale trop prolongée, de l'exercice violent, d'une continuation de rapports conjugaux, de pansements mal dirigés et malpropres ou faits à l'aide de linges grossiers, de frottements exercés par des vêtements rudes et sales. Vous avez eu récemment sous les yeux, un exemple frappant de ce que je viens de vous dire; rappelez-vous cette femme venue à pied de Bauvais : elle portait de chaque côté un vaste bubon ulcéré, entretenu dans cet état par un mouchoir sale, raide, maintenu contre les ulcères par une corde de la grosseur du doigt. Il a suffi d'ôter ce mouchoir, cette corde, d'un peu de repos, de lotions émollientes et de bains pour qu'en cinq ou six jours ils eussent considérablement diminué.

Les excès de régime, les boissons alcooliques, une alimentation trop copieuse peuvent s'opposer à la cicatrisation de ces solutions de continuité. Les inflammations viscérales produisent parfois aussi le même résultat.

Dans le cas qui nous occupe, le fond de l'ulcère est tapissé par des bourgeons ou par des espèces de végétations rougeâtres qui saignent au moindre mouvement, au moindre contact, ou même spontanément. Le pus est mêlé fréquemment à une certaine quantité de sang, les bords et les parties voisines sont rouges, luisants; sont le siége de démangeaisons, de cuissons, et même parfois de douleurs vives. Quant au tissu cellulaire voisin, il est tendu et rénitent.

Cet état d'inflammation disparaît en général avec facilité par l'usage des moyens suivants : tisane émolliente, repos, grands bains, fomentations émollientes, pansements simples avec charpie et cérat. L'application de sangsues sur la surface ulcérée est, dans ces circonstances, souvent très avantageuse, la saignée doit vous être aussi recommandée si le malade est d'une constitution forte et robuste.

2° Un état tout à fait opposé à celui qui vient de nous occuper, met trop souvent obstacle à la cicatrisation de l'ulcère; nous voulons parler de l'atonie dont les tissus sont le siége. Le fond de l'ulcération est mou, grisâtre ou violacé; les bords sont affaissés et renversés; et au lieu de pus, il s'en écoule une sanie fluide et grisâtre. L'ulcération tend constamment à s'agrandir par le ramollissement de son fonds et de ses bords, qui chaque matin se trouvent recouverts par une matière purulente mal liée, d'un aspect comme cendré.

Il est alors nécessaire de stimuler et de ranimer la vitalité des parties par des pansements faits avec des plumasseaux de charpie sèche ou enduits d'onguent styrax; par des plumasseaux trempés dans du vin aromatique. On peut encore saupoudrer cet ulcère atonique avec de la poudre de quinquina, ou le laver avec une décoction de la même écorce. Des lotions de vin aromatique, quelques gouttes de jus de citron qu'on fait tomber avant le pansement sur les surfaces ulcérées, produisent aussi le même résultat. Si ces moyens échouent, on cautérisera la surface et les bords de l'ulcère avec un crayon de nitrate d'argent, ou bien avec une solution peu concentrée de potasse caustique.

3° Le troisième ordre de causes qui entretiennent l'ulcération ganglionnaire, est la présence de fausses membranes plus ou moins épaisses : une inflammation diphtéritique ou phagédénique peut s'emparer de la solution de continuité. Dans cette complication heureusement rare, et qu'on ne rencontre même guère que dans les hôpitaux, on voit le fond et les bords de l'ulcère s'agrandir avec une effrayante rapidité, et une sanie pultacée, grisâtre, résultat du détritus des organes, recouvrir toute la surface de l'ulcération.

Cet état nécessite l'emploi prompt et énergique des caustiques : soit le nitrate acide de mercure, soit la potasse caustique, ou mieux encore, comme l'ont conseillé les docteurs Ordinaire et Cullerier neveu, le sublimé corrosif en poudre; j'ajouterai même le fer rouge, si ce moyen n'avait l'inconvénient d'effrayer le malade.

Deuxième catégorie. Les causes qui s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère peuvent dépendre de l'état d'altération des parties qui constituent ses bords et de celui des fragments de peau qui recouvrent en partie sa surface.

1° Quand la peau est décollée dans une certaine étendue, elle peut se rouler sur elle-même et présenter sa surface externe au fond de l'ulcération ou au bord opposé, et devenir ainsi un obstacle à leur adhésion. Sans même que cette peau se renverse ainsi de dehors en dedans, du pus peut s'accumuler dans la gouttière, ou sinus situé entre elle et la surface de l'ulcère.

Il faut alors relever la peau renversée, soit à l'aide de tentes ou de petits bourdonnets de charpie introduits entre elle et l'ulcération, ou bien exercer sur les parties voisines une compression qui force les bords à se tenir relevés. Lorsque le recollement des parties est empêché par le séjour du pus dans le sinus, il faut avoir recours aux lotions, ou mieux aux injections légèrement stimulantes pratiquées deux ou trois fois par jour. Si ces moyens échouent, il faudra inciser ces sinus, pratiquer quelques contre-ouvertures, et même exciser les portions de peau décollées et renversées.

2° Ce n'est pas décollement plus ou moins étendue de la peau qu'il y a dans quelques circonstance, mais tout à la fois décollement de la peau, destruction du tissu cellulaire sous-jacent, et amincissement de cette peau, dont la majeure partie des vaisseaux ont été détruits. Cette membraue frappée alors d'atonie est pâle, presque insensible, ou bien offre une teinte violacée, signe de la difficulté avec laquelle s'y opère la circulation. Souvent des brides passant au-dessus de la surface ulcérée, et y formant des sortes de ponts, unissent les uns aux autres les bords opposés de la solution de continuité.

Dans ces cas de décollement et d'amincissement, le seul moyen thérapeutique efficace est la destruction de la peau à l'aide des caustiques ou son ablation avec le bistouri ou les ciseaux courbes sur leur plat.

3° Des conduits fistuleux se rencontrent assez fréquemment

en plus ou moins grand nombre, et s'opposent à la guérison des bubons ulcérés, ou par le pus qu'ils versent constamment à leur surface, ou par celui qui séjourne dans les clapiers qu'ils ont formés. Ces conduits, qui sont au reste, comme tous ceux de leur espèce, tapissés d'une membrane qui est le plus grand obstacle à leur guérison, se dirigent le plus souvent de haut en bas et de dehors en dedans vers le pli génito-crural, le long des vaisseaux lymphatiques qui viennent des organes génitaux. D'autres fois leur direction est en bas, vers le sommet du triangle inguinal, le long des vaisseaux lymphatiques cruraux ou suivant le trajet de la veine saphène interne. Dans quelques cas ces conduits se portent en haut et en dehors, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; il semble que, dans cette circonstance, ils aient suivi le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques qui viennent aboutir à la région inguinale. Très rarement, à moins que le bubon ait été sus-inguinal (abdominal), ces conduits se portent directement en haut.

Lorsqu'on s'aperçoit que l'ulcération est entretenue par ces conduits fistuleux, dans lesquels s'accumule le pus, il faut y faire des injections plus ou moins stimulantes et ensuite exercer sur eux une compression aussi exacte que possible. Si ces moyens échouent et que le fond ou cul de-sac de ces conduits à direction déclive soit dilaté par la matière purulente, que la peau soit amincie en ce point, on devra y pratiquer de suite une contre-ouverture pour donner passage à la matière purulente accumulée. Cette contre-ouverture pourra être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le caustique, suivant que le cul-de-sac est plus ou moins profondément situé et la peau plus ou moins altérée. Une compression devra ensuite être faite sur le trajet du conduit fistuleux dans l'intervalle compris entre les deux ouvertures. On peut encore guérir ces conduits, lorsqu'ils ne sont pas entretenus par du pus séjournant dans la partie déclive, mais bien par la fausse membrane qui les tapisse, au moyen de la cautérisation de cette fausse membrane avec les trochisques de minium, la potasse caustique, le nitrate d'argent ou avec le sublimé corrosif en poudre. Dans un grand nombre de cas la simple injection d'une solution de potasse caustique concentrée ou de nitrate d'argent dans ces conduits fistuleux, suffit pour amener leur guérison, résultat qu'on obtient souvent aussi en couvrant les parties d'un vésicatoire. Si, malgré l'emploi de ces moyens variés on n'a pu triompher du mal, on doit avoir recours à l'incision pratiquée dans toute l'étendue des conduits. Ce serait même à ce moyen, vu sa constante efficacité, qu'il faudrait toujours et d'abord recourir s'il n'avait l'inconvénient d'effrayer le malade, d'être douloureux, et de laisser après lui des cicatrices désagréables.

4° Lorsque l'ulcération glandulaire est entretenue par l'induration, la callosité des bords, il faut amollir ceux-ci; on y parvient avec des applications émollientes, des fomentations de même nature, des grands bains long-temps prolongés. On emploie ensuite les frictions avec la pommade de calomel, la pommade iodurée, avec celle d'iodure de plomb. Ces callosités résistent-elles, il est indispensable d'en faire l'ablation.

5° Il arrive quelquefois que la peau qui forme les bords de la plaie est décollée et considérablement amincie, dans l'étendue de deux ou trois lignes dans une grande partie ou dans la presque totalité de la circonférence de l'ulcère. Il faut alors détruire cette portion de peau avec les moyens que nous avons déjà plusieurs fois indiqués; les caustiques ou mieux l'instrument tranchant. Dans les cas où les bords et les parties environnantes de l'ulcère sont enflammés, sans que le fonds même participe à cette inflammation qui s'oppose à la cicatrisation, les moyens thérapeutiques à employer sont les mêmes que ceux que nous avons conseillés dans les cas de l'inflammation de la totalité de l'ulcère.

Troisième catégorie. Les causes qui s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère peuvent dépendre de l'état des parties qui forment son fonds et de leur composition anatomique.

1° En effet, on voit quelquefois l'ulcération persister bien que ses bords et une partie de son fond semblent être disposés à la cicatrisation; cette dernière n'est alors, le plus souvent, retardée que par des ganglions enflammés, ramollis, indurés, ou par des ganglions dégénérés et tuberculeux, qui forment une saillie de 15, 20, 25 millimètres, par exemple, audessus du niveau des bords de l'ulcération; de telle sorte que ces bords séparés par la saillie ganglionnaire ne pouvant se rapprocher, se réunir, ne se cicatrisent point entre eux, non plus avec la saillie ganglionnaire qui ne saurait par sa nature devenir la base d'une cicatrisation. Il est bon de prévenir que, dans quelque circonstance cependant, le ganglion se déterge en partie, se couvre de bourgeons charnus, et qu'une pellicule mince, luisante, oblitère momentanément la solution de continuité. Mais ce n'est là qu'une ombre de cicatrisation; car sous l'influence du moindre écart de régime, de la plus légère fatigue, du plus faible frottement, cette cicatrisation s'irrite, s'enflamme, s'ulcère de nouveau ou se déchire.

Ces saillies ganglionnaires, qui s'interposent ainsi entre les bords de l'ulcération, doivent être combattues par les antiphlogistiques, par les fondants, par les toniques, suivant la cause qui a déterminé leur développement pathologique. Ramollis ou dégénérés, les caustiques ou l'instrument tranchant doivent les détruire.

2° Quelquefois les ganglions qui forment le fond de l'ulcère sont fongueux, donnent naissance à des végétations molles, saignantes, ou bien, eux-mêmes, ils sont le siége, à leur centre, d'une seconde ulcération plus ou moins étendue, laquelle fournit une suppuration qui s'oppose à la guérison. Le seul moyen à employer dans ce cas est leur destruction par les caustiques ou leur extirpation par l'instrument tranchant.

3° Lorsque l'ulcère est profond, qu'il va, comme nous l'avons quelquefois vu, jusqu'à la face antérieure de l'arcade crurale et de l'aponévrose du grand oblique, la cicatrisation en est long-temps retardée par ces tissus fibreux impropres à donner naissance à un nouveau tégument. Il faut, pour qu'une cicatrice se forme dans ce cas, que la surface de ces aponévroses végète, se couvre de bourgeons charnus qui deviendront la base de la cicatrice; mais avant que ce résultat soit amené, il se passe un temps souvent fort long.

4° Enfin nous avons vu que, dans quelques circonstances, l'ulcération était dégénérée en fistule par le ramollissement et la suppuration des ganglions profonds placés dans le canal crural.

Il faut, pour obtenir la cure de ces fistules, toute la prudence et la dextérité d'un praticien consommé. Les caustiques et les injections caustiques ne peuvent être employés ici qu'avec les plus grandes précautions, à cause des organes importants qui entourent le foyer du mal.

Quatrième catégorie. Les causes qui s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère peuvent dépendre de son étendue. Cette étendue peut, en effet, être telle qu'il soit de toute impossibilité d'amener les bords à se toucher. Il ne reste alors, après s'être toutefois bien assuré que l'ulcération a perdu ses caractères syphilitiques, qu'à pratiquer l'autoplastie à l'aide d'un lambeau emprunté aux parties environnantes; le flanc, l'abdomen ou la partie supérieure externe de la cuisse, par exemple.

Cinquième catégorie. Il est quelquefois de toute impossibilité d'attribuer la persistance de l'ulcération aux causes nombreuses que nous venons de passer en revue. Cette persistance tient alors, à n'en pas douter, à l'une ou à plusieurs à la fois, des causes qui suivent: 1° débilité générale du sujet; 2° constitution scrofuleuse ou scorbutique; 3° séjour dans un hôpital malsain, dans des lieux bas et humides; 4° à une alimentation insuffisante; 5° enfin, parfois à des irritations, à des inflammations chroniques du tube digestif.

Un régime convenable, un air pur, l'habitation à la campagne, la distraction, amènent, comme par enchantement, la guérison d'un ulcère qui jusque-là avait résisté à tous les moyens thérapeutiques. En dehors de toutes ces nombreuses causes que nous venons d'énumérer, il en est une encore qui s'oppose avec ténacité à la cicatrisation des bubons: c'est la présence du virus vénérien.

Un traitement général, soit par les préparations mercurielles, soit par l'iodure de potassium, soit par les sudorifiques, parvient seul à amener la guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er août. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Soubeiran fait un rapport demandé par M. le ministre du commerce et de l'agriculture, sur un chocolat au baume du Pérou, préparé par M. Durand.

Le rapporteur conclut à ce qu'il soit répondu à M. le ministre que ce chocolat ne présentant rien de nouveau, la pharmacie étant depuis long-temps en possession des moyens d'incorporer à cette substance toute espèce de médicaments, la demande de M. Durand ne mérite aucune attention.

Ces conclusions sont adoptées.

— *M. Velpeau* fait un rapport sur une observation communiquée par M. H. Larrey.

Nous avons publié les détails de cette observation en 1842.

Le rapporteur conclut: 1° à ce que cette observation soit renvoyée au comité de publication; 2° à ce que des remerciements soient adressés à l'auteur; 3° a ce que son nom soit placé parmi ceux des candidats aux places vacantes dans le sein de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Velpeau lit un second rapport sur un mémoire de M. Debrou, intitulé: Modifications à l'opération du bec-de-lièvre.

Conclusions: renvoi au comité de publication; inscrire le nom de l'auteur au rang des candidats au titre de correspondant.

M. Blandin revendique pour lui l'invention du procédé opératoire décrit par M. Debrou, qu'il attribue à M. Vallet, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.

M. Velpeau soutient que, d'après les termes de la communication de M. Debrou, M. Vallet aurait employé le procédé opératoire dont il est question, un an avant M. Blandin.

Une longue discussion, écoutée avec impatience par l'Académie, s'engage à ce sujet. Les conclusions sont adoptées.

— *M. L.-M.-A. Moreau-Boutard*, D.-M.-P., aide-major au Val-de-Grâce, lit, sur l'excision de la muqueuse dans les plaies intestinales traitées par l'entéroraphie, un mémoire complémentaire de sa thèse inaugurale du 1er août 1837.

Le but qu'il s'est proposé est la réunion directe ou sans intermédiaire des plaies intestinales; pour les longitudinales, par le simple affrontement de leurs lèvres à l'aide de points de suture; pour les transversales, par le même procédé, ou bien par invagination.

Il parvient à cette cicatrisation immédiate, et sans renversement aucun, en excisant jusqu'au niveau du retrait de la musculaire et de la séreuse, le bourrelet formé par la muqueuse, qui se renverse en dehors sur la lèvre de la plaie intestinale, et dont l'épithélium s'oppose à toute cicatrisation; ainsi, par l'affrontement, séreuse est mise en contact avec séreuse, musculaire avec musculaire, muqueuse excisée, saignante, avec muqueuse excisée...

Quant à l'invagination, il introduit le bout invaginateur dans le bout récipient, dont la muqueuse a été scarifiée et excisée en partie dans la longueur présumée de l'invagination (4 à 5 millimètres), de manière que la séreuse du bout invaginateur est en contact immédiat avec la muqueuse excisée du bout récipient, dépourvue de son épithélium, et devenue dès-lors surface saignante, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de cicatrisation voulues.

Par cette méthode, il obtient, à l'aide de la réunion directe, des cicatrisations: 1° rapides; 2° sans diminution du calibre intestinal et sans valvules à son intérieur; et dans l'invagination ce calibre intestinal n'est diminué que d'une épaisseur d'intestin.

Dans ce mémoire, sont décrits divers procédés de suture propres à l'auteur, accompagnés d'observations sur les vivisections y relatives, avec les pièces pathologiques à l'appui, ainsi que d'une discussion bibliographique sur la valeur des diverses méthodes d'entéroraphie.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Gimelle, Amussat et Jobert.

La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 34 juillet 1843. — Présidence de M. Dumas.

Note sur l'embaumement par injection d'un liquide dans les artères; par M. Marchal (de Calvi). — Une erreur générale, parmi les médecins, consiste à penser que la méthode d'embaumement par injection d'un liquide dans les artères est une propriété particulière; erreur d'autant plus accréditée, qu'en 1840, un médecin fut condamné comme contrefacteur pour avoir employé la méthode dont il s'agit. Mon but est de prouver que cette méthode était connue avant que personne n'eût songé à s'en assurer la propriété: j'ai besoin que ce but soit bien compris. Je ne fais pas un travail sur l'embaumement, et surtout je n'ai pas de méthode personnelle à préconiser; je veux uniquement essayer de détruire une erreur dont on a peine à comprendre la prolongation. En y réfléchissant, on concevra que, nonobstant l'exiguité scientifique de la question, j'ai cru devoir la porter devant l'Académie.

Les médecins sont aujourd'hui, par rapport à l'embaumement, dans cette alternative: s'ils embaument par l'ancienne méthode, on les accuse de hacher le corps humain; s'ils embaument par la méthode nouvelle, on les fait condamner comme contrefacteurs. Il y a là une situation tout à fait singulière pour les médecins, et une atteinte à la vérité.

La question de l'embaumement a occupé des esprits distingués. Nommer Rouelle et le comte de Caylus, c'est dire qu'en l'étudiant, on pourrait se trouver en bonne compagnie. D'un autre côté, les faits historiques et les aperçus ne manqueraient pas à celui qui l'approfondirait. Quant à moi, mon objet étant spécial, je demande à l'Académie la permission de m'arrêter sur deux points seulement.

Et d'abord, je dirai quelques mots de l'embaumement considéré au point de vue de la mutation perpétuelle de la matière; ce qui me conduira à indiquer rapidement les motifs qu'il peut y avoir de pratiquer cette opération.

Fixité des espèces, renouvellement des individus, telles sont les lois fondamentales du règne organique. Pour que les individus se renouvellent, il faut que la matière puisse changer d'un être à l'autre, du végétal à l'herbivore, de celui-ci au carnivore, et réciproquement, dans des rapports dont de récentes tentatives font espérer l'élucidation.

Il en résulte que la loi de renouvellement des êtres implique la loi de mutation perpétuelle de la matière, ainsi formulée par un illustre physiologiste, qui l'a étudiée dans l'économie animale avec autant de vigueur que d'élévation.

L'économie animale, en effet, offre saisissablement l'image de cette loi merveilleuse qui éblouit la pensée, lorsqu'on s'élève à la considérer dans le règne organique ou l'ensemble des êtres.

Dans l'économie animale et dans le règne tout entier, la loi de mutation se présente comme le résultat de deux lois secondaires; celles de composition et de décomposition. A chaque instant dans l'individu il y a mort de molécules et formation de molécules nouvelles. A chaque instant dans le règne il y a mort d'individus et formation d'individus nouveaux.

Mais dans l'individu et dans le règne, le phénomène revient à un roulement continu de molécules aujourd'hui vivantes, demain mortes et prêtes à revivre. Rien ne demeure dans la vie. La matière ne se fixe jamais. Et non-seulement l'être ne fait que passer dans la nature, mais encore rien n'y tient à lui, pas même ce qui le constitue. C'est ainsi que, livrée à deux forces, l'une sans cesse occupée à créer, l'autre acharnée à détruire, la nature vivante, dans son mécanisme, semble réaliser la fable antique des Danaïdes.

Ces deux forces irréconciliables sont pourtant nécessaires l'une à l'autre; celle qui crée ne peut rien sans celle qui détruit.

A ce point de vue du retour nécessaire de tous les matériaux organiques à la masse, une opération qui a pour effet de fixer la matière ayant vécu, est une opération contre nature.

Assurément il n'y a pas péril en la demeure, et la nature est assez riche pour qu'on puisse sans inconvénient soustraire quelques matériaux à la force composante. Aussi n'ai-je voulu qu'établir un principe en raison, sans prétendre en tirer une conséquence rigoureuse dans la pratique.

Il peut convenir que le prestige attaché à de grands personnages leur survive, et quelque chose d'exceptionnel recommande au respect des hommes ceux d'entre eux qui ont exercé l'autorité, ou qui se sont signalés par d'illustres travaux.

On comprend aussi que l'affection, plus instinctive que rationnelle, veuille arracher à la destruction la forme de l'être qui fut aimé.

Enfin, la justice a quelquefois intérêt à ce que le corps d'un individu soit conservé pendant un temps indéterminé.

Voilà donc des raisons plus ou moins plausibles de pratiquer l'embaumement.

On avait attribué l'usage égyptien de conserver les corps à une vue hygiénique. Cette opinion a été refutée. L'érudit Zoëga avait déjà résolu la question dans son livre sur les obélisques, ouvrage extraordinaire par le nombre et la variété des recherches.

Le second point que j'ai désiré examiner incidemment, est relatif à la momification naturelle.

La nature, parfois, semble elle-même enfreindre ses lois; mais cette infraction n'est pas absolue: il est difficile que la nature se démente complètement.

Tout le monde sait que les caveaux de Saint-Michel, à Bordeaux; ceux des Cordeliers et des Jacobins, à Toulouse, ont la propriété de conserver les corps.

A Ajaccio, en 1806, l'ancien couvent de Saint-François fut converti en hôpital, et l'on dut combler les caveaux de l'église. On trouva, dans ces caveaux, un grand nombre de religieux bien conservés. Ils étaient assis sur des fauteuils de marbre et vêtus de leurs habits. Leur peau était brune, et leur corps, suivant l'expression d'un témoin oculaire, semblable a du liége. Des faits du même genre ont été observés à Bastia et à Calvi.

Un mémorable exemple de conservation naturelle a été présenté par le corps de Napoléon.

Il y a, au grand Saint-Bernard, une morgue dans laquelle les religieux déposent le corps des malheureux qui meurent dans ces montagnes par l'excès du froid ou sous les avalanches. M. le docteur Lenoir a vu, dans cette morgue, plusieurs corps momifiés le long des murs; d'autres, décharnés, gisant à terre. Dès qu'un cadavre tombe sur le sol, toujours humide de la salle, il entre en décomposition.

Des corps ont été découverts dans les tourbières, après y avoir séjourné pendant des siècles. Les faits de ce genre les plus extraordinaires, faits à peine croyables et pourtant authentiques, sont ceux de ce rhinocéros et de cet éléphant, antérieurs à la dernière révolution du globe et si bien conservés que, pour me servir des expressions de M. Flourens, les chiens et les ours s'en disputaient les chairs.

On a vu des fœtus extra-utérins demeurer pendant de longues années dans le sein maternel, sans éprouver d'autre altération qu'un raccornissement.

On a encore un singulier exemple de conservation naturelle dans certaines gangrènes sèches. M. le professeur A. Bérard a, dans son cabinet, un membre ainsi sphacélé, qui, depuis plusieurs années, n'a subi aucune altération.

« Dans les contrées de l'Afrique situées au-delà du Nil, dit le révérend père Kircher, est un vaste désert de sable dont les vagues immenses apparaissent dans un horizon sans limites, semblables à celles de la mer; agités par les vents, ces sables produisent de si affreuses tempêtes qu'ils engloutissent sous leurs amas énormes, les voyageurs, les bêtes de charge et les marchandises..... Les corps, ainsi ensevelis, sont desséchés par l'ardeur des rayons du soleil et par la vertu de ce sable brûlant. » Telle est la *momie des sables*. Elle est très légère, puisqu'un sujet ordinaire se trouve approximativement réduit à un poids de vingt livres.

Le froid conserve en empêchant la décomposition, et la chaleur par la soustraction de toutes les parties liquides du corps. Mais on ne sait pas encore, faute de l'avoir suffisamment recherché, pourquoi certaines

localités sont conservatrices.

Les exemples précités de conservation naturelle n'offrent pas tous un même caractère de durabilité. Ainsi la momie des fondrières se décompose aussitôt qu'elle revient au milieu des conditions normales. La momie des sables, au contraire, peut se retrouver impunément au milieu de ces conditions. C'est que, dans le premier cas, le corps reste avec ses éléments, tandis que, dans le second, il en a perdu la plus grande partie. La loi de décomposition, lorsqu'elle respecte un corps, semble ne le faire qu'à regret. Il faut, pour ainsi dire, que force reste à la loi jusqu'au dernier moment. Le moment venu, la loi se retire. Mais que subsiste-t-il du corps qui semble avoir trompé la destruction? Une peau tannée rendant un bruit sonore, parce que rien ne la soutient, les tissus sous-jacents ayant été desséchés par l'evaporation des liquides.

Il suit de là qu'il y a deux modes naturels de momification : une momification relative, temporaire, et une momification absolue, définitive. La première ne mérite pas, à proprement parler, le nom de momification, puisqu'elle consiste dans une simple conservation à la faveur de conditions en dehors desquelles le sujet subirait la loi commune.

La nature, pour conserver, détruit, et le meilleur moyen d'arracher l'apparence d'un être à la loi de décomposition, semblerait être, d'après cela, de commencer par accorder le plus possible à cette loi, en s'écartant le moins possible du vœu de la nature vivante, qui exige que tout rentre dans tout.

« Quelques anciens, dit Dionis, ont prétendu avoir inventé une manière d'embaumement préférable aux autres, qui était d'ôter généralement toutes les chairs, en ne laissant que la peau et les os, et de substituer à leur place des poudres et des drogues aromatiques; mais en user ainsi, ce n'est pas préserver un corps de la pourriture, c'est seulement conserver la peau et le squelette. » Je suis de l'avis de Dionis, et je trouve, en outre, qu'il serait horrible de décharner ainsi le corps humain; mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que ces anciens tendaient au but de la nature, qui est de conserver la forme en reprenant la matière.

Je passe aux procédés. Ils se rangent sous trois chefs: embaumement par immersion, par incision, par injection. (Je ne tiens pas compte des procédés exceptionnels.) Le procédé égyptien consistait essentiellement à immerger le cadavre dans le natrum. Les passages d'Hérodote relatifs à ce procédé sont très connus. Ils ne sont pas précis, et la description de Rouelle interprète plutôt qu'elle ne reproduit les indications du père de l'histoire. Après Hérodote on a coutume de citer Plutarque comme s'il avait vu par lui-même, et l'on explique les dissemblances de sa version par son ignorance supposée de la langue égyptienne. Rien cependant, dans les œuvres de Plutarque, ne fait supposer qu'il ait voyagé en Egypte, et les auteurs compétents, Dacier, par exemple, sont fortement portés à croire le contraire.

Du temps de Paré et du temps de Dionis, on embaumait par incision. Les membres étaient divisés dans toute leur longueur, et imprégnés de poudres aromatiques, dont on remplissait aussi les cavités splanchniques. On aura une idée des résultats négatifs de cette méthode en lisant le chapitre de Paré, et le procès-verbal du citoyen Lenoir, sur la violation des tombes de Saint-Denis. On verra, par exemple, comment Louis XIV, parfaitement embaumé suivant cette méthode, fut trouvé dans un état de putrefaction liquide, tandis que Louis XV, que l'on avait simplement couvert de sel, était bien conservé. On connaît, à ce sujet, l'altercation qui eut lieu entre Andouillé et le duc de Villequier, racontée par l'auteur des *Mémoires* de madame Campan. Depuis M. Boudet, on emploie le sublimé à la place des simples poudres aromatiques. La méthode, ainsi modifiée, est parfaitement efficace, mais elle nécessite des délabrements : et, à efficacité égale, l'injection doit être préférée. Encore quelques mots, et j'arrive à cette dernière méthode.

Aucun médecin ne peut ignorer que l'emploi de la momie fut pendant long-temps un préjugé thérapeutique. La consommation qui se fit de cette detestable drogue donna lieu à une nouvelle branche de commerce. Des Juifs entreprirent d'embaumer tous les corps qu'ils purent se procurer. Voici le procédé suivi par l'un de ces trafiquants, procédé rapporté par A. Paré, d'après Guy de la Fontaine, médecin du roi de Navarre, qui revenait d'Egypte :

« Il vuidait le cerveau et les entrailles, et faisoit de grandes incisions au profond des muscles, et après les remplissait de poix judée, appelée asphaltite et prenoit des vieux linges trempez en ladite liqueur, et les posoit dans lesdites incisions, après bandoit chacune partie séparément : et estant ainsi bandez, enveloppoit tout le corps d'un drap trempé semblablement en ladite liqueur; lesquels ainsi accoutrez, les mettait en certains lieux, où il les laissoit confire deux ou trois mois.»

Cette contrefaçon jette du doute sur l'antiquité des momies parvenues en Europe à diverses époques. Ce fut probablement une momie de ce genre qui embarrassa Grandville.

J'arrive enfin à la méthode par injection. M. Berzélius l'a expressément indiquée dans le tome septième de sa chimie, traduit en 1833. Il parle d'un sujet qui fut parfaitement conservé au moyen d'une injection de vinaigre de bois à travers l'artère poplitee. Mais voici un document plus explicite :

De l'emploi de l'arsenic pour la conservation des cadavres;
par M. le docteur TRANCHINA.

« Depuis quelque temps les journaux italiens parlaient d'une méthode miraculeuse employée par le docteur Tranchina pour conserver les cadavres. Chacun avait le plus grand désir de savoir quelle était la substance qui s'opposait avec tant d'efficacité à la corruption des corps. Ce désir a été satisfait; M. Tranchina vient de déclarer publiquement dans une séance solennelle, à l'hôpital de la Trinité de Naples, en présence du général Alvarez et des plus grandes notabilités médicales, civiles et militaires, que la substance dont il se sert avec tant d'avantage depuis plusieurs années, est l'arsenic.

» Toute l'opération consiste dans l'injection par l'artère carotide gauche au moyen d'une seringue, d'une solution de deux livres d'arsenic, coloré avec un peu de minium ou cinabre, dans vingt livres d'eau de fontaine, ou mieux encore d'esprit-de-vin. S'il y a des signes d'un commencement de putréfaction des intestins, il faut, à l'aide d'un trois-quarts, introduire le même liquide dans la cavité abdominale. En employant l'esprit de vin, toutes les parties du cadavre conservent beaucoup plus long-temps leur fraîcheur et cette fermeté qui est nécessaire pour les préparations anatomiques.

« Tel est le procédé au moyen duquel un cadavre peut être maintenu pendant plus de deux mois sans odeur, ni altération; il conserve sa fraîcheur, sa flexibilité et sa couleur naturelle. Ensuite il se dessèche, durcit, prend une couleur obscure et se maintient dans cet état pendant de longues années.

» M. Tranchina a aussi essayé de combiner l'arsenic à la préparation ordinaire des injections qui, comme on le sait, se solidifie en se refroidissant; il a injecté ainsi le cadavre d'un enfant qui s'est parfaitement conservé.

» En récompense de cette découverte, M. le docteur Tranchina a reçu du roi de Naples la décoration de l'ordre de François Ier, une somme de 3000 ducats, et, de plus, il a été nommé chirurgien militaire en second. »

Cet article est extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 7 juillet 1835.

Le brevet d'invention de M. Gannal est du mois de septembre 1837.

Il est bien entendu que je ne saurais douter de la bonne foi de M. Gannal. Malgré le soin minutieux avec lequel il a recherché tout ce qui a rapport aux embaumements, un fait essentiel et récent lui a échappé.

Il restera à M. Gannal le mérite d'avoir donné à la méthode plus d'autorité et de publicité. Il lui restera aussi le droit exclusif d'employer le liquide mixte spécifié dans le mémoire descriptif à l'appui de sa demande de brevet. Mais je dois dire, à ce dernier égard, que les solutions d'arsenic et de sublimé, dont chacun peut se servir, sont préférables à tout autre liquide.

En résumé, j'ai voulu prouver que tout médecin a le droit de pratiquer l'opération de l'embaumement par injection, à la condition d'employer un autre liquide que celui de M. Gannal.

Recherches microscopiques sur la composition du tartre et des conduits muqueux de la langue et des dents; par le docteur L. Mandl. — Il se dépose habituellement sur les dents une matière molle, blanchâtre ou jaunâtre plus ou moins épaisse et qui s'y attache quelquefois avec force. Cette matière peut s'accumuler en plus grande quantité, se durcir par gradation et constituer de véritables concrétions dures et sèches, désignées sous le nom de *tartre*. Leur volume augmente par des couches nouvelles qui se déposent à leur surface. D'après une analyse faite par Vauquelin et Laugier, ces concrétions se composent: de phosphate de chaux, 66; carbonate de chaux, 9; matière animale, 14; oxyde de fer et phosphate de magnésie, 3. Analysé par d'autres chimistes, le tartre a offert des différences dans ces proportions; tantôt le phosphate de chaux était plus abondant, tantôt la matière animale prépondérante.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le mode de production de cette substance. Est-ce une sécrétion, ainsi que quelques personnes l'ont avancé; est-ce un dépôt des sels terreux contenus dans la salive et précipités par un agent chimique, ainsi qu'on le répète depuis des siècles dans les ouvrages de médecine; est ce une exhalation terreuse des capillaires sanguins, à laquelle est disposée la membrane muqueuse des gencives malades? Aucune de ces hypothèses n'est prouvée, aucune n'a la sanction de l'observation directe; au reste, elles se trouvent suffisamment réfutées par les recherches que nous avons faites sur la composition du tartre, et dont nous avons l'honneur de communiquer un résumé à l'Académie.

Il résulte de mes observations que le tartre qui se dépose sur les dents n'est qu'un amas de squelettes calcaires d'infusoires, agglutinés par du mucus desséché, à peu près comme certains terrains, d'après les recherches de M. Ehremberg, sont presque entièrement composés d'infusoires fossiles.

En effet, lorsqu'on prend une parcelle de mucosités qui s'amassent entre et sur les dents, et qu'on l'étend dans une goutte d'eau distillée et chauffée préalablement, on y apercevra à l'aide d'un grossissement de 400 à 500 fois, une foule d'infusoires qui se remuent très vivement, et dont la grandeur varie depuis 1/500e de millimètre jusqu'à celle de plusieurs centièmes de millimètre. Leur forme est identique à celle des infusoires que les auteurs décrivent sous le nom de vibrions, et elle a le plus d'analogie avec les *vibrions-baguettes*.

La présence des infusoires vivants dans les mucosités a été déjà signalée par Leuwenhoeck; Ehrenberg doute de l'exactitude de cette observation; quelques observateurs l'ont pu constater; d'autres enfin, la rapportent sans se prononcer. On peut, au reste, facilement se convaincre de l'existence de ces animalcules. Lorsqu'on a préparé une parcelle de mucus d'après la méthode indiquée, entre deux verres, la vivacité des mouvements ne permet aucun doute; la chaleur, l'acide hydrochlorique, etc., les font cesser instantanément. Les vibrions les plus petits présentent le mouvement le plus prononcé, et il est d'autant moins marqué que les dimensions des animalcules sont plus considérables. Certaines boissons paraissent leur être funestes.

On pourrait se demander si ces vibrions doivent leur origine aux matières animales, dont les débris s'amassent autour des dents, ou si les mucosités de la bouche seule suffisent à leur production? Cette question est difficile à résoudre; peut-être les observations suivantes y peuvent-elles contribuer : ces infusoires existent aussi en grande quantité chez des malades mis à la diète depuis plusieurs jours. Ils constituent aussi la majeure partie des enduits muqueux de la langue chez les personnes dont la digestion est troublée.

Après avoir constaté de cette manière la présence d'infusoires dans les mucosités buccales, nous étions curieux d'apprendre si ces animaux concourent à la formation du tartre. A cet effet, nous avons fait ramollir une parcelle de tartre concret dans une goutte d'eau pendant vingt à trente minutes, et après l'avoir comprimé entre deux verres, nous avons pu voir distinctement que le tartre était composé de vibrions morts de grandeurs diverses, mais le plus souvent mesurant plusieurs centièmes de millimètres réunis par une matière organique (moins desséchée), dont au reste la qualité est très variable. Souvent le tartre est presque uniquement composé de vibrions.

Il résulte de ces observations; que les vibrions sont pourvus d'une carapace et d'un squelette anorganique (calcaire), puisque le tartre, composé de sels calcaires, est principalement composé des dépouilles de ces vibrions. Cette observation se trouve dans le même rapport avec celle de Leuwenhoeck concernant la présence d'infusoires dans les mucosités buccales, que les recherches de M. Ehremberg sur la composition de terrains diluviens avec celles qui ont constaté la présence d'infusoires dans les eaux.

On comprendra maintenant facilement comment les soins de propreté, les liqueurs toniques et alcooliques, etc., peuvent empêcher les fonctions du tartre, en s'opposant à la production d'infusoires.

Si nous résumons ces observations, il en résulte :

1° Qu'il existe un grand nombre de vibrions dans les mucosités qui s'amassent autour et entre les dents.

2° Que le tartre doit son origine à un amas de ces vibrions morts, agglutinés par du mucus desséché, et que par conséquent il ne peut être considéré ni comme un dépôt de matière calcaire de la salive, ni comme une sécrétion particulière.

Bégaiement. — M. Colombat (de l'Isère) lit un mémoire sur ce sujet. Nous en extrairons le passage suivant :

Quoique dans ce mémoire, nous n'ayons pas fait connaître tous les moyens orthophoniques qui conviennent plus particulièrement à chaque variété de bégaiement, et les divers artifices que nous avons imaginés pour articuler dans certains cas difficiles, toutes les lettres et toutes les combinaisons vocales des voyelles et des consonnes, nous pensons avoir donné assez de détails pour établir que la méthode que l'Académie est appelée à juger depuis peu de temps, offre une similitude presque complète avec l'un des moyens que nous employons depuis plus de 15 ans, et qui est consigné dans un ouvrage en deux volumes, qui a été couronné il y a dix ans par cette académie. En effet, comme nous, celui qui s'en dit l'auteur, fait faire une inspiration, et comme nous aussi il recommande de ne parler que lentement et modérément pendant l'expiration, en maintenant toujours la poitrine dilatée par l'air et la langue sans raideur, et légèrement rétractée dans la cavité buccale, pendant l'articulation des mots.

Dans une lettre que nous avons adressée à l'Académie lundi dernier, nous avons voulu lever tous les doutes à cet égard en mettant un extrait textuel du mémoire décacheté le 3 juillet, en regard d'un extrait de notre ouvrage publié en 1829. La seule différence qu'il y ait dans la manière d'inspirer que nous conseillons, c'est que, pour effectuer l'inspiration d'une manière plus complète, nous faisons légèrement refouler la langue et relever la pointe de cet organe, dans le but d'abaisser inférieurement le larynx, d'ouvrir la glotte, et de faire cesser la constriction des cordes vocales qui souvent donnent naissance au bégaiement. Il n'y a donc aucune découverte réelle et presque rien de nouveau dans le mémoire cacheté, et dont l'Académie a pris connaissance il y a quelques jours.

— *Bruits propres de l'état de gestation chez la femme et sur le bruit de soufflet en général.* M. le docteur Stéfani envoie sur ce sujet un mémoire dont voici les conclusions : 1° lorsqu'on ausculte une femme enceinte à partir du 3e mois, on commence à saisir plusieurs bruits, tous différents par leur siége et par leur nature; 2° outre le bruit placentaire, il y en a d'autres qui conservent le caractère de souffle; 3° le bruit placentaire a lieu dans le placenta; il est produit par la circulation materno-fœtale. Il conserve des caractères particuliers distinctifs; 4° l'intensité du bruit placentaire et cardiaque du fœtus est sous l'influence de la circulation maternelle; 5° le bruit placentaire, jusqu'à l'epoque de l'apparition du bruit *cardiaque* du fœtus, est le seul signe pathognomonique de la grossesse; 6° le bruit placentaire cesse de se faire entendre lors de l'interruption de la circulation materno-fœtale; 7° le bruit de soufflet se produit toujours par une seule et même loi, c'est-à-dire par un obstacle à la libre circulation du sang; 8° les particules hétérogènes en circulation ne produisent pas le bruit de soufflet; il en est de même de la contraction active de M. Bouilland; 9° le bruit de soufflet qu'on entend après la délivrance appartient au bruit iliaque; 10° Dans certaines affections le bruit de souffle a lieu par l'insuffisance de contractions actives du cœur et des artères, comme dans la chlorose; il résulte de la combinaison des deux forces, impulsive et rétrograde.

Expériences de toxicologie sur le nitrate de potasse.—MM. Mojon et *Rognetta* adressent une lettre sur ce sujet. Ces expériences, faites sur les lapins, sont au nombre de seize. Les auteurs avaient pour but d'éclaircir les trois questions suivantes :

1° Est-il vrai que le nitrate de potasse n'est pas absorbé par la peau, ainsi que l'ont établi, M. Orfila le premier, et d'autres toxicologues ensuite? Sur cette première question, nos expériences, disent-ils, nous ont donné des résultats tout à fait contraires à cette opinion. Nous avons pu effectivement produire des empoisonnements mortels en injectant une solution aqueuse de nitrate de potasse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Douze grammes de ce sel dissous dans 100 grammes d'eau, tuent par cette voie un lapin de taille moyenne dans l'espace de six à huit heures.

2° La seconde question était celle-ci : Quel est le minimum de la dose mortelle du sel de nitre, par la voie de l'estomac chez le lapin? Ce minimum s'est trouvé fixé à 2 grammes dans nos expériences. Deux grammes de nitrate de potasse dissous dans 100 grammes d'eau, et injectés dans l'estomac à l'aide d'une soude, tuent l'animal dans l'espace de 30 à 40 heures. 1 gramme, 1 gramme et demi ne le tuent pas; 3 grammes le foudroient dans l'espace de 4 à 5 heures.

Nous avons en outre cherché à constater s'il était exact de considérer le nitrate de potasse avec certains toxicologues de renom, comme un poison irritant, âcre, inflammatoire, érosif. Encore ici nos expériences nous ont donné des résultats contraires. Les autopsies en effet ne nous ont pas montré la moindre trace d'inflammation, ni d'érosions dans l'estomac, ni dans les intestins, ni dans les reins, ni ailleurs. Tous les organes nous ont paru blancs et d'une flaccescence remarquable; seulement les veines abdominales étaient gorgées de sang, mais comme dans la mort par asphyxie.

Quant aux phénomènes enfin que les animaux empoisonnés par le nitre présentent, le plus remarquable est la sécrétion extraordinaire des urines. Ils commencent à uriner abondamment presque aussitôt qu'ils ont reçu le poison dans l'estomac, et cette sécrétion ne s'arrête que quelques heures avant la mort.

3° La troisième question est la plus importante, elle a pour objet de savoir quels sont les contre-poisons du nitrate de potasse.

Nos études sur les effets de ce sel chez les animaux et chez l'homme nous ont conduit à regarder son action dynamique comme asthénisante ou affaiblissante. Nous avons dû par conséquent lui opposer la médication stimulante comme propre à neutraliser son effet. Nous avons dissout 2 grammes de nitrate de potasse dans 100 grammes environ de vin léger, et nous avons injecté ce mélange dans l'estomac. Constamment les animaux ont survécu à cette expérience. Nous avons dû en conclure que l'action stimulante de l'alcool neutralisait l'effet toxique du nitrate de potasse.

— *Cas de morve précédé de farcin observé à Alger*, communiqué par M. le docteur Guyon. — Cette observation confirme toutes celles déjà connues.

— Sur la demande de M. Souberbielle, et pour remplacer M. Roux, absent, l'Académie adjoint M. Breschet à la commission nommée pour examiner les avantages que M. Souberbielle dit retirer de l'emploi de la pâte arsenicale modifiée par lui.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 6 juin 1843. — Présidence de M. TOIRAC.

M. Foy, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, est élu membre de la Société, sur les rapports favorables de *MM. Géry* et *Vée*.

A l'occasion d'une observation de névralgie faciale contenue dans le travail de M. Baraduc, dont M. Gaide a rendu compte dans la dernière séance, affection qui a nécessité l'excision des nerfs frontaux, *M. Edouard Louis* rappelle les avantages que procure le sulfate de quinine dans les névralgies à forme intermittente, ou simplement rémittente, et même quelquefois dans celles qui sont continues. Il cite un malade atteint d'une névralgie frontale présentant cette dernière forme, chez lequel il avait employé vainement l'acétate de morphine par la méthode endermique, tandis que le sulfate de quinine qu'il employa ensuite de la même manière, eut un succès complet. Selon lui, le sulfate de quinine n'est pas seulement l'antipériodique par excellence, mais encore un très bon antinévralgique.

Quant aux accidents qu'on pourrait craindre de son usage, ajoute M. Ed. Louis, je n'en ai jamais observé. Il est vrai que j'ai rarement dépassé 50 à 60 centigrammes par jour, et à cette dose on peut le continuer long-temps sans inconvénient. Je me rappellerai toujours une dame qui vécut, pour ainsi dire, de sulfate de quinine pendant tout un hiver. Je lui avais prescrit ce sel pour une névralgie faciale quotidienne. Le médicament arrêtait bien en effet les accès; mais dès qu'on voulait le suspendre, la douleur reparaissait, et force était d'y revenir. La malade consomma ainsi des quantités énormes de sulfate de quinine, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'elle put le cesser complètement. Loin d'en souffrir, les voies digestives semblèrent en recevoir une influence favorable; car une gastralgie pour laquelle j'avais précédemment soumis cette dame aux préparations ferrugineuses, se dissipa pendant qu'elle faisait usage du sel quinique, et n'a plus reparu.

M. Amédée Latour. Je ne partage pas l'opinion de M. Ed. Louis sur l'emploi du sulfate de quinine comme méthode générale de traitement dans les névralgies. Dans celles de ces affections qui sont à forme continue, ce médicament n'a pas les avantages que notre confrère lui attribue. J'invoquerai, à cet égard, l'opinion de M. Valleix qui a fait un ouvrage très complet sur les névralgies, et qui a traité avec étendue la question de l'emploi du sulfate de quinine dans ces maladies. Il établit, d'après un grand nombre d'observations recueillies dans tous les auteurs, que toutes les fois qu'il n'y a pas d'intermittence bien marquée, le sulfate de quinine demeure sans effet.

M. Ed. Louis. Il est certain que l'efficacité du sulfate de quinine est beaucoup plus sûre dans les névralgies intermittentes que dans celles qui ne présentent pas cette forme; cependant je l'ai vu réussir aussi quelquefois dans ces dernières, et sans contester les résultats des observations des autres, je puis affirmer la vérité du fait que j'ai cité.

M. Belhomme. Il n'y a guère d'affections nerveuses sans intermittence; mais malheureusement le sulfate de quinine n'arrête pas toujours la périodicité. Dans les affections mentales j'ai observé deux fois l'intermittence, et dans l'un de ces deux cas, le retour des accès suivait la périodicité de la lune; le sulfate de quinine n'a rien produit. Actuel-

lement je soigne un jeune homme affecté de démence intermittente ; je lui ai donné le sulfate de quinine sans succès. J'ai observé avec M. Gillette un autre cas de démence, avec complication d'oppression intermittente ; le sulfate de quinine a bien diminué l'oppression, mais le malade ayant un ramollissement du cerveau, il a succombé. Je dois ajouter que dans un cas de mélancolie intermittente chez une femme, le sulfate de quinine a réussi. En résumé, il faut distinguer les névralgies aiguës et celles qui sont chroniques ; le sulfate de quinine pouvant agir sur les premières, mais n'agissant pas ordinairement sur les secondes.

M. Ed. Louis. Il est important, en effet, de distinguer les névralgies intermittentes à courtes et à longues périodes ; car le sulfate de quinine ne peut guère avoir de prise sur une affection dont les accès ne se reproduisent qu'à des intervalles éloignés. Il ne l'est pas moins de distinguer les névralgies essentielles de celles qui se rattachent à une lésion organique, les effets du médicament en question devant encore être très différents dans ces deux cas.

— *M. Lozes.* Dans une des dernières séances, on a cité plusieurs observations de corps étrangers qui ont séjourné plus ou moins long-temps dans les tissus. En voici un nouvel exemple : En 1830, une femme se blessa la main à un carreau de verre brisé ; un médecin lui donna des soins et les plaies se cicatrisèrent. Huit ans après, elle éprouva des douleurs vers le pli du bras, surtout dans les mouvements de flexion. Je crus reconnaître à travers la peau la présence d'un corps étranger, et en effet, ayant pratiqué une incision, j'en retirai un morceau de verre que je vous présente : il est inégal, et long d'environ 4 centimètres.

Voici un autre fait plus singulier, et sur l'interprétation duquel il est permis d'avoir quelques doutes : Une dame, voyant son enfant près de tomber dans le feu, se précipita pour l'arrêter et, dans ce mouvement, s'enfonça dans la main une aiguille qui, dit-elle, n'est point sortie. Quelque temps après elle devint enceinte, et, pendant sa grossesse, elle accusa vers la région ombilicale un sentiment de piqûre pour lequel je lui conseillai des bains. Le terme arrivé, je l'accouchai, et environ deux mois après, un abcès s'étant formé à la cuisse de l'enfant nouveau-né, j'en retirai une aiguille oxydée que la mère prétendit être celle-là même qu'elle s'était enfoncée dans la main.

M. Gaide. Sans vouloir combattre les doutes de M. Lozes à l'égard du cas qu'il vient de citer, je rapporterai un fait qui prouve que dans les accidents de ce genre, il ne faut pas trop se hâter de se prononcer contre certaines circonstances extraordinaires et qui semblent impossibles au premier abord. Etant élève en médecine, j'eus occasion d'assister à l'autopsie d'un détenu de Clairvaux qui disait avoir avalé, huit ou dix ans auparavant, une fourchette de fer, et en effet, l'on trouva dans son estomac la fourchette située de la manière suivante : la partie de cet instrument qui est armée de dents était dirigée en haut et appliquée, par sa face convexe, contre la paroi antérieure du viscère, de laquelle naissaient des végétations qui s'avançaient entre les dents et maintenaient la fourchette immobile ; la partie rétrécie ou moyenne traversait la paroi inférieure de l'estomac et le colon transverse de part en part ; enfin le manche, descendant dans l'abdomen, venait s'appuyer contre l'arcade crurale, et avait déterminé dans ce point une légère dépression.

M. Félix-Legros. M. Jacquemin, médecin de La Force, a trouvé aussi, il y a trois jours, une fourchette dans l'estomac d'un détenu, et on lit un fait semblable à l'article *Cas rares* du Dictionnaire des sciences médicales.

M. Amédée Latour. Un chirurgien de province bien connu, Viguerie père, racontait que la première fois qu'il pratiqua l'opération de la taille, ce fut sur un perruquier. La pierre extraite, il la scia, et lui trouva pour noyau une épingle à friser, double. Interrogé sur l'origine de ce corps étranger, le malade recueillit ses souvenirs, et se rappela que, trente ans auparavant, coiffant une dame, et tenant à sa bouche une épingle double, il l'avait avalée par mégarde.

M. Desrivières pense qu'il est plus naturel de supposer que cette épingle a dû être portée directement dans la vessie par l'urètre, la science offrant beaucoup d'exemples d'introductions semblables faites dans un but dépravé. Revenant aux faits de corps étrangers ayant séjourné long-temps impunément dans les tissus, il rapporte qu'il lui est arrivé aussi d'extraire de la main un morceau de verre introduit depuis deux ou trois ans.

M. Toirac a observé un cas analogue sur une comparse de l'Opéra-Comique. Il paraît, dit-il, que le verre a de la tendance à rester dans les chairs, et que celles-ci s'habituent facilement à sa présence.

M. Baraduc. J'ai extrait également à l'hôpital Saint-Antoine, un morceau de verre long d'un pouce et demi, de l'éminence thénar, après deux ans de séjour, chez un professeur de gymnastique qui, pendant tout ce temps, n'avait point été gêné dans les exercices de son art par la présence de corps étranger. Le fragment de verre était comme enkysté, et il fallut, après son extraction, remplir la plaie de charpie, comme lorsqu'on a ouvert un kyste.

— *M. Félix Legros.* Je traite dans ce moment plusieurs jeunes gens affectés de blennorrhagie et tourmentés par des érections que je combats avec succès à l'aide du camphre. C'est, en effet, en pareil cas, la substance qui réussit le mieux. De tout temps, en ne remontant pas jusqu'aux Grecs et aux Romains, qui paraissent n'avoir pas connu le camphre, une vertu antiaphrodisiaque lui a été dévolue, et mille faits l'ont corroboré. De nos jours Alibert a cité une jeune nymphomane de Saint-Louis qui, après avoir pris un gros de camphre en une seule dose, fut débarrassée de ses désirs effrénés. Esquirol a guéri par le même remède des jeunes filles atteintes de nymphomanie hystérique. M. Guersant a connu un pharmacien qui perdit ses facultés viriles pour être resté pendant une journée le nez sur un flacon d'eau-de-vie camphrée. Le même médecin cite encore une jeune femme très ardente qui vit, après l'usage de pilules camphrées, disparaître non-seulement le désir du coït, mais encore tout plaisir en l'exerçant. J'ai moi-même soigné avec Dupuytren un élève en pharmacie de la rue des Lombards, devenu impuissant pour avoir couché dans un cabinet contenant du camphre ; et tout récemment encore, j'ai été consulté pour une jeune fille affectée d'une gastrite chronique évidemment causée par l'usage du nénuphar et du camphre, dont l'avaient gorgée de pieuses femmes pour la préparer dignement à sa première communion. Enfin, sans remonter à l'histoire de ces prudents marins de long cours qui employaient cette espèce de préservatif pour se mettre à l'abri des besoins vénériens ; à l'histoire non contemporaine de ces honnêtes peintres se couvrant le pénis de sachets camphrés, afin de rester continents auprès de leurs modèles nues. Sans chercher surtout à connaître la nature du camphre, tonique en France, hyposthénisant en Italie, conséquemment *incertæ sedis*, je soutiendrai qu'il exerce sur les facultés génératrices, une influence bien notée par l'Ecole de Salerne :

Camphora per nares castrat odore mares.

Je me demande maintenant ce que deviendrait M. Raspail si nos dames se faisaient traduire cette sentence. En effet, sans songer à mal, M. Raspail, dans un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général, et en particulier chez l'homme*, donne comme panacée le conseil qu'il suit lui-même à la lettre, de mettre chaque soir entre ses draps du camphre, d'en prendre à l'intérieur trois fois par jour, et la nuit chaque fois que l'on s'éveille, de se frictionner avec de l'alcool camphré ! Hérésie pharmaceutique, disons-le en passant, pour certains savants qui pensent que les composés de cet alcool par leur nature contraire, se neutralisent. Mais le ciel me préserve de vouloir combattre toutes les hérésies médicales du singulier livre de M. Raspail, dont, nonobstant, j'honore autant que personne la science et le caractère.

M. Amédée Latour. On pourrait pousser encore plus loin l'objection qui vient d'être adressée à M. Raspail. En effet, cet auteur emploie le camphre contre les insectes auxquels il attribue toutes les maladies, et que le camphre, selon lui, a la propriété de détruire. Mais alors cette substance ne peut-elle pas et ne doit-elle pas tuer aussi les animalcules spermatiques ?

M. Toirac rappelle que certaines névralgies dentaires sont calmées par un petit morceau de camphre entouré de coton et introduit dans l'oreille.

—*M. Bourrières* lit une note sur une source d'eau sulfureuse récemment découverte dans les fondations d'une maison en construction rue de Vendôme. Il en décrit les caractères physiques et chimiques, et de l'examen analytique auquel il s'est livré ; il conclut que cette eau est minérale sulfureuse, à base calcaire, et contenant de l'acide sulfhydrique libre et des sulfures alcalins ; qu'elle n'est pas ferrugineuse et qu'elle contient en suspension une matière organique. Traitée comparativement avec l'eau naturelle d'Enghien, elle lui a paru en tout semblable à cette dernière, et aussi riche en principe sulfureux.

M. Lesage. Il y a sept ou huit ans, pareille source, si source il y a, a été trouvée précisément rue de Vendôme, comme celle-ci. Il est difficile de croire que cette eau soit tout à fait identique avec celle d'Enghien, car elle ne se comporte pas de même à l'air.

M. Ségalas. J'en ai parlé avec des personnes compétentes, qui m'ont assuré qu'il y avait identité avec l'eau d'Enghien.

M. Vée. Quand même l'eau nouvellement découverte ne serait pas identique avec celle d'Enghien, si elle contient des hydrosulfates, cela suffit pour qu'elle puisse être utilisée en médecine.

Une discussion s'élève à l'effet de rechercher si l'eau dont il s'agit est une source unique ou fait partie d'une nappe, si elle provient de la décomposition des sulfates calcaires qui se trouvent en abondance dans les environs de Paris, ou de celle des matières animales.

M. Vée la termine en faisant remarquer que la question d'origine est peu importante, et que le point capital est la nature même de l'eau et sa composition.

Le secrétaire-général, EDOUARD LOUIS.

REVUE DES JOURNAUX.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. (Août 1843.)

Lettre d'un médecin de village sur l'action du seigle ergoté ;
Par M. ESPEZEL, D.-M. à Esperaza (Aude).

En administrant le seigle ergoté aux femmes en couche dont le travail se ralentit ou s'arrête, l'auteur avait cru jusqu'ici remédier à l'atonie, à la faiblesse de l'utérus, et il le prescrivait comme un remède très propre à réveiller les contractions de la matrice. Aujourd'hui l'auteur professe que le seigle ergoté est un hyposthénisant et que l'inertie de l'utérus tient plus souvent à un état d'éréthisme, de plénitude, de surexcitation dont cet organe est généralement le siége durant la grossesse, qu'à sa faiblesse ou à son atonie. Si les accoucheurs ont si souvent réussi, tout en étant dirigés par une fausse théorie, c'est que les divers cas heureux offerts par la pratique ne présentaient rien moins que les caractères de la véritable faiblesse, de la véritable atonie de l'utérus. Ils avaient à maîtriser l'énergie vitale d'un organe en réalité hypersthénisé et, sans le savoir, ils mettaient les mains sur un remède très propre à déterminer cette atonie, cette faiblesse qu'ils redoutaient tant.

Le seigle ergoté est un hyposthénisant. Voyez, en effet, son action physiologique : Pesanteur à la tête, engourdissement, assoupissement, fourmillement et froid extrême des membres, contractions spasmodiques et faiblesse excessive de tout le corps, syncopes, absence de tout mouvement fébrile, pâleur, immobilité et insensibilité générales, lenteur du pouls ; tout cela n'est-il pas le signe de l'hyposthénie ? Par quels moyens combat-on ces symptômes ? Par un vin généreux, une potion cordiale, une bonne alimentation. Le seigle ergoté, d'ailleurs, s'est montré très efficace dans une foule de cas où la phlogose joue le principal rôle.

L'inertie de l'utérus au moment des couches, tient bien plus souvent à sa surexcitation qu'à sa faiblesse. L'examen attentif de ce qui se passe dans l'état de grossesse le prouve. La matrice, stimulée par la présence de l'embryon, devient le siége d'une congestion sanguine constante qui prédispose beaucoup aux phlogoses générales ou partielles qu'on observe si souvent chez les femmes enceintes. Cette congestion entretient un état d'éréthisme, de plénitude indispensable au développement régulier et normal du germe. Lorsque, au moment des couches, cette activité, cette énergie vitales ne dépassent pas les bornes normales, la matrice travaille efficacement à l'expulsion du fœtus ; mais si la stimulation est trop forte, la congestion sanguine trop considérable, la matrice, en quelque sorte gorgée de sang, frappée d'apoplexie, paralysée, dont les forces sont non éteintes, mais opprimées, tombe dans cet état d'inertie, d'inaction, d'impuissance, qu'on a malheureusement confondu avec l'atonie.

Les succès qu'on obtient journellement de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements, prouvent son action hyposthénisante et la vérité du rôle que joue habituellement la matrice à l'époque de la parturition. Voici ce qu'enseignent l'expérience et la pratique pour hâter un travail qui marche avec lenteur ou qui a de la peine à se déclarer. Une seule saignée, pratiquée en temps opportun, a suffi bien souvent pour accélérer une parturition qui se faisait trop attendre ; un bain s'est montré très souvent efficace ; des lavements, des purgatifs huileux ont procuré des résultats avantageux, et pourtant ni la saignée, ni le bain, n'entrent dans la classe des remèdes toniques, fortifiants. Très certainement ces divers moyens ne sont utiles que parce qu'ils combattent l'état de phlogose, d'éréthisme, d'orgasme dont l'utérus est généralement le siége durant la gestation, et au moment des couches surtout. La lecture et la réflexion démontrent que le seigle ergoté n'a facilité, hâté la parturition que dans les cas où l'ensemble des symptômes dénotait un état hypersthénique de la matrice, que son action a été d'autant plus manifestement avantageuse, que cet état était porté à un plus haut degré ; la lecture et la réflexion prouvent encore que le seigle ergoté n'a été inutile ou dangereux que dans les cas où le travail et les douleurs languissaient par épuisement, par véritable faiblesse générale et locale.

ANNALES MÉDICALES BELGES. (N° 31.)

Croup avec expectoration de fausses membranes ; cautérisations de la partie supérieure du pharynx et du larynx au moyen d'une solution de nitrate d'argent ; guérison ; par M. RUOL-OGEZ, médecin à Anvers.

Un enfant de six ans contracte un léger enrouement le 2 novembre dernier. Cinq jours après, frisson, fièvre, toux rauque, respiration sibilante. Le lendemain fièvre légère, dyspnée, aphonie, respiration sifflante, accélérée et entrecoupée de quintes de toux sourde et sèche qui reviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Léger mal de gorge, gonflement peu prononcé des amygdales, engorgement des ganglions sous-maxillaires. Chaque quinte de toux oblige le petit malade à se mettre sur son séant, n'est suivie d'aucune expectoration, produit une congestion vers la face, et semble augmenter l'anxiété. Quatre sangsues à la région antérieure du larynx, pédiluves sinapisés, diète, boissons émollientes, mixture gommeuse stibiée. Les symptômes s'aggravent les jours suivants malgré l'insistance sur le traitement antiphlogistique, les potions stibiées, les révulsifs ; des lambeaux de fausses membranes apparaissent dans les matières vomies. Le troisième jour, le soir, tous les symptômes ont pris un accroissement désespérant, la mort par asphyxie est imminente ; le médecin propose la trachéotomie, qui est refusé par les parents. Il a recours alors à la cautérisation de la partie supérieure du pharynx et du larynx avec une solution composée de parties égales d'eau distillée et de nitrate d'argent, au moyen de la sonde de Belloc armée d'une petite éponge. Cette opération fut pratiquée deux fois de suite. A chaque fois l'enfant fut pris d'une toux suffocante suivie de vomissements et d'émission de lambeaux de fausses membranes. Le lendemain l'enfant était mieux. Deux nouvelles cautérisations sont pratiquées. Le jour suivant nouvelle cautérisation, et tous les symptômes se dissipent graduellement.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 92. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Chorée. Quelques considérations sur la marche et le traitement de cette maladie.

Au n° 7 de la salle Saint-Jean, a été couché le nommé Charles Pitron, âgé de cinq ans, né à Paris, entré le 15 mai 1843.

D'une constitution assez forte, cet enfant est habituellement d'une bonne santé. Vacciné, non variolé, il a eu, l'année dernière, la rougeole, qui a été fort bénigne et n'a présenté aucun accident sérieux. Depuis lors il n'a point eu d'autre maladie. Actuellement malade depuis dix jours environ, à la suite d'une frayeur violente qu'il a éprouvée, il a été pris de mouvements convulsifs désordonnés, non précédés de perte de connaissance. Ni chute sur la tête, ni coups. La seule cause à laquelle les parents puissent rapporter ces accidents, est l'impression morale dont nous avons parlé.

Depuis ce moment, il est agité continuellement de mouvements irréguliers, involontaires, des membres supérieurs et inférieurs. Prononciation assez difficile. L'enfant pleure souvent sans motif, ou pour les raisons les plus légères.

Au moment de son entrée à l'hôpital, voici l'état qu'il présente :

Quand il est couché horizontalement, il est assez calme; mais aussitôt qu'il s'assied dans son lit, les bras sont agités de tremblements convulsifs; les muscles de la face également, et l'enfant semble, par moments, faire la grimace à ceux qui le regardent. Il ne peut qu'avec difficulté porter à sa bouche, sans en répandre sur son lit, un gobelet rempli de liquide aux deux tiers seulement. Quand on le fait lever les membres inférieurs sont agités des mêmes tremblements et mouvements convulsifs et que les supérieurs. La progression est assez difficile. L'enfant présente tout à fait l'aspect d'un individu dans un état d'ivresse. Sa marche est souvent précipitée, rarement directe, chancelante. On croirait, à première vue, qu'il va tomber à chaque pas. De temps en temps, quand les mouvements convulsifs sont trop violents, et qu'il est menacé de perdre l'équilibre, l'enfant va s'appuyer contre les objets près et solides qui sont à sa portée; les lits de la salle, les murs, les chaises ou les tables. Quelquefois il semble prêt à pleurer quand la crise est très forte et a duré long temps.

Du reste, il ne se plaint d'aucune douleur. Pas de céphalalgie ni de douleurs dans les membres. La sensibilité est intacte, et il n'y a aucun point qui présente de paralysie, soit du mouvement, soit du sentiment. L'enfant comprend facilement les questions qu'on lui adresse, et y répond assez bien. L'intelligence n'a subi aucune altération. Ventre indolent, sans gargouillement, même à une forte pression. Pas de soif; appétit. Pas de toux. Résonnance et respiration bonnes partout. Chaleur de la peau normale, sans sueur ni sécheresse. Pas de dilatation ni de contraction anormales des pupilles. Potion composée de la manière suivante : sulfate de quinine, 0,30; carbonate de fer, 1 gramme; décoction de quinquina, 60 gram.; sirop de sucre, q. s. pour édulcorer; tilleul. oranger, 2 pots; 2 bouillons.

Le 25 mai, l'état du petit malade n'a pas très sensiblement changé; cependant il semble qu'il y ait un peu d'amélioration, et que les symptômes convulsifs soient un peu moins intenses. L'enfant chancelle toujours, et paraît près de tomber quand il est debout et veut marcher. Cependant il ne lui est jamais arrivé de perdre l'équilibre et de tomber par terre, même pendant les instants où il est le plus fortement agité. Il lui est impossible de rester debout immobile. Continuer la potion; sulfate de quinine, 0,60; le reste, *ut suprà*.

Vers le milieu du mois de juin l'état du malade s'est un peu amélioré, mais cet amendement est lent et presque insensible. Les phénomènes restent les mêmes, à part la question d'intensité. On substitue à la potion indiquée ci-dessus une autre potion renfermant : extrait de quinquina, 2 grammes, carbonate de fer, 2 grammes.

Nous avons revu, vers la fin du même mois, le petit malade qui allait sensiblement mieux. Les mouvements désordonnés et irréguliers moins violents; la progression était également plus facile.

— La chorée, dont nous venons de rapporter un cas détaillé, sans être une affection exclusivement propre à l'enfance, est cependant plus fréquente à cette époque de la vie qu'à toute autre; aussi profitons-nous de l'occasion que nous offre cette observation, pour présenter quelques considérations sur la marche, le développement, et surtout le traitement de cette affection dans l'enfance.

Les causes doivent d'abord réclamer notre attention. L'hérédité n'est peut-être pas sans influence sur le développement de la chorée, mais on manque d'observations nombreuses et bien authentiques pour venir à l'appui de cette opinion. En général, on l'observe plutôt chez les sujets d'une constitution délicate et faible que chez ceux qui sont sanguins et robustes. L'âge qui paraît être celui auquel on rencontre le plus souvent la chorée, est de six à douze ans. Cependant elle peut s'observer plus tôt, et la preuve en est dans l'observation que nous avons citée, et qui est relative à un enfant de cinq ans. La chorée est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, probablement à cause de leur constitution plus nerveuse et plus délicate.

Pour les causes occasionnelles, la plus fréquente est sans sans contredit la frayeur. On voit souvent des enfants chez lesquels la maladie ne reconnaît pas d'autre cause. Cependant il ne faudrait pas prendre pour cause de la maladie, cette disposition à s'effrayer que présentent les enfants, et qui résulte fréquemment, dit M. Guersant, de l'état nerveux dans lequel les sujets se trouvent quand la maladie se déclare. On n'a jamais vu la chorée se développer par imitation, ou du moins s'il en existe quelques cas, ils sont excessivement rares, et peut-être doit-on les considérer comme une véritable exception.

Rarement la chorée est la suite de coups ou de chutes sur la tête. Cependant il n'est pas que l'on n'en ait vu quelques exemples. Quant aux maladies antérieures, nous ne devons pas entrer ici dans des détails longs et inutiles à ce sujet, et nous n'examinerons point quels sont les rapports qui ont pu exister entre les maladies antérieures et les complications de chorée qui sont survenues. Nous noterons cependant, avant de terminer, l'influence qu'a souvent la masturbation sur la production de la maladie.

Les symptômes, la marche et le début de la chorée varient selon les sujets; de telle sorte qu'il est à peu près impossible de leur assigner une description toujours la même et toujours exacte. Le plus souvent l'affection débute d'une manière brusque et rapide, inattendue, plus ou moins long-temps après la production de la cause déterminante. Lorsqu'elle n'est pas la conséquence immédiate de cette cause occasionnelle, les enfants sont ordinairement et pendant plusieurs jours, en proie à une modification bien manifeste des fonctions du système nerveux. Ils sont abattus, tristes, ou d'une susceptibilité excessive et très irascibles. En même temps, on observe quelques troubles dans les fonctions digestives, la soif, l'appétit, etc. Il est extrêmement rare que la chorée débute sous les yeux mêmes du médecin.

Le plus habituellement les parents disent que l'enfant a présenté des mouvements convulsifs et désordonnés, formés dans la plupart des cas à un seul côté du corps. Ces mouvements consistent principalement en trémoussements, en tremblements partiels, déterminés par la contraction involontaire et inégale d'un ou de plusieurs muscles. De là, ces mouvements saccadés, faibles ou violents, qui annoncent l'impossibilité où est le malade de la diriger selon sa volonté. De temps en temps le malade peut agir volontairement. De là aussi cette confusion et cette irrégularité provenant du mélange des contractions normales et anormales des muscles. Ce qui constituent principalement la maladie, ce sont les mouvements involontaires, les secousses, qui laissent entr'elles des intervalles dont la durée n'a rien de précis.

La maladie reste peu de temps partielle et fixée à un seul côté du corps; bientôt elle envahit tout le reste du corps, et c'est au visage que ses effets commencent à être le plus manifestes. Les muscles de la face, par leurs contractions irrégulières, don-

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

1. *Infanticide. — Aveux. — Acquittement.* (Cour d'assises de la Somme.)

Le 24 mars dernier, on retira du puits communal de Mesnelies le cadavre d'un enfant nouveau-né, et diverses circonstances firent supposer que ce cadavre était celui d'un enfant dont une femme veuve, nommée Anquier, âgée de vingt-neuf ans, et déjà mère de deux enfants légitimes, avait dû accoucher dans la matinée du 10 mars précédent. Cette femme fut donc arrêtée, et elle avoua immédiatement au brigadier de gendarmerie chargé de son arrestation, qu'elle était accouchée d'un enfant vivant, et qu'elle l'avait tué en le jetant dans le puits. Une déclaration semblable fut encore faite par la veuve Anquier au médecin commis par la justice pour la visiter. Plus tard, cependant, l'inculpée rétracta ses aveux; ainsi, dans l'instruction, elle prétendit qu'elle était accouchée dans la matinée du 10 mars, seule et sans secours; que son enfant avait vécu deux heures environ, mais qu'il était mort d'une hémorrhagie, par suite de la négligence qu'elle avait mise à opérer la ligature du cordon ombilical; qu'alors elle avait caché le cadavre, et qu'au bout de deux jours, dans un moment d'égarement produit par la fièvre de lait, elle avait jeté dans le puits le cadavre de son enfant.

M. le docteur Dubois (d'Abbeville), appelé à faire l'autopsie, a constaté que le cordon ombilical paraissait avoir été coupé, mais qu'il ne portait en effet aucune trace de ligature; qu'au surplus l'enfant était venu à terme, qu'il était né vivant et viable, qu'il était mort peu de temps après sa naissance, et que sa mort était due uniquement à sa chute dans le puits, ce qui était évident par la nature des contusions remarquées sur le cadavre par l'extravasion sanguine, et surtout par le gonflement et l'injection des petits vaisseaux autour des parties lésées, phénomènes qui ne se manifestent point lorsque les contusions sont postérieures à la mort.

C'est sous le poids de ces charges que l'accusée a été traduite devant la Cour d'assises, où l'accusation a été soutenue avec énergie par M. l'avocat-général.

Le défenseur de l'accusée s'est expliqué d'abord sur les prétendus aveux de sa cliente. La veuve Anquier a bien pu dire au docteur en médecine et au brigadier de gendarmerie qu'elle était accouchée d'un enfant vivant, et qu'elle avait jeté cet enfant dans le puits, ce qui était vrai; mais c'est à tort que les témoins en ont conclu que l'enfant était encore vivant lorsque l'accusée l'a jeté dans le puits : sur ce point, il peut y avoir eu confusion dans leur esprit. Dans tous les cas, le défenseur soutient que l'aveu d'un accusé ne peut motiver sa condamnation qu'autant que la culpabilité est démontrée. Or, le défenseur, après avoir discuté toutes les autres circonstances de la cause, établit, dans une dissertation médico-légale, d'abord que l'enfant a pu périr accidentellement par suite d'hémorrhagie, et, en second lieu, que les ecchymoses avec gonflement constatées par le médecin ne prouvent point que l'enfant était encore vivant lorsqu'il a été jeté dans le puits. Ces phénomènes peuvent être, en effet, dit-il, attribués au séjour prolongé du cadavre dans l'eau et à la putréfaction, qui ont précisément pour résultats de développer des gaz et de produire la tuméfaction.

Ce système de défense, habilement développé, a été suivi d'un plein succès. La prévenue a été acquittée.

II. *Meurtre commis sur un ancien capitaine de la marine marchande.* (Cour d'assises du Finistère.)

Le sieur Halma, ancien capitaine de la marine marchande, était venu habiter, en 1836, un domaine rural qu'il avait acquis dans la commune de Spezet. Il s'était attaché, dès son arrivée, à faire respecter sa propriété par les paysans des environs, à qui la négligence ou la tolérance de l'ancien propriétaire avait fait contracter des habitudes de rapine; il avait été contraint de lutter contre eux avec toute l'énergie de son caractère, et il leur avait défendu notamment de chasser sur ses terres sans sa permission. De là des mécontentements et une assez vive irritation qui pouvait tôt ou tard se manifester par des actes de vengeance.

Le 1er mars dernier, vers deux heures de l'après-midi, M. Halma entendit les aboiements d'un chien de chasse et le bruit d'un coup de fusil dans ses bois; il s'y rendit immédiatement pour voir qui se permettait ainsi de chasser sur sa propriété. Bientôt une seconde détonation se fit entendre, et, peu de temps après, le nommé François Pichon, marinier dans le voisinage, sortit du bois avec un air tout effaré, et s'enfuit chez lui, d'où il envoya ses domestiques prévenir madame Halma que son mari venait de se tuer accidentellement, et lui-même se rendit chez le maire pour faire sa déclaration.

Voici le récit qu'il fit à ce magistrat :

Un sanglier ayant dévasté mes champs la nuit précédente, je m'étais mis à sa poursuite, armé d'un fusil double à piston, dont chaque canon était chargé de deux balles. Ayant trouvé le sanglier dans le bois de M. Halma, je lui tirai un coup de fusil, et comme je continuais à poursuivre l'animal, je fus tout à coup abordé par M. Halma, qui d'un air irrité, me reprocha de chasser sans sa permission; puis, il m'arracha mon fusil que je portais désarmé sous mon bras et dont le canon gauche était seul chargé : tenant alors mon fusil par le canon, M. Halma fit le geste de m'en frapper avec la crosse, et il m'atteignit même légèrement à l'épaule. Je pris la fuite, et j'étais à peine à quelques pas lorsque j'entendis une détonation derrière moi; je me retournai immédiatement, et je vis M. Halma chanceler et tomber à la renverse. Je courus à son secours; mais il était trop tard, M. Halma était déjà mort.

François Pichon termina son récit en disant que, sans doute M. Halma, qui tenait le fusil par le canon, avait heurté la crosse contre un arbre ou une branche, soit involontairement, soit dans l'intention de briser l'arme; que, par suite de ce choc, le coup était parti, et que les deux balles avaient été se loger dans la poitrine.

Pendant que Pichon faisait cette déclaration, madame Halma et ses domestiques s'étaient rendus dans le bois. M. Halma était étendu sur le dos; à trois mètres environ de ses pieds, et sur un terrain un peu plus élevé, entre deux souches de baliveaux, était placé le fusil de Pichon, les canons tournés du côté de la victime; le marteau ou chien du côté gauche était tordu de dedans en dehors, et à deux décimètres de croses, on remarquait une bourre en étoupe légèrement noircie. Les deux balles avaient traversé la poitrine en ne faisant qu'un trou pour y pénétrer, et les bords du gilet, autour de ce trou, était légèrement roussis. L'aspect du terrain n'offrait aucun indice de lutte; on y remarquait quelques balivaux clairsemés, dont les troncs ont à peine un mètre de hauteur avant d'arriver aux branches, et qui ne présentaient ni déchirure, ni excoriations. Les médecins chargés de l'autopsie ont pensé que, d'après la blessure, le coup avait dû être tiré de haut en bas, et l'inégalité du terrain ne leur a pas paru assez grande pour expliquer comment un homme placé à l'endroit où a été trouvé le fusil, et tirant horizontalement, la balle aurait pu pénétrer ainsi de haut en bas; suivant eux, le coup a dû être tiré, sinon à bout portant, du moins de très près, et la blessure vient l'expliquer dans deux hypothèses :

Ou bien M. Halma, tenant l'arme à deux mains, aura essayé de la briser contre un arbre à la hauteur de sa tête, et alors il est possible que le coup soit parti dans la direction suivie par les projectiles; seulement, dans cette hypothèse, on ne s'expliquerait pas comment un choc assez fort pour briser un des marteaux et fausser l'autre, n'aurait pas entièrement fracturé la crosse du fusil qui n'était que rajustée;

Ou bien, enfin, il est possible que le coup soit parti dans une lutte entre l'accusé et M. Halma, au moment où ce dernier, saisissant le fusil par le canon, faisait effort pour l'arracher, le corps penché en avant. Dans ce dernier cas, les marteaux n'auraient été brisés qu'après coup.

Un armurier a aussi été consulté, et cet armurier n'a pas pensé que

nent lieu à des grimaces passagères. Bientôt encore, les muscles de la langue se prennent, et la parole devient embarrassée et difficile par moments. Peu intenses au début dans les cas ordinaires, les mouvements augmentent d'intensité; les bras et les avant-bras exécutent rapidement et sans motifs des mouvements rapides de flexion et d'extension, ainsi que les doigts. Les mains saisissent difficilement et laissent souvent échapper les objets qui sont présentés aux malades. Enfin, et comme nous l'avons vu dans le fait précédent, les enfants ne peuvent que difficilement aussi porter un verre à leur bouche, et répandent souvent une partie du liquide qui y est contenu avant de pouvoir l'avaler.

Voilà pour les symptômes que l'on remarque dans le membre supérieur. Pour le membre inférieur, mêmes désordres; le malade marche en quelque sorte en fauchant; il jette ses jambes de côté, comme si celle qu'il lève était alternativement plus longue que l'autre. La démarche ressemble à celle d'un homme ivre; ou quelquefois, selon l'expression d'un médecin distingué qui a fait de précieuses recherches sur la chorée, aux mouvements que l'on imprime aux pantins à l'aide d'une ficelle. D'autres fois, la marche est irrégulière en zigzag, saccadée, et comme chez l'enfant dont nous avons donné l'histoire, il semblerait à chaque pas que l'on dût craindre une chute.

Nous avons parlé des mouvements de la face, et nous avons dit que l'enfant semblait faire des grimaces, dont on ne se rendait pas compte habituellement dans les premiers temps de la maladie, lorsqu'elle n'est encore que partielle; ces grimaces deviennent de plus en plus fortes à mesure que la maladie se généralise. La parole s'embarrasse, et la tête dans son ensemble est agitée de mouvements irréguliers et convulsifs. Il ne faudrait pas croire, d'après cette description, que tous ces symptômes s'observassent nécessairement, et soient tous intenses, dans tous les cas de chorée; au contraire, la chorée générale grave est plus rare que la chorée légère.

Les mouvements choréiques débutent ordinairement du côté gauche; mais peu après, la maladie se généralise, et les auteurs sont d'accord que la chorée la plus fréquente est la chorée double. On a vu quelquefois les crises choréiques soumises à une sorte de périodicité, d'intermittence régulière. Le plus souvent elles reviennent sans ordre et sans régularité, cessant ordinairement pendant la nuit; mais chez les enfants atteints de cette maladie, le sommeil est habituellement léger, facile à interrompre.

Quoique générale en ce sens qu'elle occupe toute l'étendue du corps, cependant la chorée est véritablement une affection toute locale, considérée comme affectant seulement le système musculaire de la vie de relation. Il est excessivement rare que les fonctions de la vie organique soient troublées d'une manière bien sensible. Les bruits et les battements du cœur sont normaux. Les fonctions digestives sont également dans un état d'intégrité parfaite. Enfin l'intelligence, dans la plupart des cas, n'a pas subi de modifications bien manifestes, à moins que la maladie ne se prolonge pendant plusieurs années, cas auquel il peut survenir chez l'enfant un état voisin de l'idiotisme. On observe quelquefois un peu de céphalalgie. Dans beaucoup de circonstances, une irascibilité très grande, et une grande disposition à pleurer.

Légère au début, plus violente à mesure que sa durée augmente, la chorée, sous l'influence du traitement que l'on met en usage, diminue le plus souvent d'intensité, et finit par disparaître après un temps plus ou moins long. Quand la terminaison doit être funeste, la marche de la maladie est inverse, et jusqu'au moment où la mort survient, les accidents ne font qu'augmenter de violence, et les accès redoublent de fréquence. Quand la mort survient, c'est probablement à l'asphyxie que l'on doit en rapporter la cause. L'accélération et la difficulté de la respiration, la petitesse du pouls, semblent venir à l'appui de cette opinion, que confirme aussi dans la plupart des circonstances l'absence de lésions pathologiques appréciables.

La durée de l'affection qui nous occupe est de six semaines à deux mois dans les cas ordinaires, et qui doivent se terminer favorablement. La marche est plus rapide dans les cas qui doivent se terminer par la mort; la durée n'est en général, dans ces cas, que de quelques jours, ou tout au plus de deux ou trois semaines. La chorée chronique est rare. Les auteurs auxquels nous empruntons une grande partie de ces détails, disent ne l'avoir rencontrée que deux fois, sur un grand nombre de malades. Mais il n'en est pas de même des récidives, qui sont extrêmement fréquentes chez les sujets chez lesquels on l'a observée une fois; c'est à Sydenham que l'on doit cette remarque, que des observations nombreuses sont venues et viennent chaque jour confirmer.

La chorée, avons nous dit, peut se terminer par la guérison sous l'influence d'un traitement convenable, et c'est heureusement là la terminaison la plus commune; quelquefois, mais rarement, par le passage de l'état aigu à l'état chronique; d'autres fois, rarement aussi, par la mort. M. Guersant a observé un cas où la mort fut produite par des accidents adynamiques et des troubles extrêmes de la motilité. Nous avons dit que la mort pouvait survenir déterminée par une véritable asphyxie.

Les maladies qui peuvent venir compliquer la chorée exercent-elles quelque influence sur la durée ou sur l'intensité du mal? MM. Rufz et Blache ont prétendu que cette influence était nulle. M. Guersant pense, au contraire, que ces maladies intercurrentes ont beaucoup d'importance, et qu'elles tendent souvent à revêtir la forme adynamique. Dans quelques cas, on a vu une chorée intense se dissiper sous l'influence d'une maladie intercurrente grave, d'une rougeole, par exemple, d'une pneumonie. L'influence de la complication est d'autant plus marquée que la chorée dure depuis plus long-temps. Il paraîtrait que ce sont surtout les fièvres éruptives qui auraient le privilége d'agir favorablement sur la marche et la durée de l'affection qui nous occupe. Il est des circonstances néanmoins où l'effet des complications est nul, même quand il s'agit de maladies de la plus haute gravité.

Le diagnostic de la chorée est important à établir, quoique cette maladie ne puisse être que difficilement, dans la plupart des cas, confondue avec les autres affections des centres nerveux. Le tic douloureux de la face, les convulsions saturnines et mercurielles, le delirium tremens, présentent quelques points d'analogie avec la chorée; on fera attention, pour établir ce diagnostic, à ceci: que les mouvements choréiques sont continuels, avec des redoublements de temps en temps, à des intervalles plus ou moins éloignés; tandis que ceux qui résultent des convulsions ne se font observer que par attaques, avec des intervalles de calme parfait. De plus, dans les mouvements convulsifs, existe une succession de mouvements complets de flexion et d'extension des membres. Dans la chorée, la flexion et l'extension ne sont presque jamais complètes, les mouvements volontaires étant combattus par des mouvements involontaires opposés, ce qui donne lieu à une série de contractions inégales. Enfin, la maladresse des malades et la difficulté qu'ils éprouvent à saisir les objets qu'on leur présente est encore un caractère distinctif et précieux.

Que si l'on pouvait supposer un seul instant une affection organique des centres nerveux, on reconnaîtra bientôt l'erreur en remarquant que l'intelligence est parfaitement nette, que le délire, la fièvre et les autres symptômes de l'encéphalite ou de la méningite manquent constamment. Dans l'épilepsie, il y a perte de connaissance complète et insensibilité. Dans l'hystérie on n'observe point cette physionomie grimaçante habituelle dans la chorée. Le traitement mercuriel et saturnin reconnaissent des causes spéciales qui manquent ici; enfin le tic de la face est borné au visage et ne s'accompagne pas, comme dans la chorée, de tremblements dans les membres.

Arrivons au traitement, qui est sûrement la chose la plus importante, et peut-être, oserons-nous le dire, la plus embarrassante, si l'on voulait parcourir les nombreuses médications qu'ont mises en usage les auteurs contre l'affection qui nous occupe.

Les anciens auteurs, et Sydenham entre autres, peu fixés sur la nature de la maladie, prescrivaient quelques émissions sanguines, peu abondantes à la vérité, au début de l'affection, se trouvant ainsi en contradiction formelle avec ces aphorismes si vrais: » *Sanguis frenat nervos. Sanguis nervorum moderator.* »

Cette pratique a été abandonnée par tout le monde aujourd'hui, et à moins d'indications formelles ou de complications graves de maladies aiguës, l'on se garde bien habituellement de mettre ce traitement en usage. Les toniques, les antispasmodiques doivent, dans la grande majorité des cas, former la base du traitement. Les bains froids, recommandés par Dupuytren, qui y ajoutait la plus grande confiance, les immersions et les affusions froides, sont souvent suivies de succès. Il est bien entendu qu'il faut, avant d'avoir recours à ces moyens violents, s'assurer avec soin de l'état des organes, afin d'éviter les contre-indications qui pourraient se rencontrer.

On a conseillé les bains sulfureux, que M. Baudelocque paraît avoir le premier employés, et desquels se sont bien trouvés M. Guersant et plusieurs autres praticiens livrés principalement à l'étude des maladies des enfants. Ces bains auraient l'avantage d'abréger singulièrement la durée de la maladie et d'amender promptement les symptômes. Il est cependant des cas qui résistent à cette méthode de traitement, et d'autres, heureusement peu fréquents, chez lesquels les accidents ont paru augmenter après les bains sulfureux, ce qui ne doit pas faire rejeter cette médication.

Les purgatifs indiqués et préconisés par les médecins anglais ont produit quelquefois de bons résultats. M. Guersant en a tiré souvent un parti très-avantageux. Néanmoins cette méthode est peu usitée en général. Quand on l'emploie, on doit débuter par des purgatifs doux, le calomel, par exemple, auquel on associe plus tard le jalap, la coloquinte, l'aloës.

Les toniques semblent constituer la médication la plus efficace et la plus communément suivie. C'est celle qui a été mise en usage dans le cas particulier qui a donné lieu aux réflexions dont nous l'avons fait suivre. Les ferrugineux et le quinquina, dans ces derniers temps, le sulfate de quinine, qui agit peut-être aussi par sa vertu antipériodique, semblent être les préparations qui obtiennent le plus de succès. L'extrait de quinquina, lorsque les organes digestifs sont dans leur état normal, peut être administré à dose assez forte, depuis un jusqu'à quatre ou cinq grammes dans les vingt-quatre heures, seul ou associé à une préparation ferrugineuse. Dans le fait que nous avons rapporté, M. Guersant a commencé par le donner à la dose de deux grammes dans un julep avec même quantité de carbonate de fer; on peut, à cette dernière préparation, substituer la limaille ou tout autre préparation de fer. Les substances ayant la propriété de produire souvent de la constipation, il faut avoir le soin de tenir le ventre libre par des lavements.

Chez notre malade, M. Guersant avait commencé le trai-

---

le coup ait été tiré à bout portant; car, dans ce cas, il est évident qu'on n'eût pas retrouvé la bourre, qui aurait pénétré avec les balles dans la poitrine de M. Halma. Suivant lui, la rupture du chien du côté gauche et la torsion de celui du côté droit, ont dû être occasionnées par leur choc violent contre un corps dur, par exemple contre un arbre, mais non contre le sol ou contre des pierres, car il serait resté des traces. Il pense aussi que le choc du chien gauche a pu déterminer l'explosion.

L'instruction a appris également qu'après l'événement, et avant de se rendre chez le maire, Pichon est sorti avec ses domestiques qu'il envoyait chez madame Halma; qu'il les a accompagnés jusqu'au bois où M. Halma venait d'être tué, et que ce fut là qu'il les quitta en disant qu'il allait chez le maire. Il est possible qu'il soit rentré en ce moment dans le bois pour briser le chien de son fusil, et disposer cette arme de manière à donner de la vraisemblance à son système de défense.

Du reste, Pichon n'a que de bons antécédents; il a servi comme militaire, a obtenu le grade de caporal, et, depuis qu'il a quitté le service, sa conduite paraît avoir été bonne.

C'est sous le poids de ces charges que Pichon a été renvoyé devant la Cour d'assises.

Aux débats, MM. Bernard, docteur en médecine à Châteauneuf, Leveux, médecin à Gourin, et Lebreton, docteur en médecine à Châteaulin, qui avaient été chargés ou d'examiner le cadavre, ou d'en faire l'autopsie, sont venus confirmer ce qui a été dit précédemment. La balle, d'après eux, avait traversé le sternum d'avant en arrière, de droite à gauche et un peu de haut en bas, à la hauteur de la quatrième côte; elle avait traversé le cœur, et était allée sortir par derrière le thorax, à la hauteur de la huitième côte.

L'armurier, M. Houdier, a confirmé son premier dire.

Trois officiers d'artillerie, appelés à titre d'experts, sont venus rendre compte des expériences qu'ils ont tentées. Ils ont fait expérience de coups d'arme à feu avec la même poudre dont se servait l'accusé, et ils l'ont prise dans sa poire à poudre et au n° 45 qu'il leur a indiqué. Ils ont bourré sur la poudre avec du papier gris, papier brouillard dont se servent les épiciers. Sur la balle, ils ont posé une bourre de filasse, à peu près pareille à celle dont se servait le prévenu.

Ils ont posé sur une chaise une botte de paille serrée, et derrière ils ont placé une planche.

Ils ont tiré quatre coups de fusil, à distance de dix à quarante centimètres, avec le fusil de l'accusé. A dix centimètres, sur une étoffe à peu près semblable à celle du gilet de M. Halma, ils ont posé cette étoffe sur la botte de paille. Les premiers coups, de dix centimètres, ont donné sur l'étoffe des traces de roussi, jusqu'à quarante centimètres, distance où la tache a sensiblement diminué. Au-delà de cette distance, on ne remarquait pas cette trace de roussi. La limite de leur expérience a été d'un mètre cinquante centimètres et de deux mètres. Les traces de roussi avaient disparu.

En conclusion, ils pensent que le coup de fusil est parti à une distance de quarante centimètres au plus.

En ce qui concerne la bourre, elle a traversé à chaque coup l'étoffe. Quelquefois elle est entrée dans la botte de paille, et une fois elle a traversé la planche; mais, à la distance d'un mètre cinquante centimètres, elle s'est arrêtée derrière l'étoffe.

La bourre qui leur a été présentée, et qui a été trouvée sur le lieu de l'homicide, était noircie à peu près autant que celle des épreuves qu'ils ont faites.

Cependant, à la première détonation, la bourre a en partie été brûlée.

Le jury a rendu un verdict déclarant Pichon coupable d'homicide volontaire, mais avec circonstances atténuantes. En conséquence, Pichon a été condamné à quinze années de travaux forcés et à l'exposition.

III. *Tentative de meurtre commise en plein jour sur le boulevard. Tentative de suicide.* (Cour d'assises de la Seine.)

Le 20 mars dernier, un jeune ouvrier corroyeur, Charles Moreau, natif de Metz, après avoir suivi pendant quelques instants madame Isot et ses deux demoiselles qui passaient sur le boulevard, tira un coup de pistolet à bout portant sur l'une de ces demoiselles, et déchargea ensuite un second pistolet sur lui-même.

La jeune demoiselle ne fut pas blessée, mais la commotion lui causa une indisposition dont elle n'est pas encore bien remise aujourd'hui. Le coupable, qui avait été blessé à la figure, mais peu dangereusement, fut arrêté immédiatement. Il déclara que, placé à Paris chez M. Lemaire, marchand de cuirs, de beurre et de grains, rue de la Truanderie, il avait eu le tort de dépenser en friandises la plus grande partie d'une somme de quatre-vingt-quatre francs qu'il avait touchée pour le compte de son maître; que, n'osant plus rentrer chez celui-ci, il avait conçu la pensée de se tuer et avait, dans ce but, acheté deux pistolets; mais qu'il voulait mourir avec éclat, et qu'en conséquence il avait résolu de donner la mort à une femme, quelle qu'elle fût, la première qu'il rencontrerait; que tel était le motif qui l'avait porté à commettre son inconcevable crime.

Aux débats, on a paru douter de l'intégrité des facultés mentales du prévenu, et M. le docteur Brun a été entendu à cet égard. Ce médecin s'est exprimé ainsi:

« J'ai été chargé de faire deux rapports, l'un sur l'état de mademoiselle Isot, l'autre sur l'état mental de l'accusé. Nous avons reconnu avec surprise, en ce qui concerne mademoiselle Isot, qu'elle n'avait éprouvé qu'une forte commotion. L'examen des vêtements nous a fortement préoccupé. Il y avait cette circonstance remarquable que les tissus les plus rapprochés de la peau avaient été percés, tandis que les tissus extérieurs ne l'avaient pas été. Ce fait a trouvé des semblables dans la science; cela tient à la force de résistance que ces tissus opposent. On peut s'expliquer que la doublure d'une robe soit percée alors même que la robe ne l'est pas.

» En résumé, l'arme était mal chargée; elle était de petit calibre, et mademoiselle Isot était couvert de plusieurs vêtements doublés et oualés. Voilà ce qui explique le peu de gravité de la blessure.

» Le second rapport avait pour but de constater l'état mental du prévenu. On nous a remis des documents venant de Metz, et nous avons eu à l'examiner directement.

» Quant aux dépositions de Metz; il faut distinguer celles qui émanent du père et des sœurs de l'accusé. Il y a bien quelque chose qui a trait à l'aliénation mentale; mais cette déclaration nous a paru suspecte, à raison des liens qui unissent les déclarants à l'accusé.

» Nous avons préféré nous en rapporter à la déclaration de l'un de ses maîtres, qui l'a occupé pendant trois ans, et qui n'a jamais remarqué d'aliénation mentale.

» Quant à l'observation directe à laquelle il a été soumis, nous l'avons interrogé souvent, et il a toujours répondu avec netteté et précision à nos questions.

» De tout cela, nous avons conclu que rien ne peut porter à penser que Moreau soit privé de raison.

Sur l'interpellation de M. le président, faite pour savoir s'il n'existait pas des cas d'aliénation mentale, M. Brun a répondu que la science en offre effectivement des exemples, mais que les symptômes auxquels cet état se reconnaît ne se sont pas présentés chez l'accusé; ainsi, il a toujours bien bu, et surtout bien dormi.

Un juré ayant désiré savoir si, à côté de l'aliénation mentale, il n'y avait pas l'idiotisme, le *minus habens*, en un mot, qui pouvait expliquer les faits du procès, M. Brun répond que cela pouvait sans doute se rencontrer, mais que Moreau a autant d'intelligence qu'un ouvrier peut en avoir, et il y a ce fait remarquable que, mis en contact avec cent cinquante individus dans la prison, rien n'a révélé qu'il fut, sous aucun rapport, dans un état exceptionnel.

« Au reste, a ajouté M. Brun, le fait reproché à Moreau, ce fait qui consiste à s'immoler après avoir toutefois sacrifié quelqu'un, n'a rien de tellement excentrique qu'il en faille être surpris; il y en a d'autres exemples. »

M. le docteur Ollivier (d'Angers), qui a été entendu ensuite, a appuyé les conclusions données par son confrère.

M. l'avocat-général a soutenu l'accusation, et sur le fait de détournement, et sur la tentative de meurtre. Il trouve trois motifs suffisants pour expliquer cette dernière action; ce sont la misère, le désespoir et l'orgueil. Quant à la démence, il n'en voit de trace nulle part.

tement par le sulfate de quinine à haute dose, 60 centigr. dans un julep. Les effets n'en ont pas été si avantageux que ceux que l'on a retirés de l'extrait de quinquina associé au fer.

Les antispasmodiques, et parmi eux nous citerons en première ligne la valériane en poudre, en extrait ou en infusion; ce dernier mode d'administratien est assez généralement abandonné à cause de la difficulté que l'on éprouve à la faire prendre aux enfants; l'assa fœtida, employé surtout en lavements, quelquefois en pilules; l'oxyde de zinc, dont on doit l'usage à Gaubius, vers le milieu du siècle dernier; le camphre, le musc, tels sont les moyens qui ont encore été conseillés dans le traitement de la chorée, et souvent avec succès. Les narcotiques, dont l'extrême agitation des malades devait naturellement donner l'idée, n'ont pas manqué d'être employés dans le traitement de la chorée. La belladone, le datura stramonium, et surtout l'opium; n'ont pas été les moyens qui ont le moins bien réussi. Ils doivent être principalement mis en usage quand les mouvements convulsifs sont tellement violents qu'ils empêchent le sommeil et troublent les fonctions respiratoires en accélérant outre mesure les contractions musculaires du thorax.

Il est bien entendu, et il est presque inutile de le dire, que chacune de ces médications ayant été mise en usage avec succès, et comptant un plus ou moins grand nombre d'heureux résultats, le médecin appelé à soigner un enfant choréïque devra baser son traitement sur les conditions individuelles dans lesquelles se trouvera le sujet, et ne pas se préoccuper exclusivement de telle ou telle méthode. Les révulsifs cutanés n'ont, en général, produit que des résultats peu marqués, et, à moins d'indications particulières, on ne devra guères y insister. Enfin, et pour terminer, l'hygiène devra être l'objet d'un soin tout particulier de la part du médecin, ainsi que le régime alimentaire.

Un mot encore, avant de terminer, sur la nature de la maladie. S'il fallait, se guidant sur l'ancien axiôme: *Naturam morborum ostendunt curationes*, déduire la nature de la maladie de l'application des divers modes de traitement mis en usage pour combattre la chorée, l'on serait sans doute fort embarrassé, en voyant tant de médications diverses conseillées dans l'affection qui nous occupe. On arrivera sans doute à des résultats bien plus certains en se guidant, non pas sur les altérations cadavériques, mais sur l'absence de ces lésions pathologiques. Elles sont, en effet, tellement rares chez les sujets qui succombent à la chorée, que l'on aurait le plus grand tort de conclure d'après les altérations accidentelles que l'on pourrait rencontrer dans les centres nerveux. Parmi les altérations cadavériques trouvées chez les choréïques qui ont succombé, il n'en est pas une que l'on puisse considérer comme une cause de la maladie. Dégagés de toute complication, les faits qui existent dans la science ne fournissent que des résultats purement négatifs. Ce n'est guère que d'après le mode de succession des symptômes, d'après leur ensemble, d'après la comparaison attentive des phénomènes et des troubles fonctionnels que présentent les malades à l'observation, que l'on peut essayer de ranger la chorée, comme l'a fait Pinel, dans les névroses du mouvement; et l'on doit, nous ne dirons même pas jusqu'à plus ample informé, car la chose est certainement bien prouvée et bien certaine, rejeter tout d'abord l'opinion de ceux qui ont cru pouvoir, se fondant sur quelques expériences de Rolando et de M. Flourens sur les fonctions du cervelet, localiser la chorée dans le cervelet. Pourrait-on, en effet, citer une seule observation de chorée bien authentique, dans laquelle on ait rencontré une lésion du cervelet à laquelle on ait été sûr de pouvoir attribuer, sans crainte d'erreur les désordres des mouvements observés dans la chorée?

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Tumeur sanguine de la lèvre inférieure. Considérations générales sur ces affections. (Suite et fin.)

Voyons maintenant, continue M. Roux, en peu de mots, les différences essentielles qui existent entre ces tumeurs elles-mêmes. Il y en a qui dans leur évolution suivent une marche analogue à celle des tumeurs encéphaloïdes, et qu'on aurait par conséquent quelque difficulté à distinguer de celles-ci. Il y en a qui sont essentiellement formées par des artères (comme nous l'avons déjà dit); et d'autres constituées essentiellement par des veines; d'autres enfin à la formation desquelles concourent les deux ordres de vaisseaux sanguins. Lorsque J.-L. Petit s'occupa de cette espèce de tumeurs dans la belle description qu'il en donne dans ses ouvrages, il n'admit en général comme éléments constitutifs que des veines; ce qui est une erreur, car il y a beaucoup de ces tumeurs qui n'ont d'autres éléments constitutifs que des artères; il faut croire que ce grand chirurgien n'a eu occasion d'observer que des tumeurs sanguines dites *veineuses* ou *variqueuses;* mais ce n'est là qu'une espèce, et non pas toute la famille de ces importantes affections.

Nous trouvons de même défectueuse la dénomination d'anévrismes par anastomose que les Anglais ont voulu donner à certaines tumeurs anévrismales, et que nous croyons être mieux désignées par le nom de varices anévrismales. Je crois avoir discuté à fond cette question dans la relation que j'ai publiée de mon voyage à Londres en 1814, et plus longuement encore dans mon Mémoire sur la matière, inséré dans le dictionnaire en vingt-cinq volumes. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage. Malgré ces travaux et d'autres qui ont été publiés récemment, il y a encore quelque chose à faire; c'est une mine d'études très riche. Je ne saisis pas encore bien, par exemple, les différences entre les tumeurs sanguines et les anévrismes faux, etc.

La tumeur de notre jeune fille est essentiellement veineuse; il n'est pas difficile de la reconnaître et de la distinguer des tumeurs sanguines artérielles. Dans celles-ci (comme nous avons déjà observé), il y a des battements, des pulsations isochrones à celles des artères, se propageant jusqu'aux vaisseaux principaux du système artériel de la région, rameaux qui concourent à alimenter les tumeurs mêmes par le sang qui leur appartient. C'est à cause de ces caractères qu'on a appelé cette espèce de tumeurs anévrismes, ayant effectivement des caractères communs avec cette dernière affection.

Ici M. Roux présente plusieurs dessins représentant des tumeurs sanguines de la face qu'il a opérées dans sa pratique; il montre:

1° Le portrait d'un petit enfant portant une tumeur sanguine qui siégeait sur le côté droit du nez et envahissait une partie de la joue correspondante jusqu'à la partie inférieure.

2° Un dessin représentant une jeune fille avec une tumeur sanguine veineuse considérable à la lèvre supérieure, qui s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la joue droite; elle fut guérie à l'aide d'aiguilles enfoncées dans la tumeur, accompagnées de ligatures. Nous avons traité, dit ce professeur, un autre cas semblable sur une jeune fille, et l'avons guérie par la ligature de la coronaire, de la sous-orbitaire, etc., qui réduisit beaucoup l'étendue de la tumeur, et en dernier lieu par l'excision des restes de la tumeur, qui était réduite à un très petit volume.

3° Un dessin où on voit figurer une tumeur fongueuse développée dans l'orbite droit, et faisant saillie sous la paupière supérieure guérie, au moins pour les cinq sixièmes, par la ligature de la carotide primitive. Cette région de la face est assez sujette à cette espèce de tumeurs, on ne sait trop pourquoi. Nous en avons vu, pour notre part, un grand nombre. Ce malade présenta de vraiment singulier ceci, qu'étant d'une nature un peu difficile à conduire, un peu brute et sauvage (car, quoique d'une certaine aisance, il avait toujours vécu dans les bois, isolé de la société), il ne voulut jamais se soumettre aux prescriptions hygiéniques qu'on lui faisait, après la ligature du vaisseau indiqué; et il sortait de chez lui, se promenait, mangeait comme à l'ordinaire; pourtant aucun accident ne vint entraver les suites naturelles de l'opération. La tumeur diminua, comme nous disions, des cinq sixièmes, mais l'opéré voulut partir, et à son départ elle présentait encore quelques petits battements.

Traitement des tumeurs sanguines. — Aujourd'hui on est beaucoup plus riche en moyens thérapeutiques et en méthodes opératoires contre ces affections, qu'on n'était il y a quelque temps. Tous ces moyens peuvent se ranger sous quatre groupes applicables aux différentes indications. Le premier moyen qui se présenta à l'esprit, ce fut celui d'enlever la tumeur par l'instrument tranchant; ici on a reconnu la nécessité de porter le couteau au-delà des limites du mal, si on voulait éviter une récidive. J.-L. Petit a fait bien ressortir cette indication; il insiste beaucoup pour qu'on coupe les tissus là où les vaisseaux sont à l'état normal. Cette méthode, quoique encore praticable et pratiquée aujourd'hui, l'est bien moins qu'anciennement, car d'autres méthodes la remplacent utilement dans beaucoup de cas. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Au deuxième groupe, se rattachent tous les moyens aptes à faire disparaître la tumeur par la compression. Celle-ci peut être très utile, et détruire entièrement les tumeurs; mais il faut qu'elles ne soient pas trop considérables et affectent une partie du corps où il y ait un plan osseux sous-jacent, parce que la compression ne sera efficace qu'en portant sur un plan solide et résistant, et il faut qu'elle soit continuée pendant un temps assez long. A l'aide de ce moyen, les vaisseaux dilatés peu à peu rentrent dans leurs limites naturelles; une certaine inflammation s'empare des tissus et les transforme pour ainsi dire en tissus nouveaux, en détruisant ainsi la maladie.

En 1812, pendant mon voyage en Espagne, vint au monde dans une famille de mon intime connaissance, une petite fille portant une tache sanguine sur la poitrine. A mon retour à Paris, la mère me fit voir immédiatement l'enfant, inquiète sur les résultats que cette tache pourrait avoir avec le temps. Déjà elle avait augmenté de volume, et formait une petite tumeur placée au-dessus du mamelon. Avant de rien entreprendre, comme il m'en coûtait surtout beaucoup d'employer l'instrument tranchant, je voulus m'éclairer de l'avis de Boyer. Nous fûmes d'accord sur l'utilité de la compression. Je fis construire exprès une petite plaque qui, moyennant un ressort, pouvait bien s'appliquer sur toute la tumeur et la comprimer dans certaines limites. Malgré cette compression méthodique et régulière, et bien surveillée par moi, la tumeur fit des progrès, et il se développa des battements si forts qu'on les sentait jusque dans les branches artérielles de l'aisselle. J'en conçus beaucoup d'inquiétude, car je ne pouvais pas trop prévoir ce qui en résulterait; j'en conférai encore avec Boyer et d'autres chirurgiens, qui furent d'avis d'enlever la compression et d'attendre. La tumeur, abandonnée à elle-même, resta quelque temps stationnaire, puis commença à diminuer, et, malgré l'arrivée de l'époque de la puberté, qui souvent est si favorable au développement de ces tumeurs, elle continua à diminuer toujours, et finit par disparaître complétement, sans que jamais par la suite elle se soit reproduite. La personne est maintenant mariée, avec enfants; je la vois souvent, et je sais positivement que la guérison de la tumeur sanguine fut radicale. J'insiste à dessein sur cette circonstance, car les journaux du temps et quelques chirurgiens qui ont publié ce fait ont paru croire que la maladie s'était encore réveillée plus tard; ce qui est entièrement faux.

Dans le troisième groupe nous rangeons tous les moyens relatifs à la ligature des tumeurs, soit générale, soit partielle, soit par les aiguilles, soit avec des fils simples, etc. Aujourd'hui on a généralement employé la ligature en masse, et on a eu recours aux aiguilles à l'aide desquelles on embrasse à la fois seulement une partie de la tumeur. On a pensé qu'on pourrait avec avantage lier les vaisseaux principaux qui alimentent les tumeurs sanguines, à peu près comme réussit dans le traitement des anévrismes. On leur a appliqué la méthode de Hunter employée pour les anévrismes; mais on a très souvent échoué, surtout dans les cas de tumeurs sanguines développées dans les membres; cette méthode semble réussir au contraire dans les tumeurs qui se développent dans l'orbite.

Quelquefois on est obligé de faire ce qu'on appelle l'éradication des tumeurs sanguines qui ont des racines par lesquelles elles s'irradient çà et là dans les tissus; c'est un bon moyen toutes les fois qu'on peut la pratiquer sans trop de difficulté, et de délabrement des parties. Pourtant on a peut-être été trop long-temps sous l'empire des idées des anciens à cet égard, principalement de J.-L. Petit; il y a eu de la part de ce grand chirurgien un peu d'exagération, car l'expérience prouve que ces tumeurs ne repullulent pas aussi souvent que celles de toute autre nature, quand même il reste dans les tissus quelques traces de leur présence; l'inflammation suppurative ordinaire s'empare de ces sortes de racines, et les tissus reviennent à leur état normal. La ligature, par exemple, de la carotide primitive était indiquée par les tumeurs sanguines siégeant dans l'orbite, parce qu'il est impossible d'atteindre directement les vaisseaux qui environnent et alimentent la tumeur. Nous avons dans le temps donné une explication de ce résultat, que les journaux et les ouvrages ont paru adopter; le voici: les tumeurs qui se développent dans l'orbite doivent avoir pour source immédiate, pour cause principale, l'action ophthalmique ou quelqu'une de ses divisions; en liant la caro-

---

Le défenseur de l'accusé s'est attaché à démontrer cette proposition, qu'il faut distinguer entre les lésions de l'entendement et celle de la volonté. L'entendement peut être faux chez l'accusé, mais sa volonté n'a pas été entière. C'est là ce que la science appelle la *folie raisonnante.* L'avocat a cité, à l'appui de ce système, divers passages extraits des ouvrages de Pinel, d'Esquirol et de Marc. Suivant lui, l'accusé est justiciable de la médecine, et non de la loi criminelle; les jurés doivent dire, en mettant la main sur leur conscience: ici finit la loi; ici l'humanité commence.

Le verdict du jury a été affirmatif sur le fait de détournement commis au préjudice de M. Lemaire et sur les circonstances aggravantes qui s'y rattachent, mais avec admission de circonstances atténuantes. Quant à la question relative à la tentative de meurtre, elle a été résolue négativement.

En conséquence, le prévenu a été condamné à cinq années d'emprisonnement, et à dix années de surveillance.

IV. *Diversité de jurisprudence en matière d'empoisonnement.* (Etats-Unis.)

Un journal de New-York dit, en parlant de la Floride: « Il y a quelques traces de civilisation dans ce pays; car on a dernièrement pendu un homme qui avait empoisonné sa femme. »

La même feuille rapportait un fait qui tendrait à prouver un état moins avancé en Pensylvanie. Georges Brown, de Salttick, dans le comté de Lafayette, avait essayé d'empoisonner sa femme en lui faisant manger du pain d'épice où il avait mis de l'arsenic. Le mauvais goût de cette friandise avertit la femme, qui fut sauvée cette fois. Quelque temps après, Georges Brown a profité du sommeil de cette malheureuse pour lui verser dans l'oreille une dissolution d'arsenic. Elle en a éprouvé de vives douleurs; mais elle n'en est pas morte.

Ce monstre ayant été arrêté fut relâché moyennant un cautionnement de 500 dollars (2,500 fr.) !

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Tortures exercées par une mère sur son enfant, de complicité avec sa fille.* (Tribunal correctionnel de Cherbourg.)

La femme Largeteau avait un jeune enfant de quatre ans environ, qui mourut des suites d'une longue et douloureuse maladie. La femme chargée du soin d'ensevelir les morts fut frappée de la maigreur extrême du cadavre de l'enfant, sur les membres duquel elle remarqua des contusions et des plaies qui éveillèrent son attention et lui firent penser que, loin d'être naturelle, cette mort était peut être le résultat d'un crime. D'abord vagues, confus, incertains, ces soupçons prirent peu à peu de la consistance dans son esprit; elle se rappela certains propos étranges, sinistres, lugubres, qui avaient été tenus quelques années auparavant sur le compte de la femme Largeteau, que l'opinion publique accusait d'avoir, par ses mauvais traitements, fait mourir un de ses enfants.

Cette femme resta quelques jours irrésolue, incertaine sur la conduite qu'elle devait tenir en cette occurrence; enfin elle écrivit une lettre anonyme au procureur du roi, pour lui communiquer ses découvertes et ses conjectures.

A cette première déposition vinrent se joindre une foule de révélations sur la conduite atroce de la femme Largeteau et de sa fille Adèle, et sur les horribles persécutions que leur victime avait eu à supporter avant de succomber.

L'exhumation fut donc ordonnée, et elle eut lieu aussitôt.

Le cadavre fut soumis à l'examen d'un homme de l'art: des plaies à peine cicatrisées, l'extrême maigreur du sujet, ses intestins rétrécis par la faim, attestaient de longues et cruelles souffrances, et le médecin n'hésita pas à déclarer que le malheureux enfant avait dû mourir victime des moyens barbares qui avaient été employés contre lui.

En conséquence, la femme Largeteau et sa fille Adèle ont été arrêtées et traduites en police correctionnelle où elles ont été condamnées, la première à cinq ans de prison et la seconde à deux ans et demi de la même peine.

II. *Exercice illégal de l'art des accouchements.* — (Tribunal correctionnel de Brest.)

La loi du 19 ventôse an XI, porte des peines sévères contre toutes les personnes qui se permettent d'exercer l'art de la médecine, de la chirurgie ou des accouchements, sans être munies de diplômes ou de lettres de réception. Cependant, malgré le soin et la vigilance de parquet de Brest à déférer au tribunal toutes les infractions qui, à cet égard, parviennent à sa connaissance, un assez grand nombre de femmes de la campagne n'en continuent pas moins de contrevenir à la loi, en pratiquant des accouchements.

C'est ainsi que trois femmes de cultivateurs d'une même commune se voyaient dernièrement traduites devant le tribunal correctionnel pour des faits de cette nature.

Mais le tribunal, prenant en considération leur bonne foi, et attendu que, jusqu'à ce jour, aucunes poursuites n'avaient été dirigées contre les prévenues, a réduit l'amende à quinze francs. En cas de récidive, l'amende, qui profite ici aux hospices, peut être élevée à 200 francs, indépendamment d'un emprisonnement gradué d'après les circonstances. (*Gazette des Tribunaux.*)

tide primitive, on veut arrêter l'abord du sang à l'artère ophthalmique; or cette artère constitue un petit système artériel à part; elle n'a pas de communication avec d'autres systèmes artériels, et se perd pour ainsi dire, et s'épuise dans l'œil et ses appendices, de manière que l'artère carotide étant liée, le sang ne peut pas être facilement rapporté dans l'œil; par conséquent il y a beaucoup de chance d'arrêter le sang qui afflue dans les tumeurs, ce qui n'arrive pas dans les tumeurs sanguines des membres, par exemple, et ce qui fait que la ligature des vaisseaux principaux communiquant avec ces tumeurs, échoue le plus souvent; car ici la ligature du vaisseau principal n'empêche pas le sang de circuler par les branches collatérales dans le membre affecté de la tumeur sanguine, et de continuer ainsi à nourrir cette tumeur. Il y a huit ans environ, un cas digne d'être noté se présenta à notre observation; c'était une jeune fille qui portait une tumeur sanguine à la région épigastrique placée dans les intestins musculaires de cette région; de sorte qu'elle semblait alimentée immédiatement par les artères mammaire interne et épigastrique. On pensait alors à la traiter par la ligature de ces mêmes artères. Si c'était aujourd'hui, nous hésiterions beaucoup à adopter un semblable traitement.

Au dernier groupe se rapportent les moyens multiples introduits dans ces derniers temps dans la science, et par lesquels on arrive à détruire la maladie sans opération sanglante. Ces moyens tendent à faire naître dans les tumeurs une inflammation particulière capable de les transformer dans un tissu différent et comme normal, comparativement au tissu qui les constitue. Nous fûmes des premiers à proposer cette espèce de moyens. Ce sont la cautérisation recommandée d'une manière particulière par Wardrop; l'application des aiguilles introduites dans les tumeurs proposées par M. Lallemand, et suivie de nombreux succès. L'inflammation résultant de l'application de ces moyens fait naître un ramollissement dans les tissus pathologiques, puis une friabilité toute particulière; et enfin, l'inflammation passée, il en résulte la condensation de ces tissus, qui est le propre de leur état normal.

Toutes ces méthodes ont de grands avantages, et en même temps de petits inconvénients, de sorte qu'il faut bien saisir les indications pour les employer avec fruit.

De toutes ces méthodes, aucune, jusqu'à présent, ne peut vraiment prétendre à la préférence sur les autres, parce qu'on ne les a pas encore employés assez long-temps pour pouvoir prononcer un jugement comparatif sur leur valeur. M. Lallemand vante beaucoup les aiguilles entourées de fils; il assure en avoir obtenu de grands et nombreux résultats, et nous le croyons; car nous aussi nous les avons employées avec avantage; mais il n'y a pas encore assez long-temps que cette méthode est employée pour être définitivement jugée.

Nous appliquerons les mêmes réflexions à la cautérisation; nous l'avons essayée; elle nous a réussi plus d'une fois, et plus d'une fois elle a échoué.

On a proposé aussi comme traitement la déchirure des cavités constituant ces tumeurs, et l'injection successive, dans ces cavités artificielles, d'un liquide irritant. Nous craignons, par ce moyen, de produire un degré d'irritation trop fort; nous ne l'employons pas ordinairement. On pourrait, du reste, multiplier à l'infini les procédés opératoires et les moyens de traitement contre ce genre de maladies; mais il est bien de se tenir à ceux qui sont déjà connus et suffisamment nombreux pour les soumettre au creuset d'une longue expérience.

Nous allons maintenant donner sommairement l'histoire de la jeune fille à propos de laquelle M. Roux a fait les remarques générales précédentes.

C'est une jeune personne de dix-huit ans, d'une bonne santé habituelle, bien réglée. Elle porte depuis sa naissance une petite tumeur violacée à la lèvre inférieure. Dans sa jeunesse, on s'est aperçu que la langue avait plus d'épaisseur du côté gauche, et présentait dans ce point une couleur bleuâtre. La maladie a fait toujours des progrès, quoique très lents, et aujourd'hui, 12 avril, on observe sur la lèvre inférieure de la malade une tumeur occupant les deux tiers du côté gauche, et particulièrement la portion muqueuse, qui est renversée en avant et en bas, au point que la face cutanée de la lèvre est couchée sur le menton. Quand la malade est dans le repos, la tumeur a le volume du pouce; sa surface est rouge bleuâtre, un peu bosselée et ridée; elle est molle, et facile, par la compression, à être presque entièrement réduite. Il n'y paraît aucun battement isochrone aux pulsations artérielles. Si la malade, au contraire, fait des efforts ou suspend momentanément sa respiration, ou penche la tête en avant, la tumeur double de volume, qui égale alors celui d'un œuf de pigeon allongé; sa couleur devient violette foncée; elle est tendue, lisse, sans bosselures et sans vides; résiste davantage à la pression, mais on n'y sent pas davantage de pulsations. La malade rentrant dans l'état de repos, la tumeur reprend vite son aspect primitif déjà décrit.

Cette affection s'étend à la face postérieure de la lèvre jusqu'aux gencives correspondantes; et à gauche elle s'étend un peu à la face interne de la joue.

La moitié gauche de la langue offre une altération semblable, mais son développement, dans les moments d'efforts, n'est pas si considérable; la déglutition et la parole ne sont pas notablement gênées.

Le 3 mai, M. Roux circonscrit la tumeur de la lèvre avec des épingles enfoncées du côté de la muqueuse et entourées après de fil, en comprenant dans chacune de ces ligatures la plus grande épaisseur possible de la lèvre. On passe trois fois un stylet chauffé au rouge dans la tumeur horizontalement. Après l'opération la tumeur se gonfle et devient tendue et luisante. Potion éthérée diacodée.

Le 10, les épingles étant mobiles sont retirées. La tumeur est plus résistante, et a acquis une consistance comme de la chaire; pourtant son volume est un peu diminué. Vers le 18, elle commence à reprendre sa résistance primitive, et est toujours un peu moins volumineuse.

Le 9 mai, M. Roux se décide à passer trois sétons à la base de la tumeur de la lèvre par le même fil qu'il introduit trois fois en zig-zag de dedans en dehors et de dehors en dedans. Les jours suivants le volume de la tumeur a un peu augmenté; elle est devenue plus résistante qu'avant l'opération.

Le 13 juin, il survient une petite hémorrhagie veineuse qui exige l'application d'une ligature comprenant le bord libre de la lèvre à la limite interne de la tumeur.

Le 15, on enlève la ligature, qui a coupé une partie de l'épaisseur des tissus étranglés par le fil.

Le 20, la tumeur est revenue sur elle-même, et est un peu plus résistante que les jours derniers.

Le 9 juillet, M. Roux voyant que la tumeur s'est beaucoup réduite, se décide à en enlever la plus grande partie par l'instrument tranchant; et pour cela le faisceau, tenu à l'aide de deux pinces, il incise d'un seul coup de ciseaux toute la portion qui regarde la bouche. On laisse un bord de muqueuse de la hauteur d'un centimètre, de manière à avoir une lèvre à peu près ordinaire. Il s'écoule beaucoup de sang veineux, ce qui oblige à tamponner la plaie avec de la charpie et à comprimer la lèvre contre l'arcade dentaire.

Le 10 juillet, on enlève l'appareil; la plaie est en pleine suppuration. On panse à plat.

Le 15, la suppuration est réduite à peu de chose; la plaie marche vers sa cicatrisation. On la cautérise avec le nitrate acide de mercure étendu d'eau.

Le 20, la plaie est presque cicatrisée; la lèvre est réduite à un volume à peu près égal à celui de la lèvre supérieure, de sorte que la difformité est presque nulle maintenant; seulement on la distingue toujours de l'autre par une couleur un peu plus violacée.

Le 26, la cicatrisation de la plaie étant complète, la jeune fille demanda sa sortie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES D'OCULISTIQUE. (Juillet 1843.)

Coups sur la tête et sur les yeux; par le docteur GUÉPIN, de Nantes.

Les coups sur la tête, ou pour mieux dire sur le temporal et la partie supérieure du coronal, les coups sur le front et sur l'arcade surcilière, enfin les coups sur l'œil lui-même peuvent produire, dit M. Guépin, les accidents les plus graves.

Les premiers donnent souvent lieu à la cataracte et à l'amaurose. Il n'a jamais vu que des cataractes molles survenir à la suite de coups sur la tête : leur guérison est très facile, soit par extraction soit par abaissement; cependant il préfère l'extraction à cause des adhérences qui existent souvent entre la capsule et l'iris. La capsule, en pareille circonstance, est rarement détruite; c'est le contraire dans les cataractes traumatiques par piqûre ou par blessure. M. Guépin a vu plusieurs fois, après les opérations de ces cataractes semi-liquides, la capsule perforée laisser voir comme une seconde pupille lorsque la pupille naturelle était dilatée; quelquefois cet anneau capsulaire donne lieu à une sécrétion extrêmement dure et quasi osseuse. — Les précautions habituelles après l'opération de la cataracte sont moins nécessaires quand on opère les cataractes molles en question; cependant c'est un devoir de les conseiller, mais il est ici très difficile de les obtenir des gens de la campagne, et il est même étonnant qu'ils guérissent aussi souvent malgré leurs nombreuses imprudences.

Les amauroses traumatiques, suite de coups sur la tête, demandent à être étudiées. Parfois elles restent à l'état d'amblyopie, et presque toujours, dans ce cas, M. Guépin les a vues accompagnées de strabisme léger, plus souvent en dehors qu'en dedans. Quelquefois, après avoir persisté long-temps, elles se modifient, il se fait dans l'œil un travail intérieur difficile à bien apprécier, dont une cataracte molle est le phénomène critique. Ces amauroses sont caractérisées par la dilatation de la pupille, la vision latérale, l'absence de vision en face de la prunelle et les signes commémoratifs. L'amblyopie traumatique ne présente point la dilatation anormale de la pupille, il y a vision selon l'axe visuel, mais la vision latérale est plus nette.

Lorsque l'on est appelé immédiatement après l'accident ou peu après, l'on peut espérer la guérison; mais généralement la maladie est incurable quand elle est ancienne. M. Guépin a cherché plusieurs fois à opérer des amblyopies traumatiques par la section des muscles droits; il n'a trouvé personne jusqu'à ce jour qui ait voulu se soumettre à la myotomie oculaire pour une affection de cette nature.

Les coups sur le front et sur l'arcade surcillière produisent des altérations plus fréquentes et plus variées que les coups sur le temporal et le sommet du frontal. Ces altérations sont : la cataracte; l'amaurose; l'ulcération de la cornée; l'iritis et quelquefois l'ondulation de l'iris à chaque mouvement de l'œil. M. G. donne des observations de chacune de ces altérations. Dans son opinion, toutes les maladies fort graves qui suivent les coups sur le front et sur l'arcade surcillière sont, comme les cataractes et les amauroses qui surviennent après les coups sur le pariétal, des altérations de nutrition ou d'innervation dues à des modifications subies par des filets nerveux du trifacial.

Les coups sur le globe de l'œil entraînent bien plus souvent des accidents graves que ceux qui atteignent le front et le sommet de la tête. La fonte purulente de l'œil en est souvent la suite, soit qu'elle commence par l'extérieur de la cornée, soit qu'elle ait pour point de départ l'ulcération locale ou générale de la membrane de Descemet. Le staphylôme est aussi très-commun après les coups sur l'œil; M. G. en a vu un bon nombre qui avaient succédé à des ulcérations de la membrane de Descemet et qui couvraient le centre de l'œil. Les dégénérescences de l'iris sont plus rares. Le cancer véritable, par suite de lésions traumatiques, s'est présenté jusqu'à ce jour à l'observation de M. G. une fois sur environ deux mille cas de maladies oculaires.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Observation de rétention d'urine par paralysie de la vessie, guérie par l'emploi de l'extrait de noix vomique; par M. LAFAYE.

Le malade était âgé de 66 ans; la rétention d'urine datait de quinze jours, et avait été vainement combattue par les moyens appropriés. Du reste, aucun obstacle dans le canal de l'urètre, ni la présence d'aucun corps étranger, ni aucun vice organique, ne paraissaient avoir donné lieu à l'accident qu'on ne pouvait attribuer qu'à la paralysie de la vessie. M. Lafaye se décida à prescrire des pilules d'extrait alcoolique de noix vomique à dose progressivement croissante tous les six jours. Au bout de six semaines la vessie avait repris sa contractilité normale, le malade ayant éprouvé de l'administration de ce médicament tous les phénomènes de convulsions tétaniques qu'il produit constamment sur les muscles.

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 31 juillet dernier, le docteur A. Foucart fils, lauréat de la Faculté de médecine (médaille d'or), a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, en remplacement de M. Juglar décédé.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 93. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Traitement des affections aiguës du cerveau.

M. Rostan a fait, dans le courant de ce semestre, plusieurs leçons sur les maladies cérébrales, principalement sur les hémorrhagies, ramollissements, etc. Nous ne voulons pas reproduire textuellement ces savantes leçons pathologiques, mais nous pensons faire une chose très utile de publier ses remarques sur le traitement.

Traitement rationnel.—De tout temps les médecins se sont occupés de ce grave sujet; mais comme cette classe de maladies n'était pas bien connue, comme bien souvent on s'attachait aux symptômes sans remonter à la cause, il s'en suivit que les moyens employés pour les combattre étaient ordinairement empiriques, et souvent irrationnels. Ce n'est que depuis que les travaux des modernes, depuis que nous-même, avec le concours de M. Rochoux, et d'autres observateurs, ayant sérieusement étudié cette branche de la pathologie, nous avons établi d'une manière assez précise les caractères essentiels et différentiels des affections qui s'y rattachent, que leur traitement a pu aussi devenir logique et rationnel.

Parmi les moyens qu'on peut employer à combattre ces affections, celui qui tient le premier rang, est à juste titre la saignée, soit générale, soit locale. Ainsi, quand on aura à traiter une hémorrhagie cérébrale, ou elle est légère, et une médication à peu près expectante, telle que boissons délayantes, diète, etc., pourra suffire; ou elle est moyenne, et, à plus forte raison, grave, et alors il faudra recourir immédiatement aux émissions sanguines, qu'on proportionnera aux forces et à l'âge du malade, et à l'intensité de la maladie. Il est difficile, impossible même, de tracer des règles à cet égard; on peut seulement dire, que les saignées devront être plus abondantes dans le cas de méningite, ou méningo-encéphalite franche, que dans les cas d'hémorrhagie. L'expérience a mis hors de doute ce principe de thérapeutique. Maintenant, comment pratiquera-t-on ces saignées? Ici les praticiens ne sont guère d'accord; il y en a qui préfèrent les saignées du pied; car, disent-ils, de cette manière elles sont plus révulsives, et contribuent plus efficacement à dégorger les vaisseaux du cerveau. Quant à nous, il y a long-temps que cette prétendue efficacité révulsive des saignées du pied est hypothétique; nous l'avons employée très souvent concurremment avec les saignées du membre supérieur, dans le but d'en faire un parallèle, et nous n'avons jamais pu y reconnaître une supériorité, de sorte que nous avons adopté pour principe de saigner ordinairement le bras, et nous nous en sommes toujours bien trouvé.

Ne pourrait-on pas, dans les cas très graves, saigner plus efficacement en ouvrant la veine jugulaire? Pendant long-temps cette espèce de saignée fut reconnue très utile et pratiquée, et nous-même fûmes aussi du même avis: mais si on considère, d'un côté, que pour arrêter le sang qui s'écoule de cette grosse veine ouverte, il faut appliquer un bandage circulaire autour du cou, suffisamment serré, ce qui peut favoriser la congestion cérébrale au lieu de la résoudre; si on réfléchit au danger de l'introduction de l'air dans cette veine, et aux accidents terribles qui peuvent en résulter, mis désormais hors de doute par les expériences multipliées de M. Amussat, on verra qu'on a eu raison de l'abandonner. Après les saignées générales répétées, selon les circonstances, plus ou moins, viennent les saignées locales procurées à l'aide des sangsues ou des ventouses. Dans quelle partie du corps faut-il les appliquer? Ici encore les avis des médecins sont partagés. Les uns (et ce sont les partisans des saignées révulsives), veulent qu'on les applique de préférence sur les parties éloignées de la tête, pour produire la prétendue révulsion; nous, avec beaucoup d'autres praticiens judicieux, avons l'habitude de les appliquer derrière les oreilles, et le résultat nous a paru très satisfaisant, et même plus immédiat que dans la pratique contraire. Voilà la médication souveraine, capitale, sur laquelle plus que sur toute autre on devra compter dans le traitement de ces graves affections; voilà la médication sur l'efficacité de laquelle aucun médecin vraiment praticien n'élève aujourd'hui le moindre doute; car nous ne regardons pas comme des praticiens ces médecins qui, raisonnant d'après des lois purement physiques, nient l'efficacité des saignées dans ces maladies, et pensent même qu'elles puissent être plus préjudiciables en ce sens qu'en désemplissant les vaisseaux du cerveau, y produisant un vide qui doit être nécessairement occupé par de l'autre sang, qui y affluera avec violence. Ce sont là de beaux raisonnements théoriques, que la pratique au lit des malades renverse entièrement, et qui ne peuvent sortir que de la tête de médecins purement physiciens.

2° Après les saignées viennent comme adjuvants dans la période aiguë de la maladie, les boissons délayantes et rafraîchissantes; elles servent vraiment à délayer le sang, en ce sens qu'elles lui ôtent cette plasticité, cet excès de fibrine qui le rend plus apte à congestionner les vaisseaux.

3° En troisième lieu, nous mentionnerons les laxatifs et les purgatifs, qui aujourd'hui sont généralement employés dans ce genre d'affections; nous sommes entièrement de cet avis. Ces moyens, indépendamment de la déplétion et de la dérivation qu'ils exercent sur le canal intestinal, aussitôt absorbés, produisent un effet général d'hyposthénie en introduisant dans le sang des principes capables, mieux encore que les boissons simplement délayantes, de diminuer la plasticité et l'état fibrineux du sang. Je crois qu'il faut donner de préférence ceux qui agissent spécialement sur le rectum, et on pourra les administrer soit par la bouche, soit en lavements.

Il y a eu des médecins qui ont préconisé beaucoup l'usage de l'émétique. Portal en parle longuement dans ses ouvrages, et en était un chaud partisan. Il disait que les vomissements étaient très utiles en agissant aussi un peu comme les révulsifs. Nous repoussons cette pratique comme dangereuse plutôt qu'inefficace; car les efforts faits par les malades pour vomir doivent appeler le sang à la tête au lieu de l'en détourner, et augmenter de cette manière l'hémorrhagie ou l'inflammation déjà existante. Néanmoins, s'il y a plénitude d'estomac, par exemple, d'aliments ou de boissons, on pourra peut-être, s'il n'est pas d'autres contre indications, administrer un vomitif pour débarrasser cet organe, et encore n'atteindra-t-on mieux ce but par l'usage de quelque boisson digestive, telle qu'une infusion légère de thé ou de tilleul, sans s'exposer aux dangers sus-mentionnés. Au reste, vous savez que les anciens admettaient une apoplexie dite *crapuleuse*, à laquelle étaient sujets ceux qui s'adonnaient aux excès de la table, et c'est dans ce genre d'apoplexie surtout qu'ils prônaient l'emploi de l'émétique. Nous venons d'exposer notre manière de voir à cet égard.

4° Un des moyens qu'on pourra appeler hygiénique, et qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la position convenable du malade. Il doit être placé de manière, dans son lit, que sa tête soit élevée. Les avantages de cette position furent bien connus et expliqués surtout dans ces derniers temps, depuis qu'on a bien apprécié l'influence des lois de la pesanteur sur l'organisme. Déjà Bichat, avec son profond jugement, avait vu les grandes applications pratiques de ces connaissances physiques, et avait appelé sur ce sujet l'attention des médecins, et c'est après lui qu'on s'en est si utilement occupé. A la position élevée de la tête, il faut joindre la coupe des cheveux s'ils sont trop longs, et l'usage des coussins mous et remplis de balle d'avoine, pour que la tête ne s'échauffe pas par leur contact, comme il arrive avec les coussins ordinaires de laine.

5° Un moyen accessoire, puissant, ce sont les réfrigérants appliqués sur le front. Tous les praticiens généralement en font usage, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. On peut employer des compresses trempées dans l'eau froide ou l'eau légèrement vinaigrée, qu'on renouvelle souvent à mesure qu'elles s'échauffent; ou de la glace pilée qu'on applique sur le front, renfermée dans une vessie de porc, etc. Nous donnons pourtant la préférence aux irrigations continues, toutes les fois qu'on peut les diriger et les surveiller convenablement. C'est un moyen qui est employé aussi avec beaucoup de succès en chirurgie dans les cas de fractures compliquées, d'écrasement des membres, etc.: le procédé que nous employons est le même; je ne m'arrêterai pas à vous le décrire, car vous devez déjà le connaître. Malheureusement il n'est guère facile de l'employer dans les hôpitaux, car il faut une surveillance continuelle, il faut une garde-malade attachée au lit du malade qui subit ce traitement, pour que le filet d'eau qui tombe sur le front ne soit pas dérangé, ne cesse pas de couler, et que toute réaction inflammatoire soit prévenue; mais dans la pratique civile, où on peut facilement avoir cette assistance continuelle, c'est un moyen qu'on ne doit pas négliger dans des cas de cette nature.

6° Enfin, les révulsifs aux extrémités constituent d'assez bons adjuvants unis aux autres.

Voilà les moyens qui constituent à peu près le traitement des hémorrhagies graves et moyennes, et de la méningo-encéphalite dans la période aiguë.

Lorsque la maladie dure un certain temps sans se résoudre, et qu'on peut la considérer comme un peu chronique (l'état aigu étant dompté), on a recours à d'autres moyens. Ce sont:

7° Les révulsifs cutanés puissants, tels que les vésicatoires, les moxas, les sétons, les cautères, etc., qu'on applique sur différentes parties du corps, mais principalement à la nuque, derrière les oreilles, sur les tempes, etc. Ces moyens favorisent l'absorption interstitielle, et la résolution de ce qui reste de la maladie.

8° Que doit on penser de l'action de la strychnine dans ces affections cérébrales? Il y eut une époque (et elle est bien près de nous) où ce médicament était regardé comme tout puissant

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le verre à réactifs et le microscope. — Les vers du nez et les vibrions de la bouche. — M. Ganal et un auteur de 1570. — Procès sur un embaumement à la Louis XIV.

Le microscope et le verre à réactifs règnent à cette heure en maîtres sur les sciences médicales. Il serait du plus mauvais goût aujourd'hui de ne pas appuyer la plus simple communication académique sur quelque formule chimique et sur le verre grossissant. La maladie a beau cacher aussi profondément qu'elle le peut le secret de sa nature, vainement elle a pu se soustraire aux fouilles du scalpel, elle n'échappera pas cette fois aux recherches du précipité; elle se dévoilera tout entière devant l'éblouissante clarté du porte-objet. En douteriez-vous? Pénétrez avec moi dans quelques salles de nos hôpitaux, et voyez ce qui s'y passe. Par condescendance pour les vieilles habitudes, on veut bien encore tâter le pouls du malade, interroger les organes par la percussion et par l'auscultation, jeter un rapide coup-d'œil sur son état dynamique, observer en passant cette physiologie souffrante, mais débarrassée de ces préliminaires, la science sérieuse, exacte, la seule science positive va commencer; le mystère va s'accomplir, ou plutôt il va se dévoiler. — Autour d'une immense table couverte de creusets, de fourneaux, de réactifs, de pipettes, etc., les adeptes se placent. Une saignée pratiquée *illico* au malade fournit l'élément nécessaire aux investigations; le sang, soumis à toutes les recherches microscopiques et chimiques, se transforme en fibrine, en albumine, en globules; on cherche la richesse respective de ses éléments divers, on les mesure, on les pèse, on les calcule, on les formule et les atomise, et l'on arrive à savoir à un cent millième de milligramme près, en quoi et de combien diffère le sang du rhumatisant de celui du phthisique. Cela s'appelle faire de la médecine? non; mais de l'*hématologie*. Dans son ardeur de tout connaître, cette science nouvelle fait bon marché des principes surannés de la vieille observation; tout malade lui est bon pourvu qu'il ait du sang, et toute maladie exige la saignée pour qu'elle puisse connaître l'état de ce précieux fluide. Voilà pourquoi quelques braves praticiens qui ne sont pas à la hauteur des idées nouvelles, ont pu se scandaliser de voir ôter du sang à de pauvres chlorotiques, à des malheureux que le tubercule creuse et dévore; enfin à toute une série d'infirmes que l'antique médecine a pour habitude de corroborer au contraire. Mais l'essentiel aujourd'hui, ce n'est pas de guérir le malade, mais de bien connaître les modifications que la maladie imprime au fluide nourricier. Là est toute la science, là est tout son avenir, c'est au fourneau du chimiste que doit s'allumer le flambeau destiné à dissiper toutes les ténèbres de la pratique. *Amen! amen!*

Le microscope, lui, ne parle pas au futur, il fait montre de ses conquêtes immédiates et actuelles, sans s'enorgueillir de sa gloire passée. La plus récente de ses découvertes en vaut mille. Au train dont il mène les choses, notre pauvre corps ne sera plus qu'un réceptacle immonde de tout ce que la création peut imaginer en petit de vilaines et dégoûtantes productions. Nous avions déjà les milliards de milliards d'insectes sur notre frêle machine, cruels insectes qui nous livrent une guerre acharnée, sans relâche, qui depuis la migraine jusqu'au cor au pied sont la cause de ces mille petites douleurs, élancements, démangeaisons, picotements qui nous assiègent, nous tourmentent, et font de notre misérable vie un long et incessant petit supplice. Nous avions encore l'*acarus nasalis*, découvert par M. Simon, de Berlin, sur la peau de certains nez: vous savez, ces petits points noirs disséminés sur les ailes nasales. Pressez-les légèrement, une matière grasse, concrète, va en sortir en s'allongeant en filaments connus sous le nom populaire de vers du nez, sous celui infiniment plus scientifique de *tannes*. Le proverbe populaire, tirer les vers du nez, n'était donc pas si absurde qu'on pouvait le croire; seulement le proverbe s'est trompé de classe: ce ne sont pas des vers, mais de véritables insectes, les misérables, dont le docteur Simon a donné la figure et l'organisation, a décrit les habitudes, les mœurs et jusqu'à leurs amours! Oui, belle dame, sur ce repli charmant de votre peau satinée, quelques milliers de petits êtres sont là, à cette heure, qui éprouvent tous les tourments, toutes les angoisses, toutes les jalousies, et aussi toutes les jouissances, de cette passion terrible dont vient de mourir Jacques Ferrand. Ils sont là qui sucent, qui creusent, qui mangent, qui rampent, qui se battent, qui se..... Le nez me démange rien que d'y penser.

Eh bien! ce n'était pas assez, et le microscope est impitoyable. Notre bouche en ce moment n'est qu'un vaste sépulcre, nos dents un immense ossuaire couvert de squelettes de générations, de générations d'animaux infusoires connus sous le nom coquet et mignon de vibrion. C'est l'infatigable M. Mandl, qui nous apprend cela. Le *tartre* des dents, cette matière jaunâtre et calcaire dont, les soins de propreté ont tant de peine à prévenir le dépôt, n'est qu'une accumulation de squelettes dont les animaux ont vécu dans notre bouche. Quelle horreur! Et dire que M. Gannal se donne tant de peine pour conserver nos dépouilles siège de toutes ces immondices!.....

Puisque ce nom s'est trouvé sous ma plume, je ne peux le laisser passer sans dire mon mot sur l'attaque inattendue dont il vient d'être l'objet. Jusqu'ici sa gloire d'embaumeur de la génération présente ne lui avait été que faiblement et de loin en loin disputée. Il jouissait en paix de son domaine, domaine triste et funèbre, mais qui lui apparaissait à lui sous les couleurs les plus riantes. En voyant cet homme si complétement heureux avec ses morts, aurait-on pensé qu'on pût troubler ses jouissances?... Je sais bien qu'on a reproché à M. Gannal d'être quelquefois un dieu jaloux, d'avoir immédiatement puni par un procès en police correctionnelle un de nos confrères assez téméraire pour avoir osé toucher à son arche sainte. Mais c'est là sa religion, son culte, et quoi qu'on fasse, un peu de fanatisme accompagne toujours la foi sincère. Aujourd'hui, c'est sa religion, c'est son culte qu'on attaque, ce sont ses autels qu'on veut renverser et lui-même. Un médecin s'est rencontré, jeune homme d'un incontestable esprit, qui n'a pas craint de protester en face de l'univers — c'était en face de l'Académie des sciences — contre le privilège qu'injustement, dit-il, M. Gannal s'arroge. Vous avez lu cette énergique protestation, et tout mon souci est de savoir ce que M. Gannal pourra répondre. L'argument de son adversaire, fondé sur cette loi incontestable de la nature qu'il faut que tout périsse, que tous les éléments des corps se

contre les phénomènes consécutifs des maladies aiguës du cerveau, tels que la paralysie, etc. Certains médecins ayant remarqué que l'usage des strychnos donnait lieu à des secousses, à des mouvements plus ou moins énergiques dans les membres, on a cru que lorsque ces mouvements sont abolis ou diminués, la strychnine pourrait les rétablir dans leur état normal. On fit des expériences multiples à cet égard, et un médecin physiologique lut un mémoire fort long à l'Académie de médecine sur l'efficacité de cet agent dans les cas de paralysie. L'époque arriva où nous et d'autres expérimentâmes aussi de notre côté sur l'action de ce prétendu remède héroïque, et nous vîmes qu'on avait beaucoup exagéré sa puissance, et c'était bien facile de le comprendre, même *à priori*, puisque très souvent la cause de la paralysie (qui est ordinairement un effet pur et simple d'une affection des centres nerveux) a pour cause l'existence dans le cerveau d'un cancer ou d'un tubercule, etc.; or, ces maladies ne pouvaient pas être guéries par l'usage de la strychnine, qui est absolument incapable de réparer des altérations organiques profondes. Ainsi, notre opinion à cet égard est assez bien arrêtée; néanmoins, je ne me refuserai point à l'ordonner dans les cas où tous les autres moyens connus ont échoué, et quand cela sourit à quelque honorable confrère qui traite avec moi de ces graves affections.

9. L'électricité enfin est aussi employée et prônée depuis quelque temps dans le traitement des maladies chroniques des centres nerveux. On peut appliquer à ce moyen les mêmes réflexions que nous venons de faire sur la strychnine; on en a singulièrement exagéré l'efficacité. Il y a trente ans, Hallé fut chargé par l'Académie des Sciences de faire un rapport avec un de ses collègues sur l'utilité de cet organe thérapeutique dans la paralysie. Ces médecins prirent cinquante-un paralytiques qu'ils soumirent à l'électricité. Qu'en résulta-t-il? que parmi ces malades les uns furent soulagés par l'électricité, d'autres n'en tirèrent aucun avantage marqué, et d'autres en éprouvèrent des effets contraires. Cela devait être; et les médecins rapporteurs conclurent que l'électricité était utile dans certains cas de paralysie et inutile ou dangereuse dans certains autres. Mais ils ne déterminèrent pas ces cas différents, ils n'établirent pas des caractères distinctifs et différentiels des paralysies, parce qu'ils ne remontèrent pas aux causes morbides de ces paralysies; delà il résulte qu'on ne sut tirer aucune règle pour l'application de l'électricité dans ces affections. Nous procédons maintenant bien différemment dans le diagnostic de ces affections, et nous arrivons à un diagnostic local bien plus exact que nos prédécesseurs; par conséquent nous pouvons aussi mieux connaître les cas où l'électricité peut être indiquée, et les cas contraires, et nous marchons dans notre thérapeutique d'un pas plus assuré.

Nous ne nous arrêterons pas à parler des eaux de Barèges, de Plombières, etc., qui sont conseillées souvent aux pauvres paralytiques, lorsque toutes les autres ressources de l'art ont été inutilement mises à contribution. Nous croyons qu'au fond ces eaux ne puissent pas faire grand chose, mais elles peuvent être utiles dans ce sens que les malades sont obligés de changer de climat, de voyager, etc., ce qui peut exercer une influence salutaire.

Il nous reste à dire quelques mots du *traitement préservatif* des maladies dont nous nous sommes jusqu'ici occupé. Nous pensons qu'il y a des préceptes très-utiles à suivre à cet égard, mais ce ne sont pas les poudres du docteur Arnaud, ni autres espèces d'amulettes semblables enfantées par le charlatanisme, et soutenues par l'ignorance, qui peuvent préserver des affections cérébrales, principalement ceux qui déjà en ont à souffrir. Portal proposait une foule de moyens préservatifs; nous voyons que les meilleurs sont ceux tournis par une sage hygiène; ainsi, les personnes qui ont déjà éprouvé de ces maladies ou qui ont une tendance à en avoir, doivent se tenir à un régime ténu, peu nourrissant, faire usage d'une nourriture plutôt végétale et des boissons rafraîchissantes et délayantes; se soustraire soigneusement à l'action du soleil ardent et d'un froid intense; se mettre, autant qu'il est possible, à l'abri des contrariétés et des émotions vives de quelque espèce que ce soit; ne pas se livrer à des travaux d'esprit trop sérieux et prolongés; enfin coucher la tête nue, sur des coussins souples et frais, etc.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE. — M. Beau.

De l'embarras gastrique. Observations et réflexions; par M. L. de Crozant, interne des hôpitaux.

Le groupe de symptômes qu'on désigne habituellement sous cette dénomination, a joué un grand rôle dans la médecine, et semble aujourd'hui complètement oublié par la majorité des praticiens.

Aucune maladie cependant n'est plus commune, surtout chez les vieillards, soit isolée, soit compliquée d'autres affections plus graves, sur lesquelles l'attention se porte exclusivement.

De nombreuses occasions se sont offertes à M. Beau, de nous montrer la fréquence de cette maladie, sa complication avec une foule d'affections différentes, de regretter le fâcheux oubli dans lequel elle est tombée, eu égard surtout aux erreurs naturelles de traitement qui doivent en résulter, et de nous expliquer comment les choses ont pu arriver au point où elles en sont aujourd'hui.

Pinel connaissait parfaitement cet état saburral des premières voies, auquel il consacra le nom d'embarras gastrique, le traitait par les vomitifs et en obtenait facilement la guérison.

C'est le médecin qui agissait ainsi; mais le philosophe voulut introduire l'histoire naturelle et la classification méthodique dans la médecine. Il lui fallut des espèces, c'est-à-dire de la matière diversement modifiée, et il n'admit pas de maladies sans altération des solides; et cependant, éclairé par les observations antérieures, il continua, en simple praticien, à traiter par les vomitifs l'embarras gastrique, que comme médecin *philosophe* il avait rangé parmi les altérations de solides. Il y avait dans ce système de Pinel une contradiction choquante qui révolta Broussais. Celui-ci, élevé à l'école du solidisme, en adopta rigoureusement les principes; mais, en homme logique, il en voulut les conséquences, et refusa d'appliquer à une maladie de parties solides le traitement recommandé par les partisans des théories humorales; il dut donc proscrire les vomitifs comme un poison, comme une huile propre à entretenir le feu de cette prétendue inflammation.

Les conclusions de Broussais étaient pleines de justesse, et comme les esprits étaient, à son époque, tout à fait portés à la doctrine du solidisme, on repoussa avec chaleur les vomitifs, sans s'enquérir de la validité des premiers, savoir: que l'embarras gastrique fût véritablement une irritation de la muqueuse gastrique, sans demander à l'observation la valeur des évacuants, et la dialectique de Broussais l'emporta sur les faits et la tradition.

Cette logique de Broussais a réagi jusqu'à nos jours, et nous explique pourquoi, maintenant encore, beaucoup de médecins ne voient pas et ne traitent pas l'embarras gastrique; c'est qu'ils ne cherchent et ne traitent qu'une altération de nature inflammatoire de la muqueuse gastrique accompagnée souvent d'une fièvre plus ou moins intense; et la plupart du temps les symptômes qui s'offrent à eux ne leur suffisent pas pour admettre cette maladie.

Si l'on consent, au contraire, à sortir du cercle imposé par Pinel et Broussais, et à voir un simple embarras gastrique qui peut quelquefois se compliquer de fièvre et devenir une maladie sérieuse, on trouvera que c'est une des maladies les plus communes, surtout en été, et qui vient compliquer presque constamment les autres maladies chez les vieillards.

Dans cette manière de voir, nous ne faisons que suivre les idées d'un médecin dont tout le monde apprécie la haute sagacité, Stoll, que tous les médecins regardent comme un des observateurs les plus distingués, et dont pourtant on ne se décide pas à suivre la pratique brillante.

Il est difficile de lire sans admiration les nombreuses observations de Stoll, qui portent avec elles le cachet de la vérité et du génie. Son livre est un de ceux qu'on lit et qu'on relit toujours avec plaisir, et qui devrait être entre les mains de tous les praticiens; car aujourd'hui encore c'est un des meilleurs ouvrages qu'on puisse méditer pour apprendre la véritable médecine clinique; et, loin de chercher à restreindre les idées qu'il contient, nous devons faire tous nos efforts pour les enrichir, s'il est possible, et les appuyer d'observations nouvelles.

Ne s'arrêtant point à la maladie elle-même, mais cherchant avec zèle et habileté les circonstances qui ont présidé à son développement, sa nature particulière, Stoll en déduit avec sagesse les indications de traitement. On s'identifie avec lui à la recherche du problème qu'il se propose dans l'examen de chaque malade, et qu'il résout en recueillant avec tact tous les documents, tous les signes qui peuvent l'éclairer et le guider dans ce difficile travail.

Ce groupe de symptômes qu'on appelle *embarras gastrique* et qui joue un si grand rôle dans le livre de Stoll, sous les noms d'éléments bilieux, fièvre bilieuse, état saburral, etc., se compose, dans l'état le plus complet: d'une teinte jaune de la face, nausées, amertume de la bouche, enduit de la langue, fétidité de l'haleine, perte d'appétit, soif plus ou moins vive, dégoût profond pour les substances très nutritives, pesanteur à l'estomac, malaise général, pandiculations, frissons, céphalalgie sus-orbitaire, etc.; mais gardons-nous de croire que la réunion de tous ces signes soit nécessaire pour établir l'existence de l'embarras gastrique; c'est une erreur grave, très ordinaire actuellement, cause probable de la négligence générale à traiter cet état. Stoll, et Pinel lui-même, qui pour la pratique de l'embarras gastrique est admirable, disent formellement qu'il suffit de quelques-uns de ces signes, en première ligne l'inappétence, le dégoût et qu'il faut surtout se garder d'exiger la présence de l'enduit de la langue et de la teinte jaune de la face qui sont loin de se rencontrer toujours, comme on le croit vulgairement dans l'état dont nous parlons, et cependant les quelques praticiens qui traitent encore l'embarras gastrique, ne se laissent guider que par l'enduit de la langue.

Cet état, ainsi caractérisé, peut se présenter à l'observation sous différentes faces, tantôt comme une maladie simple et non fébrile, d'autres fois fébrile et constituant une affection plus grave qu'on a décrite sous différents noms (gastrite, fièvre gastrique, etc., etc.). C'est cette dernière forme qui a servi à Broussais à faire sa gastrite aiguë.

L'embarras gastrique simple, fébrile ou non fébrile, considéré le plus souvent comme une maladie passagère, dure quatre ou huit jours, peut aussi quelquefois prendre une forme chronique et revêtir toutes les apparences générales d'une altération organique; on en trouve des exemples remarquables dans la thèse de Broussais, et on ne peut qu'applaudir aux conseils pleins de sagesse que ce médecin donnait *alors* de ne pas se contenter de prescrire l'ipécacuanha, dont l'action est souvent incertaine, mais d'arriver tout de suite au tartre stibié, et même de le répéter. Trois fois cette année nous avons pu observer des embarras gastriques semblables, avec ou sans fièvre, datant de deux et trois mois, et qu'un vomitif a dissipés comme par enchantement. Voici l'extrait de l'observation de l'une de ces malades.

Première observation. — Marie Chevalier, âgée de 73 ans, entrée le 11 janvier 1843. A l'époque de la cessation de ses règles, cette femme fut atteinte d'une affection cérébrale à la suite de laquelle elle est restée dans un état de paralysie générale. Depuis une huitaine d'années, des douleurs rhumatismales sont venues empirer sa position. Depuis trois mois, à la suite de fatigues, elle s'est vue malade sans pouvoir accuser aucune souffrance particulière. Elle s'est plaint seulement d'avoir perdu l'appétit et d'avoir la bouche pâteuse le matin. Depuis cette époque, elle n'a pu, malgré tous ses efforts, se résoudre à manger de la viande qui lui cause un dégoût profond, ni boire du vin qui aigrit sur son estomac, et lui occasionne des nausées acides et une chaleur brûlante dans la région de l'œsophage. Elle se plaignait d'une soif vive et d'avoir la nuit la bouche et la gorge très sèche. Pas de coliques, selles rares et difficiles. Rien du côté des organes de la respiration. Elle avait habituellement de la céphalalgie, de l'insomnie, des rêvasseries pendant la nuit, le jour de l'ennui, des bâillements fréquents. Souvent le soir un peu de chaleur et de sueur. Ces souffrances, contre lesquelles elle a lutté depuis ce temps, et qui l'ont changée et maigrie, beaucoup ont augmenté peu à peu, et l'obligent d'entrer à l'infirmerie.

Le 12, à la vérité, outre les symptômes signalés plus haut, nous constatons un enduit jaune sur la langue, l'amertume de la bouche et quelques nausées le matin. La face est un peu terreuse, mais sans teinte jaune; la peau est chaude et le pouls à 90 pulsations. Limonade sucrée, potion avec 10 centigrammes de tartre stibié, diète.

Le 13, il n'y a pas eu de vomissement, mais cinq selles bilieuses très abondantes ont déjà fait tomber le pouls. La peau est bonne, mais les signes d'embarras gastriques existent toujours. Limonade sucrée, ipécacuanha 1 gramme, diète.

Le 14, l'ipécacuanha fait vomir à la malade la valeur d'une grande cuvette de bile, elle a bien dormi la nuit, mais se trouve un peu faible. Plus d'amertume de la bouche. Limonade, vin de Bagnolles 4 bouteilles.

Le 15, la faiblesse a disparu. Elle a pris du bouillon avec plaisir. Plus de soif, plus de céphalalgie. Elle a parfaitement supporté le vin qu'elle a pris hier. Pas de selles. Limonade, vin de Bagnolles, 30 grammes de crème de tartre, 2 potages.

Le 16, hier une selle dans la journée. Elle se trouve très bien, demande avec instance à manger. La langue a presque sa couleur normale. Même prescription; 1 potion.

Le 16, elle mange de la viande avec plaisir et trouve n'avoir pas assez.

Voici donc guéri en quatre jours un embarras gastrique qui datait de trois mois et qui minait la constitution de cette malade; elle resta avec nous jusqu'au 27 du même mois, et nous a quittés pour manger davantage dans son dortoir. La guérison fut due à deux vomitifs, dont l'un est resté sans action, des purgatifs salins; et l'appétit, ainsi ramené, *

dissocient pour former une combinaison nouvelle, cet argument surtout me préoccupe. Quoiqu'il n'y ait pas péril en la demeure, ainsi que l'a fait remarquer l'adversaire de M. Gannal, on peut prévoir néanmoins une époque où la conservation indéfinie de la matière priverait le réservoir commun des éléments indispensables à la formation des générations futures. En effet, d'après les idées reçues en ce moment, le cadavre va porter à la terre des matériaux de nutrition pour les plantes dont se nourrissent les animaux qui eux-mêmes servent à l'alimentation de l'homme. C'est une chaîne non interrompue de transmission et de retour réciproques; brisez un anneau de cette chaîne, tout aussitôt cette solution de continuité entraînera les désordres les plus graves. Plus de nutrition pour les plantes, plus de nourriture pour les animaux, plus d'alimentation pour l'homme. La conséquence de l'embaumement, conséquence éloignée sans doute, mais que le philosophe doit prévoir, c'est donc la destruction de l'espèce humaine, et cela par la mort de toutes la plus horrible, par la faim. Je connais assez M. Gannal pour affirmer que si la vérité de cet argument pouvait lui être démontrée, il rejeterait bien loin sa seringue à injections; mais il s'en tirera différemment, j'en suis sûr, et à ce sujet je lui conseille de lire un petit volume in-12, imprimé en 1570 à Paris, sous ce titre: *De la seule cause de la mort*. L'auteur en est resté ignoré, et c'est grand dommage, comme vous allez le voir par un court aperçu de ses opinions.

La mort de l'homme n'est pas, comme on le croit, une loi de nature. C'est un accident qu'il pouvait éviter. Si Dieu n'avait créé que la quantité d'animaux et de végétaux nécessaires à la nourriture de l'homme, celui-ci les détruisant à mesure de ses besoins, aurait empêché leurs cadavres de se décomposer dans la terre et de fournir ainsi une source perpétuelle de matériaux empoisonnés. En effet, la décomposition des corps morts est la seule cause de léthalité qui afflige l'espèce humaine. Dans les temps primitifs, l'homme vivait pendant plusieurs siècles, parce que la terre ne contenait encore qu'une faible partie de ce poison. A mesure que les générations d'êtres vivants se sont succédé, la terre s'est de plus en plus imprégnée d'éléments toxiques, et la durée de la vie s'est amoindrie. Depuis les Patriarches jusqu'à nous, la vie de l'homme devient de plus en plus courte, parce que l'empoisonnement s'exerce sur une plus grande échelle. Le seul, l'unique remède à cet état des choses, c'est l'embaumement de tous les êtres morts, hommes, animaux, végétaux. Les générations présentes ne tireront pas sans doute de grands bénéfices de cette mesure, qui doit être générale pour être efficace. Mais peu à peu la vie de l'homme s'allongera, et il finira par ne plus mourir, alors que tout le poison contenu aujourd'hui dans la terre aura été absorbé. — Voilà en peu de mots la substance de cet in-12.

Au reste, ce n'est pas seulement devant l'Académie que l'embaumement fait parler de lui. On disserte d'un procès fort singulier que se serait attiré l'embaumement par la méthode ancienne; procès dans lequel M. Gannal lui-même aurait été nommé arbitre avec deux de nos confrères. Un pair de France mourut; la famille voulut le faire embaumer, et pria son médecin d'appeler M. Gannal. Le médecin se mit à rire en disant des choses peu flatteuses de la méthode par injection. La famille alors le laissa maître d'agir à sa manière, qui ne fut autre que celle dite à la Louis XIV. Or cette méthode est chère. Refus de paiement de la part de la famille; assignation devant les tribunaux, qui nomment des arbitres, parmi lesquels M. Gannal. Celui-ci n'a pas manqué l'occasion qui lui était offerte de porter un coup à la méthode rivale; aussi demande-t-il, pour pouvoir juger avec justice, qu'on lui montre les éléments même du procès, c'est-à-dire, l'exhumation du cadavre embaumé. L'affaire en est là.

Jean Raimond.

MM. les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux de Paris se sont assemblés dernièrement pour nommer les membres de la Commission annuelle qui doit signaler au Conseil général des hospices les améliorations à introduire dans le service de santé. Les membres de cette Commission sont: MM. Royer, Kapeler, Baron père, Guillot, Velpeau, Laugier et Foy. L'assemblée a décidé que le rapport de la Commission précédente serait imprimé à ses frais. Nous attendons cette publication pour examiner diverses questions importantes qui y sont traitées.

été soutenu par des toniques.

Je ne rapporterai aucune observation d'embarras gastrique simple, fébrile ou non fébrile, parce qu'il est très commun, et quoique le non fébrile soit admis par tout le monde (celui qui est compliqué de fièvre est aussi facile à traiter que l'autre. Comme je le disais, c'est lui qui a fourni à Broussais sa gastrite aiguë, et c'est contre lui qu'il a employé toutes les ressources de sa dangereuse dialectique). Qu'il soit aigu ou chronique, l'embarras gastrique peut n'être pas simple, être joint à d'autres affections et réclamer alors toute notre attention. Il prépare, en effet, l'économie à contracter toutes sortes de maladies qui viennent alors le compliquer, souvent le masquer, et qui ne disparaissent que quand ou a traité cet état gastrique, sous l'influence duquel la maladie s'est développée.

Cette étude importante est admirablement faite dans le livre de Stoll. On le voit, en effet, à chaque page arracher le voile sous lequel cet embarras des premières voies se cachait, montrant alors qu'il est la source principale d'une foule de maladies dont les symptômes propres attirent uniquement l'attention, et empêchent de songer au traitement de l'affection primitive génératrice, de celle dont on est spécialement occupé.

C'est ainsi qu'il décrit l'histoire d'une angine de forme bilieuse, qui a gardé son nom, et que presque tout le monde admet aujourd'hui; mais les rhumatismes, les ophthalmies, les fièvres intermittentes, les pneumonies, les pleurésies, les dysenteries, etc., et tant d'autres affections dont il a souvent découvert l'origine et la forme bilieuses, qu'il guérissait si promptement par les évacuants, peu de médecins en parlent aujourd'hui, et cependant leur complication par l'embarras gastrique est un fait très commun. On admettra encore moins des hémoptisies bilieuses, et pourtant rien n'est plus concluant que les observations qu'en a données Stoll, tant par la description des symptômes que par l'efficacité du traitement. Deux fois dans le service, M. Beau a eu affaire à des hémoptysies de ce genre, et les deux fois les vomitifs, en la faisant cesser, ont montré qu'on avait saisi la véritable indication.

Toute maladie peut donc prendre le cachet bilieux et être accompagnée des symptômes de l'embarras gastrique. A la Salpêtrière, la maladie la plus fréquente, l'asthme, est celle avec laquelle on retrouve le plus souvent ces signes, de même que chez l'adulte l'est aussi l'affection la plus commune, l'angine; qui le plus fréquemment en présente la complication, et dans ces cas le traitement est tout indiqué et d'un prompt effet.

Nous avons essayé, dans un article précédent, de montrer que l'asthme n'est autre chose qu'un catarrhe des parties inférieures de l'arbre bronchique. Eh bien, toutes les fois que l'asthmatique a un retour, c'est-à-dire que la sécrétion muqueuse des bronches augmente, chez lui, presque toujours, ce retour est précédé d'un embarras gastrique plus ou moins intense et plus ou moins chronique; c'est ce que nous avons eu occasion d'observer cet hiver un grand nombre de fois, et toujours un vomitif faisait raison du catarrhe, et par suite de l'asthme et de l'emphysème qui en sont la conséquence.

On a de tout temps donné des vomitifs aux asthmatiques, et de tout temps on a signalé leurs bons effets; mais on le donnait comme expectorant, et non dans le but de combattre l'embarras qui complique l'asthme si souvent.

Prise au milieu de toutes mes observations, une seule suffira, je pense, pour montrer l'influence salutaire du vomitif.

Desnot, âgée de soixante-quinze ans, entrée le 7 janvier 1843. Depuis l'âge de quarante-cinq ans elle est affectée d'un catarrhe avec asthme. Pendant l'été elle est ordinairement assez tranquille; mais l'hiver elle est prise une fois ou deux d'étouffement considérable avec respiration sifflante, quinte de toux, expectoration abondante; ces accès, en tout semblables à ce qu'elle a éprouvé cette fois-ci, la retenaient ordinairement six semaines, deux mois à l'infirmerie.

Depuis un mois elle se trouve fatiguée; elle a perdu l'appétit, sans cependant avoir mauvais goût à la bouche, ne trouve rien bon, prend un peu de café au lait pour toute nourriture. Soif continuelle, malaise général; depuis quinze jours il y a eu des nausées, dégoût pour les aliments; insomnie. Il y a une huitaine, elle a eu plus froid que de coutume, et le soir elle a été prise d'un étouffement modéré qui a augmenté peu à peu.

Le 8, oppression considérable, respiration sifflante; toux quinteuse et difficile; expectoration de quelques crachats ronds et durs nageant dans une grande quantité de liquides. Râles sonores dans toute la poitrine, qui rend un son très clair. Pas de fièvre. Rien au cœur. Anorexie; bouche pâteuse, blanche au milieu; ventre ballonné; pas de selles depuis six jours; un peu de céphalalgie; grande faiblesse. On donne un vomitif qui produit par haut et par bas des évacuations bilieuses très abondantes qui soulagent beaucoup la malade et qui se repruduisent le lendemain sans provocation.

Dans la journée du 9, l'expectoration fut plus abondante, et elle passa une bonne nuit.

Le 10, l'oppression était très faible, et la malade demande à manger, ce qui lui est accordé. Sa prescription fut, ainsi que les jours suivants, pectorale, miellée; vin de Bagnole, 2 pots.

Le 14, elle mange avec plaisir pour la première fois depuis un mois de la viande. L'oppression est peu gênante; expectoration facile de crachats jaunes, peu visqueux; râles muqueux dans la poitrine.

Le 20, la malade était très bien sous tous les rapports; pas de dyspnée; toux rare; expectoration facile; pas de râles; appétit très bon. Elle est sortie le 14.

Dans cette observation, l'embarras gastrique datait d'un mois, et pourtant il a disparu rapidement. Le plus ordinairement il précède de quelques jours seulement le retour de l'asthme. On a pu remarquer que ce catarrhe avec asthme, qui la retenait ordinairement à l'infirmerie six semaines, deux mois, n'a duré que seize jours cette fois-ci. Cette complication de l'embarras gastrique avec l'asthme est d'observation journalière, et beaucoup d'autres affections sont dans le même cas; mais il en est une dont Stoll ne parle pas, et qui s'est présentée une fois seulement à M. Beau, associée à l'embarras gastrique: c'est l'hydropisie. M. Moutard-Martin, interne du service dans lequel cette maladie a été observée, m'en a communiqué l'observation que je rapporte.

L'Hoste, âgée de soixante-douze ans, entrée le 2 mars.

Cette femme, qui jouit habituellement d'une bonne santé, sauf quelques accès de dyspnée très légers, sans palpitations, vit tout à coup, il y a cinq mois, son appétit diminuer; elle entra à l'Infirmerie et ressortit un peu soulagée, mais sans avoir recouvré l'appétit. Elle a traîné depuis cette époque. Il y a quinze jours ses jambes se sont enflées.

Le 22 mars, la face est congestionnée, les lèvres bleues; céphalalgie, douleur à la région épigastrique, anorexie; langue couverte d'un enduit jaune, amertume dans la bouche. Enflure des pieds et des jambes considérable; peau chaude, pouls fréquent, constipation.

Le 3 mars, même état des jambes; rien du côté du ventre, du cœur ou de la poitrine, qui explique cet œdème des extrémités inférieures. Même état saburral. La fièvre est forte. Tartre stibié, 0,10 en lavage. Selles et vomissements.

Le 4 mars, l'enflure a notablement diminué; le pouls est beaucoup moins fréquent, la peau est fraîche; la langue est nétoyée; la congestion de la face a diminué; il y a de l'appétit. Crème de tartre, 30 grammes.

Le 5 mars, selles abondantes la veille. Pas de fièvre; langue médiocrement chargée; jambes enflées, mais à un degré moindre. Crème de tartre, 30 grammes.

Le 6, selles modérées; plus d'empâtement de la bouche; pas de fièvre; langue naturelle; appétit. L'enflure des jambes existe encore un peu. 4 pilules de Bacher.

Le 7, même état. Jambes peu enflées, même debout. Pilules de Backer.

Le 8, les jambes sont à peine enflées le soir. Appétit; une portion. Même traitement. Deux jours après l'enflure avait totalement disparu sous l'influence des toniques, qui complétèrent ce que le vomitif avait commencé. Elle sortit le 15 mars parfaitement guérie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 juillet 1843. — Présidence de M. CORNAC.

La correspondance comprend une lettre de M. Debourge, médecin à Rollot (Somme), membre correspondant de la Société, contenant :

1° Une observation d'extraction de corps étranger de la face;

2° Une note intitulée : De l'inoculation du tartre stibié comme excitant local. Cette lettre est renvoyée à l'examen de M. Cherest.

— Plusieurs mémoires ont été adressés à la Société sur ce sujet : *des maladies des ovaires*, question proposée en la séance du 1er décembre 1841, pour un prix consistant en une médaille d'or de 300 fr., à décerner en la dernière séance de 1843.

M. le secrétaire général fait observer que l'usage de décerner des prix ayant été abandonné par la Société médicale d'émulation, il serait convenable qu'elle réglât, par une délibération expresse qui, à l'avenir, lui servirait de guide dans la voie de progrès où elle est rentrée, les conditions de distribution de ces prix. Les usages de la Société ayant beaucoup varié, sept membres d'abord, puis cinq, puis trois, ayant composé le jury d'examen, on discute en premier lieu la question de savoir de combien de membres se composera la commission. Elle est fixée à cinq. En second lieu on procède au scrutin secret à la nomination de ces cinq membres. Sont élus MM. Gillette, Giraldès, Chailly, Piedagnel et Larrey.

M. le secrétaire-général chargé dans la dernière séance de faire tenir à la Chambre des députés la pétition adoptée par la Société dans le but d'attirer l'attention du Gouvernement sur les mesures à prendre afin de propager la vaccine, expose les motifs par lesquels il rapporte la pétition. L'ayant reçue de M. Bérigny, à la date du 15 juin pour la faire passer à la signature du bureau et de la commission, il ne pouvait l'adresser à la Chambre qu'à une époque ultérieure au vote du parlement sur les secours à donner à la vaccine; il était donc illusoire de le faire alors. Il peut d'ailleurs y avoir un grand avantage à temporiser; dans la précipitation de la rédaction on s'est abstenu de tous documents officiels qu'il sera facile de se procurer pour le commencement de la prochaine session. Enfin M. Bérigny, auteur de la proposition, demande que son nom soit intercalé dans la pétition, et il exprime le désir d'être autorisé à la faire imprimer à ses frais. En considération de ces deux demandes surtout, auxquelles M. le secrétaire-général ne pouvait répondre sans outrepasser ses pouvoirs, il a cru devoir consulter la Société, et il lui propose de renvoyer la pétition avec ces observations à la commission qui a été chargée de la rédiger.

M. Faivre, rapporteur de la commission, se range à l'avis de M. Gillette quant aux conclusions, mais non quant aux motifs; Selon lui, la Société ne doit pas espérer que la Chambre prenne dans la pétition les documents officiels; ce qu'on désire d'elle, c'est seulement un renvoi au ministre.

Le renvoi à la commission est prononcé.

— *M. Adorne* dépose sur le bureau, à l'appui d'une communication qu'il a faite dans la dernière séance (Observation d'atrésie complète du rectum), et qui a déterminé de nombreuses marques d'incrédulité, les pièces suivantes :

1° Une lettre du maire du bourg de Void (Meuse).

2° Une lettre du docteur Grandjean, médecin à Void.

3° Un extrait du *Narrateur de la Meuse* du 3 juillet 1824, intitulé : « Notice sur une cure de paraplégie par suite d'une compression sur la moelle rachidienne avec atrophie de la moitié inférieure du corps, et occlusion des voies intestinales, urinaires et sexuelles; par Prosper (Sylvain-Denis), interne en médecine des hôpitaux de Paris. »

Renvoi à une commission composée de MM. La Corbière, Chailly et Caffe.

Rapport. — M. le rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail précédemment lu par M. le docteur Desmarres sur la kératectomie, expose que cet auteur ayant, quelques jours après l'avoir présenté à la Société, envoyé son travail à l'Académie des sciences, il est sorti des usages académiques. En conséquence, il propose à la Société de ne pas faire de rapport.

Après discussion, la proposition est adoptée.

De la folie malicieuse et méchante sous le rapport médico-légal; par M. Brierre de Boismont. — « L'étude morale de l'homme révèle l'existence de natures perverses contre lesquelles viennent se briser les exemples de la famille, les règles de l'éducation et le frein même des punitions. Il est consolant pour l'humanité de penser que ces caractères exceptionnels résultent d'une organisation défectueuse; c'est du moins ce que l'observation des aliénés semble confirmer. Rien de plus commun que de voir entrer dans nos établissements des individus dont la conduite a fait pendant leur séjour dans le monde le tourment de tous ceux qui les environnaient, et qui sont à juste titre l'effroi de nos maisons. Point de méchancetés qu'ils ne fassent, de ruses qu'ils ne trouvent, de tours ce qu'ils n'inventent, et c'est le plus souvent en vous flattant, en vous accablant d'amitiés, d'offres de service, qu'ils cherchent à vous faire le plus de mal possible.

« Parmi les faits de ce genre que j'ai pu recueillir, je me bornerai à communiquer à la Société les deux suivants, me réservant de donner plus tard des développements à ce sujet qui n'intéresse pas moins le philosophe que le médecin.

» Madame P..., veuve d'un fonctionnaire public, appartenant à une famille très-distinguée, douée de beaucoup d'esprit et de finesse, mère de quatre enfants, a toujours été le tourment de ses parents. Sans ordre, aimant la parure, la dépense, elle a plusieurs fois franchi les limites du devoir. Son caractère est difficile à vivre, elle est surtout médisante, calomniatrice, et il n'est personne autour d'elle qu'elle n'ait plus ou moins fortement blessé par ses propos. Ses dépenses étant devenues excessives, et ses actions pouvant la compromettre gravement, sa famille prit le parti de la faire conduire dans une maison. Le certificat du médecin portait que cette dame était atteinte d'une aliénation mentale, tantôt sous forme d'une profonde morosité, tantôt avec exaltation, et que, dans l'un et l'autre cas, elle était hors d'état de régler sa conduite.

» Dans les trois à quatre jours qui suivirent son entrée dans l'établissement, elle parut fort calme, mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle avait des peurs exagérées; elle croyait que les personnes enfermées dans la maison n'étaient pas aliénées, mais victimes de la cupidité des parents, des machinations de la police et de la corruption des directeurs de maisons de santé; par moments, il lui semblait qu'elles se transformaient et prenaient d'autres figures.

» Deux mois après, cette dame était devenue très-calme, mais nous eûmes bientôt la conviction qu'elle était tourmentée de ce besoin du mal, qui fait à juste titre considérer ces aliénés comme les fléaux de nos établissements. Plein d'attention pour elle, cette dame nous témoignait sa gratitude en irritant les malades, en se chargeant d'écrire pour eux des lettres mensongères au procureur du roi, aux familles, aux amis. Plus d'une fois des scènes de désordre eurent lieu par suite de ses artifices; elle se retirait alors à l'écart, et ses yeux brillants attestaient le plaisir qu'elle éprouvait. Chaque jour c'était quelque machination nouvelle, dont le résultat était de troubler la tranquillité de la maison. Madame P..... disait aux autres malades : J'en ferai tant, qu'ils seront obligés de m'ouvrir la porte malgré eux; s'il le faut, je mettrai le feu.

» Madame P....., comme ces sortes de malades, était calomniatrice, aussi elle disait du médecin qui avait délivré le certificat d'admission, qu'il avait des crimes à se reprocher; qu'elle le perdrait si elle voulait les faire connaître. Lui faisait-on des représentations sur la gravité de ses imputations, elle répondait aussitôt qu'elle ne savait ce qu'on voulait dire, qu'elle était incapable de tenir de pareils discours.

» Les deux formes de l'aliénation signalées par M. C....., furent observées dans l'établissement. Pendant les premiers temps elle était méticuleuse, craintive, indécise, ne pouvait achever une phrase; puis elle devint gaie, exaltée; elle n'était occupée qu'à manger; plus d'une fois elle chercha à se faire apporter de l'eau-de-vie du dehors. Voici les discours qu'elle tenait alors : Tous les plaisirs me sont chers; j'ai bien employé mes années; est-ce qu'une femme n'est pas maîtresse de son corps? Ses penchants n'étaient pas équivoques. Un jour elle proposa à un jeune imbécile que j'employais dans la maison de se mettre nus tous les deux; afin de voir leur différence. Madame P....., qui a cinquante-trois ans, disait hautement : En sortant d'ici, j'aurai des amants; j'en ai toujours eu et je ne changerai pas. Pendant cette période d'exaltation, les propos de cette malade furent très libres, et auraient indiqué la plus profonde immoralité, s'ils n'avaient été amenés par le dérangement de ses facultés.

» A ces deux formes, succéda un état qu'on aurait indubitablement pris pour la raison, si l'observation attentive, journalière, constante de madame P... ne nous avait suffisamment éclairés. Ce fut alors que son caractère devint malicieux, méchant, calomniateur. Aux explications en apparence naturelles qu'elle donnait, à ses conversations calmes et sensées, il eût été difficile de croire qu'il y avait là derrière cachés une dissimulation et un besoin du mal poussés aux dernières limites. Il n'est sans doute pas rare de rencontrer dans la société des hommes pour qui médire est un besoin, dont la verve satirique n'épargne personne, et qui sacrifient leurs meilleurs amis à un bon mot; mais au moins ils choisissent leurs victimes, et dans leurs méchancetés il y a souvent de l'esprit et presque toujours quelque chose de vrai. Chez madame P..., un examen superficiel eût aussi montré un but à sa conduite, mais où la folie n'était plus douteuse; et ce caractère, je le crois important, c'est qu'elle s'adressait à des paralytiques, à des individus tombés en démence, à des idiots, en un mot à des êtres hors d'état de la comprendre. Nous n'hésitons pas à le dire, cette méchanceté qui ne laisse pas un instant de repos à celui qui en est atteint, qui le force à en appeler à des malheureux tombés au dernier degré de l'abrutissement, qui le fait chasser de tous les lieux où il met le pied, qui ne lui permet pas de se ménager un asile où il puisse vivre en paix, est pour nous une véritable aliénation.

» Bien pénétré des difficultés qu'offre sous le rapport médico-légal ce trouble des facultés, nous avons toujours eu pour règle d'engager les parents, après un premier séjour dans nos établissements, dès que la période d'excitation est passée, et que ces malades sont entrés dans celle que je nomme *raison simulée*, à les rendre à la liberté, parce que l'expérience nous a appris que ces essais avaient pour résultats infaillibles de montrer combien ces aliénés étaient nuisibles à eux-mêmes et dangereux pour les autres.

» Cette conduite fut également adoptée pour madame P...; on lui permit de choisir une résidence à son gré. Dans les deux premiers mois, elle se tint sur ses gardes, et ne donna lieu à aucune remarque; mais le mal reprit le dessus, et l'on vit recommencer toutes les scènes dont nous avions été si souvent les témoins.

» M. Y..., chez lequel elle s'était mise en pension en sortant de mon établissement, écrivait au frère de cette dame : « Il n'est plus possible que madame P... reste dans une maison particulière. Nous avons mis en toute chose la bonne volonté la plus scrupuleuse, elle n'a été suivie d'aucun résultat même passable. La consciencieuse bonne volonté d'honnêtes gens ne peut être suffisante; il faut la pieuse abnégation de saintes femmes qui veuillent bien faire leur purgatoire en ce monde dans l'espoir de gagner le Ciel... Il est fâcheux de le dire, mais il faudrait soupçonner un fond de méchanté noire, si l'on pouvait croire que toutes les misères que nous avons endurées depuis deux mois sont le fait de la volonté positive de madame P..... Par humanité, je dois en attribuer la plus grande partie à toutes les préoccupations extraordinaires qui ont bouleversé les idées de cette pauvre dame. »

» Lorsque les aliénés présentent cette demi-raison qui a plus d'une fois trompé la vigilance de ceux qui ne les voient qu'en passant, il n'est pas surprenant qu'ils désirent vivement la liberté, et que pour atteindre ce but ils fassent preuve dans leurs discours et dans leurs actes d'un esprit de suite et d'une adresse souvent très remarquables. Mais quand on les voit avant leur entrée, pendant leur séjour, après leur sortie, agir toujours de même, il est impossible de se refuser à l'évidence, et de ne pas reconnaître dans cette persévérance une lésion de libre arbitre. C'est aussi ce qui eut lieu chez madame P..... durant son séjour à B.., pendant qu'elle était confiée à mes soins, et depuis sa sortie dans les différentes maisons où elle fut placée.

» Les tracasseries, les souffrances mêmes que madame P...., faisait

endurer à la famille chez laquelle elle se trouvait furent telles, que celle-ci, sans attendre l'ordre des parents, la fit entrer dans un couvent de religieuses. Quelque temps après, une lettre de la supérieure au frère de madame P..., ne laissait pas douter que sa fâcheuse disposition d'esprit ne l'eût suivie dans cette communauté. « Je vous prie instamment, disait cette dame, de placer le plus tôt possible madame P..... Il nous est impossible de la garder; elle est horrible dans ses paroles, audacieuse au dernier point; et ce qu'il y a de plus calamiteux, c'est qu'elle est bien moins folle que méchante. (Opinion que l'on conçoit très bien, mais que nous, médecins, nous ne saurions partager.) Elle a levé la main à plusieurs reprises sur moi. Nous serions disposées à faire tous les sacrifices, si ses discours n'étaient pas de nature à produire sur les enfants de nos classes les impressions les plus pénibles. »

« A ce premier fait, j'en ajouterai un autre. L'individu qu'il concerne, après avoir eu une affection maniaque, constatée par un membre de l'Académie royale de médecine, M. Ferrus, appelé en consultation, et qui avait abouti à une interdiction, a subi un changement dans ses conceptions délirantes. Quand il est avec nous, il se montre très satisfait de notre conduite à son égard; mais dès qu'il vient une personne étrangère, il se plaint des mauvais procédés qu'on a eus pour lui; c'est à eux qu'il doit sa maladie; s'il avait été dans un autre établissement, rien de tout cela ne lui serait arrivé. On m'a trompé pour me conduire ici; si on m'avait dit la vérité, je serais venu de moi-même. Vos domestiques m'ont affreusement maltraité; ils m'ont rendu fou. Il est vrai que, par moments, il affirme qu'il n'a jamais été alité et que c'est une action infâme que de l'avoir enfermé. Cet homme, si astucieux depuis quelque temps, n'est pas plutôt seul ou avec les autres malades, qu'il chante à tue tête : *Adoremus*...., et tient les propos les plus exaltés. J'ai plus d'une fois entendu ses commensaux lui dire : Mon cher ami, vous êtes très malade, et le séjour dans une maison de santé vous est indispensable. — Dans ce cas, sans doute, l'aliénation est plus facile à constater; en questionnant le malade, on le fait tomber dans des contradictions flagrantes; mais au premier abord il en impose et pourrait faire croire à une détention arbitaire, si les certificats, l'examen, l'acte d'interdiction n'étaient là pour rétablir la vérité des faits.

» Nous ne rapporterons pas d'autres observations, celles-ci suffisent pour prouver qu'il existe des aliénés menteurs, malicieux, méchants, calomniateurs, et chez lesquels ces perversions des facultés sont presque les seules appréciables. — Le caractère pathognomonique de cette variété de la folie, c'est un besoin de mal faire, avec absence évidente des plus simples notions du sens commun.

» Dans les cas de ce genre, voici la conduite que nous croyons devoir tenir : Lorsque les malades se trouvent dans un état que nous avons appelé raison simulée, si surtout cet état est nouveau, s'il n'a pas été constaté d'une manière authentique par une suite d'actes qui éclairent suffisamment la religion des magistrats, il faut donner le conseil aux parents de leur rendre la liberté, en les mettant toutefois dans des conditions qui permettent de les surveiller attentivement. En les rendant à la société, il faut envoyer au préfet de police, au procureur du roi, un rapport détaillé de la disposition de leur esprit, des craintes que leur genre de maladie peut inspirer pour l'avenir..... Par cette manière d'agir, on prévient tout reproche de détention arbitraire, et presque toujours les rechutes ou l'aggravation des symptômes justifient le jugement porté.

» Prié par la famille de madame P... de donner notre avis sur les faits qui lui sont reprochés depuis sa sortie de notre maison, nous avons pris pour base de notre rapport les différents points sur lesquels nous venons d'appeler votre attention, et nos conclusions ont été que cette dame était atteinte d'une monomanie raisonnante sous forme méchante et calomniatrice. Cette maladie, avons-nous dit, peut facilement échapper à l'attention dans un court interrogatoire, parce que ces sortes de personnes se tiennent sur leurs gardes; mais l'observation et l'enquête en mettent l'existence hors de doute. Pour empêcher les fous méchants, calomniateurs de nuire à leur famille, à eux-mêmes et aux autres, il est indispensable de les renfermer dans des établissements consacrés au traitement des maladies mentales. »

MM. Belhomme et La Corbière expriment le regret que les observations de M. Brierre de Boismont n'aient pas été complétées par l'examen de l'état cérébral des malades, qu'on n'ait pas cherché les rapports entre les manifestations et les développements organiques.

De l'emploi de la pâte arsenicale du frère Côme dans le traitement des ulcères cancéreux. — *M. Souberbielle* entretient la Société des succès qu'il a obtenus depuis plus de soixante ans, par l'emploi de la pâte arsenicale du frère Côme, son parent et son maître, comme spécifique des ulcères cancéreux qui attaquent communément la face, et plus particulièrement le nez et les lèvres.

Frère Côme étant mort sans avoir fait connaître la composition de la pâte qui porte son nom, chacun a fixé arbitrairement les proportions des substances dont elle est formée; aussi a-t-il été publié 40 à 50 formules différentes. Il est résulté de là que la pâte arsenicale n'a plus présenté aucune sûreté dans son emploi. Des malades ont été guéris, d'autres ont vu leur mal empirer. Enfin quelques-uns sont morts empoisonnés. Ces divers résultats avaient jeté une telle défaveur sur ce remède qu'il était presque abandonné. Cependant M. Souberbielle ayant continué à l'employer, a toujours vu ses malades guérir. Voici la formule qu'il a suivie :

Pr.	Arsenic blanc,	30 centigr.
	Cinabre,	150
	Eponge calcinée,	75

Pulvérisez.

Au moment de s'en servir, on délaie cette poudre dans un peu d'eau jusqu'à consistance de bouillie, on l'étend légèrement avec un pinceau sur les surfaces ulcérées, en ayant soin de n'employer qu'une médiocre quantité; car il vaut mieux faire de nouvelles applications que de s'exposer à une trop forte absorption. On la recouvre ensuite d'un morceau d'agaric mince mouillé. Cet agaric mince se détache au bout de 10, 15, 20, 30 jours, et quelquefois plus tard, et tombe avec l'escharre. Après la chute de celle-ci, M. Souberbielle panse avec la pommade jaune du frère Côme, étendue sur un linge jusqu'à ce qu'elle soit détergée de la couche blanchâtre qui la recouvre (1). Si alors les excroissances fongueuses reparaissent, il fait une nouvelle application de pâte arsenicale, et il en réitère l'usage jusqu'à destruction complète du cancer.

Il y a une remarque fort importante à faire relativement à la grandeur de l'ulcère : s'il dépasse trois centimètres carrés, il faut diviser le traitement afin de ne jamais s'exposer à l'absorption par une surface trop considérable, et, pour cela, ne cautériser une nouvelle portion qu'après la chute de la première escharre produite; de plus, lorsque les bords sont calleux, il faut les dépouiller du tissu qui les recouvre par un vésicatoire, parce que ce remède n'a d'action qu'autant qu'il agit sur des chairs vives.

Le caustique détermine des douleurs et un gonflement érysipélateux qui causent la fièvre, mais qui se dissipent facilement.

M. Velpeau demande quel avantage la formule indiquée par M. Souberbielle a sur celle de Dubois, que M. Patrix a publiée.

Le double avantage, répond *M. Souberbielle*, de ne faire courir aucun danger au malade, et de guérir toujours si elle est bien appliquée, car elle ne s'applique pas d'elle-même; elle donne des résultats en raison de la manière dont elle est employée. Il en est de même pour l'opération de la taille avec le lithotôme caché du frère Come, qui agit selon la direction qu'on lui donne, ainsi que M. Velpeau doit le savoir par lui-même.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. N° 31.

Quelques faits relatifs à la coïncidence dans les mêmes lieux, des fièvres intermittentes et de la phthisie pulmonaire; par M. GINTRAC, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

L'idée ingénieuse d'un antagonisme existant entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire, appelle en ce moment l'attention des médecins. M. Gintrac vient donner le résultat de quatre années d'études attentives faites dans les salles de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, consacrées à l'enseignement de la clinique interne, études relatives et spéciales au département de la Gironde.

Il établit trois grandes divisions dans ce département, 1° Bordeaux et sa banlieue, 2° la rive droite du fleuve, 3° la rive gauche. Sous le rapport de la fièvre intermittente, les choses se sont ainsi passées pendant quatre ans : 1° Bordeaux, avec une population de 108,320 individus, a donné 387 cas de fièvres; 2° la rive gauche, avec une population de 179,429 habitants, a fourni 379 cas de fièvres; 3° la rive droite, avec une population de 254,150 individus, n'a produit que 105 cas de fièvres intermittentes.

Dans ce même espace de temps, les salles ont reçu des phthisiques dans la proportion suivante : 1° venant de Bordeaux, 100; 2° de la rive gauche, 27; 3° de la rive droite, 7.

Donc, dans le département de la Gironde, et parmi les malades admis pendant quatre ans dans les salles de la clinique médicale, il y a eu, entre les fièvres intermittentes et la phthisie pulmonaire, non antagonisme, mais parallélisme assez exact sous le rapport de le fréquence respective de ces maladies.

A ce résultat général, M. Gintrac ajoute quelques remarques particulières qui ne sont pas sans intérêt pour la question. Ainsi une vingtaine d'individus avaient eu quelque temps avant des fièvres intermittentes, et provenaient la plupart des lieux où ces fièvres règnent habituellement. D'autres fois les premiers symptômes de la phthisie ont alterné avec ceux de la fièvre intermittente. Dans plusieurs cas, la fièvre intermittente avait précédé de quelque temps les débuts de la phthisie.

« Tous ces faits, dit M. Gintrac, me paraissent propres à prouver que la fièvre intermittente et la phthisie ne s'excluent point, que l'une ne détruit pas le germe de l'autre, et que, soit dans les mêmes localités, soit chez les mêmes individus, ces deux affections marchent souvent de concert. »

Mémoire sur les caustiques hypo-cathérétiques, avec quelques considérations les plus générales sur leur application à la thérapeutique chirurgicale; par le docteur E. PERAIRE, de Bordeaux.

Le mot caustique désigne un agent qui, mis en contact avec nos tissus, a pour effet, soit de les modifier, soit de les altérer, et le plus souvent de les détruire. De là deux sortes de cautérisations : une cautérisation organique, celle qui détruit; une cautérisation vitale, celle qui modifie en imprimant un simple changement dans les phénomènes de la vie. C'est aux caustiques qui remplissent cette dernière indication, que M. P. donne le nom d'hypo-cathérétiques. Il en a modifié la composition dans le but d'en rendre l'action plus lente et plus modérée, à la réduire à un effet presque insensible.

Les caustiques hypo-cathérétiques sont des composés chimiques incorporés dans des matières grasses, assez consistantes néanmoins pour avoir presque la fermeté *cireuse*. Ce sont des cylindres du volume de ceux de nitrate d'argent fondu; les caustiques de couleur verte sont au sulfate de cuivre; les gris ardoisés, au proto-nitrate d'hydrargire; ceux qui sont d'un blanc chatoyant sont au bi-chlorure de mercure, et ceux dont la couleur blanche est un peu terne, à l'azotate d'argent fondu.

Tous ces caustiques sont composés de six parties de beurre de cacao, de deux parties de *sperma ceti* et de deux parties de caustique. On fait d'abord fondre le cacao et le blanc de baleine; on y ajoute ensuite les substances caustiques, et on coule. Ils sont d'une consistance telle qu'il est inutile de prendre des ménagements trop grands dans la crainte de les briser. Ils ne se ramollissent et se fondent qu'à une température au moins égale à celle du corps; le contact de l'air ne paraît pas les altérer; il est pourtant prudent de les renfermer dans des tubes de verre bouchés. Mis en contact avec les tissus malades, les caustiques prennent la forme liquide, et recouvrent aussi leur surface. Leur action peu énergique permet de les y promener pendant quelques instants. Mais peu de temps après leur application, le malade éprouve un peu de chaleur, qui devient graduellement plus vive. La douleur qu'ils éveillent disparaît insensiblement avec elle, après avoir produit l'afflux de quelques fluides, suivi d'une prompte dessiccation.

Les caustiques, sous cette forme, conviennent dans un grand nombre de phlegmasies passées à l'état chronique et dans quelques inflammations aiguës; dans des affections ulcéreuses superficielles qui réclament une action dynamique plus forte que l'irritation morbide.

(1)

Cire jaune,	32	grammes.
Huile rosat,	48	
Camphre,	75	
Extrait de saturne,	150	

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. AOUT 1843.

Clinique de M. Ricord.

Suite et fin d'un article dont les idées principales ont été plusieurs fois exposées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Du catarrhe de l'oreille moyenne, et de la surdité qui en est la suite; par M. le docteur Hubert VALLERAUX.

Nous avons donné un long extrait de ce travail dans nos comptes-rendus de l'Académie de médecine.

Diagnostic chirurgical. Plaie de tête par instrument piquant; abcès du cerveau; opération du trépan pratiquée par Dupuytren. (Observation communiquée par M. Royer-Collard.)

C'est un souvenir de la clinique de Dupuytren, mais qui malheureusement manque de tous les détails. Cependant cette observation mérite au plus haut degré l'attention sous le triple rapport 1° du long temps écoulé entre la blessure et les symptômes de l'épanchement; 2° des phénomènes qui précédèrent et qui suivirent la sortie du pus; 3° de l'admirable perspicacité et de la hardiesse du grand chirurgien qui ne se laissa point arrêter par les premières apparences de l'opération.

A la fin de 1822, un homme se présenta à la clinique de Dupuytren pour une plaie de tête. Il avait reçu un coup de couteau sur la tête deux ans auparavant, était resté quelques jours à l'hôpital et en était sorti guéri. Au bout de ces deux ans, au mois de novembre 1822, la cicatrice devint douloureuse, se rouvrit, et donna issue à un morceau de la pointe du couteau dont le malade avait été frappé. Il n'éprouva point de soulagement de la sortie de ce corps étranger; la douleur continua dans la plaie; il eut des vomissements fréquents, des frissons, de la fièvre, une prostration extrême, un délire non continu, des engourdissements dans le bras droit.

C'est dans cet état un peu amélioré, mais non terminé, que le malade vint, le 2 décembre 1822, à la clinique. La douleur persistait sous le point blessé; elle revenait par redoublements, par crises, ainsi que le vomissement; il y avait paralysie du bras gauche, du mouvement surtout.

Dupuytren pensa que le morceau de fer avait séjourné entre le crâne et les membranes du cerveau, que des douleurs si vives et si persistantes ne pouvaient venir d'une simple plaie, que le vomissement était symptômatique de la lésion cérébrale, qu'il y avait du pus amassé sous le crâne, et qu'il faudrait donner issue à ce pus au moyen du trépan.

Le malade se fatigua du traitement préliminaire antiphlogistique qu'on lui fit subir, voulut sortir, mais rentra le 29 janvier 1823.

A sa rentrée, il articulait mal les sons, il avait de la peine à mouvoir les yeux; son intelligence était lente, et il tombait dans l'assoupissement lorsqu'on l'abandonnait à lui-même. Les deux jours suivants, perte de connaissance, respiration suspirieuse, yeux tournés en haut et immobiles, mouvements convulsifs cloniques du côté droit, avec immobilité constante du côté gauche, etc.

Dupuytren pensa qu'il avait affaire :

Ou à une collection de pus, ou de sang, ou de sérosité;

Ou à une fongosité de la dure-mère;

Ou à une dégénération du cerveau.

L'opération du trépan fut décidée et immédiatement pratiquée. La trépanation faite, rien entre le crâne et les meninges. Cependant la dure-mère faisait une saillie; elle fut incisée, ainsi que la partie de l'arachnoïde qui tapisse sa face interne : il ne sortit encore rien. Alors Dupuytren, toujours convaincu de la présence du pus, enfonça le bistouri à la profondeur d'un pouce dans la substance même du cerveau : il sortit d'abord un peu de sérosité, puis bientôt après un flot de pus, suivi aussitôt de plusieurs autres. Le bistouri fut enfoncé plus profondément et plus largement : le pus sortit plus abondamment encore. On ordonna au malade de faire des efforts, et on introduisit une sonde de femme qui donna issue à quatre ou cinq cuillerées de pus.

Des changements soudains et fort remarquables se manifestèrent dans l'état du malade. Pendant l'opération, il avait paru sentir la douleur, mais être dans l'impossibilité de l'exprimer; après l'opération, sa voix était ferme et sonore pour exprimer la douleur. Avant l'opération, il répondait très difficilement; après l'opération, il prit la parole de lui-même et fortement : les mouvements revinrent. — Une mèche fut placée dans l'ouverture. — Ce mieux devait-il durer? Le malade devait-il être sauvé? Malheureusement non. Il mourut quelques jours après.

Dupuytren, en faisant remarquer le grand service que l'opération venait de rendre au malade et la chance de vie qu'elle venait de lui ouvrir, ne dissimula point qu'on avait tout à craindre de l'inflammation, soit du cerveau, soit de ses membranes, et que cette inflammation, survenant dans de pareilles circonstances, serait presque nécessairement mortelle, quelque intelligence, quelque promptitude et quelque énergie qu'il y eût dans les secours apportés : c'est ce qui arriva.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric BEURREY, rue de l'Echiquier, 34.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 10 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 94. TOME V. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Perte subite de connaissance; convulsions épileptiformes; coma; délire; anesthésie; guérison.

Madeleine Chaiklé, âgée de trente-quatre ans, fille, domestique, née dans le département de la Moselle, entra à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Martin-Solon, n° 53, le 14 février 1843. Son état intellectuel la rendait incapable de donner aucun renseignement. Les personnes qui la conduisirent à l'hôpital apprirent qu'elle était accouchée depuis six semaines, fort heureusement, mais après des douleurs violentes; que, relevée de ses couches, sa santé s'était maintenue dans un état très satisfaisant, et qu'enfin les lochies s'étaient supprimées tout récemment. Par la suite, elle assura elle-même qu'elle jouissait habituellement d'une parfaite santé; qu'elle n'avait en particulier jamais éprouvé d'affections cérébrales, non plus qu'aucun de ses parents. Elle n'est point sujette aux céphalalgies; elle ne tousse pas ordinairement, et l'on ne trouve dans sa famille aucun antécédant tuberculeux. Réglée vers l'âge de treize à quatorze ans, la menstruation a toujours été régulière. Elle n'est soumise à l'influence d'aucune hémorrhagie.

Le 13 février dernier, elle fut prise subitement de perte de connaissance, et tomba immédiatement; elle ne se rappelle nullement ce qui se passa au moment du début. Des mouvements convulsifs survinrent bientôt, et continuèrent sans relâche ainsi que la perte des facultés intellectuelles. Une saignée fut pratiquée le même jour, et ne fut suivie d'aucune amélioration. Entrée à l'hôpital Beaujon le lendemain, les mouvements convulsifs ne cessèrent que vers une heure du matin; ils revenaient par accès fréquents, épileptiformes, se traduisant par des secousses et de la raideur dans les membres; la bouche en même temps devenait écumeuse, et l'attaque, terminée, était suivie de coma et d'une résolution complète de tous les membres.

Le 15, la malade se présentait dans l'état suivant: femme d'une taille ordinaire, d'une assez bonne constitution; embonpoint convenable, cheveux châtains, peau brune. Décubitus dorsal; face presque pâle; lèvres peu colorées; coma profond. Si l'on excite la malade à ouvrir les yeux, elle les ferme aussitôt; on ne peut en obtenir aucune parole. Les pupilles sont plutôt étroites que larges, égales, contractiles. Les arcades dentaires sont fortement pressées l'une contre l'autre; les deux masseters sont également contracturés. Aucun mouvement involontaire n'est exécuté: si l'on soulève les membres, ils retombent comme des corps inertes; ils sont souples, sans la moindre raideur. Le pincement exercé sur les inférieurs et sur la face, provoque la contraction des muscles de celle-ci avec une expression de douleur; mais quand on l'exerce sur les supérieurs, le cou, le tronc, il n'est point perçu, et, néanmoins, une pression même modérée y semble douloureuse. La langue ne peut être examinée. Le ventre, de forme normale, est très sensible à la pression; le foie ne déborde pas les côtes; la vessie n'est pas distendue; on ne sent point l'utérus au-dessus du pubis. Pas de garderobes; percussion douloureuse sur la poitrine, très sonore dans toutes les régions du thorax. Expansion vésiculaire très pure, bien développée, et sans râle aucun. La dilatation de la poitrine est complète, égale des deux côtés; 16 à 18 inspirations, régulières. Battements du cœur accélérés, mais sans altération dans leur rhithme. Pouls à 110, régulier, égal, peu développé. Peau chaude, humide. Limonade, saignée, lavement purgatif; diète.

Le 16, 400 grammes environ de sang ont été tirés de la veine: caillot petit, rétracté en forme de champignon, très consistant. Couenne de 3 à 4 millimètres d'épaisseur; sérum abondant.

Aucun changement dans l'état de la malade, jusque vers cinq heures environ du matin. Alors elle commença à sortir de sa somnolence, et depuis elle a proféré quelques paroles. A la visite, face pâle, hébétude, air stupide; narines pulvérulentes; pupilles peu dilatées; vue et audition normales. La malade semble comprendre les questions; elle répond avec justesse à quelques-unes, mais lentement et d'une voix basse; ses paroles sont mal articulées. Abandonnée à elle-même, elle tient des propos incohérents. L'anesthésie persiste sur le cou et le tronc; partout ailleurs sensibilité normale. Langue bien tirée, grisâtre, humide. Plusieurs évacuations alvines liquides, involontaires, ainsi que l'émission des urines. Pouls à 112, peu développé; chaleur modérée. Julep béchique; glace sur la tête; sinapismes aux membres inférieurs; saignée; lavement émollient; diète.

Le 17, la saignée a donné 180 grammes de sang; elle a mal coulé. Caillot assez ferme, non couenneux; 90 grammes de sérum.

Pupilles un peu plus dilatées, de diamètre ordinaire. Céphalalgie frontale, gravative, assez prononcée; sentiment de chaleur brûlante à la tête; la présence de la glace n'y est pas perçue. La sensibilité cutanée est rétablie généralement. Langue couverte d'enduit blanchâtre, légèrement tuméfiée, un peu douloureuse et rouge à la pointe, où des découpures, inaperçues jusqu'alors, indiquent qu'elle a été mordue sans doute dans les accès convulsifs. Abdomen à peine sensible à la pression; une garderobe très peu abondante, solide. Pouls à 92, régulier, consistant; pas de chaleur à la peau. Huile de ricin, 40 grammes. Continuer le reste de la prescription, la saignée exceptée.

Le flux menstruel s'établit dans la journée, et cette circonstance a dissuadé d'administrer le purgatif. Le soir, hallucinations; la vue des assistants excite chez la malade une frayeur insolite: elle s'agite, vocifère, et l'on est obligé de la maintenir au moyen de la camisole pendant la durée de cet état; mais le calme renaît bientôt, et un sommeil paisible lui succède.

Le 18, intelligence obtuse; pas de délire; réponses satisfaisantes. La sensibilité est un peu émoussée sur toute la surface cutanée. L'écoulement menstruel est très peu abondant et tend à se supprimer. Désir d'aliments. Pouls à 120, assez développé; peau un peu chaude. Tilleul; julet béch. avec liqueur d'Hoffmann, 10 gouttes; glace sur la tête; sinap.; deux bouillons.

Le 19, constipation depuis le 17. Pouls à 116, peut-être un peu moins développé; peau de chaleur naturelle. Aucun autre changement. Huile de ricin, 30 grammes; lavement huileux.

Les purgatifs restent sans effet; on administre 15 décigr. d'ipécacuanha, qui, sans donner lieu au vomissement, provoque quelques évacuations alvines liquides. Vers la fin du jour, délire, agitation: on applique la camisole, et l'on place dix sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde.

Le 20, pupilles moins dilatées; conjonctives injectées; la face reste stupide, médiocrement colorée; la tête brulante, et la glace, à en croire la malade, y produirait un sentiment de chaleur. Réponses tantôt raisonnables, tantôt incohérentes. Le pincement, même léger, paraît un peu douloureux sur tout le côté gauche du corps, et, au contraire, médiocrement senti à droite. Aucune altération des mouvements volontaires. Pouls à 104, assez consistant; chaleur normale. Calomel, 60 centigr. en trois doses; lavement de miel de mercuriale, 64 gram.

Le 21, face plaquée de rouge, couverte de gouttelettes de sueur; pupilles étroites; céphalalgie prononcée; délire tranquille ce matin, très agité la veille; quelques réponses justes; pas d'embarras de la parole; langue bien tirée, humide, couverte d'un léger enduit blanchâtre; ni nausées, ni vomissements; mais le jour précédent, le calomel (et une seule dose en a été administrée) en a provoqué, et a même été rendu par la bouche. Pas de garderobes; coliques vagues, mal déterminées. Ventre toujours sensible à la pression dans toutes ses régions. Sensibilité et myotilité à l'état normal. 102 pulsations; pouls de force modérée; peau chaude et sudorale. Deux lavements purgatifs; catapl. émoll. sur le ventre. Dans la journée, on fait des onctions avec l'onguent napolitain sur les parties latérales du cou.

Le 22, même facies; beaucoup de loquacité; insomnie; langue nette, humide; pas de garderobes. On supprime la potion, et l'on prescrit: orge oxymel; lavement émoll.; 15 sangsues à l'anus; glace; catapl. sur le ventre; onctions; diète.

L'application des sangsues donne lieu à une copieuse évacuation sanguine, et est promptement suivie d'une sorte de collapsus assez notable; la loquacité est remplacée par un silence complet.

Le 23, le même état persistait. La face était moins colorée, les conjonctives moins injectées, les paupières demi-closes, les pupilles d'un diamètre très ordinaire; mais la vue était un peu faible. Le sentiment de chaleur à la tête existait; le froid y produisait une sensation agréable. Langue grise, humide; peu de soif. Ventre insensible à la pression; selles liquides, toujours involontaires. Pouls à 100, de consistance médiocre; pas de chaleur à la peau. Respiration calme: 20 inspirations. Huile d'éponge émulsi., 2 grammes. Le reste *idem*, sauf les sangsues.

Le 24, facies bien éveillé; aspect de la physionomie satisfaisant, plus expressif. Intelligence notablement améliorée; toutes les réponses sont justes. Vue très nette. Les gencives sont un peu tuméfiées, rouges et douloureuses, sans qu'il soit remarqué d'augmentation de la sécrétion salivaire. Un vomissement aqueux avait été provoqué la veille par le purgatif. Ventre un peu sensible à la pression; plusieurs garderobes liquides. 116 pulsations; peau de chaleur naturelle.

FEUILLETON.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES DE LA MAIN.

De la main, considérée dans ses rapports avec l'intelligence.

(Thèse de Paris, 1843; par M. GUITTON.)

Quelque excentrique, quelque originale que puisse paraître au premier abord, la seconde partie du titre de ce travail, on se tromperait fort si l'on s'imaginait qu'il s'agit ici d'autre chose que d'un mémoire sérieusement conçu et sérieusement exécuté, sur un sujet aussi neuf qu'important par les déductions pratiques que la science sera probablement plus tard à même d'en tirer. Ce n'est donc pas une question puérile et sans valeur, une question de *chiromancie* que veut soulever l'auteur, et si quelqu'un prétend à la succession de la célèbre pythonise du faubourg Saint-Germain, ce n'est pas M. Guitton que l'on doit accuser d'un tel dessein, comme l'un des représentants de la Faculté a eu la malheureuse idée de le croire, et l'idée plus malheureuse encore de l'exprimer publiquement, et, nous osons le dire, d'une manière, que nous ne croyons pas être trop sévères en la taxant de légèreté. Permis à chacun d'avoir ses convictions, de les exprimer et de les développer; mais n'est-il pas, avant tout, nécessaire de rester dans les limites des convenances les plus rigoureuses et de présenter les objections dans des termes convenables et sérieux quand on s'attaque à des hommes sérieux, à des hommes d'étude; n'est-il pas nécessaire, avant tout, de se pénétrer de ce principe qui doit dominer toute discussion, que *plaisanter n'est pas répondre*. Disons à ce propos, qu'il nous paraît étonnant que ce soient les hommes qui ont l'ambition de se poser comme les représentants du progrès en toute chose, qui devraient se servir de la haute position qu'ils occupent et de l'influence qu'ils ont acquise pour venir en aide à la jeunesse studieuse, que ce soient ces mêmes hommes qui profitent de cette puissance et de cette position pour décourager les travailleurs, en cherchant à jeter du ridicule sur le fruit de leurs efforts, toujours respectables, ne fussent-ils pas couronnés de succès, dès qu'ils ont pour but d'élargir le domaine de la science, ou d'éclairer par de patientes investigations les questions obscures, malheureusement si fréquentes, qui se rencontrent à chaque instant sous nos pas.

Parmi ces travaux sérieux doit être rangée tout d'abord la thèse de M. Guitton, qui, parti d'un point qui semble bien minime, et que l'on croirait bien connu, l'anatomie de la main, s'élève, en développant son sujet, aux plus hautes considérations philosophiques, et cela sans hors-d'œuvre, sans digression oiseuse, en restant toujours dans le cœur même de la question.

Les organes de la vie de relation sont de trois sortes, les uns qui perçoivent les impressions du dehors, les transmettent au cerveau, et que l'on pourrait appeler les organes *percepteurs* ou *afférents*, la vue, l'ouïe, le toucher, etc. Un organe central, le cerveau, qui sert de *condensateur*, de *réflecteur*, s'il nous est permis d'emprunter au langage de la physique les expressions nécessaires pour rendre notre pensée.

Enfin les organes réactionnels, ceux à l'aide desquels les impressions perçues, le cerveau réagit sur le monde extérieur, et transmet aux êtres qui le composent le résultat de son action; les organes de la parole et du geste. L'expression du visage, l'habitude du corps constituent deux des subdivisions du geste, et ces deux subdivisions un illustre auteur, un des plus grands philosophes de la fin du siècle dernier, un simple pasteur de Zurich, a pu sans épuiser le sujet le traiter avec assez de développements pour en constituer une véritable science, beaucoup plus parfaite sans contredit s'il eût connu plus profondément la disposition et la structure des rouages qui font mouvoir la merveilleuse machine animale. Pour le geste proprement dit, tout reste à faire; c'est l'organe du geste par excellence, cet organe si admirablement disposé, si délicatement et si solidement construit, *la main*, et le membre thoracique qu'étudie l'auteur de ce travail.

Et d'abord, pour arriver à la connaissance parfaite de l'organe, il fallait envisager la main sous le triple rapport: 1° de l'anatomie, 2° de la physiologie; 3° de la pathologie, ou plutôt de la physiologie pathologique, c'est-à-dire de l'étude des fonctions de l'organe à l'état malade. Ce n'est que de l'ensemble de ces trois séries d'observations que l'on pouvait tirer des conclusions offrant quelque intérêt, et arriver à des résultats d'une certaine valeur. C'est ce qu'a compris M. Guitton; aussi est-ce par des considérations anatomiques et physiologiques sur la main qu'il commence sa dissertation inaugurale.

Partant de l'homme comme du type le plus parfait d'organisation, avant d'entrer dans le détail de l'anatomie comparée, l'auteur commence par établir ce grand principe, que plus l'on s'élève dans l'échelle des êtres organisés, plus les êtres deviennent symétriques; de telle sorte que la symétrie, nulle ou très faible dans les végétaux, devient de plus en plus manifeste dans les animaux inférieurs, et finit par être presque parfaite chez les animaux d'un ordre plus élevé. « Si maintenant, dit-il, et nous ne pouvons résister au plaisir de faire cette citation, nous arrivons à l'homme, le chef-d'œuvre de la nature, l'être placé pour ainsi dire entre le Créateur et la création, il se présente à nous symétrique au plus haut degré, comme la plupart des vertébrés, à la tête desquels il se trouve naturellement, et dont il se distingue par son intelligence et sa main. Dans cet organe, la symétrie affecte la disposition la plus élevée; nous voulons dire qu'elle se dédouble: ici, au lieu d'un individu composé de deux moitiés semblables, nous avons deux individus composés chacun de deux moitiés semblables, quoiqu'en ait dit Bichat dans ses sublimes lois d'anatomie générale. » Et prenant l'un après l'autre chacun des éléments de la main, il prouve, comme l'ont démontré MM. Broc et Cruveilhier, que les muscles de la main sont symétriques, que ces anatomistes ont eu la plus grande raison de diviser ainsi la main, considérée relativement aux muscles dont ils ont facilité l'étude, en les distinguant par rapport au doigt médius, véritable axe de la main, en adducteurs et abducteurs, selon qu'ils éloignent les doigts de cet axe ou qu'ils les en rapprochent.

Nous n'insisterons pas sur la disposition musculaire qui n'est pas propre à M. Guitton, et qu'il a tirée des ouvrages indiqués. Mais il n'en est pas de même de l'étude des os et des articulations, dans laquelle nous avons trouvé des idées nouvelles de la plus haute valeur.

Si les muscles sont symétriques, à plus forte raison les articulations doivent-elles l'être, destinées qu'elles sont à exécuter des mouvements imprimés par cet appareil musculaire; et c'est en effet ce qui arrive.

Le 26, même état. La malade peut donner quelques notions ır ses antécédents; mais sa mémoire est très imparfaite. lême traitement. Deux bouillons.

Le 27, face normale; intelligence nette; plus de céphalalgie; lus de douleur abdominale; une garderobe; un peu d'appétit. Les gencives ne sont plus enflammées. Pouls à 96, consistant; chaleur de la peau à l'état normal.

La prescription se borne à la tisane d'orge oxim. et 2 potages.

A dater de cette époque, la convalescence marche rapidement; l'état des forces s'améliore chaque jour; l'appétit se prononce de plus en plus. une demie (cinquième de portion) st accordée le 1er mars; un cinquième entier le 2.

Le 4, la malade commence à se lever et continue les jours uivants. Enfin elle demande à quitter l'hôpital le 16, ayant ecouvré presque toutes ses forces et son bien-être général, ıeut-être aussi un peu d'embonpoint, mais conservant toujours ın peu de faiblesse dans la mémoire.

Reflexions. Quelque incomplets que soient les détails qu'on ıit en tête de cette observation, au sujet des antécédents de notre malade, un fait est resté certain, c'est qu'elle a été prise out à coup de perte complète de l'intelligence, et de convulsions, tandis qu'aucun autre phénomène précurseur, qu'une légère céphalalgie n'avait annoncé l'approche d'une maladie aussi sérieuse. L'ignorance dans laquelle est restée Madeleine Chaiklé du mode d'invasion de sa maladie, confirme bien à cet égard les assertions données par les personnes qui l'avaient conduite à l'hôpital. A en juger d'après cette circonstance et d'après l'apect sous lequel elle se présentait lors de son entrée, on pouvait supposer de prime abord qu'il ne s'agissait d'autre chose que d'un état hystérique; mais la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, devaient faire présumer qu'il n'en était rien, ou que tout au moins, s'il y avait accès d'hystérie, il y avait en même temps quelque phlegmasie occulte.

Sachant que, dans certains cas, divers états morbides, notamment une congestion, une inflammation de l'utérus, du foie, etc., pouvaient entraîner ce résultat, tous les appareils, et ces organes en particulier, furent interrogés avec soin; mais aucun, autant que purent permettre d'en juger les moyens d'investigation possibles dans la circonstance, ne parut souffrir. On était donc en droit d'éloigner l'idée d'hystérie, et de ne plus songer qu'à l'existence d'une affection aiguë ou chronique du cerveau.

L'embarras était grand : il était possible qu'une altération organique de l'encéphale se fût développée antérieurement et se manifestât subitement par des symptômes inflammatoires; mais à cette époque, on ne pouvait décider cette question, vu que l'on ne possédait encore aucun renseignement sur l'état de santé habituelle de cette femme. Et quand bien même sa santé eût été parfaite en apparence, n'est-il pas certaines affections cérébrales qui marchent sourdement pendant un certain temps, qui ne s'annoncent par aucun signe, puis, qui éclatent tout à coup par des symptômes graves? Pour ne parler que de la méningite tuberculeuse irrégulière, n'est-ce pas là un des caractères les plus remarquables qu'elle affecte quelquefois? Aussi avons-nous examiné avec soin l'état de la poitrine, et nous sommes-nous assuré qu'il n'existait aucun signe de phthisie pulmonaire, ce qui eût pu, dans ce cas, être un moyen auxiliaire pour le diagnostic, puisque d'après les recherches de M. Louis, il ne se développa presque jamais chez l'adulte de tubercules pulmonaires dans un organe quelconque sans qu'il y en ait déjà dans le cerveau.

Enfin, fallait-il supposer qu'une affection aiguë du cerveau ou de ses membranes se fût développée tout à coup, comme un coup de foudre? car on nous avait rapporté que la malade était tombée subitement sans connaissance et avait été prise aussitôt de mouvements convulsifs. Sur ce point nous n'élèverons pas de discussions; nous ferons observer seulement qu'il serait extraordinaire qu'une encéphalite ou une méningite aiguë débutât si soudainement par l'abolition des facultés intellectuelles, et surtout par des convulsions. Mais tout cela se concevrait beaucoup mieux pour une congestion cérébrale: et, en effet, la troisième forme admise par M. Andral est caractérisée surtout par des convulsions épileptiformes revenant par accès. Or, ici, le début, les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie : tous ces phénomènes ressemblèrent exactement à ceux qui appartiennent à cette variété de la congestion cérébrale. Mais il faut croire aussi qu'il existait quelque travail phlegmasique (et c'est même à cette condition que M. Rostan admet la troisième forme de M. Andral); car les caractères du sang tiré de la veine indiquaient une inflammation, et ils démontraient en même temps qu'il s'agissait bien plus d'un état aigu que d'une affection chronique du cerveau. Le caillot, en effet, n'était pas diffluent comme il l'est ordinairement dans ce dernier cas; loin de là, il était très consistant, rétracté, couenneux, comme dans toute inflammation aiguë franche.

La médication employée par M. Martin-Solon fut énergique, sagement administrée, aussi variée que les symptômes euxmêmes. Tout à la fois antiphlogistique, dérivative, antispasmodique, altérante; elle triompha heureusement des accidents graves contre lesquels elle était dirigée, et la maladie marcha vers sa solution, du onzième au douzième jour.

Madeleine Chaiklé sortit de l'hôpital un mois après son entrée, et rien n'annonçait chez elle la persistance de quelque maladie de l'encéphale. Seulement, il est vrai, sa mémoire était un peu imparfaite; mais on se l'expliquerait facilement par la violente atteinte portée à la substance cérébrale par la congestion et l'irritation dont elle avait été le siége.

F.-B. de MONTESSUS.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Pleuro-pneumonie chez une femme affectée de bronchite chronique. Quelques réflexions sur le traitement.

Au nº 7 de la salle Saint-Antoine, est couchée la nommée Scholastique Eloleil, âgée de cinquante ans, couturière, née à Rennes, entrée le 18 juillet 1843.

D'une constitution assez forte, d'une bonne santé habituelle, cette femme déclare n'avoir jamais été malade jusqu'à présent. Cependant, par des interrogations ultérieures, on découvre qu'elle tousse depuis trois ans, mais non d'une manière continuelle; cette toux paraît être plus violente pendant l'hiver que pendant l'été. Elle dit aussi, mais ses réponses sont assez vagues pour que l'on ne puisse pas y attacher une grande importance, qu'elle a vomi du sang tous les mois pendant près de deux ans. Ces vomissements de sang seraient arrêtés depuis un an.

Elle est actuellement malade depuis huit jours environ. Sa maladie aurait commencé, dit-elle, par des frissons suivis de chaleur et de sueurs; puis une douleur de côté se serait déclarée, qui aurait augmenté d'intensité depuis deux jours surtout. Depuis deux jours aussi elle a remarqué que ses crachats présentaient une teinte rouillée. Toux assez fréquente.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée à l'hôpital :

Douleur vive à la partie postérieure du côté droit du thorax, devenant plus forte quand la malade tousse ou pendant les fortes inspirations. Visage animé assez généralement, teinte jaune légère de l'ovale inférieur du visage. Pas d'appétit. Soif vive; langue humide, rosée. Pas de douleur dans la région de l'estomac ni dans l'abdomen. Ni nausées, ni vomissements. Urines faciles; selles normales.

Pouls à 96, assez développé. Respiration à 32. Crachats adhérents au vase, d'une couleur rouillée bien évidente. Peu de sommeil pendant la nuit. Le sommeil, dit la malade, est interrompu par les quintes de toux. Pas de sueurs nocturnes. Matité bien complète en arrière à droite dans la moitié inférieure. Résonnance faible dans la moitié supérieure. Résonnance bonne à gauche et en avant des deux côtés. Souffle bronchique dans la moitié inférieure du côté droit en arrière dans le point correspondant à la matité. Râle crépitant fin un peu humide dans la moitié supérieure. Respiration assez bonne, quoique un peu rude partout ailleurs, avec quelques bulles de râle ronflant disséminés. Saignée de 500 grammes; mauve gommée; lavement émollient; diète.

Le 18 juillet soir, pouls à 108; pommettes rouges; visage animé. Toux pénible; expectoration un peu plus facile. Crachats rouillés. Du reste, mêmes phénomènes que le matin. Ventouses scarifiées, 300 grammes.

Le 19 juillet, pouls toujours à 108, assez développé. La respiration semble être un peu plus libre. Langue humide, rosée à la pointe et sur les bords, blanche au centre. Anorexie, soif vive. La douleur de côté un peu moins forte. Persistance de la matité indiquée hier dans la moitié inférieure du côté droit en arrière. Râle crépitant dans la moitié supérieure. Même résonnance et râles ronflants dans le reste du thorax. Mauve sucrée; cataplasmes; diète; saignée de 250 grammes.

Le 20 juillet, la fréquence du pouls a un peu diminué, 96 par minute, assez fort, non redoublé. Les phénomènes fournis par la percussion et l'auscultation sont les mêmes qu'hier. Matité aussi étendue et dans les mêmes points. La respiration encore remplacée par du souffle dans la région de la matité. Crépitation abondante au sommet du poumon droit en arrière. Pas de nausées ni de vomissements. Bouche pâteuse, amère. Soif vive. Teinte jaune générale de la peau. Insomnie. Mauve gommée; vésicatoire à la partie inférieure et moyenne du côté droit de la poitrine; demi looch blanc diacodé; diète.

Le 21 juillet la malade dit se sentir mieux. Pouls à 92, assez développé. Crachats toujours sanguinolents, fortement rouillés. Bouche mauvaise. Anorexie. Soif vive. Ni nausées, ni vomissements. Selles normales. Pas de céphalalgie. La matité un peu moins considérable sous le double rapport de l'étendue et de l'intensité. Le souffle tubaire a aussi un peu diminué. Râle crépitant dans tout le reste du poumon droit, et à la base du poumon gauche en arrière. *Idem*, saignée de 300 grammes; diète.

Le 22 juillet, sang de la saignée recouvert d'une couenne assez épaisse, rétractée. Sérosité abondante. La toux a considérablement diminué depuis hier. Les crachats sont moins abondants, moins rouillés. Pouls à 84. Le visage moins animé, sans être cependant d'une pâleur excessive. Le souffle bronchique du côté droit existe encore, mais dans une moins grande étendue, et l'on commence de temps en temps à entendre dans le point où il existe quelques bulles fines de râle crépitant. Râle crépitant fin et abondant dans les deux tiers supérieurs du même côté. Mêmes boissons; diète.

Le 23 juillet, pouls à 76. Langue humide et naturelle. Un peu d'appétit. La malade dit se sentir très bien. Crachats muqueux, sans aucune trace de sang. On ne pratique point l'auscultation, la malade se trouvant, au moment de la visite, dans un état de sueur. Bouillon coupé.

Le 24 juillet, pouls à 72-76. Résonnance bonne dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière. Murmure vésiculaire bien distinct partout, mélangé en quelques points seulement de râles muqueux disséminés. Quelques ronchus dans les fortes inspirations seulement. Deux bouillons.

La convalescence, depuis cette époque, se soutient, et la malade, qui se trouve de mieux en mieux est mise au bout de quelques jours, à la demi-portion d'aliments.

— Cette observation, quoiqu'elle n'ait rien offert de véritablement extraordinaire, nous a semblé cependant digne de fixer, sous plusieurs rapports, l'attention des praticiens; nous allons successivement passer en revue ces points principaux, et nous présenterons rapidement les quelques considérations qu'elle a suggérées à M. Rostan sous le rapport du traitement.

L'âge de la malade serait sans doute un motif qui aurait pu empêcher beaucoup de médecins d'employer les émissions sanguines d'une manière aussi persistante que l'a fait ici M. Rostan, surtout si l'on considère que l'on avait affaire à un sujet présentant en outre une complication de maladie chronique de l'appareil respiratoire. La recherche des antécédents, les réponses que fit la malade aux questions qui lui furent adressées sur sa santé habituelle et sur les maladies antérieures à la maladie actuelle, suffisaient pour constater de la manière la plus évidente l'existence d'une bronchite chronique, si l'exploration de la poitrine ne fût venue la démontrer plus sûrement encore. Les râles ronflants et sibilants que l'on entendait dans presque toute l'étendue du thorax, sauf dans les points compris par l'affection aiguë récente du parenchyme pulmonaire, ne laissaient aucun doute sous ce rapport.

Les rapports de symétrie que MM. Broc et Cruveilhier ont à peine osé établir d'une manière positive pour les muscles, M. Guitton les établit formellement pour les os et les articulations. Comparant les articulations carpo-métacarpiennes du pouce et du petit doigt, il les démontre consistant toutes deux dans un double emboîtement réciproque, avec des mouvements plus étendus pour le pouce. D'autre part, l'articulation métacarpo-phalangienne de ces deux doigts est exactement la même, condylienne, ne différant que par l'étendue des mouvements bien plus considérables dans le petit doigt que dans le pouce; de telle sorte que la flexion du pouce sur la paume de la main ne forme qu'un angle obtus, tandis que celle du petit doigt détermine la production d'un angle aigu. Combinant ensemble ces deux propriétés, à savoir : mouvements plus étendus dans l'articulation carpo-métacarpienne et moins étendus dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, et les mouvements inverses du petit doigt, M. Guitton arrive à démontrer que les mouvements se passent de telle sorte que les deux doigts, en s'opposant l'un à l'autre, font chacun, par un mécanisme inverse, la moitié du chemin pour se réunir sur la ligne médiane.

De la disposition des articulations résulte encore ceci, que le petit doigt, au lieu de tomber sur l'éminence hypothénar, comme il devrait le faire d'après les descriptions qu'en ont données les anatomistes, tombe au contraire sur l'éminence thénar, dans le prolongement d'une ligne qui descendrait du doigt médius en le divisant en deux portions symétriques, et cette disposition, qui n'a encore été signalée par aucun auteur, paraît à M. Guitton des plus importantes dans l'examen d'une main bien construite et bien proportionnée. C'est surtout dans les os que la loi de symétrie de la main se révèle de la manière la plus évidente. Le doigt médius est divisible en deux moitiés parfaitement semblables, et chacun des doigts, en dehors ou en dehors, est divisible en deux portions tellement disposées que la moitié interne est la plus faible et la moitié externe la plus forte. Cette disposition, bien connue de ceux qui s'occupent d'anatomie comparée, depuis les travaux de M. de Blainville, est tellement évidente qu'elle suffit à l'anatomiste exercé pour distinguer au premier coup-d'œil les phalanges de tel ou doigt, non seulement dans la main humaine, mais encore dans la patte des animaux.

Même observation pour les nerfs et pour les vaisseaux, dans l'examen desquels nous n'entrerons pas, de peur d'allonger par trop cette analyse destinée à donner l'idée la plus grossière du travail de M. Guitton. Mentionnons en passant la disposition ganglionnaire récemment découverte des nerfs de la main, disposition que M. Guitton a examinée dans la série hominale et dans les mammifères supérieurs, chez lesquels elle est d'autant moins marquée que l'on s'éloigne du type primitif de l'homme de la race blanche, et d'où il déduit cette conclusion, basée sur des faits nombreux et bien observés : que la grosseur et le nombre de ces ganglions nerveux sont en rapport direct avec le degré de perfectionnement du cerveau et la perfection de l'intelligence.

C'est après ces recherches minutieuses d'anatomie et de physiologie humaines, que M. Guitton, abordant l'anatomie comparée, cherche à prouver et prouve, selon nous, le vice des classifications jusqu'alors adoptées et qu'il propose de remplacer par une classification fondée sur les organes tactiles, idée qu'il n'a fait qu'effleurer en passant, et à laquelle nous savons qu'il se réserve, dans des travaux subséquents, de donner une étendue plus considérable et des développements nombreux.

De toutes ces considérations d'anatomie et de physiologie comparées, à l'aide desquelles il cherche à établir les rapports qui existent entre la perfection du membre thoracique et la perfection du centre cérébral, l'auteur déduit la physiologie de la main humaine, et dans quelques pages, trop courtes malheureusement pour l'intérêt qu'elles offrent et pour les idées qu'elles renferment, il expose les bases de son nouveau système, qui touche par quelques points, et aux grandes divisions de la phrénologie, qui sont maintenant admises par tous les physiologistes, et aux bases de la physiognomonie, dans laquelle, en dépit de tout ce qu'on pourra dire, Lavater a répandu à pleines mains les trésors d'un immortel génie. Ainsi ce n'est pas la main en elle-même comme main, qu'il considère, c'est la main comme organe réflecteur et réagissant sur le monde extérieur; c'est la main comme instrument du cerveau, représentant par sa perfection la perfection du centre cérébral.

Pour des exemples, il n'en cite pas; à peine a-t-il eu la place de mentionner les points principaux de ses recherches, et ce n'est qu'aux grandes classes, aux extrêmes qu'il s'est adressé pour en établir l'existence d'une manière précise et incontestable. Les faits abondent à l'appui, et viennent en foule se présenter de toutes parts aux yeux du savant qui les recherche; preuve incontestable qu'il n'est rien de petit pour l'observateur habile, que les caractères les plus insignifiants pour tout autre, revêtent à ses yeux des proportions imposantes, et qu'il y a souvent pour lui tout un monde, là où les yeux du vulgaire n'avaient pu rien apercevoir.

Enfin, la troisième partie, et ce n'est pas la moins curieuse, est consacrée par M. Guitton à l'examen de la main tuberculeuse ou hippocratique. C'est là la partie pathologique de la thèse, un des mille points curieux qu'il se réserve d'examiner plus tard. Nous noterons seulement en passant l'importance de la main tuberculeuse comme moyen de diagnostic, dans des cas où les moyens d'investigation directe ne donneraient que des résultats peu certains. Il résulterait de l'observation de M. Guitton pendant plusieurs années : 1º que la main tuberculeuse est exclusive aux affections tuberculeuses : 2º que dans les affections tuberculeuses innées, et nous ne parlons pas seulement de la phthisie pulmonaire, mais aussi de la péritonite, de la pleurésie tuberculeuse, etc.; il est rare qu'elle n'existe pas, et qu'alors elle préexiste au développement sensible de cette affection morbide; 3º enfin qu'elle est rare dans la phthisie acquise, sans prédisposition.

Tel est ce travail dont nous avons pu donner à peine une faible idée, tant il est concis, tant il renferme de choses, et d'une si haute importance. Si l'on ne veut point accorder tout d'abord à l'auteur, et il s'attend à bien des oppositions plus ou moins intéressées, ce que présente d'original le point de vue le plus saillant, et auquel il arrive par les voies que nous avons indiquées, on ne peut du moins se refuser à voir dans le travail de M. Guitton une œuvre sérieuse et remarquable d'anatomie positive et de haute physiologie, deux qualités qui lui sont un sûr garant qu'elle restera dans la science, et qu'elle portera ses fruits tôt ou tard.

Nous ne lui adresserons qu'un reproche en terminant, c'est de l'avoir faite trop courte pour le plaisir qu'elle nous a procuré, et pour l'intérêt philosophique qu'elle ne peut manquer de présenter à tous ceux qui en prendront connaissance. Du reste, ce n'est là qu'une pierre d'attente qu'a posée M. Guitton. Nous savons que depuis longues années

Dans toute autre circonstance, la gravité, l'étendue, la date récente de l'inflammation reconnue, eussent indiqué amplement la marche à suivre et le traitement à employer. L'âge et la constitution du sujet, la complication, devaient nécessairement modifier la médication. Néanmoins, les saignées, tant générales que locales, furent mises en usage, aidées d'un puissant révulsif cutané, d'un vésicatoire d'une large dimension ; sous l'influence de cette énergique médication, les symptômes généraux s'étaient amendés, mais sans que l'on pût constater de changement bien manifeste dans l'état local. Le souffle bronchique de la base du poumon, le râle crépitant du sommet, les crachats rouillés, étaient encore, après trois jours de traitement, à peu près les mêmes que lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Fallait-il s'en tenir là, renoncer aux émissions sanguines et laisser aller la maladie, l'abandonnant à elle-même au risque de voir se développer les plus graves accidents, ou substituer à la méthode antiphlogistique les méthodes révulsives sur le tube digestif, les substances auxquelles on a donné, dans les derniers temps, le nom de contre-stimulant ? Pouvait-on se permettre de nouvelles émissions sanguines, malgré les conditions individuelles du cas et la date éloignée déjà du début de la maladie ? Nous disons éloignée, car on était déjà au onzième jour de l'affection. Or, les auteurs de tous les temps ont reconnu, tous à peu près, la vérité de cet aphorisme éminemment pratique du père de la médecine : qu'il ne faut pas saigner passé le huitième jour. Expliquons notre pensée. Certes, cet aphorisme, pris dans sa rigueur, est beaucoup trop exclusif, et l'on se tromperait fort si l'on s'imaginait qu'il n'y a point d'exception à la règle posée par Hippocrate. Mais il prouve que dès cette époque reculée, et privé qu'il était des moyens nombreux d'observation que possède maintenant la science, il avait cependant remarqué que l'efficacité des saignées n'est pas la même à une époque avancée de la maladie qu'au début ; en d'autres termes, que les émissions sanguines sont d'autant moins puissantes que l'on s'éloigne plus de l'époque du début de l'inflammation.

Nous avons dit que l'on ne devait pas prendre dans toute sa rigueur l'aphorisme d'Hippocrate, quoiqu'il méritât considération. Aussi M. Rostan crut-il devoir faire pratiquer une nouvelle et dernière saignée, dans l'espoir de faire disparaître ainsi les phénomènes locaux persistants que l'auscultation et la percussion démontraient exister encore dans toute l'étendue du poumon droit. Cette hardiesse fut couronnée d'un plein succès. Deux jours après la dernière saignée la maladie était en voie de résolution ; le pouls était tombé de 92 à 76 ; le souffle bronchique avait disparu pour faire place à un murmure vésiculaire presque normal, même dans les points qui avaient été le plus gravement compromis. Dès le jour de cette dernière saignée la maladie avait été jugée, et c'est à elle seule que l'on doit rapporter cette heureuse terminaison dans un espace de temps aussi court.

Le sang de la dernière saignée était encore couenneux, peut-être même recouvert d'une couenne proportionnellement plus épaisse que celui des premières émissions sanguines. Ce fait n'a rien qui doive étonner. Il résulte des recherches récemment faites sur l'état du sang dans les affections inflammatoires aiguës fébriles, que les premières saignées ne sont jamais celles qui offrent la couenne la plus dense et la plus épaisse, et de la manière la plus constante. Ce n'est guère que vers la seconde ou la troisième que le caillot présente les caractères inflammatoires à leur maximum d'intensité. La richesse du caillot, en tant que comparée à l'abondance de la sérosité, était moindre aussi que dans les premiers jours, phénomène qui reconnaît pour cause la double influence des premières émissions sanguines et de la durée de la maladie.

C'est là, sans contredit, dit M. Rostan, un des points les plus difficiles de la médecine pratique, que de savoir, dans le traitement des maladies inflammatoires aiguës parvenues à une certaine période, quand l'on doit s'arrêter, quand l'on doit continuer. Ce n'est qu'une grande habitude, une longue expérience, une appréciation très subtile de l'état des malades, et des phénomènes morbides tant locaux que généraux qu'ils présentent, qui peuvent déterminer la règle à suivre, et l'on est loin de se douter, quand on n'a pas encore beaucoup exercé par soi-même, de la fréquence des cas dans lesquels on est arrêté par de semblables difficultés.

Disons, avant de terminer, quelques mots sur une complication assez fréquente de la pleuro-pneumonie droite, surtout quand elle occupe, comme dans le cas actuel, la base du poumon ; nous voulons parler des phénomènes bilieux qui caractérisent cette forme, à laquelle on a donné, depuis Stoll, qui le premier l'a signalée, le nom de pneumonie bilieuse. Dans l'observation précédente, les symptômes bilieux n'ont pas été très marqués. Sauf une teinte jaune assez prononcée de l'ovale inférieur du visage, et quelques nausées non accompagnées de vomissements, les symptômes de la pneumonie bilieuse ont été très faibles. Aussi, M. Rostan n'a-t il pas cru devoir modifier le traitement, eu égard à cette forme particulière de l'inflammation. Quant à la cause déterminante et productrice des phénomènes bilieux qui pourraient survenir et qui surviennent ordinairement dans la pleuro-pneumonie droite de la base, elle est facile à comprendre, et nous ne voulons que la mentionner, sans entrer dans de plus longs détails, qui seraient tout au moins inutiles. On admettra aisément que le parenchyme pulmonaire et la membrane séreuse qui la recouvre, étant le siége d'une inflammation violente, la phlegmasie se propage avec la plus grande facilité et d'une manière très rapide aux organes voisins ; le foie, par exemple, dont l'appareil respiratoire n'est séparé que par un voile membraneux et musculeux d'une bien faible épaisseur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 août. — Présidence de M. P. Dubois.

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. le maire de Bourg, qui invite l'Académie à se faire représenter à la cérémonie de l'inauguration du monument élevé à Bichat, cérémonie qui aura lieu le 24 août prochain à Bourg.

M. Pariset a été désigné par le conseil, et a accepté cette mission.

MM. Boullay et *Baron* trouvent que la commission devrait être composée de trois membres au moins.

M. Dubois (d'Amiens) répond qu'on ne peut discuter ce sujet, parce qu'il y a là dessous une question de finances.

— *M. le président* annonce qu'il n'y aura pas de séance mardi prochain, à cause de la fête de l'Assomption, et que cette séance est renvoyée à jeudi 17.

— *M. Dupuy* demande qu'on fasse plus souvent des rapports sur les ouvrages étrangers qui sont envoyés à l'Académie. Cela nous permettrait, dit-il, de suivre le mouvement des sciences médicales dans les pays étrangers, et les analyses donneraient plus d'intérêt à nos séances.

M. Cornac est du même avis, et annonce qu'il fera prochainement son rapport sur la thérapeutique de M. Giacomini.

M. Delens appuie la proposition de M. Dupuy, et se plaint de ce que le bureau ne nomme que deux ou trois personnes, et toujours les mêmes, pour rendre compte des ouvrages étrangers. Il arrive ainsi qu'on surcharge de travail quelques membres, et qu'on laisse croire d'ailleurs qu'il n'y a que deux ou trois personnes dans l'Académie qui connaissent les langues étrangères.

La proposition de M. Dupuy est renvoyée au conseil.

— *M. Bricheteau* lit un rapport sur un mémoire de M. Brierre de Boismont, intitulé du Délire aigu.

En résumé, dit en terminant le rapporteur, le travail de M. Brierre de Boismont est une monographie complète et savante, et votre commission vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Rochoux. M. Brierre de Boismont dit qu'il est souvent fort difficile de distinguer le *delirium tremens* du délire aigu ; mais entre difficile et impossible il y a une grande distance, et il y a des hommes capables de les distinguer avec certitude. Par exemple, feu de La Roche, médecin de la Maison de Santé, diagnostiquait le *delirium tremens* avec une certitude dont je suis encore émerveillé. Dans plus de 50 cas, tous plus ou moins capables de laisser de l'incertitude aux yeux d'un autre, je l'ai vu reconnaître le mal de la façon la plus sûre. Ce fait, joint à beaucoup d'autres, est une preuve que le délire, quoique tenant toujours à des causes physiques, est lié cependant, dans la plupart des cas, à des conditions qui échappent à nos moyens actuels d'observation. Mais M. Brierre de Boismont ayant dit avec raison que l'inflammation de l'arachnoïde peut produire le délire, j'en prendrai occasion de revenir sur la question de l'organisation et de l'inflammation des membranes séreuses, agitée dans une des dernières séances de l'Académie.

Les séreuses sont, comme l'a très bien prouvé Haller, uniquement composées de tissu cellulaire, et ce tissu lui-même n'est autre chose qu'un assemblage de filaments très flexueux, tortueux, d'une extrême finesse, ayant moins d'un demi-millième de millimètre d'épaisseur. Il ne contient aucune lamelle ; personne n'en a vu, quoique presque tout le monde en parle. C'est donc une sorte de feutrage de ce tissu, assez comparable à la réunion des filaments dont est formé le papier, qui constitue les membranes séreuses. Celles-ci ne présentent par conséquent aucune espèce d'épithélium ou d'épiderme à leur surface libre ou lisse, ainsi qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps. Il y a plus, quand on examine avec un fort grossissement la face lisse d'une séreuse, son poli de l'œil ou disparaît, et l'on voit distinctement les filaments qui en constituent toute l'épaisseur. Dans l'inflammation, cette épaisseur augmente et voilà tout. Il n'y a pas de fausse membrane, c'est la séreuse elle-même qui s'est épaissie ; et cela se voit très bien par l'expérience la plus simple, en mettant sur une plaque de verre un fragment de séreuse enflammée et un autre fragment de séreuse saine. Par la transparence, on aperçoit parfaitement les dispositions que je viens d'indiquer.

M. Martin-Solon a déjà combattu, dans une précédente séance, l'opinion de M. Rochoux. Avec M. Blandin et presque tous les pathologistes, il professe que les membranes séreuses ne participent à l'inflammation que par le dépôt qui se fait à leur surface de fausses membranes. Quelquefois, il est vrai, la séreuse a paru épaissie ; mais c'était probablement de fausses apparences.

M. Royer-Collard. Je dois signaler et combattre la tendance de quelques membres de cette compagnie à se jeter, à propos des rapports qui vous sont faits, dans des digressions, des divagations qui n'ont aucun point de contact avec le sujet du rapport ; de venir faire un petit cours sur l'objet spécial de leurs études. Vous concevez qu'en suivant cette marche, nous n'arriverons qu'au chaos. Si dans une Académie aussi savante que celle-ci, chaque membre vient exposer ses connaissances, nous n'en finirons pas. (Rires.) Quoique j'aie beaucoup de plaisir à entendre M. Rochoux, je prie l'Académie de l'empêcher de répondre, et je demande le rappel à la question.

M. Rochoux. Dans une compagnie où règne l'égalité parfaite chacun de ses membres parle comme il l'entend et sur quoi il l'entend. Cette réflexion suffira pour ceux qui savent ce que parler veut dire.

M. Rochoux revient sur sa précédente argumentation, et insiste sur la concession faite par M. Martin-Solon, qu'on avait quelquefois trouvé la séreuse épaissie.

La clôture est demandée, les conclusions sont adoptées.

M. Capuron fait un rapport sur un nouveau forceps

Ce forceps, dit-il, indique un progrès réel, et il conclut à ce qu'une lettre d'encouragement soit écrite à l'auteur. Adopté.

M. Tanchou lit un mémoire intitulé : De l'utilité des médicaments pulvérulents appliqués sur la peau, particulièrement dans les tumeurs cancéreuses du sein.

Ce mémoire se termine ainsi : En résumé, je crois que les médicaments pulvérulents appliqués sur la peau sont utiles dans diverses maladies, notamment sur des tumeurs en général, et en particulier sur celles qui sont susceptibles de dégénérer en cancer. Je dois ajouter que pour aider leur action la compression m'a paru un excellent auxiliaire ; on la pratique sur les membres avec une bande, sur le sein, de diverses manières. J'ai été obligé de renoncer aux pelotes herniaires de M. Pernet à cause de leur dureté. Je me suis aperçu qu'il me fallait un moyen qui enveloppât de toutes parts la tumeur, qui se moulât en quelque sorte sur elle, qui en suivît les retraits et les gonflements alternatifs, les diverses anfractuosités et les saillies ; qui permît aussi tous les mouvements du corps sans se déplacer, sans blesser la glande par des bords durs ; ce moyen, je l'ai trouvé dans le caoutchouc insufflé d'air.

Commissaires : MM. Delens, Amussat et Martin-Solon.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 août 1843. — Présidence de M. Dumas.

Embaumements. — *M. Gannal* lit un mémoire en réponse à la note de M. Marchal (de Calvi). En voici un extrait :

Résulte-t-il des faits cités que je n'ai point le droit exclusif de pratiquer l'embaumement par injection ? Nullement ; cette conséquence ne résulte pas plus des travaux du docteur Tranchina, qu'elle ne résulte de la partie des miens que j'ai rendus publics.

En droit : S'il eût consulté l'homme le moins versé dans la matière, il eût appris et les analogues ne lui eussent pas manqué, que la conquête d'un principe à la science et son application industrielle sont deux faits distincts et tellement distincts, que l'industriel qui prend un brevet ne doit aucun compte au savant qui a posé le principe. *Voilà le droit dans cette matière.*

Je raisonne ici, l'Académie le comprend, dans la supposition la plus défavorable, et je me mets dans une position qui n'est pas la mienne ; car pour ce qui regarde la conservation des cadavres et les embaumements, je suis en même temps et le savant qui pose le principe et l'industriel qui prend le brevet.

Mes travaux pour la conservation des cadavres remontent authentiquement à une époque antérieure à 1833, et l'application de mes pro-

---

il s'occupe de travaux spéciaux d'anatomie et de physiologie comparées, et nous espérons qu'il nous mettra bientôt à même de juger ses opinions sur des détails plus nombreux et plus étendus.

Dr A. Foucart.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Il vient de se passer un fait si extraordinaire, que je ne puis résister au plaisir de vous le communiquer.

Les troupes de la division de Constantine avaient parcouru de vastes plaines, trouvant peu d'eau de bonne qualité ; plusieurs fois des hommes qui avaient mangé des grenouilles la veille, venaient se plaindre de difficulté et de douleur en urinant. Ces accidents duraient quelques heures et ne me paraissaient pas bien inquiétants. Cependant des faits beaucoup plus graves arrivèrent, toujours pour avoir mangé quelques grenouilles, et alors je fus forcé de croire qu'ici elles ne sont pas toujours innocentes, car elles déterminent une congestion extrêmement forte du côté de la vessie, et même des hémorrhagies. Entre plusieurs faits, je vous citerai le suivant :

A., jeune homme parfaitement portant, n'ayant jamais eu d'accidents du côté de la vessie ; ayant fait l'expédition sans trop de fatigue, mangea, dans la soirée du 3 juillet, quatre ou cinq grenouilles qu'il trouva fort bonnes ; elles furent cuites dans l'eau pure.

Le 5, on se met en route pour rentrer à Constantine. Deux heures environ après le départ, envies fréquentes d'uriner, douleur et difficulté allant en croissant ; à la suite des plus violents efforts il rend quelques gouttes de sang ; le ventre devient tendu, la région hypogastrique douloureuse, et le malade horriblement fatigué sent son corps couvert de sueur. Il monte sur un cacolet, puis sur un cheval ; ses souffrances sont horribles ; il ne peut rester dans aucune position ; des envies de vomir surviennent.

Enfin nous arrivons à la grande halte ; pendant le déjeuner je l'envoie prendre un bain dans un petit ruisseau qui se trouvait à côté de nous ; il y reste une demi-heure. On se remet en route, et notre malade peut rester sur un cacolet. Le court trajet qu'il restait à faire fut extrêmement pénible ; les accidents furent les mêmes sans augmentation de gravité. Enfin arrivés à Constantine, A. se met dans un bain de siége et y reste deux heures. Les douleurs se calment ; il urine un peu plus facilement ; le lendemain matin grand bain ; l'urine sort avec encore plus de facilité, mais est précédé de longs caillots de sang, qui pendant le trajet font éprouver de très vives douleurs. Ces moyens continus et soutenus par un régime assez doux amenèrent une rapide guérison.

Maintenant, comment des grenouilles ont-elles pu déterminer de pareils accidents. Peut-on supposer qu'elles auraient mangé quelques insectes susceptibles d'avoir une certaine action sur la vessie ? Le mot de cantharides a été prononcé.

Je ne pense pas qu'au milieu de ces plaines et dans ces petits filets d'eau que nous rencontrions pendant l'expédition, on pût trouver de pareils insectes ; d'ailleurs, le petit nombre de grenouilles mangées ne pouvait pas renfermer une suffisante quantité de cantharides pour déterminer d'aussi graves accidens. J'ignore la cause de tous ces faits ; mais ils m'ont paru assez curieux pour que je me sois permis de vous les communiquer.

Agréez, etc.

Monchet, d.-m.-p.,
Aide-major au 22e de ligne.

Constantine, 24 juillet 1843.

22 juillet 1843.

Monsieur,

Dans le compte-rendu que contient votre numéro du 1er de ce mois, d'une séance de la *Société médicale du Temple*, M. Toirac, sur l'interpellation de M. le docteur Félix Legros, a cherché à expliquer pourquoi les dents de sagesse sont si souvent affectées de carie.

Notre honorable confrère a cru pouvoir en trouver la cause : 1° dans ce que ces dents, par leur position, échappent facilement à l'action des brosses et autres instruments qui servent aux soins de propreté de la bouche ; 2° dans ce qu'elles se trouvent les premières en contact avec les mucosités acides dont les inflammations si fréquentes des parties profondes de la cavité buccale favorisent la sécrétion.

D'abord, est-il bien établi que les dents de sagesse sont plus souvent affectées de carie que les autres dents du même ordre ? Je ne le crois pas, et je base mon opinion à cet égard moins sur les raisonnements que sur ce qu'une assez longue expérience m'a mis à même d'observer.

Mais enfin, le fait existant, l'explication qu'en donne M. Toirac est-elle admissible ? Je ne le crois pas non plus, parce que si d'un côté ces dents sont les moins accessibles aux instruments qui servent à l'entretien de la bouche, d'un autre côté aussi elles occupent, contrairement à l'assertion de M. Toirac, le lieu de cette cavité où les fluides salivaires ont le moins de tendance à séjourner ; ces fluides arrivent par un point situé au-devant d'elles, et se portent plutôt en avant qu'en arrière. Ensuite, les fluides salivaires et les mucosités buccales sont-ils aussi souvent acides qu'on le croit généralement ? Non ; c'est ce qu'a très bien démontré M. le docteur Donné dans un travail publié à ce sujet, où il prouve, après Tiedmann, que la salive est au moins aussi alcaline qu'acide.

La véritable cause du fait en litige, à mon avis, c'est que les dents de sagesse sortant fort tard (de 18 à 25 ans), éprouvent dans leur éruption des difficultés qui doivent infailliblement nuire à leur texture ; ensuite c'est que, restant long-temps à l'état de germe, elles peuvent être facilement impressionnées dans les conditions fondamentales de leur organisation, par cette série de maladies constitutionnelles auxquelles tout sujet est exposé dans ce long intervalle qui sépare la naissance du moment où elles apparaissent. Cette dernière cause me semble tellement être la véritable, que les dents en question, comme le sait mieux que personne M. Toirac, qui a publié à ce sujet un travail remarquable, et comme je l'ai démontré dans la dernière édition de mon *Hygiène de la bouche*, sortent très souvent profondément cariées : circonstance fort remarquable dont je me suis servi pour combattre l'opinion de M. Regnart, qui, dans une série d'articles publiés en 1838 dans votre Journal, a cru pouvoir démontrer que la carie dentaire n'était qu'un phénomène chimique résultant des principes acides que contient la salive, ou se dégageant de la décomposition des particules alimentaires séjournant dans la bouche.

Agréez, etc.

Taveau,
Chirurgien-dentiste.

cédés aux embaumements est et reste « la première application faite » dans le but de la conservation indéfinie des corps destinés à la sé» pulture »; c'est pour cette raison que mon brevet est inattaquable... Voici comment cette question se formule pour ce qui me concerne. « M. Gannal a bien et légitimement pris un brevet pour avoir appli» qué le premier l'idée de la conservation par l'injection d'un liquide » à travers les artères, dans la pratique des embaumements. » Et j'ajoute: Il résulte des travaux entrepris par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine pour apprécier la valeur de ses recherches, que M. Gannal est aussi le premier qui ait établi, comme savant, le principe sur lequel repose son brevet industriel.

Permettez-moi de faire remarquer en terminant, que l'auteur de la note à laquelle je réponds n'a rien avancé de nouveau, n'a soulevé aucune objection qui n'ait été produite et réfutée depuis long-temps. On a parlé d'un médecin condamné comme contrefacteur pour avoir pratiqué avec mon procédé; ce médecin a dit et fait dire à l'audience, par son habile défenseur, tout ce qu'on a répété devant vous.

Il a parlé de Tranchina, de Berzelius, etc., et appuyant ses prétentions et son système de défense sur des mémoires et des consultations délivrés par MM. Orfila, Blandin et Velpeau, tout cela n'a rien fait devant la justice qui a reconnu et proclamé mon droit par un jugement solennel.

Plique polonaise. — *M. Gunsbourg*, médecin à Breslau, en Prusse, envoie un mémoire sur ce sujet, duquel il résulte que cette maladie est le résultat d'une végétation.

Causes de l'aliénation mentale en France. — *M. Moreau de Jonnès* donne quelques développements à la statistique qu'il a présentée dans une des dernières séances.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. AOUT 1843.

De l'emploi de la noix vomique dans le traitement de la danse de Saint-Guy; par M. TROUSSEAU.

Troisième et dernier article d'un mémoire dont nous n'avons pas analysé les deux premiers. Nous n'en citerons, pour cela, que la conclusion la plus générale. « Après y avoir moi-même mûrement réfléchi, il m'a paru évident que, presque toujours, l'usage de la noix vomique amenait rapidement la guérison de la maladie. Toutes les fois que je l'ai essayée, j'ai, ou guéri temporairement la maladie, ou tout au moins amendé considérablement les symptômes. Une seule fois, dans une chorée aiguë très grave, les accidents ont augmenté pendant les deux jours que j'ai donné la voix vomique... La chorée est une maladie plus souvent mortelle qu'on ne le croit communément. De sorte qu'il ne faut pas imputer légèrement à une médication quelconque une mort qui survient quelquefois par les progrès seuls d'une maladie ordinairement assez bénigne. »

Quelques considérations générales sur certaines formes de névralgies, et notamment sur la nécessité de mieux étudier les rapports des différentes névralgies entre elles; par le docteur H. THIRIAL.

Selon l'auteur, le rapprochement des différentes formes de névralgies les unes avec les autres, l'étude des affinités naturelles qui unissent les affections douloureuses des différents cordons nerveux se ramifiant à la surface du corps, aux affections correspondantes, soit des branches, soit des expansions nerveuses qui se distribuent aux organes internes, en un mot, les rapports des névralgies proprement dites avec les viscéralgies, toutes ces questions ont été mal étudiées et souvent même à peine mentionnées.

Une antique école d'observation, exercée à une profonde analyse médicale, avait cru trouver la véritable étiologie d'un grand nombre de ces maladies dans l'étude raisonnée et largement comprise de ces divers états morbides généraux qu'on connaît sous le nom de *diathèses* ou de *dyscrasies*. De là, comme d'une source, non pas unique, mais très commune, elle avait vu sortir de ces affections névralgiques, apparaissant tantôt solitaires, tantôt multiples et disséminées; elle avait vu ces affections changer de siége, se porter du dehors au dedans, quelquefois du dedans au dehors, ou bien exister simultanément à l'extérieur ou à l'intérieur, sans qu'il vînt jamais à l'idée de l'observateur que, dans ces nombreuses migrations et sous ces différentes formes, la maladie eût rien perdu de son identité de nature.

En présence de ces névralgies, surtout quand elles sont multiples et disséminées, ou bien seulement successives, le grave problème est d'arriver à la découverte de la cause générale et diathésique qui, lorsqu'elle existe, est tout en pathogénie et beaucoup en thérapeutique.

C'est cette recherche que ne font pas les pathologistes modernes, les uns parce qu'ils ne croient pas à la diathèse, les autres parce qu'il leur paraît impossible de la constater.

En résumé, la question des maladies névralgiques, malgré les estimables et utiles travaux dus à notre époque, n'est encore qu'ébauchée. Chaussier, en ralliant sous un même nom et sous une idée commune toutes les maladies nerveuses ayant pour caractère essentiel la douleur, a commencé à débrouiller une matière qui n'était encore qu'à l'état de chaos. L'histoire des névralgies, soit internes, soit externes, considérées dans leurs rapports entre elles, réclame aujourd'hui un travail correspondant, mais plus approfondi.

Survient 1° une observation de névralgie de l'estomac, de l'œsophage, de la langue, de la cavité buccale et de l'extrémité des doigts de la main gauche, prise d'abord pour une gastrite et traitée en conséquence, qui céda à l'emploi du sous-nitrate de bismuth et d'un régime corroborant.

2° Une observation de névralgie de l'utérus, consécutive à une névralgie de la face.

Dysenterie. — *Etat particulier de l'anus, coïncidant avec les selles involontaires*; par M. BOUCHUT.

L'auteur appelle l'attention sur un phénomène qui n'a pas été mentionné jusqu'ici et qu'on doit rencontrer fréquemment si l'on veut bien y porter quelque attention, c'est l'incontinence des matières fécales, de l'affaiblissement du sphincter et de la prédominance d'action du dilatateur de l'anus qui en sont la cause.

Ayant examiné l'anus d'un enfant qui avait la dysenterie, M. Bouchut a vu que dans le moment où les envies d'aller à la garderobe étaient continuelles, et lorsqu'il y avait ténesme douloureux, l'anus restait complètement ouvert. Il s'écoulait par cette ouverture un mucus jaunâtre et sanguinolent. Les plis de l'anus existaient encore, mais ils étaient presque effacés. Cette dilatation était large comme une pièce de cinq centimes. Elle n'était pas permanente. Elle offrait des alternatives de contraction insuffisantes pour fermer l'ouverture, absolument comme la pupille à l'impression de la lumière. Le contact du doigt excitait la contraction du sphincter et l'ouverture se rétrécissait beaucoup. Cette disposition était un obstacle à l'administration des lavements; car l'eau ressortait de suite.

L'auteur pense que l'irritation, causée par l'afflux des liquides dans la partie du rectum garnie de sphincters, provoquait le ténesme et les envies continuelles de l'excrétion; que, pour concourir à l'expulsion de ces matières, le releveur agissait continuellement en maintenant l'anus ouvert; qu'il y avait antagonisme continuel entre les deux muscles opposés : de là les oscillations dans le diamètre de l'ouverture, oscillations comparables à celles de la pupille.

L'EXAMINATEUR MÉDICAL. 1er AOUT 1843.

Mémoire sur la lithotritie dans les cas compliqués de rétention d'urine, et sur un nouveau moyen d'extraire de la vessie les fragments de calculs, les graviers, le sang coagulé, etc.; par Mr A. MERCIER.

Nous avons donné un extrait de ce travail dans nos comptes-rendus de l'Académie des sciences.

Kératectomie ou abrasion de la cornée dans les opacités anciennes de cette membrane; par le docteur DESMARRES.

Travail présenté à l'Académie des sciences, et dont nous avons donné les conclusions.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison d'un enrouement chronique par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. Observation recueillie par M. le docteur HELMBRECHT, de Brunswick.

Un jeune homme âgé de vingt ans, fort et bien portant, avait été souvent atteint d'une angine tonsillaire à la suite du moindre refroidissement. Ce mal avait toujours été combattu avec succès par l'emploi des vomitifs, des gargarismes, des bains de pieds, des sinapismes à la nuque, etc.

La dernière de de ces angines, la plus opiniâtre de toutes, et qui consistait plutôt en une inflammation de la membrane muqueuse du pharynx que de celle des amygdales, était survenue il y avait environ huit semaines, et avait laissé à sa suite un fort enrouement. La déglutition était presque impossible à cause de la douleur brûlante dont la gorge était le siége.

Conformément aux indications, on eut recours à plusieurs applications de sangsues au cou, à des cataplasmes chauds, des bains de pieds, des frictions mercurielles. A l'intérieur, on donna d'abord les diaphorétiques, et plus tard on prescrivit le calomélas.

Après avoir long-temps employé ces moyens sans en obtenir aucune amélioration marquée, on crut devoir recourir à l'usage de l'eau froide; on fit recouvrir le cou du malade de compresses trempées dans l'eau à la glace, et on lui conseilla de tenir sa bouche remplie d'eau également à la glace, jusqu'à ce qu'elle eût acquis la température de la cavité buccale, puis de la rejeter et de la remplacer aussitôt par une nouvelle gorgée; le malade devait, pendant ce temps, avoir le soin de tenir sa tête renversée en arrière.

Au bout de quelques heures, sous l'influence de ces moyens, les douleurs de la gorge diminuèrent subitement, et la déglutitinn put s'opérer plus facilement. Après avoir continué ce traitement pendant toute la journée, le malade se trouva totalement délivré de son angine, et l'enrouement céda pareillement.

Mais deux jours s'étaient à peine écoulés, que l'enrouement reparut sans qu'il fût possible d'attribuer son retour à aucune cause appréciable. L'examen du pharynx permit de constater que la membrane muqueuse qui le revêt était sèche et très injectée; le malade n'avait pas de fièvre, la langue était nette; l'appétit, la digestion, le sommeil et toutes les autres fonctions étaient à l'état normal; seulement la phonation était très difficile en raison de l'enrouement, mais la déglutition s'opérait sans donner lieu à aucune douleur.

M. Helmbrecht prescrivit alors l'iodure de potassium en la forme suivante :

Pr. Iodure de potassium, 8 grammes;
Hydrolat de mélisse, 250 id.
M. et F. dissoudre S. A.

A prendre par cuillerée à bouche quatre fois par jour.

Il conseilla en même temps l'usage d'un régime diététique léger et non irritant.

Après avoir continué ce traitement pendant douze jours, le malade, était complètement débarrassé de son enrouement, et la voix avait repris son timbre habituel. Depuis cette époque, la santé n'a pas faibli un seul instant.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

Savon prophylactique contre l'infection syphilitique; par M. le docteur PFEIFER.

Au rapport de M. Dietrich, M. le docteur Pfeifer, médecin attaché à l'état-major de Saint-Pétersbourg, a découvert un moyen de prévenir d'une manière infaillible l'infection syphilitique.

M. Pfeifer a fait ses essais avec ce moyen en recourant à l'inoculation: il a mis le virus, provenant de chancres, en contact avec la piqûre pendant dix, quinze à vingt minutes, et dans beaucoup de cas même pendant vingt-quatre heures. Il prétend que son prophylactique *n'a jamais échoué*, et qu'il s'est montré non moins efficace lorsque le virus syphilitique a été appliqué sur la membrane muqueuse de l'anus, ou à l'entrée du canal de l'urètre, dans la fosse naviculaire.

Les essais, au nombre de quarante-deux, que ce médecin a institués dans l'hôpital des Vénériens de Saint-Pétersbourg, sous la surveillance sévère d'une commission, ont donné les mêmes résultats.

Voici la composition et le mode de préparation de ce prophylactique :

Pr. Bi-chlorure de mercure, 6 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque, 15

Triturer dans un mortier de marbre ou de porphyre avec une suffisante quantité de teinture de *thuya occidentalis*; ajouter

Tannin (préalablement dissous dans un peu d'eau chaude), 4 grammes.

Mêlez exactement, puis adjoindre au mélange :

Chlorure de chaux,	45 grammes.
Savon de soude pur,	500
Teinture de *thuya occidentalis*,	60
Eau chaude,	30 à 60
Huile volatile de girofles,	2

F. S. A. une masse savonneuse.

M. Pfeifer prescrit de pratiquer avec ce savon des lotions sur la surface des parties génitales, immédiatement après le coït.

M. le docteur Dietrich a pu confirmer les bons effets attribués à ce nouveau composé, dans les essais qu'il a tentés à Munich, pour s'assurer de la réalité des résultats annoncés par le médecin de Saint-Pétersbourg. Du reste, il l'a trouvé moins efficace dans les cas de syphilis existante, bien que M. Pfeifer affirme l'avoir aussi prescrit avec succès pour combattre les symptômes déjà développés de cette affection.

Le quart du mélange indiqué dans la formule ci-dessus suffit pour une dose; car, outre cela, on obtient encore huit boules de savon du volume d'une noix. (*Gazette médico-chirurg. de Diertich.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 96. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Cataractes. — Quelques considérations sur l'opération et les accidents qui peuvent la compliquer.

Au n° 14 de la salle Sainte-Thérèse, et 21 de la salle Saint-Côme, sont couchés deux enfants, le frère et la sœur, affectés tous deux de cataracte. D'une bonne constitution, quoique d'un tempérament un peu lymphatique, ils sont nés de parents bien portants et bien constitués. La mère paraît être atteinte d'une paraplégie sur laquelle on ne peut donner de détails, depuis douze ans environ.

Il y a dix-huit mois environ, d'après le rapport du père, que la fille perdit subitement, sans cause connue, la faculté de voir de l'œil gauche. Elle n'avait jamais eu de maladie des yeux, ni de maladie scrofuleuse, et ne présente en effet aucune trace de cicatrices ni d'abcès au cou. Amenée à Paris au mois d'août de l'année dernière, elle y fut opérée par M. le docteur Sichel. Le procédé mis en usage fut l'abaissement. Examiné au moment de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, l'œil gauche est assez net; cependant on aperçoit vers la partie inférieure de la pupille un petit croissant, provenant sans doute d'un débris non résorbé de la capsule épaissie et opaque. La vue se rétablit de cet œil peu après l'opération qui réussit bien, et ne fut entravée par aucun accident.

Très peu de temps après l'opération, un mois et demi ou deux mois tout au plus, et sans cause connue, l'œil droit se prit également. La marche de la maladie fut assez lente; la vue diminua insensiblement, et maintenant on observe très distinctement une cataracte, que, d'après son aspect, M. Guersant croit devoir être plutôt membraneuse que d'autre espèce. La vue est tout à fait nulle de l'œil droit, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Au moment où sa sœur était à Paris pour se faire opérer, c'est-à-dire, il y a dix mois environ, le frère s'aperçut d'un affaiblissement sensible de la vue; chez lui, les deux yeux furent pris à la fois, et la maladie marcha également des deux côtés. Aujourd'hui, les deux pupilles présentent deux taches blanches, opalines; la vue n'est pas complétement perdue, en ce sens que le petit malade voit encore assez pour se conduire et distinguer assez bien les couleurs éclatantes.

La première idée de M. Guersant avait été d'opérer ces deux enfants le même jour; mais peu après son entrée, le jeune garçon fut atteint d'une rougeole heureusement assez bénigne, qui obligea de reculer l'opération, et de ne la faire que quelques jours après celle de sa sœur.

La fille, âgée de quatorze ans, fut opérée par abaissement le 15 juin. L'opération ne présenta aucune difficulté, et ne fut suivie d'aucun accident.

Le 29 juin, quinze jours après, la malade se trouvait dans un état extrêmement satisfaisant. Quelques lambeaux membraneux qui à la suite de l'opération étaient passés dans la chambre antérieure, étaient en grande partie résorbés; la vue, quoique faible encore, commençait à être assez distincte. Il n'y avait eu dans les premiers jours, et encore moins au moment dont nous parlons, aucune rougeur, aucune inflammation, ni de la conjonctive, ni des autres parties de l'œil.

Vers le milieu du mois de juillet, l'enfant, parfaitement guérie, quitta l'hôpital; la vue était bonne de l'œil droit, un peu faible encore; mais elle distinguait très bien les couleurs, les objets environnants, et se conduisait très bien, sans secours étranger et sans la moindre hésitation.

Le frère, âgé de sept ans, fut opéré le 22 juin. Les deux yeux furent opérés le même jour. La cataracte étant très molle, et cédant sous la pression de l'aiguille qui la traversait au lieu de la déprimer dans le fond de la chambre postérieure, M. Guersant fut obligé de la broyer des deux côtés, afin de faciliter l'absorption des fragments. Chez ce petit malade, les suites de l'opération ne furent pas aussi simples que chez sa sœur; pris de vomissements après l'opération, il passa cependant assez tranquillement le jour et la nuit qui suivirent.

Le lendemain, l'œil droit était bien; un peu de sang qui s'était épanché dans la chambre antérieure par suite d'une légère piqûre faite à l'iris par l'aiguille à cataracte, avait été résorbé et avait complétement disparu. L'œil gauche était un peu rouge et injecté.

Le troisième jour, l'œil gauche était tuméfié, volumineux, faisait une légère saillie hors de l'orbite, et l'on apercevait un liquide jaunâtre, évidemment purulent dans la chambre antérieure. Quinze sangsues furent appliquées à la tempe, et des frictions mercurielles furent faites autour de l'œil et sur les paupières.

Le quatrième jour, un vésicatoire fut placé derrière l'oreille.

Le 29 juin, huit jours après l'opération, la conjonctive était rouge, boursouflée; la cornée, en partie opaque. On apercevait dans l'intérieur de l'œil un liquide jaune, évidemment purulent. L'œil droit était dans un état très satisfaisant.

Sans vouloir entrer ici dans les longs et minutieux détails de l'observation, et suivre jour par jour la marche des accidents qui sont survenus, nous nous contenterons de dire que, vers la fin de juillet, il sortit guéri parfaitement de l'œil droit qui avait recouvré complétement la vue. L'œil gauche était dans un état beaucoup moins satisfaisant; la cornée était en partie opaque par suite de l'inflammation violente dont l'œil avait été le siége, et sans être complétement perdue, la vue s'opérait beaucoup moins distinctement de ce côté que de l'autre.

— Ces deux observations, que nous avons rapportées aussi brièvement que possible, ont fourni à M. Guersant l'occasion de présenter aux élèves qui assistent à ses leçons cliniques quelques considérations sur l'opération de la cataracte chez les enfants et sur les accidents qui peuvent survenir à la suite de cette opération, comme nous l'avons observé chez le dernier de ces deux malades.

Et d'abord, quant à ce qui a rapport à l'étiologie de l'affection, les parents ont affirmé de la manière la plus positive que la cataracte s'était développée chez ces enfants sans aucune cause appréciable; il y a plus, ils ont soutenu que chez la jeune fille la maladie s'était développée subitement, et qu'elle avait perdu la vue tout à coup. M. Guersant dit avoir peine à croire à la réalité de ce fait; il est plus que probable que la vue a diminué insensiblement de l'œil droit, l'œil gauche étant resté sain, et qu'un jour, par hasard, l'enfant se sera aperçu de la cécité de cet œil, si, par exemple, elle a voulu regarder un objet avec l'œil malade, l'œil gauche étant fermé. Ce n'est guère que de cette façon que l'on pourrait parvenir à expliquer la prétendue soudaineté de l'apparition de la cataracte chez cette jeune fille.

Le développement de la cataracte, chez les enfants qui sont nés avec une bonne vue, est chose assez rare, sans devoir être cependant considérée comme un fait extraordinaire. Il est beaucoup plus commun d'observer, chez les enfants, des cataractes congéniales, soit qu'elle reconnaisse pour cause l'hérédité, qui, d'après les auteurs les plus instruits et les plus célèbres, a une influence bien évidente sur le développement de l'affection qui nous occupe. Dans la circonstance particulière où se trouvaient nos deux malades, la cataracte n'était pas congéniale; l'un avait vu pendant six ans, l'autre pendant douze. De plus, les parents n'étaient point affectés de la même maladie, et ils déclarèrent que personne, parmi leurs ascendants, n'avait eu de cataractes.

La cause de cette affection peut être traumatique. Dans ces cas, elle n'affecte habituellement qu'un seul œil, marche rapidement, et se complique très fréquemment d'adhérence avec l'iris et d'immobilité de la pupille. On a dit que chez les enfants nouveau-nés la cataracte était souvent le résultat de l'action d'une vive lumière sur les organes si délicats de la vision à cette époque de la vie. Il n'est pas que l'on n'ait vu des cataractes se produire sous l'influence d'une cause interne, de la diathèse scrofuleuse, par exemple. Cependant, nous devons dire que la réalité de ces causes productrices, et leur constance, sont encore assez incertaines pour que l'on ne doive pas trop s'avancer quand il s'agit d'en discuter la valeur.

Chez nos deux malades, il est impossible, vu la coïncidence de l'affection chez le frère et la sœur, de se refuser à admettre l'existence d'une cause prédisposante, dont nous ignorons la nature, et qui n'était pas dépendante du vice scrofuleux, puisque ni l'un, ni l'autre n'avaient présenté aucun symptôme de maladie de ce genre, ainsi qu'il résulte des affirmations des parents, et de l'examen des régions du corps où l'on observe le plus souvent les cicatrices des abcès scrofuleux.

L'on a d'habitude tout à gagner à opérer de bonne heure les malades affectés de cataractes, sans que cependant nous voulions prétendre par là qu'il faille devancer l'époque où la cataracte est arrivée à un point suffisant de maturité. Mais voici la raison pour laquelle M. Guersant pense qu'il y a avantage incontestable à suivre cette méthode.

D'abord, si chez un adulte ou un vieillard, un œil est pris quelque temps avant l'autre, et que la vue soit tout à fait perdue d'un côté, tandis qu'elle ne l'est pas encore de l'autre, si l'on attend que les deux yeux soient complétement perdus, on sera peut-être obligé d'attendre fort long-temps, et le malade se trouvera pendant des mois, des années peut-être, dans une position extrêmement pénible, sans que l'on tente rien pour l'en tirer. Et puis, une autre raison encore est la suivante. Si vous attendez que les deux yeux soient mûrs pour l'opération, il pourra arriver que l'un des deux yeux n'aura perdu complétement la faculté de voir que depuis quelques semaines, pendant que l'autre l'aura perdu déjà depuis plusieurs années. Or, il est évident que pour l'œil primitivement affecté, les conditions de visibilité, si je puis m'exprimer ainsi, ne seront

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La théologie morale, par un confrère prêtre et trappiste. — Détails secrets. — Histoire d'un jeune séminariste. — Congrégation médico-religieuse. — Singulière dédicace d'une thèse. — Les larmes de M. Gannal. — Bichat et M. Royer-Collard. — L'Académie se déjuge. — Térébrante invention contre l'apoplexie.

Je suis en humeur de sermonner, et ne vous en étonnez pas, car je viens de lire quelques fragments d'un livre qui fait beaucoup de bruit à Saint-Sulpice, intitulé *Essai de théologie morale*, par M. Debreyne, docteur en médecine, prêtre et trappiste. Ce vénérable frère et confrère a écrit son livre pour les prêtres; il a eu pour but de mettre la science médicale d'accord avec l'orthodoxie, et en initiant le prêtre à tous les mystères, à toutes les faiblesses, à tous les vices, à toutes les hontes de la vie séculière, de le guider dans ses redoutables et secrètes fonctions de confesseur. Ce livre s'adresse surtout au jeune prêtre, à celui que l'huile sainte vient de consacrer au service des autels et qui dans toute l'exubérance de la jeunesse, dans le bouillonnement intérieur des instincts et des besoins de l'homme, vient de voir s'élever entre lui et les passions, les instincts et les besoins de la jeunesse le mur d'airain d'un vœu irrévocable. Je me figure ce jeune prêtre, ce jeune homme après tout, dont la vie ascétique et contemplative a surexcité peut-être le système nerveux, qui s'est soumis à toutes les mortifications pour rester chaste et pur d'intention et de fait, et qui malgré cela ou plutôt à cause de cela voit dans ses nuits des fantômes charmants s'approcher de sa couchette austère, ses rêves pollués par des visions remplies de volupté; je me figure, dis-je, ce jeune lévite plein de force et de santé lisant le chapitre de M. Debreyne, intitulé *Onanisme conjugal*... Ce chapitre, où l'auteur a fait preuve d'une connaissance complète du sujet, et où sont dévoilés sans scrupule et sans retenue tous les secrets de la couche nuptiale, où sont indiquées techniquement les précautions prises par la prévoyance d'un hymen trop fécond, où, chose plus grave, sont dépeints avec toute l'exactitude la plus minutieuse les mille moyens que la volupté et la débauche emploient pour multiplier et varier leurs sales jouissances..... Je crains, et je le dis sans hésitation à M. Debreyne, dont les intentions aussi pures qu'élevées ne se proposent pas seulement un but sacerdotal, mais encore un but social et humanitaire; je crains que ces peintures, ces images, quoique tracées par une main chastement scientifique, ne fassent sentir sur ces jeunes corps pleins de sève et de vigueur, le cuisant aiguillon de la chair, ne réveillent le *dœmon carnis* que les saint Antoine, les Jérôme et tous les pieux anachorètes des premiers siècles ne pouvaient éviter souvent dans les déserts de la Thébaïde... Qu'il me permette de lui citer un fait qui me frappa beaucoup à l'époque où j'en reçus la confidence.

Un de mes condisciples de collége, mu par une vocation véritable, entre au séminaire. C'était un grand et beau jeune homme, brun et robuste qui, grâce à une éducation maternelle pleine de sollicitude et de pieuse tendresse, se trouvait à vingt et un ans dans cette condition charmante que Jean-Jacques désirait si éloquemment pour Emile. Sa foi était ardente et sincère; nul motif d'intérêt humain n'avait déterminé son choix : c'était une vocation décidée et respectable. Plusieurs mois s'étaient écoulés dans sa pieuse retraite, et rien n'avait encore troublé la tranquillité de ce cœur, rien n'avait altéré la pureté de son innocence. Par le progrès de ses études de séminariste, il arriva qu'on lui mit dans les mains je ne sais quel ouvrage de casuiste, tout à fait analogue à celui de M. Debreyne, où les mystères et les péchés du lit conjugal étaient dénoncés à sa jeune et ardente nature. L'impression en fut terrible : ses nuits, jusque-là calmes, ne furent plus remplies que de rêves érotiques; son imagination troublée, égarée, obsédée par les images licencieuses du casuiste, lui représentait sans cesse ces péchés voluptueux contre lesquels vainement sa raison et sa foi se révoltaient. Les plus austères pénitences, les plus ferventes prières, les vœux les plus ardents, rien ne pouvait éteindre ce feu dévorant, rien ne pouvait apaiser cette révolte de la chair contre l'esprit, de l'instinct contre la raison. Souvent dans les nuits les plus froides, ce jeune séminariste, éveillé par un rêve voluptueux, descendait en chemise dans le jardin et se plongeait dans les eaux glacées du bassin. Vains efforts! L'instinct était plus fort que la foi, et de cette lutte incessante et pénible allait probablement résulter quelque maladie grave. C'est alors qu'éclata la révolution de juillet. Le séminaire où était renfermé mon ami, fut envahi par le peuple, et les habitants de ce saint lieu furent forcés d'aller chercher un asile un peu partout. Dans Paris le jeune séminariste ne connaissait qu'une seule personne, c'était un étudiant en médecine que je ne veux pas autrement désigner. Qu'arriva-t-il?..... Je me garderai de le dire. Toujours est-il que ce jeune homme sentit qu'avec des sens inflammables comme les siens, il lui serait impossible de rester chaste de cœur, au moins, au milieu des circonstances compromettantes de la vie du prêtre. Aussi aujourd'hui, père de cinq beaux enfants, il exerce fort honorablement la médecine, cet autre sacerdoce, non loin des lieux où le vénérable frère Debreyne a écrit son Essai de théologie morale.

Comment mes idées ne seraient-elles pas tournées vers les choses saintes et pieuses? Je n'entends de tous côtés parler que d'actes religieux, que d'édifiantes et éclatantes conversions, que de conférences religieuses, d'assemblées catholiques où plusieurs de nos confrères jouent le rôle principal. Une vaste et imposante congrégation s'est organisée, à la tête de laquelle figurent quelques médecins dont le prosélytisme ne connaît pas de bornes. On les voit s'assembler hebdomadairement dans les caveaux de Saint-Sulpice pour y écouter la parole ardente d'un des adversaires de M. Michelet, et préluder à ces exercices pieux par le chant des cantiques. Un certain nombre d'élèves en médecine se sont enrôlés sous cette bannière sainte. Aussi arrive-t-il de temps à autre à l'Ecole quelques thèses dans lesquelles respire l'orthodoxie la plus pure, ou bien une pieuse indignation contre les théories matérialistes de certaines doctrines médicales. Jamais, de mémoire de M. Veret, on n'avait vu une telle abondance de thèses religieuses. On rapporte qu'un de ces jeunes néophytes, dans sa foi naïve, a dédié sa thèse à saint Luc, patron des médecins orthodoxes. Les beaux jours

plus les mêmes que pour l'autre; car il sera resté un très long espace de temps sans être exercé, et ce ne sera que difficilement qu'il pourra reprendre ses fonctions. J'ai vu, dit M. Guersant, dans le temps où j'étais chirurgien à l'hospice de Bicêtre, des vieillards chez lesquels on avait attendu de cette manière, et qui, aveugles d'un œil depuis sept ou huit ans, n'avaient perdu l'autre que depuis quelques mois seulement. Eh bien! une fois l'opération faite, et cela sans qu'elle fût suivie du moindre accident, la marche et les suites de l'opération étant très heureuses, l'œil malade depuis le plus long intervalle guérissait, il est vrai, redevenait, comme l'autre, clair et transparent, mais ne recouvrait la vue que d'une manière incomplète. La chose semble facile à comprendre. Comme nous le disions plus haut, la rétine, privée pendant fort long-temps de l'impression de la lumière, devient paresseuse, comme paralysée en quelque sorte, et ne peut que difficilement, quand toutefois elle y parvient, recouvrer ses anciennes facultés.

Telle est la raison qui fait que M. Guersant conseille l'opération de bonne heure, surtout dans les cas de cataracte congéniale. Chez le jeune garçon dont nous avons raconté l'histoire, c'est en se fondant sur les mêmes raisons que M. Guersant a cru devoir faire l'opération à une époque où il distinguait encore, quoique confusément, les couleurs éclatantes, et où il pouvait encore se conduire lui-même. La maladie, néanmoins, lui semblait parvenue à un point de maturité suffisant pour qu'il pût opérer sans danger.

Sans entrer ici dans des détails trop étendus, nous nous contenterons de dire que M. Guersant, d'après l'aspect que lui présentait la cataracte, surtout chez le jeune garçon, crut avoir affaire, et l'opération fit voir qu'il ne s'était pas trompé, à une cataracte molle. L'aiguille en effet la traversa à plusieurs reprises lorsqu'on voulut l'abaisser, et l'on fut obligé de pratiquer le broiement au lieu de se contenter de l'abaissement qui suffit dans le cas de cataractes ordinaires.

Quelques mots avant d'arriver à l'opération elle-même et à ses suites, sur la marche que suit ordinairement la cataracte, et sur son développement. Le plus souvent cette marche est lente; ce n'est qu'après plusieurs mois, même quelquefois plusieurs années, que le cristallin a tout à fait perdu sa transparence, et que la vue est complètement abolie. Nous avons déjà fait remarquer plus haut l'invraisemblance de l'assertion des parents de la jeune malade, qui prétendent que la cataracte se produisit subitement, et nous avons cherché à expliquer la raison qui avait pu causer une pareille erreur. Quand la cataracte se développe spontanément ou plutôt sans cause connue, elle affecte ordinairement les deux yeux, soit en même temps, soit à des intervalles plus ou moins considérables. Il arrive le plus ordinairement que la seconde commence à paraître avant que la première soit complètement formée; il arrive souvent aussi qu'elle met moins de temps que l'autre à parvenir à maturité. On a pu, dans les deux cas précédents, voir un exemple de chacune de ces deux variétés dans la marche et le développement de l'affection.

Sans nous arrêter ici au diagnostic de la cataracte, qui n'offre chez les enfants rien de particulier, nous dirons que le pronostic de la cataracte est toujours fâcheux et grave, quoique cette affection n'entraîne aucun danger immédiat pour la vie. D'abord, la vue est irrévocablement perdue si le malade se refuse à l'opération. Puis, s'il s'y soumet, on ne peut toujours compter sur une réussite certaine. C'est au chirurgien d'apprécier les conditions dans lesquelles se trouve le sujet malade, afin de porter un pronostic approchant le plus possible de la vérité, et de savoir s'il doit ou non opérer dans telle ou telle circonstance, et sur quelles chances il peut compter. En général, le pronostic est favorable quand la maladie est exempte de toute espèce de complications, soit générales, comme les maladies dont nous avons dit quelques mots tout à l'heure, la scrofule, par exemple, soit locales. On concevra aisément qu'il sera moins favorable, quand le malade sera sujet aux affections rhumatismales, aux ophthalmies de toute espèce, aux fluxions, aux érysipèles, quand la maladie est la conséquence d'une violence extérieure.

On ne devra donc pas opérer quand l'œil malade est augmenté ou diminué de volume; quand il est déformé, bosselé, douloureux, symptômes qui peuvent faire une dégénérescence squirrheuse ou carcinomateuse; lorsque la conjonctive est le siége d'une fluxion habituelle, d'une congestion sanguine, d'un écoulement purulent, aigu ou chronique; que des taies couvrent la cornée, soit entièrement, soit dans la plus grande partie, cas auquel l'abaissement du cristallin serait chose à peu près inutile, puisqu'une première opacité empêcherait les rayons lumineux de traverser les milieux transparents de l'œil pour venir frapper la rétine.

Enfin, la complication d'amaurose est une des plus graves, même lorsque l'amaurose n'est que commençant, et peut-être devrait-on dans la majorité des cas de ce genre se dispenser d'opérer, lorsque les signes rationnels auxquels on a recours semblent indiquer formellement ou l'existence, ou le développement et le commencement d'existence d'une amaurose.

Une fois la cataracte bien reconnue et diagnostiquée, le malade se trouve dans des conditions favorables; une opération peut seule lui rendre la vue, et nous ne parlerons pas même en passant des topiques plus ou moins puissants, des moyens plus ou moins héroïques qui ont été conseillés pour faire dissoudre la cataracte.

Ici se présente une question fort grave et fort importante. Quand un sujet a deux cataractes développées simultanément ou presque simultanément, doit-on opérer les deux yeux à la fois ou successivement. Et par successivement nous entendons à plusieurs jours de distance; le premier opéré, par exemple, étant tout à fait guéri. Ensuite, quand un sujet n'a qu'un œil malade, doit-on l'opérer, ou faut-il attendre que l'autre se prenne?

Relativement à la seconde question, les avis sont extrêmement partagés. Il est des auteurs qui pensent qu'un seul œil étant malade on ne doit l'opérer que si l'autre commence à se prendre dans la crainte de provoquer par l'opération une inflammation qui pourrait se propager à l'œil sain, et rendre le sujet aveugle. Tel est entre autres l'avis de M. Jules Cloquet qui croit que l'on ne doit point opérer avant que la cécité ne soit complète. Quand la cataracte est congéniale, le plus grand nombre des chirurgiens pensent aussi qu'il faut attendre pour faire l'opération que l'enfant ait atteint l'âge de raison, afin que les difficultés que présentera l'opération soient moins grandes et que les sujets malades s'y prêtent avec plus de docilité. M. Guersant est loin, comme nous l'avons déjà dit plus haut, de partager cet avis. Il croit que l'on aura d'autant moins de chances de réussite que la maladie sera plus ancienne, la rétine se trouvant en quelque sorte paralysée par suite du défaut d'exercice. Puis, peut-être, comme l'ont pensé certains chirurgiens, le sens de la vue n'est-il pas en quelque sorte indispensable à l'éducation complète, physique et morale des enfants, et ce sens n'est-il pas nécessaire au développement parfait de leur intelligence? On a opéré avec succès des enfants âgés de dix-huit mois à deux ans, et dans ce moment M. Guersant a dans sa clientelle un enfant beaucoup plus jeune encore que ceux-là, et qu'il a dessein d'opérer bientôt.

Chez la jeune fille dont nous avons rapporté l'histoire, M. Sichel n'a pas jugé à propos non plus d'attendre que la cécité fût complète, et l'opération n'eu a pas moins réussi. Il est, en effet, assez rare que les accidents qui pourraient survenir dans un œil opéré s'étendent à l'œil sain, et cela constituerait un cas tellement exceptionnel qu'il doit presque être mis hors de toute considération.

Quand les deux yeux sont pris à la fois doit-on les opérer le même jour ou n'opérer le second que lorsque le premier sera guéri? Scarpa, Demours, Dupuytren, n'opéraient qu'un seul œil à la fois, et n'opéraient le second qu'après complète guérison du premier. Dupuytren, surtout, redoutait beaucoup de faire deux opérations le même jour. En effet, s'il est assez rare, heureusement, qu'à la suite d'une opération double les yeux soient pris d'accidents inflammatoires et que la vue soit perdue, il n'en est pas moins vrai que souvent il arrivera que l'un des deux yeux guérira sans présenter aucun accident, pendant que l'autre sera le siége des désordres les plus graves, formant en quelque sorte un point de révulsion qui favorisera, à ses dépens, la guérison de l'autre organe. Or, n'est-il pas préférable de n'opérer qu'un œil à la fois au lieu de risquer d'en perdre un, si on ne les opère tous deux le même jour? M. Guersant partage pleinement l'opinion de ces chirurgiens et n'opère ordinairement qu'un seul œil à la fois. Le fait que nous avons rapporté plus haut, et les accidents qui sont survenus chez le jeune garçon n'ont fait que confirmer ce chirurgien dans ses idées à ce sujet. Si dans le cas actuel il a dérogé à ses habitudes, c'est qu'il a cru, vu les bonnes conditions individuelles du sujet, pouvoir sans danger se conformer au conseil d'un grand nombre d'opérateurs, qui agissent sur les deux yeux le même jour, et toujours, disent-ils, avec le plus grand succès. C'est, du reste, un fait pour lequel M. Guersant regrette vivement de n'avoir pas suivi sa première inspiration, et qui vient à l'appui de ses convictions sous ce rapport.

Ce n'est point ici le lieu de discuter l'avantage ou les inconvénients de l'opération par extraction ou par abaissement. Mais posant en principe général la préférence que l'on doit accorder habituellement à l'abaissement sur l'extraction, nous examinerons dans le cas particulier relatif à l'enfance, les motifs qui doivent déterminer le chirurgien à employer telle méthode plutôt que telle autre. Le peu de docilité de la plupart des enfants, les mouvements auxquels ils se livrent suffiraient pour justifier le choix que l'on fait de la méthode par abaissement. Elle est, en effet, beaucoup moins dangereuse et n'expose pas le malade, comme l'autre, à ce que l'œil se vide, si, dans les mouvements désordonnés de l'enfant, l'aide ou le chirurgien venaient involontairement à exercer sur le globe oculaire une trop forte compression. Puis, les accidents inflammatoires sont toujours moins violents à la suite de l'opération par abaissement qu'à la suite de celle par extraction. Enfin, dans les cas de cataracte molle, comme dans le fait relatif au jeune garçon, l'abaissement est préférable et beaucoup plus souvent suivi de succès.

Dans les cas où la cataracte est tout à fait laiteuse, aussitôt que la capsule est divisée, il s'épanche dans la chambre antérieure un liquide trouble opalin qui cache à l'opérateur la vue de l'instrument et la vue du crystallin. Cet obstacle ne doit pas arrêter le chirurgien, qui, avec les plus grandes précautions et fixé, par ses connaissances anatomiques, sur la position des organes contenus dans le globe oculaire, imprimera, comme à l'ordinaire, à l'aiguille, le mouvement de rotation et de bascule destiné à déprimer la cataracte. L'absorption extrêmement rapide et puissante qui s'opère dans la chambre antérieure de l'œil fait disparaître en fort peu de temps le trouble de l'humeur aqueuse, qui ne constitue jamais un accident sérieux.

Il arrive quelquefois, et la chose est arrivée sur l'un des yeux du petit malade, que l'aiguille, malgré toutes les précautions et peut-être dans un des mouvements de l'enfant, blesse quelque vaisseau sanguin de l'intérieur de l'œil, de l'iris, et qu'il se produise une hémorrhagie intérieure qui altère la transparence de l'humeur aqueuse. Il est rare que cette hémorrhagie soit assez considérable pour que l'on soit obligé d'interrompre l'opération, comme l'ont conseillé quelques chirurgiens. Mais, dans tous les cas, ce n'est jamais un accident sérieux et, dans l'espace de quelques jours à peine, quelquefois plus rapidement encore, toute trace de sang a disparu. Il est si vrai de dire que cet accident est très léger, que chez notre jeune garçon, c'est l'œil qui avait présenté cette petite complication qui a guéri le plus rapidement et sans que l'on ait eu lieu d'avoir le moindre sujet de crainte sous ce rapport.

Nous ne parlerons point ici des cas exceptionnels que l'on peut observer chez les sujets affectés de cataractes, tels que les adhérences qui peuvent unir le cristallin à la capsule, ou celle-ci à la membrane hyaloïde. Ces faits ne doivent point nous occuper maintenant, ni l'un ni l'autre de ceux que nous avons eu occasion de rapporter plus haut n'ayant offert de points de ressemblance avec les faits de ce genre que possède la science. Mais disons, avant de terminer, quelques mots du traitement à employer à la suite de l'opération de la cataracte, et de celui qui a été mis en usage en particulier dans les deux faits précédents.

Une fois l'opération de la cataracte terminée, les yeux sont couverts d'un bandeau opaque d'une médiocre épaisseur autant que possible, afin de ne pas entretenir une trop grande chaleur dans la région des organes malades. On porte le malade dans une pièce sombre, où l'on entoure son lit de tous côtés de toiles vertes épaisses, afin d'intercepter complètement tout accès à la lumière solaire. Il est assez d'habitude après une opération de cataracte, surtout après une opération double comme celle du garçon dont nous avons raconté l'histoire, de pratiquer une saignée dans la journée, quelques heures après l'opération. C'était une méthode habituellement mise en pratique par M. le professeur Sanson, qui disait en retirer constamment les plus heureux résultats. Tel était aussi le dessein de M. Guersant, si les circonstances dans lesquelles se trouvait le jeune malade ne s'y fussent pas opposées. A peine convalescent d'une rougeole, il n'a pas semblé à M. Guersant être dans des conditions favorables à une émission sanguine générale. Mais le lendemain et le surlendemain des accidents graves étant survenus, il fut nécessaire d'appliquer des sangsues et d'opposer un traitement antiphlogistique énergique à l'inflammation locale intense qui se développait.

Un vésicatoire derrière l'oreille, des frictions mercurielles, furent encore mises en usage, et, nous devons le dire, si elles n'ont pas produit une guérison complète, elles ont produit au moins tout ce que l'on pouvait en attendre, et sous l'influence de ces moyens l'état du malade, qui pendant quelques jours était devenu inquiétant, s'améliora notablement.

Chez la jeune fille, on ne fut point obligé de recourir à des moyens aussi énergiques. Le repos, l'obscurité, quelques bains de pieds sinapisés, quelques légers purgatifs, suffirent pour amener une guérison complète.

---

de M. de Frayssinous sont revenus. Que les grâces du Seigneur se répandent sur vous tous, mes chers lecteurs.

M. Gannal a répondu à son adversaire, et la scène a été touchante. Il a pleuré, notre digne embaumeur, en défendant ses autels et son culte; son émotion a été jusqu'aux larmes, larmes véritables, larmes suffocantes qui arrêtaient au gosier ses plus beaux arguments. J'espère bien que son adversaire en aura été touché, et que le spectacle d'une discussion sur un brevet d'invention industrielle ne sera plus donné devant l'Académie des sciences.

Un fait singulier vient de se passer à l'Académie de médecine. On sait qu'une place est vacante dans son sein, section de pathologie interne. Les deux dernières nominations ont également eu lieu dans cette section. Pour ces deux nominations, la section porta deux fois dans un rang honorable M. C. Broussais, qui recueillit même un certain nombre de voix. Or, cette fois-ci, l'Académie, ou plutôt la section, se déjuge elle-même. Ce candidat qu'elle a jugé deux fois digne des suffrages de la compagnie, a tout à coup démérité de son estime, et cela au moment même où plus heureux que ses compétiteurs il pouvait appuyer sa candidature nouvelle sur un ouvrage nouveau. M. C. Broussais vient en effet de publier une histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné épidémiquement dans différentes garnisons de France. Il est difficile d'attribuer l'échec qu'il vient d'éprouver à la publication de cette monographie fort importante. Comment donc expliquer qu'un candidat qui, à la dernière élection, occupait le second rang sur la liste de présentation, ait été éliminé de la liste actuelle? Quelle énormité a-t-il donc commise?..... Je vais vous l'apprendre, vous tous qui aspirez aux honneurs de la banquette académique, et que ce triste exemple vous serve de leçon. On reproche à M. C. Broussais, — ceci est à la lettre et a été dit par plusieurs membres de la commission, — on lui reproche *de ne s'être pas assez remué!!!* Comprenez-vous maintenant que si vous avez à produire quelque ouvrage sérieux, ce n'est pas pendant les préliminaires d'une élection qu'il faut y travailler? Comprenez-vous quelle serait votre niaiserie d'employer vos loisirs à une composition utile, pendant que vos compétiteurs plus alertes se *remuent*? Ne s'être pas assez remué! Ces mots résument une époque; je les trouve sublimes dans leur laconisme; il faut les écrire en lettres de bronze dans la salle des séances pour l'édification des candidats futurs. Excellent docteur Lacorbière, quel beau sujet pour une nouvelle épître aux Corinthiens!

La Faculté de médecine vient de donner une nouvelle preuve de son jugement, de son goût, du soin qu'elle prend de sa dignité et de sa considération, en désignant M. le professeur Royer-Collard pour la représenter à la cérémonie de l'inauguration de la statue de Bichat. Il n'y a eu qu'une voix pour apprécier la convenance de ce choix. Elle s'est souvenue sans doute, au moment de délibérer sur ce sujet, qu'à la soutenance de sa thèse, un illustre chirurgien qui était flatteur toutes les fois qu'il avait intérêt à l'être, prophétisa à M. Royer-Collard qu'il serait un nouveau Bichat (historique). La prophétie s'est vérifiée en quelque points. On sait, en effet, que le Bichat de bronze préparait ses leçons et écrivait ses immortelles pages sur la table de quelque estaminet. La tabagie du cercle Choiseul pourrait dire la religieuse exactitude du Bichat vivant à suivre cette tradition. Aussi la Faculté, qui ne fait rien à demi, a-t-elle expédié à Bourg, avec la robe et les insignes du professeur, une caisse de cigarres premier choix.

Un brave praticien de Lyon vient de découvrir un nouveau traitement de l'apoplexie que j'ai lu sérieusement imprimé dans un journal de médecine. Que faites-vous en cas pareil? Vous saignez votre malade en croyant diminuer la quantité de sang qui est dans le cerveau. Eh bien! vous ne faites rien qui vaille, et vous n'en tirez pas un atôme. Le cerveau est un tonneau parfaitement plein, vous avez beau le forer par en bas, pas une goutte de liquide ne s'échappera si vous ne donnez un peu de jour par la bonde supérieure. Voilà le principe; écoutez l'application: Dans un cas d'apoplexie, appliquez-moi une bonne couronne de trépan sur le crâne, afin que, par le trou que vous aurez fait, la pression atmosphérique s'exerçant sur le sang du cerveau puisse s'échapper par l'ouverture que vous pratiquerez à une veine quelconque. Voilà qui s'appelle de la bonne physique médicale. Je recommande cette térébrante innovation aux distributeurs du prix Monthyon.

Jean RAYMOND.

Le malade, après l'opération, avons-nous dit, doit être placé dans une chambre obscure, ou du moins sous d'épais rideaux verts, les yeux couverts d'un bandeau opaque, de médiocre épaisseur. Combien de temps doit-on laisser ainsi le malade en repos et à l'abri du contact de la lumière? Combien de temps doit-il s'écouler entre l'opération et le moment où le chirurgien examine l'œil pour la première fois? Les avis sont partagés encore sur ce point comme sur tant d'autres. Tout le monde s'accorde bien à recommander de ne point laisser le malade fixer les objets environnants; mais Scarpa va beaucoup plus loin en avançant que l'on ne peut, sans faire courir au malade de graves dangers, ouvrir les paupières avant le troisième jour après l'opération, afin d'examiner l'œil, même en prenant les plus grandes précautions.

M. Guersant ne partage pas cet avis ; la même raison qui lui fait lever l'appareil le lendemain d'une amputation et tous les jours qui suivent, afin de s'assurer continuellement, ce qu'il ne pourrait point faire en laissant l'appareil, s'il ne se développe aucun accident, soit érysipèle, soit décollement des lèvres de la plaie par suite de la présence du pus, la même raison, disons-nous, l'engage à examiner l'œil chacun des jours qui suivent l'opération, à partir du lendemain même. Il prend seulement les plus grandes précautions pour que la lumière solaire ne puisse pas venir frapper l'œil opéré, l'enveloppe soigneusement sous les rideaux du lit, et ne l'éclaire que de la faible lumière d'une petite bougie. Il pense qu'avec ces précautions il est rare qu'il se produisent des accidents qui reconnaissent pour cause cet examen de l'œil, et que l'on a, en suivant cette méthode, l'immense avantage de surveiller la marche de l'opération, d'apercevoir les accidents tout à fait à leur début et quand ils se développent; enfin de les combattre avec plus de puissance et d'efficacité.

HOPITAL BEAUJON. — M. Louis.

Congestion cérébrale. Céphalalgie pendant trois jours. Perte subite de connaissance. Hemiplégie gauche avec contracture. Mutisme. Guérison complète et rapide.

Cr... Anne, âgée de vingt-six ans, domestique, d'une taille peu élevée, d'une constitution assez forte, ayant les cheveux châtain foncé, la peau habituellement bien colorée, est issue de parents qui n'ont jamais été atteints de paralysie ni de *coup de sang*. Elle est d'une bonne santé habituelle, à part quelques étourdissements, d'ailleurs peu intenses, qu'elle ressent de temps en temps depuis une époque indéterminée. Rarement elle éprouve de la céphalalgie ou des épistaxis, et jamais, avant la maladie actuelle, elle n'avait eu de perte de connaissance ni de paralysie. Elle n'a jamais reçu de coups graves sur la tête; elle affirme ne boire de vin que rarement et en petite quantité. Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle l'a été dès-lors régulièrement chaque mois, et chaque fois pendant deux ou trois jours seulement.

Le 1er et le 2 août, céphalalgie assez intense; peu de malaise. Le 3 ces accidents persistent, mais ne l'empêchent pas de se rendre, par le chemin de fer d'Etampes, où elle habite, à Paris. Dans la soirée, n'ayant mangé qu'un peu de pain le matin, elle se dirigeait vers Passy, en suivant le bord de la Seine, lorsqu'elle tomba tout à coup sans connaissance. Au bout d'un temps qui n'a pu être précisé, des passants la ramassèrent et la transportèrent à l'hôpital Beaujon. Il était huit heures du matin : elle était encore sans connaissance.

Le 4 août au matin, on note l'état suivant : décubitus dorsal, figure médiocrement colorée, un peu anxieuse; la bouche est un peu déviée à gauche; yeux médiocrement ouverts : le gauche plus que le droit; globes oculaires mobiles, tantôt parallèles, tantôt divergents, et par intervalles aussi il arrive que l'œil gauche regardant directement en avant, l'œil droit est dirigé directement en haut; pupilles régulières, peu contractiles, ayant, la droite le quart, la gauche le tiers de la cornée transparente. La vue paraît peu nette; l'ouïe est intacte. Aussitôt la demande faite la langue est tirée sans hésitation; elle est légèrement blanchâtre, médiocrement humide, non tremblante, fortement déviée à droite, et cette déviation n'est pas due à des dents plus saillantes que d'autres. La malade, Lorsqu'on l'y engage, essaie en vain de porter la langue sur la ligne médiane. L'exercice de la parole est complètement aboli; aucune parole ne peut être prononcée, même à voix basse, et cependant la voix est conservée, car l'expiration s'accompagne par intervalles d'une espèce de gémissement. Bien que le mutisme soit complet, l'intelligence et la mémoire paraissent dans leur intégrité, à en juger par l'expression de la physionomie de la malade et par ses différents signes. Lorsqu'on lui demande si elle souffre de la tête, elle répond par un signe affirmatif, et désigne avec la main droite la région frontale. Le pincement le plus violent des membres supérieur et inférieur du côté gauche et de la moitié correspondante du tronc, du cou et de la face, ne détermine aucun mouvement de retrait de la partie pincée, aucune expression de souffrance ; et par ses signes, la malade indique qu'elle n'en éprouve aucune douleur. Le mouvement est complètement détruit dans les membres gauches, qui sont le siége d'une raideur assez prononcée, surtout le supérieur. Le coude et le poignet sont dans le quart de flexion; le pouce est dans la paume de la main, recouvert par les autres doigts, qui sont crochus, ne s'étendent qu'avec une certaine difficulté, et reprennent aussitôt la position indiquée dès qu'on cesse de les étendre. La sensibilité cutanée et le mouvement sont parfaitement intacts dans tout le côté droit.

Appétit nul, soif médiocre, déglutition des boissons un peu lente, par petites gorgées, et s'accompagnant d'une sorte de glou-glou assez prononcé. Abdomen bien conformé, souple, indolent, sans développement anormal du foie ou de la rate. Pas de selles depuis l'entrée; urines faciles, rendues dans le lit.

Thorax bien conformé, à part un défaut assez notable de dépression des espaces inter-costaux. Il est d'ailleurs partout bien sonore, et la respiration est pure, vésiculaire, sans mélange de râles. Battements du cœur réguliers, sans impulsion notable, sans bruit anormal. Respiration à 36 par minute, ni haute, ni bruyante. Chaleur normale, sans différence bien sensible entre les deux côtés du corps. Pouls régulier, sans largeur, lent (52 pulsations). Limonade; saignée du bras de 300 grammes; lavem. lin; cataplasmes sinapisés aux mollets; diète absolue.

La saignée est bien supportée, le sang a coulé en jet, et offre un caillot médiocrement volumineux, d'une consistance moyenne, sans traces de couenne.

Le 5 août au matin, même état en tout point que la veille. Limonade; lavement purgatif; sinapismes *ut suprà;* diète absolue.

Dans la soirée, vers huit heures, la malade peut prononcer quelques paroles.

Le 6 au matin la figure, plus naturelle que la veille, médiocrement colorée, n'offre plus de déviation appréciable. Parole facile, bien articulée; à peine une légère hésitation dans la prononciation de certains mots. Langue tirée rapidement; elle n'est pas tremblante, est à peine un peu déviée à droite, et sa pointe est promenée avec facilité d'une commissure de la bouche à l'autre; vue bonne; encore un léger strabisme divergent, par intervalles seulement; pupilles régulières, égales, ayant le quart de la cornée. Ouïe nette, sans bourdonnements dans les oreilles. L'intelligence et la mémoire sont en bon état; la malade n'accuse pour toute souffrance qu'une légère céphalalgie frontale et un peu de courbature générale; elle donne des renseignements précis sur les circonstances qui ont précédé la perte de connaissance, et confirme ce qu'elle avait indiqué par signes les jours précédens. A part un peu de faiblesse, les mouvements sont rétablis dans le côté gauche du corps; la malade s'est levée avant la visite, et actuellement elle porte avec facilité un vase à ses lèvres avec la main gauche. La sensibilité cutanée est également revenue, et cela au point qu'il faut de l'attention pour constater une légère différence avec le côté sain. Déglutition facile, appétit, soif médiocre. Deux selles solides copieuses ce matin. Aucune chaleur anormale; pouls à 66-70, régulier, sans largeur. Limonade; deux bouillons.

La malade se lève et se promène un peu dans la journée. Le lendemain, 7 août, elle insiste pour s'en aller, et elle quitte à pied l'hôpital, n'éprouvant plus qu'un peu de faiblesse, et sans différence appréciable entre les deux côtés du corps sous le rapport de la sensibilité cutanée.

— En présence d'accidents aussi graves que ceux que présentait la malade lors du premier examen, quel est le médecin qui eût osé se prononcer et admettre que l'on avait affaire à une congestion cérébrale plutôt qu'à un ramollissement du cerveau ou à une apoplexie? Et cependant, lorsqu'au bout de quarante-huit heures tous ces symptômes si graves en apparence commencèrent à s'améliorer pour disparaître ensuite avec une rapidité si remarquable, le doute n'était plus permis, de toute évidence le cerveau n'avait pas été lésé dans sa texture, et l'on devait admettre ici l'existence d'une simple congestion cérébrale.

La localisation exacte des lésions du sentiment et du mouvement du côté *gauche* du corps indique que le côté *droit* du corps a été seul affecté. Or, en réfléchissant combien sont larges et nombreuses les anastomoses veineuses et artérielles entre les deux moitiés des organes encéphaliques et les rendent solidaires sous le rapport circulatoire, on ne comprend pas comment la congestion sanguine peut se localiser exactement dans un hémisphère, par exemple, troubler gravement ses fonctions, tandis que l'hémisphère opposé resterait dans un état parfait d'intégrité; et l'on se demande si réellement la congestion sanguine est tout dans la production des accidents.

Elle n'explique pas davantage certains faits qui ne sont pas extrêmement rares dans la science, et à l'autopsie desquels on ne trouve pour toute altération qu'une congestion plus ou moins forte des centres nerveux et à un égal degré des deux côtés, bien que pendant la vie il y ait eu des lésions du mouvement et du sentiment d'un seul côté du corps.

Je ne pousserai pas plus loin ces remarques. Ce qui précède suffit pour démontrer combien sont nombreuses et presque insurmontables les difficultés qui surgissent en foule dès que l'on aborde la pathologie des centres nerveux.

Correspondance.

Mon cher confrère,

Vous avez inséré ma note sur l'embaumement, et, dans celle de M. Gannal, vous avez pris ce qui avait rapport au sujet. La question de priorité n'est plus douteuse; mais la question *de droit* n'est pas éclaircie, et je vous demande la permission de l'exposer.

Ce n'est ni sans réflexion, ni sans discussion avec des tiers, que je me suis décidé à ouvrir ce débat. Les uns m'approuvaient; les autres me disaient : Dans quel intérêt? pour quel profit? Intérêt! Profit! triste morale du temps! Dire la vérité quand elle peut rapporter quelque chose! La servir comme un maître avare pour le profit qu'on y trouve, et si le mensonge est plus généreux, servir le mensonge! Dans quel intérêt! Pour quel profit! Mais c'est précisément parce que je suis désintéressé dans la question que je puis la traiter, et que je fais bien de la traiter!

Ainsi, je ne me suis laissé dissuader ni par la réflexion, ni par la discussion? Pourquoi? Parce que voila six ans qu'une audacieuse *erreur* règne à la honte du corps médical de France; parce que, insensiblement, les médecins se trouvaient supplantés dans la pratique d'une opération de leur ressort : insultés s'ils embaumaient par l'ancienne méthode, poursuivis comme contrefacteurs s'ils employaient la nouvelle; parce que l'*erreur*, enfin, en était venue à vouloir *se faire décorer*, comme on peut le voir dans un très long article du *Journal des Débats*, rédigé par un certain docteur Roux.

Voila pourquoi, prenant sur mes heures de repos, j'ai protesté et je proteste encore contre le privilége de M. Gannal. Dieu merci! Je n'ai pas à envier ce que les morts font gagner aux vivants. Ce n'est donc pas pour moi que je lutte, je lutte pour le droit des médecins, outrageusement méconnu.

On s'est étonné que j'eusse soumis la question à l'Académie des sciences. J'avais dit : « En y réfléchissant, on concevra que, nonobstant l'exiguité scientifique de la question, j'aie cru devoir la porter devant l'Académie. » Il paraît qu'on n'a pas voulu y réfléchir. Où est née l'*erreur?* où a-t-elle été consacrée? A l'Institut. De qui M. Gannal se prévaut-il? De l'Institut. Voyez la dédicace de son histoire des embaumements. Hé bien! j'ai attaqué l'*erreur* où elle était née, où elle avait été consacrée. Je crois que cela s'appelle de la logique. Puis, où en était la question? Un tribunal avait condamné un médecin comme contrefacteur pour avoir employé la méthode par injection, bien que ce médecin se fût servi d'un autre liquide que celui de M. Gannal. J'ai voulu en appeler du jugement de ce tribunal à un tribunal plus compétent dans ces matières. Mais, dit-on, l'Académie n'a pas mission de statuer sur la validité d'un brevet. Ce n'est pas cela non plus que je lui demande. Je lui demande, purement et simplement, de se prononcer sur la question de savoir si la méthode d'embaumement par injection était connue avant septembre 1837 (date du brevet de M. Gannal). Chaque jour l'Académie s'occupe de questions de ce genre, et c'est pour y avoir mis de la précipitation que de bons esprits m'ont reproché de m'être adressé à elle.

J'arrive au point essentiel, à l'examen des raisons présentées par M. Gannal en faveur de son privilége.

« En droit, dit M. Gannal : S'il (M. Marchal) eût consulté l'homme le moins versé dans la matière, il eût appris, et les analogues ne lui eussent pas manqué, que la conquête d'un principe à la science et son application industrielle sont deux faits distincts et tellement distincts, que l'industriel qui prend un brevet ne doit aucun compte au savant qui a posé le principe. *Voilà le droit dans cette matière.* »

Je prouverai tout à l'heure que j'ai mieux fait que de « consulter l'homme *le moins versé* dans la matière. » Mais quoi! M. Berzelius parle d'un cadavre conservé par une injection de vinaigre de bois à travers l'artère poplitée, et on appelle cela *poser un principe!* M. Tranchina embaume des sujets tant et plus avec une dissolution arsenicale injectée au travers de l'artère carotide, et M. Tranchina ne fait que *poser un principe!*

Poursuivons :

« Je raisonne ici, ajoute M. Gannal, l'Académie le comprend, dans la supposition la plus défavorable, et je me mets dans une position qui n'est pas la mienne; car pour ce qui regarde la conservation des cadavres et les embaumements, je suis en même temps et le savant qui pose le principe et l'industriel qui prend le brevet. Mes travaux *pour la conservation des cadavres* remontent *authentiquement* à une époque antérieure à 1833, et l'application de mes procédés aux embaumements est et reste *la première application faite dans le but de la conservation indéfinie des corps distincts à la sépulture;* c'est pour cette raison que mon brevet est inattaquable... Voici comment cette question se résume pour ce qui me concerne : *M. Gannal a bien et légitimement pris un brevet pour avoir appliqué le premier l'idée de la conservation par l'injection d'un liquide à travers les artères, dont la pratique des embaumements.* Et j'ajoute : Il résulte des travaux entrepris par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine pour apprécier la valeur de ses recherches, que M. Gannal est aussi le premier qui ait établi, comme savant, le principe sur lequel repose son brevet industriel. »

Qu'y a-t-il, je le demande, dans la réponse de M. Gannal? Des allégations dont l'audace contraste avec la misère des preuves. Mais voyons, exprimons bien cette argumentation désespérée, et tâchons d'y trouver l'ombre d'une raison. Voici : Mes travaux *pour la conservation des cadavres*, dit M. Gannal, sont antérieurs à 1833. Qu'il y a d'habileté dans le vague de ces mots : *pour la conservation des cadavres!* Mais c'est peine perdue avec quelqu'un qui connaît les faits. Ce n'est pas de la conservation des cadavres *en général*, c'est de la *méthode d'embaumement par injection* qu'il s'agit. Est-ce de cette dernière que M. Gannal s'occupait dès avant 1833? Qu'il le prouve *authentiquement*.

D'ailleurs, la question n'est pas là. Je veux bien supposer qu'avant 1833, M. Gannal eût trouvé la méthode d'embaumement par injection. Son droit datera-t-il pour cela de 1833 ou d'avant 1833? Pas le moins du monde. Le droit garanti par un brevet ne date que du jour où le brevet a été délivré. C'est si simple que j'ai quelque embarras à le dire. Par conséquent, le droit de M. Gannal ne date que de septembre 1837, et si avant septembre 1837, la méthode pour laquelle il s'est fait bréveter était connue, son droit est nul; car voici la loi :

« Tout inventeur ou se disant tel, qui sera convaincu d'avoir obtenu une patente pour des découvertes déjà consignées et décrites dans des ouvrages imprimés et publiés, sera déchu de sa patente. » (Loi du 7 janvier 1791.)

Dans le projet de loi présenté à l'Assemblée nationale, après les mots *imprimés et publiés*, il y avait ceux-ci : « en langue européenne » Ces derniers mots ont été rayés dans la rédaction définitive.

Si l'on veut être pleinement édifié sur la portée de cet article, on n'a qu'à lire les commentaires de M. Renouard, conseiller à la Cour de cassation (Traité des brevets d'Invention); on y trouvera, entre autres passages, le suivant :

« Peu importe de quelle personne sera venue la publicité donnée au procédé avant la délivrance du brevet. *Soit que l'auteur même de la découverte l'ait publiée*, soit que tout autre individu l'ait fait connaître, la découverte n'en a pas moins perdu son caractère de nouveauté; elle n'en est pas moins acquise au public; et puisque la Société possède déjà le secret de l'invention, sans avoir besoin de l'acheter par la concession d'un privilége, puisque le breveté n'a plus de secret à lui livrer en prenant d'elle un brevet, le brevet est nul de plein droit. »

Donc le brevet de M. Gannal est nul; c'est une lettre morte; et tout médecin peut employer la méthode d'embaumement par injection, en suivant soit le procédé de M. Berzélius, soit celui de M. Tranchina. M. Gannal garde purement et simplement la propriété de son liquide, à l'égard duquel le brevet demeure. On ignore généralement qu'il entre dans ce liquide *un peu* d'acide arsénieux, c'est-à-dire que c'est *un peu* le liquide de M. Tranchina.

Mais le *jugement solennel*, dira-t-on, le jugement qui a condamné M. le docteur de B...? Un jugement n'a pas force de loi, et n'oblige que *les parties*. Le jugement est un accident; la loi reste, et on peut toujours en appeler à une meilleure interprétation.

En terminant, j'adjure mes confrères de ne pas s'en laisser imposer par des arguments évasifs.

Le procédé de M. Berzélius a été décrit en 1833.

Le procédé de M. Tranchina a été publié en 1835.

Le brevet de M. Gannal est de 1837.

La loi annule le brevet quand le procédé était connu.

Tout est là.

Agréez, etc.

Marchal (de Calvi).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Gazette médicale de Paris, 12 aout.

Note statistique sur les causes de l'aliénation mentale en France; par M. Moreau de Jonnès.

Travail lu à l'Académie des sciences, et dont nous avons donné les principaux résultats.

Mémoire sur la valeur relative des amputations partielles du pied ; par M. le docteur E. LABORIE.

Travail lu à l'Académie de médecine; nous y reviendrons à l'occasion de la seconde partie non encore publiée.

De la conjonctivite rapportée à l'action pathogénique de l'iodure dé potassium ; par M. le docteur Paul BERNARD.

Travail déja publié dans les Annales d'oculistique de M. Florent-Cunicr.

Deux observations de tumeurs fibreuses développées dans l'oreillette gauche du cœur et faisant suiltie dans le ventricule du mêmc côté; par M. le protesseur DUBREUIL.

Communication intéressante surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

Empoisonnement par l'acide arsénieux; emploi des vomitifs, du peroxyde de fer et des diurétiques ; guérison ; par M. le docteur CHAPPUIS.

Une jeune personne, à la suite de quelques contrariétés, avale une dose d'arsenic évaluée à 20 grammes. Le médecin, appelé deux heures après l'accident, la trouve dans l'état suivant : visage rouge et animé, yeux humides, paupières injectées et demi-fermées ; un peu de céphalalgie ; intégrité des facultés intellectuelles ; langue, cavité buccale et pharynx dans l'état normal, sans trace de substance vénéneuse quelconque ; soif et mauvais goût à la bouche ; saveur métallique, crachotement pénible ; pas de constriction à la gorge. Il y a eu deux vomissements dont la matière n'a pas été recueillie ; on rapporte seulement que la matière du premier élait liquide, blanchâtre, sans aucun mélange d'aliments ; que celle du second était également liquide, mais verdâtre. Région abdominale peu sensible, même à la pression ; pouls un peu fréquent, fort et parfaitement régulier, et en rapport avec les battements du cœur ; respiration facile, nullement précipitée ; ni démangeaison, ni éruption à la peau, dont la chaleur est un peu élevée.

Le traitement consista d'abord en 1 décigramme de tartre stibié dissous dans 200 grammes d'eau, et un lavement émollient avec addition de 100 grammes d'huile d'olive. Une minute après l'administration du vomitif, vomissement de matières liquides, verdâtres, et d'un peu de sang contenant de l'acide arsénieux. Immédiatement après, le peroxyde de fer hydraté fut administré à haute dose. L'emploi du ferrugineux fut continué pendant plusieurs heures, et sa quantité dépassa un kilogramme. A chaque verrée de cette suspension, de nouveaux vomissements avaient lieu et se renouvelaient de cinq en cinq minutes à peu près.

La malade, transportée à la Maison royale de santé, y suivit le même traitement, auquel on ajouta le soir même l'emploi d'une tisane émolliente avec deux grammes de nitrate de potasse par litre. Demi-heure après, selle très abondante ; et avant d'avoir pris aucune autre boisson que l'eau ferrugineuse, qui était vomie presque aussitôt, émission d'une notable quantité d'urine.

Les accidents diminuèrent peu à peu, et huit jours après la malade était en convalescence. Les urines, examinées le deuxième et le cinquième jour par M. Lecanu, contenaient une notable quantité d'arsenic.

Observation de fracture par écrasement du calcanéum ; Par le docteur THORE.

Nouveau fait à ajouter à ceux qui ont été déjà signalés par MM. Malgaigne, Breschet, Lenoir, Voillemier, Bérard, Bonnet, Huguier, etc.

CLINIQUE DE MARSEILLE, n° 3.

Maladies chroniques. — Clinique interne.

Article de généralités non susceptible d'analyse.

Accouchement laborieux. — Jumeaux adhérents (monstres doubles monomphaliens) ; genre *sternophages* (J. Geoffroy-Saint-Hilaire) ; par Mr G. JEANSELME.

Appelé dans la nuit par une sage-femme pour donner des soins à une femme en couches, M. J. apprit que la patiente, a terme d'une seconde grossesse, dont la première s'était heureusement terminée, était en travail depuis cinq heures du matin. La sage-femme, arrivée à sept heures, constata un commencement de dilatation du col. A huit heures, dilatation presque complète. Une heure après rupture de la poche, et la tête franchissant le détroit supérieur, descendit dans l'excavation du bassin. Dès ce moment suspension de travail jusqu'à trois heures de l'après-midi. A cette heure les douleurs recommencèrent, mais faibles et de peu de durée. A huit heures du soir, la tête se présente à la vulve, mais les douleurs cessent encore jusqu'à dix heures et demie. Dès lors introduisant la main dans la matrice, la sage-femme sentit distinctement au détroit supérieur une seconde tête qui se présentait dans la même position que la première. Aussitôt elle réclama l'assistance d'un médecin, et M. J. fut appelé.

Il trouva la tête d'un fœtus déja engagée en partie. Glissant alors sa main droite, il arriva assez facilement jusqu'au détroit supérieur, où il peut très bien constater l'existence d'une seconde tête qui était déjà fortement engagée dans ce détroit. Le cou du premier enfant se trouvait placé antérieurement à cette seconde tête, qui, du reste, n'était pas très gênée, puisqu'il pouvait lui faire exécuter les légers mouvements de bas en haut. Après des tentatives les plus habilement dirigées, M. J. ne put venir à bout de l'accouchement, les forces musculaires de ses mains et de ses bras ayant été deux fois paralysées par les contractions énergiques de la matrice. Il appela un autre confrère à son aide, qui en continuant les manœuvres indiquées et commencées par M. J., parvint après de grands efforts a amener tout à coup deux fœtus morts, parfaitement conformés, adhérents entr'eux depuis l'ombilic jusqu'à la partie supérieure du sternum. Il n'y avait qu'un seul cordon. Dix minutes après l'arrière-faix fut expulsé; il était unique. Les deux fœtus ont chacun le volume d'un enfant à terme, tous deux du sexe féminin. Il existe un exomphale qui leur est commun. L'adhérence qui les unit s'étend de l'ombilic jusqu'à la partie supérieure du sternum. Ils n'ont pas été disséqués, M. Villeneuve ayant voulu les conserver par la méthode Gannal pour le musée de l'école de Marseille.

RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, volume 57e.

Histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné épidémiquement dans différentes garnisons de la France, depuis 1837 jusqu'en 1842, etc. ; par M. C. BROUSSAIS.

L'importance et l'étendue de ce travail nous engagent à en réserver l'analyse pour la *Bibliographie*.

Mémoire sur l'ivresse, considérée sous le double rapport de la médecine et de la discipline militaire ; par M. le docteur GASTÉ.

Nous citerons le passage suivant de ce travail plein d'intérêt :

« Tout homme ivre est un malade à traiter immédiatement et le plus énergiquement possible dans les cas les plus graves Dans ceux qui le sont moins, l'intervention du médecin doit encore être la première ; et ceux qui agissent en attendant son arrivée ou pour remplir les prescriptions, doivent traiter l'homme ivre avec toute la douceur et les ménagements nécessaires. Puis, quand l'ivresse est passée et la santé rétablie, c'est alors et seulement alors que l'intervention de l'autorité des supérieurs doit se faire sentir, que des réprimandes ou des punitions plus ou moins sévères sont nécessaires pour corriger le vice abrutissant dont je vous entretiens.

» Je conclus des considérations précédentes sur l'ivresse, à l'égard de la discipline militaire, que : 1° l'ivresse par excès de boissons alcooliques est un vice dont la fréquence diminue en raison des progrès de l'instruction et de la discipline de l'armée; 2° elle fait périr communément plus de cinquante militaires par an ; or, les secours de la médecine étant donnés à temps, il est possible d'arracher à la mort plus de la moitié de ces victimes ; 3° l'ivresse est une véritable maladie dont les effets primitifs et consécutifs nécessitent les secours exclusifs de la médecine ; 4° l'autorité du grade, les réprimandes et punitions contre ce vice abrutissant ne doivent intervenir et être appliquées qu'après le retour à la santé ; 2° en la prenant enfin pour ce qu'elle est réellement, une maladie, on excite les seuls sentiments d'humanité, de compassion, de justice qu'elle doit inspirer, sans voiler nullement le caractère hideux, avilissant de l'ivrognerie. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du chanvre indien contre le tic douloureux de la face ; par M. le docteur MURRAY.

Le 11 février dernier, M. Murray a présenté à la Société chirurgicale d'Irlande, des échantillons de chanvre indien qu'il a reçus de M. le docteur O'Shaughnessy, professeur de chimie à Calcutta, qui lui-même a fait connattre, dans un mémoire publié en 1837, les résultats qu'il a obtenus de l'application de cette plante au traitement du rhumatisme, des convulsions, du tétanos et de diverses autres maladies spasmodiques.

Le chanvre indien est d'ailleurs employé depuis long-temps déjà dans les contrées où il croît naturellement, à titre de médicament. Ainsi, sur la côte orientale de l'Afrique, les naturels s'en servent contre les spasmes, et aux Indes orientales on l'emploie dans le but d'apaiser les douleurs de quelque nature que ce soit.

M. Murray, qui depuis trois ans donnait des soins au vice-roi d'Irlande pour une prosopalgie dont ce haut fonctionnaire était affeté, n'a pu que se procurer dans ces derniers temps cette plante, au sujet de laquelle il avait reçu grand nombre de communications de la part d'autres médecins, et aussitôt il l'a mise à l'épreuve chez un malade dont il rapporte ainsi l'observation :

Un homme âgé de quarante ans, charron, adonné aux boissons alcooliques, fut pris tout à coup en travaillant, le 39 juillet 1842, d'une douleur très aiguë au voisinage de l'aile droite du nez. Cette douleur, qui allait en s'irradiant dans tout le côté correspondant de la face et de la tête, s'accompagnait de contractions spasmodiques des muscles de ces régions, d'un affaiblissement très prononcé de l'œil droit, et d'un flux de salive très copieux.

Les paroxysmes allèrent en croissant, à ce point de se répéter jusqu'à sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures, et finirent par contraindre le patient à renoncer tout à fait à ses travaux accoutumés.

Tous les moyens généralement conseillés dans les cas de ce genre furent mis en usage sans le moindre succès, ou du moins s'ils procurèrent un peu de soulagement, ce ne fut que pour un laps de temps fort court.

Quelques semaines avant de réclamer les soins de M. Murray, le malade avait vu ses souffrances habituelles s'aggraver notablement par l'apparition d'une chaleur brûlante et spasmodique, qui du pouce gauche s'étendait à l'avant-bras. Le 17 janvier 1843, jour de la première consultation par M. le docteur Murray, ce médecin prescrivit l'administration de dix gouttes de teinture de chanvre sauvage trois fois par jour.

Le 24 du même mois, le malade avait déjà éprouvé un soulagement considérable; les douleurs spasmodiques dont la face et l'avant bras étaient le siége avaient perdu à la fois de leur fréquence et de leur acuité. Le sommeil et l'appétit, qui étaient disparus depuis quelque temps, étaient déjà revenus, ou tout au moins beaucoup améliorés.

Les effets auxquels donnait lieu l'ingestion de chaque dose du médicament étaient les suivants : après un espace de dix minutes environ, une sensation de chaleur était perçue dans la région de l'estomac, et il s'y adjoignait quelques légers symptômes d'intoxication qui persistaient pendant quelque temps, et étaient suivis d'une grande tendance à l'assoupissement.

Le 11 février, le ventre, qui précédemment était très resserré, se trouvait convenablement relâché, et une garde-robe avait naturellement lieu tous les matins; l'appétit et les forces s'étaient déjà rétablis, la physionomie du sujet n'offrait plus la même expression de douleur ni cet état d'accablement qu'amène l'insomnie, et la vision s'était un peu améliorée du côté droit.

M. Murray, en faisant cette communication, a annoncé à la Société qu'il se proposait de continuer le traitement et d'en tenter de nouvelles applications toutes les fois qu'il en trouverait l'occasion.

(*Dublin medical press.*)

Emploi de l'acide benzoïque dans le traitement des maladies des voies urinaires ; par M. SMITH SODEN, de Bath.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les heureux essais qu'a tentés M. le docteur Ure pour l'application de l'acide benzoïque au traitement de diverses affections des voies urinaires. M. Smith Soden vient de publier, à l'appui des communications faites par M. Ure, la relation de cinq cas d'irritation ou même d'inflammation de la vessie, dépendant de causes variées et avec complication d'un écoulement catarrhal abondant, dans lesquels il a administré très avantageusement l'acide benzoïque, en l'associant, comme l'avait fait avant lui M. le docteur Walker, à l'oléo-résine de copahu. Dans tous ces cas, les douleurs ou l'écoulement muqueux ont ou disparu complétement, ou du moins diminué considérablement.

Voici la formule qu'a employée M. Smith Soden.

Pr.	Acide benzoïque,	3 grammes.
	Oléo-résine de copahu,	12
	Mixture de camphre,	175
	Jaune d'œuf,	Q. S.

M. et F. S. A. une potion émulsive parfaitement homogène.

On en fait prendre au malade deux pleines cuillerées à bouche, le matin, à midi et le soir.

M. Schmith Soden prévoit l'objection qui peut lui être adressée sur la question de savoir si les bons résultats qu'il a obtenus doivent être attribués à l'acide benzoïque ou à la térébenthine de copahu, ou encore à la combinaison de ces deux substances. Il regarde comme important d'éclaircir ce point, surtout en raison du dégoût qu'inspire le copahu à beaucoup de personnes, et il promet d'expérimenter avec l'acide seul aussitôt qu'il en trouvera l'occasion.

Nous croyons, en terminant, devoir faire connaltre la composition de la mixture de camphre qui fait partie de la préparation précédente. Nous l'empruntons à la Pharmacopée de Londres, et nous prévenons nos lecteurs que, dans cette seconde formule, comme dans la première, nous avons eu le soin de n'énoncer les quantités qu'après avoir réduit les poids médicinaux anglais en poids métriques d'une manière approximative.

Pr.	Camphre,	15 décigrammes.
	Alcool rectifié,	10 gouttes.

Triturer dans un mortier, puis ajouter peu à peu

Eau distillée,	400 grammes.

Mêler exactement et filtrer.

(*Provincial medical Journal.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Symptômes de gastrite aiguë ; expulsion de plusieurs lombrics par les vomissements ; diathèse, etc. Guérison.

G.... (Joseph), âgé de vingt ans, d'une taille élevée, d'une constitution forte, ayant les cheveux châtain-foncé, la peau brune, un embonpoint médiocre; exerce l'état de cordonnier depuis l'âge de treize ans. D'une santé habituellemedt bonne; il n'a jamais été malade à garder le lit avant la maladie actuelle, sauf à l'âge de quatorze ans, où il fut atteint d'une fièvre intermittente à tipe tierce qui, après sept mois de durée, disparut à la suite d'un traitement dont il ne peut indiquer la nature. Depuis trois mois qu'il habite Paris, le malade a été bien nourri; il mangeait chaque jour de la viande, buvait peu de vin et prenait rarement de l'eau-de-vie ou du café.

Dans le premier mois qui suivit son arrrivée à Paris, tout en conservant un bon appétit, il eut habituellement un peu de dévoiement avec quelques coliques légères, sans vomissements, sans interruption aucune de travail. Au bout d'un mois le dévoiement s'arrêla spontanément, et dès lors jusqu'au 20 avril il jouit d'une excellente santé. A cette époque, sans cause connue, malaise, inappétence, quelques nausées sans vomissements, léger dévoiement. Ces accidents persistent pendant les jours suivants.

Le 23 avril, malaise augmenté; céphalalgie frontale intense; douleur vive à l'épigastre; nécessité de garder le lit. Plusieurs vomissements de matières verdâtres et amères, et dans l'un d'eux, expulsion par la bouche d'un ver cylindroïde de 12 à 13 centimètres de longueur, d'une couleur rosée.

Le 28, persistance des accidents; frisson assez violent; quatre selles liquides.

Le 30 avril, le malade entre à l'hôpital Beaujon dans la division de M. Louis, sans avoir subi aucun traitement. Il fut amené en voiture; car il n'aurait pu s'y rendre à pied, non pas tant à cause du défaut de forces, que par suite de la douleur à l'épigastre, qui élait fort vive, et l'empêchait de se redresser en marchant.

Dans la soirée, un vomissement de matières vertes amères au milieu desquelles se trouve un ver que le malade dit être semblable à celui qu'il avait rendu auparavant, et qui n'est autre chose qu'un ascaride lombricoïde.

Le 1er mai on note l'état suivant. rien de particulier dans le décubitus; figure un peu fatiguée, légèrement inexpressive, médiocrement colorée; intelligence et mémoire en bon état; céphalalgie frontale, médiocrement intense; vue bonne, égale des deux côtés; pas de strabisme; pupilles égales, régulières, bien contractiles, ayant 5 millimètres de diamètre. Langue pointue, non tremblante, blanchâtre et grisâtre; bouche amère, soif modérée; dégoût pour toute espèce d'aliments; les envies de vomir persistent. Douleur vive continue dans tout l'épigastre; elle augmente notablement par la pression; le reste de l'abdomen est un peu météorisé et un peu sensible à la pression dans toute son étendue. Deux selles liquides depuis ce matin. Urines faciles. Poitrine large, bien conformée, et l'auscultation et la percussion ne font rien constater d'anormal du côté des poumons et du cœur. Pas d'éruption à la surface du corps; pas de démangeaisons aux narines ni à l'anus. Chaleur médiocre, halitueuse. Pouls légèrement plein, régulier, à 98 pulsations. (Infus. fleur. orang., deux pots; calomel, 4 décigrammes; catapl. émoll. épigastré; 1/4 lavem. lin avec laudanum 10 gouttes; diète absolue. Dans la journée, un vomissement comme les précédents avec expulsion d'un ascaride lombricoïde.

Le 2, aucun changement; cinq selles liquides. (Même prescription, sauf 2 décigr. de calomel au lieu de 4).

Le 3 mai, les vomissements et les nausées ont cessé complétement depuis hier. Deux selles liquides ne contenant pas de vers actuellement. Sa figure est meilleure, moins abattue, la céphalalgie nulle, et la douleur épigastrique considérablement diminuée. Bouche moins pâteuse, langue médiocrement humide, nette en avant, avec un enduit jaunâtre en arrière. L'abdomen offre encore un peu de volume et la pression est légèrement douloureuse sur le trajet du colon transverse qui est un peu météorisé. Chaleur naturelle; pouls à 66 régulier, médiocrement plein. (Même prescription). Le 5 mai l'appétit est vif, l'amélioration augmente. (Infus. fleur orang.; 2 bouillons).

Le malade sort le 11 mai de l'hôpital, mangeant trois portions d'aliments et dans un état satisfaisant sous tous les rapports.

Par suite de la réaction qui s'est opérée dans l'esprit médical contre la doctrine physiologique, il en est résulté que l'inflammation aiguë et non toxique de l'estomac a été considérée, non sans raison, comme très rare. Et cette opinion est si généralement admise dans le moment actuel que l'on n'ose publier des exemples de gastrite aiguë guérie sans une sorte d'hésitation, et seulement lorsque les accidents se sont montrés avec une certaine intensité. Car pour ce qui est des cas où les symptômes sont légers, mal dessinés, le diagnostic ne peut en être établi avec certitude, puisqu'alors ils ont la plus grande analogie avec ce dérangement des fonctions digestives, que l'on désigne sous le nom d'embarras gastrique. La difficulté est ici d'autant plus grande que, quoiqu'on en ait dit là-dessus, on ignore encore la véritable nature de cette dernière affection. Mais lorsque les accidents offrent une certaine intensité, les difficultés du diagnostic sont moindres, et il est en général permis d'avancer qu'il existe une affection plus ou moins grave, de nature inflammatoire de la membrane muqueuse gastrique, lorsqu'avec de la fièvre on rencontre non isolément, mais réunis, les symptômes suivants : de l'anorexie, des vomissements répétés de matières amères, verdâtres, bilieuses en un mot; enfin une douleur vive à l'épigastre. Telle est du moins, à peu de chose près, si je ne me trompe, l'opinion de M. Louis à ce sujet. Or la présence de tous ces symptômes chez le sujet dont je viens de lire l'observation, justifie le titre qui lui a été donné.

L'existence d'une gastrite aiguë étant admise, recherchons-en les causes. Rien dans l'étude attentive de l'état de santé antérieur au début de la maladie dans les conditions hygiéniques, dans la quantité et la nature des aliments et des boissons, ne pouvait expliquer son développement. L'on eût dû rester dans un doute complet à ce sujet, si l'expulsion de plusieurs lombrics avec la matière des vomissements ne fût venue mettre sur la voie. Le siége habituel des lombrics est l'intestin grêle, comme chacun le sait, et non l'estomac; et d'après cela, il n'est pas impossible que dans le cas actuel leur présence accidentelle dans ce dernier viscère n'ait été pour lui une cause d'irritation.

Au surplus, ce n'est qu'avec restriction et non d'une manière absolue que j'avance cette proposition, car il faudrait plusieurs observations, et non un fait unique pour l'établir, et pour prouver que la présence des vers dans l'estomac n'était pas une simple coïncidence. Jusqu'ici je n'ai parlé que des symptômes gastriques sans m'occuper de l'état de l'intestin. Celui-ci était cependant troublé dans ses fonctions; il y avait du dévoiement, du météorisme de l'abdomen, et, bien que les matières des selles n'aient pu être examinées d'une manière convenable, il est cependant assez probable que les lombrics étaient aussi pour quelque chose dans la production de l'irritation intestinale.

COSSY, interne des hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Deux cas de taille périnéale chez un vieillard et chez un enfant.

A la salle Sainte-Marthe, sont entrés dans le mois d'avril dernier deux individus, un vieillard et un enfant, affectés de calcul vésical, qui furent taillés par M. Roux avec succès, et

FEUILLETON.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR ASTLEY COOPER.

M. Bransby Cooper vient de publier la vie de son oncle, l'illustre sir A. Cooper, enrichie de notes écrites par ce dernier sur les personnages distingués de son époque. Dans l'introduction qui précède cet essai biographique, l'auteur déclare que son oncle désirait, sans aucun doute, que l'on comprît dans son histoire l'analyse de ses travaux scientifiques, leur appréciation et leur comparaison avec l'état de la science au moment de leur apparition; mais il a pensé qu'une pareille biographie ne conviendrait qu'à des hommes spéciaux, et ce motif l'a déterminé à ne donner, pour le moment, qu'une biographie simple, se réservant de faire paraître plus tard l'histoire biographique et scientifique de ce savant professeur.

Astley Paston Cooper naquit à Brooke, dans le comté de Norfolk, le 23 août 1768, d'un père qui était ministre de la religion réformée, et d'une mère qui appartenait à la famille du comte d'Yarmouth. Aussitôt qu'il fut en âge de recevoir quelque instruction, sa mère se chargea du soin de son éducation, comme elle le faisait pour tous ses autres enfants, et plus tard son père l'initia aux principes des études classiques, mais toutefois il faut reconnaître qu'il n'obtint jamais de grands succès dans cette direction; sa tournure d'esprit l'éloignait en effet de la culture des langues. Le seul professeur qu'il eut à cette époque de sa vie fut le magister du village qui était chargé d'enseigner l'écriture, la numération et les mathématiques aux enfants du révérend docteur Cooper, et, parmi tous les élèves de ce précepteur, il fut celui qui profita le moins. Il est vrai de dire d'ailleurs qu'il était d'un naturel excessivement dissipé, qu'il portait l'espiéglerie au plus haut degré, et qu'il ne se plaisait qu'à faire des entreprises extravagantes dont certaines purent même lui faire courir des dangers réels; néanmoins il était doué d'un si bon cœur et d'un si heureux caractère qu'il était impossible de rester long-temps fâché contre lui.

Une des circonstances de sa jeunesse put faire présumer chez lui l'existence de la vocation pour la chirurgie pratique. Un des fils de sa nourrice, un peu plus âgé que lui, ayant été chargé de conduire du charbon de terre chez le révérend docteur Cooper, tomba par accident en avant de sa voiture, et la roue lui ayant passé sur les extrémités inférieures, détermina, entre autres lésions, celle d'une des principales artères. Le blessé fut transporté à la maison, presque exsangue déjà, et l'alarme et la confusion étaient des plus grandes lorsque le jeune Astley qui venait d'apprendre ce malheur, accourut, et, avec une admirable présence d'esprit, appliqua son mouchoir à l'entour du membre, au-dessus de la blessure, et, en le liant fortement, parvint à arrêter l'écoulement du sang et à donner au chirurgien, que l'on était allé chercher dans une localité voisine, le temps d'arriver. Sir Astley Cooper aimait à rapporter cette aventure qu'il regarda toujours comme un des faits les plus remarquables de son histoire, et comme lui ayant inspiré le goût de la profession à laquelle il s'est livré depuis avec tant de succès.

Cependant le genre de vie qu'il avait mené jusqu'alors commença à ne plus lui offrir les chances qu'il y trouvait d'abord, et il sentit germer en lui le désir de s'occuper utilement, de se procurer une existence indépendante et de parvenir à se distinguer. L'arrivée, à cette époque, d'un frère de son père, M. William Cooper, chirurgien de l'hôpital de Guy, le décida définitivement à embrasser la chirurgie, et il partit pour Londres au mois d'août 1784, en qualité d'élève de son oncle.

Comme M. W. Cooper n'aurait pu, sans se gêner beaucoup, recevoir son neveu dans sa maison, il le plaça chez son confrère, M. Cline, qui avait quelques élèves à titre de pensionnaires, et cette circonstance fut sans contredit des plus avantageuses pour Astley; car son oncle, bien que lui portant un haut intérêt et ayant une excellente opinion de ses bonnes qualités et de sa capacité, son oncle, disons-nous, avait une certaine rudesse de caractère et des idées tellemement arrêtées sur la discipline, qu'il lui aurait été impossible de pouvoir supporter longtemps l'humeur impétueuse et indomptable du nouvel élève qu'il venait d'acquérir.

La famille d'Astley Cooper ne l'avait pas vu partir pour Londres, sans craintes pour la conduite qu'il y tiendrait, et, en effet, ces appréhensions semblèrent être justifiées par le genre de vie qu'il y mena d'abord. Bien fait et de manières engageantes, il fut parfaitement accueilli dans le monde, et comme il n'était point encore retenu par des occupations sérieuses, il se laissa aller à une vie des plus dissipées. Ses relations avec Cline, bien que grandement profitables sous le point de vue professionnel, lui furent très préjudiciables sous un autre rapport, car les principes politiques de ce médecin le mirent en rapport très intime avec Horne Tooke Thelwall et les autres chefs du parti jacobin en Angleterre; aussi, avec son esprit ardent et indiscipliné, devint-il bientôt un des adeptes les plus fougueux de cette école. Heureusement, néanmoins, son amour graduellement croissant pour l'étude l'engagea bientôt dans une direction préférable pour son avenir. Vers la fin de l'année, il passa parmi les élèves attitrés de M. Cline, et, à partir de cette époque, il parut renoncer à ses habitudes d'oisiveté et consacrer tous ses instants à l'étude de la chirurgie. Aussi, au printemps suivant, avait-il fait en anatomie des progrès tels, qu'il avait dévancé déjà de beaucoup tous ses camarades d'amphithéâtre.

Dans l'hiver d'après, il reprit ses travaux anatomiques avec une nouvelle ardeur, et, comme la place de démonstrateur était alors remplie par M. Haighton, que son peu d'affabilité rendait tout à fait impopulaire parmi les étudiants, il en résulta qu'Astley, distingué déjà de tous ses condisciples par la supériorité de ses connaissances acquises en anatomie, fut consulté par eux toutes les fois qu'ils se trouvèrent embarrassés dans leurs dissections, ce qui, joint à ses rapports intimes avec M. Cline, le fit considérer en quelque sorte comme un démonstrateur en second. Outre les études dont il vient d'être question, Astley accompagnait M. Cline dans ses visites à l'hôpital; là, il suivait avec curiosité les progrès du rétablissement des malades, ou, si le cas se terminait par la mort, il se livrait attentivement à l'examen des lésions cadavériques, et, de cette manière, il ne tarda pas à acquérir toutes les qualités qui constituent le bon observateur.

Pendant la première année de sa vie scholaire, Astley Cooper devint membre de la Société de médecine (*Physical Society*), la plus ancienne et la plus importante des institutions de ce genre qui existassent alors à Londres.

Dans l'été de 1786, il alla passer quelque temps à Yarmouth, qu'habitait alors sa famille, et loin d'y perdre son temps en promenades ou en parties de plaisir, il alla travailler chez un bon praticien (*surgeon*), des environs, M. Turner, qu'il connaissait beaucoup, et cela dans le but d'acquérir des notions exactes sur la pharmacie; mais il est juste de dire qu'il profita peu des leçons de M. Turner, ou qu'il oublia plus tard ce qu'il avait appris de lui, car il est notoire qu'il a toujours péché par le défaut de connaissances pharmaceutiques. Du reste, le séjour qu'il fit chez ses parents lui procura le plaisir de se trouver souvent avec un médecin distingué, le docteur Aikin, et avec son ami M. Holland, l'un des étudiants en médecine les plus intelligents de cette époque.

De retour à Londres, ses études furent reprises avec une ardeur toujours croissante. S'il avait dû à M. Cline l'adoption de certaines opinions qui ne pouvaient que lui être préjudiciables, il lui fut d'ailleurs redevable d'une prédilection qui exerça sur son avenir chirurgical une très favorable influence : en effet, il devint comme lui admirateur enthousiaste de John Hunter dont il suivait les cours. L'obscurité de diction qui rendait si difficiles à comprendre les écrits et les leçons de ce grand homme, ne put le détourner de se livrer avec l'attention la plus ardue à l'examen des idées qu'il émettait, et tant en discutant avec son ami M. Holland le sujet de chaque leçon, qu'en faisant des recherches expérimentales sur le même sujet, il parvint à classer dans sa tête les principes de Hunter, et à se convaincre pleinement de leur vérité et de leur importance.

Dans le courant de cette année, Astley faillit devenir victime d'une fièvre maligne (typhus) qu'il avait contractée en allant rendre visite à un prisonnier de Newgate; il dut sa guérison aux bons soins de M.

propos desquels ce professeur s'est livré à quelques considérations pratiques. Nous commencerons par faire connaître les deux malades.

Au n° 41 de ladite salle se trouvait le vieillard. Il est âgé de soixante-huit ans, né à Bicêtre, où il exerce l'état de cultivateur. Il est d'une santé habituellement bonne; il se nourrissait ordinairement de légumes et de viande de porc, et buvait très souvent du cidre. Il y a deux ans, à la suite d'une douleur vive dans le rein droit, qui le retint malade pendant toute une nuit, il eut une rétention d'urine qui, dit-il, lui fit gonfler le ventre, et pour laquelle on fut obligé de le sonder. Depuis lors les mêmes accidents se reproduisirent plusieurs fois. Il éprouva aussi plusieurs hémorrhagies vésicales à la suite de marches forcées ou de voyages en voiture; un catarrhe de vessie habituel et des douleurs au fondement, avec picotement douloureux dans le bout de la verge, et arrêt brusque en pissant du jet de l'urine, qui sortait habituellement en bavant.

Depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, il ne peut uriner sans être sondé. On sent, avec la sonde métallique, très manifestement le calcul, qui est situé à droite dans le bas-fond de la vessie, et paraît presque fixé. Son volume peut être celui d'une grosse amande. La santé est assez bonne; il n'y a plus eu d'hémorrhagie depuis son entrée l'hôpital.

On avait d'abord pensé à la lithotritie, mais on s'est décidé à la taille; car, ne pouvant pas uriner seul, les contractions vésicales ne seraient pas assez énergiques pour expulser les fragments du calcul après qu'on l'aurait broyé.

L'opération fut exécutée le 24 avril, par la méthode souspubienne latéralisée. Une des branches de l'artère périnéale superficielle fut ouverte; il y eut une hémorrhagie pendant deux heures environ après l'opération; mais elle s'arrêta et tout marcha régulièrement. Nous reviendrons plus tard sur ce malade; passons maintenant au petit enfant.

Il était couché au n° 64 de la même salle. Il est âgé de quatre ans et trois mois, né et demeurant à Paris. Il entra à l'hôpital le 20 avril. Depuis un an sa mère s'était aperçue qu'il ne pouvait uriner sans faire des cris et se tirer la verge. Il portait souvent la main sur cet organe; la muqueuse du rectum faisait hernie au dehors lorsqu'il allait à la selle; il avait, en pissant, des érections fréquentes. Sa mère a eu huit enfants, dont six sont vivants. Dans les familles du père et de la mère, il n'y eut jamais de calculeux ni d'individus affectés de gravelle.

L'enfant a une santé mauvaise; il a eu la petite vérole, accompagnée de fièvre cérébrale. Depuis trois semaines il a bien maigri, et les douleurs en urinant sont devenues plus vives et plus fréquentes. Il n'a pas eu d'abcès ni de gourme. Les urines sont souvent rouges, jamais sanguinolentes, un peu troubles, et déposant au fond du vase. Il n'est pas sujet au dévoiement, excepté depuis les souffrances qu'il éprouve du côté de la vessie. Il n'est pas non plus sujet à s'enrhumer. Il a l'intelligence développée, et précoce.

La mère est un peu sujette aux rhumatismes, mais non le père. Ils se nourrissent tous ordinairement de légumes avec un peu de viande, et boivent rarement du vin.

M. Roux s'était assuré par la sonde d'argent de l'existence de la pierre dans la vessie de cet enfant, il le soumit aussi à la taille, le même jour que le sujet précédent. Avant d'aller plus loin, dit l'historien de ces deux malades, nous devons rapporter ici les remarques que M. Roux a faites sur ce sujet. Il y a une différence notable entre la taille pratiquée sur les enfants, et la même opération chez les vieillards. Cette différence se montre d'abord dans l'exécution même de l'opération; en effet, chez l'enfant, il y a des difficultés toutes particulières à cet âge tenant 1° à son indocilité naturelle; car aussitôt que l'enfant ressent la moindre douleur, il se débat, se remue, s'agite dans tous les sens, et il faut beaucoup de peine pour le contenir; 2° à l'étroitesse de l'espace dans lequel on doit agir pour arriver jusqu'au calcul vésical; étroitesse qui fait qu'on est exposé à blesser le rectum d'un côté, ou des branches artérielles de l'autre, telles que la honteuse interne, apte à fournir des hémorrhagies très graves. D'un autre côté, pour l'enfant, on fait usage d'instruments plus petits que pour l'adulte, parce que les calculs à extraire sont en général plus petits et simples, de sorte qu'on arrive assez facilement au col de la vessie sans aller heurter contre les écueils signalés. Par conséquent, somme toute, à cet âge, l'exécution de la taille est moins difficile, moins pénible, et plus simple que dans l'âge adulte. Dans ce dernier âge on trouve souvent de l'embonpoint, et par conséquent plus de peine pour arriver avec la pointe du doigt jusqu'à la vessie pour diriger les instruments qui doivent la couper. On a alors des précautions toutes particulières à prendre. En outre, les pierres qui sont généralement petites chez les enfans, peuvent être fort volumineuses chez les adultes; de là de grandes difficultés pour l'extraction, surtout si on ajoute que ces pierres peuvent être enchatonnées dans les parois mêmes de la vessie, et présenter beaucoup de résistance aux instruments qui doivent les extraire. Voilà en peu de mots la différence qui existe entre la taille des enfants et celle des adultes. Cette différence ressort de plus en plus dans les accidents consécutifs à cette opération. Il y a des accidents communs, pour ainsi dire, aux deux âges, tels que la blessure du rectum et de quelques vaisseaux artériels présentant des anomalies, comme la honteuse interne, etc. Ces accidents pourtant sont plus rares encore chez l'enfant, pour les raisons déjà indiquées, et parce que les anomalies artérielles sont aussi rares; en effet, les hémorrhagies consécutives surviennent rarement chez les enfants taillés. La cause principale des revers qu'on observe à la suite de la taille, est sans contredit l'inflammation qui se développe consécutivement dans les parties sur lesquelles on a opéré, comme on voit arriver dans les opérations de cataracte par extraction. Il y a sous ce rapport une certaine analogie entre ces deux opérations; dans les deux on se propose d'extraire un corps étranger des parties profondes au milieu desquelles il est placé; dans les deux on incise tous les tissus qui séparent ce corps du dehors; dans les deux on est obligé ordinairement d'introduire quelques instruments dans la plaie pratiquée pour faire l'extraction de ce corps étranger, etc. Voilà plus d'une cause capable de produire de l'inflammation. Si on pouvait arriver à prévenir le développement de cette inflammation chez les opérés, il y en aurait bien peu qui succomberaient. Cette inflammation peut être limitée ou s'étendre en se propageant fort loin. Quelquefois elle gonfle tellement les parties, qu'elle bouche la plaie de manière à empêcher l'issue de l'urine par cette ouverture artificielle; ce liquide alors s'épanche dans les tissus environnants, s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané; de là des accidents plus ou moins formidables. Cela explique aussi pourquoi ces accidents sont moins fréquents chez les enfants, et par conséquent la mortalité beaucoup moindre chez eux. Il faut à ces causes de différence ajouter celle des dispositions morales si différentes dans les deux âges; ce qui n'est pas difficile à concevoir. Chez l'enfant il n'y a que la douleur physique qui puisse agir; chez l'adulte, il y a surtout l'impression, la commotion morale qui a un grand retentissement sur l'organisme.

Enfin, considérons un instant l'opération en elle-même, telle que nous l'avons pratiquée sur les deux sujets. Par un heureux hasard, nous avons eu à opérer dans les deux âges opposés, chez un enfant et chez un vieillard, dans lesquels il existait aussi des différences sous bien d'autres rapports. Les deux opérations pratiquées furent aussi simples que possible, et exécutées avec toute la rapidité dont elles sont capables. Nous ne voulons pas par là nous en faire un mérite; car, outre que l'opération en elle-même est facile pour quiconque s'est exercé quelque peu à la faire, elle doit l'être, il faut le dire, encore plus pour nous qui l'avons pratiquée quelque centaine de fois, favorisé en cela par le hasard, et placé dans des circonstances favorables. Jusqu'à présent les deux opérés vont bien; aucun accident n'est venu entraver la marche régulière de l'opération. L'enfant va aussi bien que possible. Le vieillard va moins bien, parce que, comme vous savez, il fut opéré dans des conditions peu favorables. Il y a eu seulement rétention d'urine malgré l'ouverture faite par la taille au col vésical. Cet organe était déjà malade avant l'opération. Il est trop paresseux, et par conséquent l'excrétion urinaire doit être gênée; pourtant l'affection catarrhale semble en diminution. Il faudra le sonder long-temps après la guérison de la maladie actuelle, et peut-être sera-t-il obligé de porter pendant long-temps une sonde dans le canal de l'urètre. Après l'opération, l'urine doit ordinairement passer par la plaie faite au périnée; et ce serait un cas exceptionnel qu'elle s'écoule par l'urètre. Ce n'est que plus tard, lorsque la plaie du col vésical est en partie fermée, que l'urine commence à prendre son cours normal par le canal de l'urètre. Il en résulte qu'après l'opération de la taille il faut, pendant quelque temps, changer souvent de linge les opérés; car l'urine s'écoulant incessamment par la plaie, mouille très facilement le linge qui enveloppe le siége, et on conçoit quelle heureuse influence doit avoir sur les conséquences de l'opération la plus grande propreté. L'écoulement de l'urine par la plaie se fait très bien chez l'enfant, parce qu'ici la vessie est dans des conditions parfaites et douée de toute sa force contractile. Chez le vieillard, cet organe est dans des conditions opposées, comme nous venons de le dire, et pour cela on est obligé de le sonder plusieurs fois par jour.

Nous avions bien distingué l'existence de la pierre chez nos deux malades, et même nous avons dit que chez le vieillard il y aurait probablement plus d'un calcul. Le diagnostic de cette affection, quoique moins difficile aujourd'hui qu'anciennement, ne cesse pas de présenter toujours certaines difficultés. La sonde métallique est, certes, un bon moyen pour arriver à ce résultat, mais il n'est pas infaillible. Combien d'erreurs on a commises et que l'on commet encore dans le diagnostic de cette maladie, malgré le secours de tous les instruments que l'art a maintenant à sa disposition!

Ces erreurs sont très faciles à comprendre, lorsque, par exemple, le calcul est enchatonné, quand la vessie contient des caillots de sang, etc. Cependant de deux manières on peut se tromper, en niant l'existence d'un calcul qui existe réellement, ou en admettant un calcul qui n'existe pas; la première erreur n'est pas nuisible en elle-même, mais seulement en ce sens qu'elle endort le malade dans une confiance illusoire, lui faisant croire à la non-existence d'une maladie qui existe réellement; mais l'erreur de la seconde espèce est bien autrement grave et préjudiciable, car elle donne lieu ordinairement à la taille; opération toujours grave et souvent mortelle, pour une maladie qui n'existe nullement que dans l'imagination du chirurgien. Ces erreurs, comme je disais, sont moins fréquentes aujourd'hui; car quand elles arrivent, elles sont beaucoup moins graves depuis l'invention de la lithotritie. Au reste, pour être vrai, il faut dire qu'il y a bien peu de chirurgiens qui ayant eu occasion de faire un certain nombre de fois la taille, et surtout d'agir sur un grand théâtre, ne se soient pas trompés dans le diagnostic quelquefois, et même n'aient pas taillé des individus qui n'avaient pas la pierre. Nous-mêmes nous avons eu

---

Cline et de sa famille; mais il ne recouvra toutefois la santé qu'en allant passer quelque temps dans son pays natal.

Pendant l'été de 1787, il visita Edimbourg, où il arriva muni de lettres de recommandation pour les médecins et les savants les plus éminents de cette ville. Son but principal était de s'instruire; aussi ni sa manière de se loger, ni sa manière de vivre, n'étaient-elles somptueuses, si l'on en juge par une des notes qu'il a laissées sur ce voyage, car il y parle d'une chambre qu'il loua à raison de *six shillings* et *six pences* par semaine, et de dîners à raison de *un shilling* par tête. Il plaça, parmi ses notes, quelques observations sur les hommes et les cours de cette ville, observations que nous ne pouvons transcrire ici; nous nous bornerons à dire qu'après avoir exprimé son contentement d'être venu à Edimbourg, parce qu'il y reconnut que la distance fait apprécier les hommes bien au-delà de ce qu'ils valent réellement, il établit cependant une distinction flatteuse pour Cullen, Black et Dugald Stewart, dans lesquels il trouva des grands hommes aussi-bien de près que de loin.

Son séjour dans la capitale de l'Ecosse lui procura le titre de membre de la Société royale de médecine de cette ville, et il s'y fit remarquer à ce point dans les discussions qu'il y soutint, qu'on lui en offrit la présidence pour le cas où il y reviendrait plus tard. Il fut aussi admis à faire partie de la Société spéculative, et il y lut un mémoire à l'appui de la doctrine de Berkelei sur la non-existence de la matière; mais il ne le fit sans doute que pour se conformer aux usages de cette société, dans laquelle on s'occupait beaucoup plus de raisonner que d'établir des faits.

A l'époque de ce voyage, l'état de la chirurgie à Edimbourg ne pouvait assurément soutenir la comparaison avec celui où cet art se trouvait à Londres; néanmoins Astley Cooper conçut une haute estime pour l'état général de l'éducation médicale dans la première de ces deux villes, et il attribua par la suite, en grande partie, sa facilité remarquable de concentrer toutes ses connaissances et toute son expérience sur chaque cas qui s'offrit à son observation, à l'ordre méthodique et si bien conçu qui règne dans les cours suivis à Edimbourg. Du reste, à son retour, il s'aperçut qu'il avait beaucoup gagné pendant cette absence, et qu'il le devait surtout aux leçons de MM. Ash, Gregory et Fyfe: cette circonstance le rendit même présomptueux, mais il ne tarda pas à être guéri de ce défaut par certains des membres de la Société médicale.

Ce fut vers cette époque qu'il se lia avec M. Colman, un des élèves de M. Cline, et cette amitié, rendue plus intime encore par les services mutuels qu'ils se rendirent dans le courant de leurs études, et par les distinctions qu'ils obtinrent plus tard l'un et l'autre, persista jusqu'à la mort de M. Colman. Sir A. Cooper a laissé dans ses papiers une biographie de ce dernier; et cet écrit, sous le rapport du style, l'emporte de beaucoup sur tous les autres travaux que l'on possède de lui.

Dans l'intervalle de 1788 à 1791, A. Cooper avait obtenu la place de démonstrateur d'anatomie en titre, par suite de la retraite de M. Haigton. Dans le cours de cette dernière année, les grands progrès qu'il avait faits dans l'étude de son art, ses relations avec des personnages éminents, la grande popularité dont il jouissait parmi les étudiants, firent concevoir à M. Cline l'idée qu'il serait avantageux de se l'associer dans ses cours d'anatomie, et par suite d'un arrangement entre eux, il fut convenu qu'A. Cooper ferait une partie des leçons, et qu'il arriverait par degré à prendre la moitié du cours. M. Cline avait l'habitude de faire marcher de front des études anatomiques et chirurgicales; Astley Cooper comprit qu'il serait infiniment préférable de traiter à part chacune de ces deux matières, et après quelques difficultés de la part du titulaire, il fut convenu qu'il serait chargé de la partie chirurgicale, et qu'il ferait ses leçons, le soir, à l'hôpital de St-Thomas.

A cette époque, il se maria avec mademoiselle Cock, dont le père, après avoir amassé une fortune considérable dans une maison de commerce qu'il tenait à Hambourg, s'était retiré des affaires depuis quelques années et était venu se fixer à Londres. On remarqua que le soir même de son mariage M. Cooper fit sa leçon comme de coutume, avec toute sa facilité ordinaire, et que ses élèves sortirent du cours sans avoir pu se douter du changement qui venait de s'opérer dans la position de leur professeur.

Bientôt après, dans le courant du printemps de 1792, A. Cooper conduisit sa femme à Paris, où il se promettait une grande satisfaction de pouvoir comparer la chirurgie française avec celle de Londres. Ses opinions particulières lui faisaient voir avec beaucoup d'intérêt la grande crise politique dont Paris était alors le théâtre; mais bientôt les événements dont il y fut le témoin firent naître en lui des sentiments de dégoût et d'horreur. Les alarmes de sa femme, le danger et l'incertitude de leur position, joints à ces sentiments, le déterminèrent immédiatement à reprendre la route de l'Angleterre. Cependant, la difficulté de se procurer des passeports les forcèrent à rester jusqu'au milieu de septembre, époque où ils purent se rendre chez eux sains et saufs. Cooper avait d'ailleurs utilisé son séjour à Paris, car il avait suivi les hôpitaux et assisté aux leçons de Desault et de Chopart, mais il ne paraît pas avoir apprécié à sa juste valeur le mérite de ces deux célèbres chirurgiens.

A son retour à Londres, il commença à donner, chez lui, tous les matins, des consultations gratuites, dans l'intention de se familiariser avec toutes les formes que peuvent revêtir les maladies. Il n'était pas, d'ailleurs, très désireux, à cette époque, de se livrer à la pratique, parce que la plus grande partie de son temps était absorbée par ses travaux d'hôpital, et que, d'un autre côté, il avait eu de sa femme une assez belle fortune, qui, jointe à ce qu'il recevait de ses cours, le mettait à même de pouvoir s'en passer.

Cependant, lors de son second cours, il eut un désappointement auquel il était loin de s'attendre; car il remarqua qu'il avait vingt-quatre élèves de moins qu'au premier. Il reconnut que les principes de John Hunter, qu'il suivait dans leur pureté, voulaient, pour être compris, être adressés à des élèves déjà avancés dans l'étude de la chirurgie, afin que ces derniers pussent saisir facilement les applications de la théorie à la pratique. Il changea donc le plan qu'il avait suivi jusque-là. Pour combiner la doctrine de Hunter avec la science chirurgicale, il fit choix des cas pathologiques que pouvaient lui fournir deux des hôpitaux de Londres, et qui pouvaient servir à l'intelligence de chacun des sujets qu'il avait à traiter, et après avoir décrit la nature de la maladie, il décrivit le traitement approprié, et passa ensuite à l'examen des vues théoriques sur lesquelles cette médication était basée. Dès-lors ses leçons furent suivies de plus en plus, et sa réputation s'en accrut d'autant.

En 1793, il fut choisi pour professer l'anatomie au Collége des chirurgiens, et il fut réélu ensuite pour les deux années suivantes. Au mois de novembre de la même année, sa femme lui donna une fille dont la mauvaise santé, puis la mort, survenue au mois de mars 1794, devinrent une source de chagrins pour les deux époux. Pour réparer cette perte, ils adoptèrent dans la suite une petite fille que le hasard fit rencontrer à madame Cooper.

En 1796, A. Cooper accompagna M. Gawler, à Hambourg, à l'occasion d'un duel qu'eut ce dernier avec lord Valentia. En revenant en Angleterre, ils essuyèrent une tempête pendant laquelle Cooper prouva que les hommes les plus courageux ont leurs moments de faiblesse, et que le même individu qui brave hardiment le danger dans un cas, peut reculer devant lui dans une autre circonstance. Les effets réunis de la crainte et du mal de mer lui donnèrent un véritable délire, et il lui arriva souvent de dire ensuite que toutes les richesses des Indes ne pourraient l'engager à faire par mer un voyage plus long que celui de Douvres à Calais. Aussi, dans tous les voyages qu'il fit depuis sur le continent, s'y rendit-il invariablement par cette direction.

Vers la fin de 1797, il donna sa démission de la place de démonstrateur à l'hôpital Saint-Thomas, et, ayant conçu une haute opinion de M. Saunders, qui depuis s'est fait un si beau nom dans l'ophtalmiatrie, il le fit agréer comme son successeur.

En 1798, il fit une chute de cheval qui mit ses jours en danger et le retint couché pendant cinq ou six semaines. Un jour que, persuadé qu'il n'en reviendrait pas, il se lamentait devant M. Cline, et déplorait moins encore sa propre perte que l'arrêt de ses recherches scientifiques, et le tort qui en résulterait pour le bien public. « Tranquillisez-vous, mon ami, lui répondit son interlocuteur; que vous succombiez ou

ce malheur; nous avons la franchise de l'avouer; pourquoi cacherions-nous nos revers? La franchise est non-seulement une qualité honorable et précieuse chez les personnes de notre profession, mais c'est une qualité utile et préférable aux malades; car en faisant connaître aux élèves les erreurs des maîtres, on les conduit à les éviter plus facilement. Si le temps et les circonstances me permettaient d'entrer à cet égard dans les détails, je vous entretiendrais de faits très curieux, que je dois passer sous silence pour le moment. D'ailleurs, il est si facile de se méprendre! Les maladies de la vessie ont toutes des caractères communs, et lorsqu'on pratique le cathétérisme dans le but bien souvent d'y trouver un calcul, parce que des symptômes extérieurs semblent en faire soupçonner l'existence, comment ne serait-on pas exposé à se tromper? Ainsi, il faut être bien attentif à tous les signes qui peuvent résulter de l'examen du malade dans le but de découvrir l'affection calculeuse, pour éviter une si fâcheuse erreur. Quand on a introduit la sonde, il faut la faire jouer dans tous les sens, et remarquer attentivement non-seulement l'existence du bruit propre d'un corps étranger, mais la qualité du bruit; car selon qu'il est sourd, fort ou faible, on pourra diagnostiquer avec une certaine assurance l'existence d'un calcul petit ou volumineux, de telle nature plutôt que de telle autre.

Quelques mots enfin sur la méthode opératoire que nous avons employée. Les deux malades ont été opérés par la méthode latéralisée. C'est une chose bien singulière! Depuis que la taille est devenue une opération plus rare à cause de la concurrence que lui fait la lithotritie, on s'est évertué à chercher des procédés nouveaux pour pratiquer cette opération, de même qu'on s'est efforcé de faire revivre comme méthode générale la taille sus-pubienne, qui anciennement n'était employée qu'exceptionnellement dans les cas de grosses pierres. Cependant, au milieu de toutes ces innovations, une méthode semble avoir surnagé et être généralement adoptée comme méthode ordinaire, c'est la taille latéralisée, que je ne m'arrêterai pas à vous décrire ici minutieusement, persuadé que vous en avez déjà une idée suffisante. Elle a pour caractère distinctif d'être pratiquée sur le côté gauche du périnée par une incision oblique, de façon à éviter en arrière le rectum, qui peut facilement se présenter sous l'instrument tranchant, et plus superficiellement les artères qui parcourent l'espace périnéal, surtout les branches de la honteuse interne, d'où il pourrait résulter des hémorrhagies plus ou moins inquiétantes. La lésion du rectum est pourtant assez facile à éviter pour ceux qui ont une certaine habitude de cette opération, ou qui se conduisent avec prudence. Sur quatre à cinq cents tailles que j'ai pratiquées dans ma carrière chirurgicale, j'ai eu une seule fois le malheur de léser cet organe. C'est donc un écueil facile à éviter. Cette méthode a été appelée de ce nom à cause du siége et de la position qu'elle affecte. Quoique la méthode soit une, ou, pour mieux dire, quoiqu'on opère toujours obliquement sur le côté de la région périnéale, on peut néanmoins l'exécuter de plusieurs manières; de là une foule de procédés qu'il serait trop long et même inutile de vous décrire, principalement pour ce qui regarde le second temps de l'opération, c'est-à-dire l'ouverture du col de la vessie, car on ne peut pas prudemment arriver d'un seul coup dans la cavité de cet organe. Il y a eu quelques chirurgiens qui ont proposé cela, et ont même inventé des instruments à cet effet. Ainsi, un chirurgien qui laissa un nom dans la science, Guérin, de Bordeaux, imagina un instrument à l'aide duquel on coupait tous les tissus cutanés et le col vésical d'un seul coup. On ne tarda pas à reconnaître les dangers et les inconvénients que cette espèce de mécanique entraînait, et on se hâta de l'abandonner. L'instrument par lequel on ouvre la vessie peut varier; on peut employer un bistouri simple qu'on guide sur la cannelure du cathéter, ou un gorgeret tranchant qui est en usage en Angleterre, ou enfin le lithotome caché inventé par frère Côme, que Desault employait, que Boyer avait adopté après lui avoir fait subir une petite modification, et que beaucoup de chirurgiens emploient communément aujourd'hui.

Quant à moi, si je devais choisir, je serais vraiment embarrassé entre le gorgeret et le lithotome caché; je pense employer indifféremment aussi bien l'un que l'autre; pourtant je pencherai pour le gorgeret, tout effrayant qu'il semble être, parce que avec celui-ci je suis plus maître de moi, je puis mieux limiter l'incision que je veux faire, tandis que le lithotome est un instrument par lequel on agit un peu à l'aveugle, et on s'expose à dépasser les limites qu'on ne peut pas franchir sans de graves dangers. Combien de fois on coupe la vessie avec cet instrument, et on donne lieu à des conséquences funestes! Je suis convaincu que si dans les autopsies faites à la suite de cette opération on avait bien examiné la vessie, et qu'on eût voulu avouer franchement la vérité, on aurait dit que très souvent le point de départ de tous les accidents était une lésion de la vessie. Cela nous est arrivé aussi en taillant avec cet instrument, et nous avons surtout présent à la mémoire un cas de notre pratique civile, qui nous a beaucoup affecté. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit à trente ans affecté de calcul. Choisi parmi plusieurs autres chirurgiens de Paris pour exécuter l'opération de la taille, nous choisîmes, contre notre habitude, le lithotome caché pour l'incision du col vésical; l'opération fut exécutée avec une rapidité et une simplicité extraordinaire; nous en fûmes étonné nous-même. Les choses se passèrent parfaitement pendant quelques heures, lorsque des douleurs vagues au périnée et dans les aines se déclarèrent; l'urine cessa de s'écouler par l'ouverture périnéale; le malade tomba rapidement dans un état d'affaissement général, et succomba en très peu de temps. A l'autopsie qu'on en a faite, on trouva un épanchement considérable d'urine dans la région hypogastrique, et la vessie coupée au-delà du point où l'incision devait s'arrêter. Ces inconvénients graves n'accompagnent jamais l'usage du gorgeret conduit par une main exercée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 août 1843. — Présidence de M. Dumas.

Recherches sur une nouvelle espèce de cryptogames qui constitue une maladie contagieuse de la peau, nommée PORRIGO DECALVANS; par le docteur Gruby. — Le *porrigo decalvans* est une maladie de la peau et principalement du cuir chevelu, qui produit la chute des cheveux. Il se caractérise par des plaques arrondies couvertes d'une poussière blanche et de petites écailles grisâtres, et la chute des cheveux. En examinant attentivement cette poussière blanche qui couvre la peau, sous le microscope, on sera étonné de voir que toute cette poussière blanche n'est autre chose que des cryptogames. En soumettant au microscope les cheveux provenant de cette maladie, on y remarque une grande quantité de cryptogames qui les entourent de tous côtés, et forment une véritable gaîne végétale qui accompagne le poil depuis la sortie de la peau jusqu'à une distance d'un à trois millimètres. M. Gruby désigne cette production sous le nom de *microsporon Audouini*, en souvenir des recherches de M. Audouin sur les plantes parasites qui détruisent les tissus vivants des animaux.

Le *microsporon Audouini* commence son développement à la surface des cheveux, à un ou deux millimètres de l'épiderme; on voit le tissu des cheveux devenir moins transparent dans une étendue de 30 à 40/1000 de millimètres. Il se développe de petites molécules à peine mesurables de 1-2/10 000 de millimètre de diamètre. Le tissu, ainsi altéré, est accompagné de fibres, de cellules plus larges que les fibres des cheveux, allongées et placées parallèlement avec l'axe des cheveux. C'est dans cette partie qu'on observe les premières traces du *microsporon*, qui, en s'étalant entièrement sur les cheveux, et de là par contact immédiat sur plusieurs cheveux, les altèrent peu à peu jusqu'à ce qu'ils tombent en morceaux et produisent l'alopécie.

Ces cryptogames se développent et se multiplient avec une rapidité incroyable; il suffit qu'une partie de la peau soit atteinte pour qu'en peu de jours une plaque de 3 à 4 centimètres soit couverte de plantes parasitiques. Les cheveux, à l'endroit où ils sortent de la peau, deviennent grisâtres, et en huit jours ils cassent au même endroit où les cryptogames les entourent. Les cheveux dont le diamètre est plus épais, résistent plus long-temps, et à mesure que les cheveux sortent de leurs follicules, ils sont attaqués par ces plantes parasites; on y voit même autour les cryptogames s'accumuler et former une petite élévation grisâtre de 1/4 à 1/2 millimètre de diamètre, et ce sont les mêmes élévations qu'on a considérées comme pustules, vésicules ou sécrétion de follicules sébacés.

La nature végétale du *porrigo decalvans* est un fait qui parle pour sa contagiosité; et à ce titre, elle exige les mêmes précautions de l'isolement que la teigne faveuse et le mentagraphyte.

— *M. le docteur Deleau jeune* présente un Mémoire sur les corps étrangers introduits et formés dans l'oreille moyenne. (Nous avons donné un extrait de ce mémoire dans nos compte-rendus de l'Académie de médecine.

— *Procédé du docteur Bailleul*, chirurgien en chef de l'hôpital de Bolbec, pour le traitement de la variole confluente. — Ce procédé consiste: 1° A décomposer par des lotions chlorurées la matière contenue dans les boutons ou répandue sur la peau, dans les cavités nasales et buccales, soit sous forme de liquide, soit sous forme de putrilage ou de croûtes.

2° A prévenir l'asphyxie cutanée et pulmonaire en neutralisant chimiquement et instantanément les propriétés délétères du pus. Dans le premier cas, on rend la fièvre de résorption moins redoutable; dans le second, on remédie ou l'on prévient l'asphyxie miasmatique occasionnée par les émanations toxiques.

3° Considérées comme topiques, les lotions chlorurées raniment les propriétés vitales de la peau, hâtent la cicatrisation des ulcères grisâtres qui tapissent le fond des pustules.

4° Ce procédé, d'un usage facile pour tout le monde, a surtout l'avantage de pouvoir être employé sur les vaisseaux, dans les hôpitaux, dans les maisons étroites des malheureux où l'air est déjà vicié par l'entassement des individus. La désinfection est si prompte, qu'elle entrera dans le domaine de l'hygiène publique.

5° Au nombre des services immenses rendus aux malades, il ne faut pas oublier celui que la désinfection rend aux personnes chargées de les soigner. En effet, il n'y a point d'odeur plus repoussante que celle des varioleux; ces malheureux offrent tant de dégoût qu'il est impossible de constater chez eux certaines maladies qui viennent compliquer leur état, et quels que grands que soient notre zèle et notre dévouement, nous répugnons à toucher ces malades, et nous nous abstenons de mettre l'oreille sur des foyers purulents dans le but de découvrir l'état pathologique des organes intérieurs. L'auscultation est donc impossible et imparfaite; de là défaut de soins pour ces malheureux, qui succombent souvent à des complications méconnues.

— *Cuivre et plomb à l'état normal dans le corps de l'homme*; par M. Barse (de Riom). — Deux cadavres ont été pris dans les hôpitaux de Paris: l'un était celui d'un individu resté pendant trois mois consécutifs, soumis à un traitement palliatif pour une affection du poumon; l'autre était celui d'un individu resté seulement pendant trois heures à l'hôpital. Il résulte des recherches qu'il y avait du cuivre et du plomb dans ces deux cadavres. Le cuivre a été obtenu à l'état métallique, et a été reconnu à tous ses caractères.

Le plomb n'a pas été obtenu à l'état métallique, mais les réactions plombiques les plus nettes ont fait connaître ce métal.

Ces résultats ne me conduisent pas cependant à admettre qu'il existe du cuivre et du plomb à l'*état normal*. Je ne considère comme normales que les substances sans lesquelles l'économie animale ne saurait exister. Or, rien ne prouve, jusqu'à ce jour, qu'il en soit ainsi à l'égard du cuivre et du plomb.

Mais je déclare qu'ainsi que l'admettent les toxicologistes modernes les plus distingués, on peut trouver du cuivre et du plomb dans les organes d'individus morts sans qu'on ait pu les supposer victimes d'un empoisonnement.

On constate la présence de ces métaux, quand il s'en trouve, en analysant le foie, 1° selon le procédé de carbonisation qui appartient à M. Orfila; par l'acide azotique et le chlorate de potasse; 2° en carbonisant purement et simplement le foie, en incinérant le charbon, en traitant les cendres par l'eau régale; 3° en carbonisant par l'acide sulfurique et en *incinérant le charbon*, car la carbonisation sulfurique seule ne permet pas de découvrir ces métaux.

Lettre de M. Devergie sur le même sujet. — En 1838, j'annonçai à l'Académie de médecine la découverte que je venais de faire avec M. Hervy du cuivre et du plomb à l'état normal dans les organes du corps de l'homme.

Le 24 avril dernier, MM. Flandin et Dangers ont adressé à l'Académie des sciences un paquet cacheté contenant une lettre dans laquelle ils déclaraient qu'il n'existe pas de cuivre et de plomb dans le sang ni dans les viscères de l'homme.

Tout récemment ces chimistes ont donné lecture à l'Académie des faits et expériences à l'appui de leur assertion.

Je n'ai pas été convaincu de l'exactitude de leur démonstration.

Je m'occupe en ce moment avec M. Boutigny d'Evreux, qui a constaté la présence du cuivre dans les vins, le cidre, le blé, de nouveaux essais sur ce sujet.

Quels que soient les résultats que nous obtenions, nous aurons l'honneur d'en instruire l'Académie.

Pâte arsenicale. — *M. Souberbielle* écrit que deux malades qu'il a présentés à la commission sont déclarés par elle atteints d'ulcères vénériens au lieu d'ulcères cancéreux. Un de ces malades est traité vainement depuis quatre mois par les préparations mercurielles. L'autre malade doit être également traité. Il demande qu'ils soient traités par la pâte arsenicale, et si on obtient la guérison par ce moyen, la commission sera forcée de reconnaître que certains ulcères vénériens, rebelles au mercure, peuvent guérir par l'emploi de la pâte arsenicale.

Recherches sur la digestion et l'assimilation des corps gras, suivies de quelques considérations sur le rôle de la bile et de l'appareil chilifère; par *MM. Bouchardat et Sandras*. Si nous cherchons à résumer l'étude que nous avons faite précédemment des modifications que les corps gras éprouvent dans le sang, nous arrivons aux conclusions suivantes:

1° Quelle que soit la nature des aliments la quantité de corps gras existant dans le sang a été à peu près la même. Cette quantité est toujours très minime; les sangs les plus riches en corps gras n'en contiennent pas plus de deux à trois millièmes.

2° Quand l'animal a ingéré de l'huile, la graisse de son sang est plus liquide, quand il a pris des corps gras d'un point de fusion élevé, la graisse contenue dans son sang est moins fusible.

3° L'acide stéarique encore reconnaissable dans le sang des carnivores nourris avec du suif s'y transforme en acide margarique.

4° La graisse du sang des animaux carnivores contient toujours un ou plusieurs acides volatils, produits très probablement de l'oxydation des matières grasses ingérées.

Nous n'avons pu déterminer nettement si ces corps gras sont des acides butyrique, caprique ou caproïque, ou d'autres analogues, parce que la quantité que nous en avons obtenue était toujours excessivement faible, et que les produits nous ont paru complexes. Mais ce qui ressort de ces faits, c'est que les corps gras passent par une série d'oxy-

---

que vous reveniez à la santé, le résultat de votre maladie sera considéré comme n'ayant pas la moindre conséquence pour l'humanité. » Cette circonstance peut donner une juste idée de l'enthousiasme de l'un pour sa profession et du sang-froid philosophique de l'autre.

Vers cette époque, il s'éleva dans la Société médicale de l'hôpital de Guy, une grande discussion entre A. Cooper et Abernethy. Ces deux savants chirurgiens professaient des opinions tout à fait opposées sur le traitement des plaies de tête, et le second, par une sorte de défi, invita le premier à une discussion publique à cet égard. Cette discussion eut lieu dans un amphithéâtre rempli des élèves et des rivaux; elle fut soutenue avec beaucoup d'esprit, et après avoir été continuée pendant trois séances, elle se termina comme il arrive ordinairement, c'est-à-dire que chaque champion demeura plus convaincu que jamais de la vérité de son opinion, et qu'il en fut de même pour les adhérents de l'un et de l'autre.

Dans la même année, A. Cooper s'adjoignit à MM. Haighton et Babington pour la publication du journal intitulé *Medical Records and Researches*, qui constituait les transactions de la société particulière de l'hôpital de Saint-Thomas.

A cette époque, la principale ambition d'A. Cooper était d'arriver au poste de chirurgien d'un hôpital, et il était probable que son oncle, M. William Cooper, ne tarderait pas à se retirer de l'hôpital de Guy; mais cet oncle, loin de favoriser son neveu pour le faire admettre comme son remplaçant, paraît plutôt l'avoir desservi pour faire nommer un autre candidat, comme s'il eût été envieux en quelque sorte de la grande réputation et de la popularité de son neveu, et en même temps jaloux du grand respect de ce dernier pour M. Cline, et de la préférence qu'il témoignait pour l'hôpital Saint-Thomas. M. William Cooper résigna sa charge en 1800, et A. Cooper, qui se mit sur les rangs pour lui succéder, eut en opposition trois concurrents, M. Whitfield, M. Buckle et M. Norris. Le mérite d'A. Cooper et les services rendus par lui à l'établissement, pouvaient faire pencher la balance en sa faveur; mais ses opinions politiques le repoussaient, et ses concurrents ne manquaient pas de faire valoir surtout ce motif pour le faire rejeter. A la suite d'une conversation avec M. Colman, il fut convenu qu'il renoncerait à ses idées de radicalisme qui ne pouvaient que lui nuire. Ce changement une fois connu, son succès fut assuré; et, en effet, il fut nommé au mois d'octobre 1800.

Peu de temps avant cette nomination, il avait pris pour élève M. Travers, qui demeura chez lui pendant plusieurs années; ce fut à la même époque aussi qu'il adopta son filleul, le baronet actuel, frère du docteur Bransby Cooper; il le ramena avec lui d'un voyage qu'il avait fait à Yarmouth, et le présenta à sa femme qui eut pour lui tous les soins d'une tendre mère.

Une circonstance qui n'eut pas une faible importance dans la réussite d'A. Cooper, eut lieu dans le cours de cette année; il prit à son service Charles Osbaldiston, plus connu sous le nom de Balderson, et ce domestique, qu'il garda toujours depuis, lui fut d'un grand secours par une rare association de fidélité, de subtilité, de finesse et de dévouement aux intérêts de son maître. Rien, en effet, ne peut exprimer le zèle et la sagacité avec lesquels cet homme sut saisir toutes les occasions d'étendre la pratique de M. Cooper. M. Bransby rapporte qu'il lui a entendu dire que, pendant un séjour de 36 ans auprès de M. A. Cooper, il n'a jamais laissé échapper un client pour lequel il était possible de le faire appeler. Balderson avait en outre la charge de lui procurer des chiens et d'autres animaux pour ses études et ses préparations anatomiques, et il s'est toujours acquitté de ce devoir au grand contentement de son maître.

(*La suite à un prochain numéro*.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi thérapeutique de l'acide phosphorique; par M. le docteur Gruenbaum, de Koermend (Hongrie).

Depuis longues années, M. Gruenbaum emploie avec le plus grand succès l'acide phosphorique dilué contre différentes maladies, notamment dans les cas de fièvres bilieuses et les fièvres intermittentes qui règnent endémiquement dans les pays où ce praticien exerce.

Il croit avoir remarqué que ce médicament agit en favorisant les crises dans les fièvres bilieuses, ce qui paraît aussi être l'opinion de M. le docteur Kopp.

M. Gruenbaum a guéri en peu de temps, à l'aide de cette médication, une fièvre intermittente quarte invétérée, qui avait opiniâtrement résisté à l'emploi du sulfate de quinine et des amers.

L'acide phosphorique est un excellent moyen dans la dysenterie bilieuse, dans les fièvres bilieuses aiguës, dans le typhus abdominal (comme moyen adjuvant), dans les fièvres quartes (alors que la maladie est rebelle à l'action des fébrifuges habituels).

L'excitation que cet agent détermine sur les organes de la génération est bien connue; quant à l'effet nuisible qu'il doit produire, d'après M. Kopp, sur l'appareil de la digestion, M. Gruenbaum ne l'a jamais observé. (*Casper's Wochensc. fuer die ges. Heilkunde.*)

Emploi de la créosote contre le mal de mer et les vomissements; Par M. le docteur Cormack, d'Edimbourg.

M. Cormack recommande, comme moyen très efficace pour guérir le mal de mer et pour arrêter les vomissements en général, l'emploi de la créosote. Mais il conseille de ne faire prendre ce médicament qu'en très petite quantité, puisque les doses un peu fortes produisent un effet diamétralement opposé à celui qu'on en attend.

(*The Edinbourg Journal.*)

dations successives sous différents états où la solubilité du composé sodique qui le forment est incessamment augmentée.

5° Outre les acides gras volatils, il existe un produit gras constant dans le sang des carnivores, qui provient probablement de l'altération des matières grasses; c'est la cholestérine, graisse neutre d'un point de fusion très élevé, qui ne peut être brûlée dans le sang et doit nécessairement être éliminée.

6° Les corps gras que le foie sépare ont un point de fusion constant, quelle que soit la nature de la graisse ingérée; ils consistent essentiellement en cholestérine, en acides oléique et margarique unis avec la soude. C'est le foie qui est donc chargé d'éliminer de l'économie l'excédant des graisses existant dans le sang.

Il nous reste enfin, pour terminer ce que nous avons appris dans ces recherches sur les rapports qui s'établissent entre les corps gras et les organes des chiens à qui nous en avons fait prendre, à appeler l'attention sur ces faits anatomiques qui nous ont frappé et confirmé dans toute notre théorie.

Tous nos animaux, sans exception, nous ont fait voir, après une nourriture grasse, une admirable injection graisseuse des chylifères. Sur aucun, nous n'avons pu reconnaître de ces vaisseaux naissant de l'estomac; chez tous, au contraire, nous en avons vu quelques-uns partant du duodénum, un très grand nombre sortant de toutes les parties de l'intestin grêle, et quelques-uns même prenant origine dans le rectum. Cette disposition constante est dans un accord manifeste avec la théorie pour la digestion de la graisse que nous avons présentée dans notre premier mémoire et que nous appuyons de tous les faits contenus dans celui-ci: des chylifères ne pourront pas s'emplir de graisse bien préparée dans l'estomac; partout ailleurs ils trouvent à puiser, comme nous l'avons prouvé par l'examen des matières intestinales, les substances spéciales qui leur sont destinées.

— *M. Guillon* écrit pour demander qu'il soit fait, enfin, un rapport sur différents modes de traitements introduits par lui dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires; rapport qu'il attend depuis 1839. Il rappelle que des centaines de faits bien authentiques ont démontré qu'au moyen de ses procédés, qui consistent à inciser convenablement avec des instruments *ad hoc* soumis à l'examen de l'Académie, certains obstacles qu'on rencontre fréquemment et qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile, on guérit promptement des rétentions et des incontinences d'urine, que la plupart des médecins considèrent encore comme incurables.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA. (Juillet, août et septembre 1843.)

I. *Etudes sur le nerf accessoire de Willis;* par M. J. MORGANTI, élève de quatrième année à l'Université impériale de Pavie.

Dans ce mémoire, après avoir rappelé les travaux de Wrisberg, de Mueller, de Goerres, de Scarpa, d'Arnold, de Bischoff et de M. Longet sur le même sujet, l'auteur expose les expériences qu'il a entreprises sur diverses espèces d'animaux pour arriver à découvrir d'une manière positive les points d'origine du nerf accessoire de Willis, et par suite ses usages.

De ces expériences qui ne sont pas susceptibles d'être analysées ici, il déduit les conclusions suivantes:

1° Le nerf accessoire de Willis est un nerf moteur;

2° Par sa branche externe, il sert à imprimer le mouvement aux muscles auxquels il se distribue;

3° Par sa branche interne, il sert à communiquer le mouvement aux muscles intrinsèques du larynx; par conséquent, il est le nerf qui sert à la production de la voix;

4° La branche externe se compose des fibrilles qui naissent les premières de la moelle spinale, c'est-à-dire des inférieures;

5° La branche interne, formée des dernières fibrilles, c'est-à-dire de celles qui naissent au-dessous des nerfs vagues, fournit la portion du nerf pharyngien qui donne le nerf récurrent et les fibres motrices que la dixième paire distribue dans son trajet;

6° Le nerf accessoire forme la racine antérieure du nerf vague.

II. *Quelques observations sur l'efficacité de l'hydriodate de potasse ioduré contre les affections syphilitiques;* par M. le docteur TADDEI DE GRAVINA.

Le temps et les observations réitérées peuvent seuls, suivant l'auteur, démontrer l'efficacité d'un remède contre une maladie donnée; aussi, dit-il, bien que depuis 1821, époque à laquelle Brera préconisa l'iode et ses préparations contre les affections syphilitiques, les assertions de ce grand praticien aient été confirmées par les faits qu'ont successivement publiés MM. Bayle, De Salle, Richond, Henry, Buisson, Williams, Clendinning, Tyrel, Bullock, Magendie, Biett, Ricord, Baumès, Gibert, Pitschaft, Moeller, Brach, Hanke, Weumann, Hegel, Ordelin, Kallmann, Simmayer, Seubert, Malin, De Michelis, Riberi, Sperini, etc., il n'en est pas moins essentiel de continuer à expérimenter cet agent dans les diverses formes de la maladie dont il s'agit, et de rassembler autant de nouveaux faits qu'il est possible, dans le but de valider l'opinion qu'on a généralement aujourd'hui de son efficacité, ou de s'infirmer si de nouvelles observations font reconnaître qu'on s'est trompé en lui attribuant les succès dont on lui a fait honneur jusqu'ici.

M. Taddei donne ensuite la relation de quatre cas de syphilis dans lesquels il a obtenu une guérison complète par l'emploi de ce moyen, et il termine en posant les conclusions suivantes:

1° L'hydriodate de potasse ioduré est un puissant remède contre les ulcères vénériens, qu'ils soient primitifs ou secondaires; il n'agit pas avec moins d'efficacité dans les cas de blennorrhagies syphilitiques et de douleurs ostéocopes;

2° Ses bons effets ne sont pas long-temps à se manifester, et il amène rapidement à cicatrisation les surfaces envahies par les ulcérations syphilitiques;

3° Il communique un surcroît d'activité aux fonctions uropoiétiques;

4° Enfin, il donne lieu à une amélioration marquée de la physionomie des sujets affectés de syphilis.

III. *Lettre sur le purpura hemorrhagica;* par MM. les docteurs ANTONINI et BRUNO, médecins italiens exerçant à Montevideo; et réponse à cette lettre par M. le professeur G. SACHERO, de Turin.

Deux cas de purpura hemorrhagica étant survenus dans deux des premières familles de la république orientale de l'Uragay, et ces deux cas, qui se sont terminés par la mort, ayant nécessité des consultations dans lesquelles les auteurs se sont trouvés en complet désaccord avec des médecins français, ils ont cru devoir en référer à leur ancien maître, M. le professeur Sacheros, et lui demander: 1° S'il pense que le purpura hemorrhagica soit identique avec le scorbut; 2° quelle est sa condition pathologique; 3° s'il n'est pas identique avec le scorbut, comment on peut l'en distinguer, et en quoi consiste la différence essentielle entre les deux; 4° enfin, quel traitement spécial conviendrait à chacune de ces deux affections?

M. Sacchero, dans une réponse très détaillée, commence par donner onze observations de purpura hémorrhagica, dont deux seulement lui appartiennent en propre, les autres étant empruntés à Fabrice de Hilden, Donald Monro, Stoll, Gairdner, Balcher, Monod, Fairbaim, Player et Duplay; puis il passe successivement en revue l'étiologie de la maladie, les apparences cutanées qui la caractérisent, les hémorrhagies qui l'accompagnent, les symptômes constitutionnels qui lui sont propres, sa marche et sa durée, les changements qu'éprouvent le sang et l'urine dans leur composition, les résultats des recherches cadavériques, la condition pathologique, le diagnostic différentiel, le pronostic et enfin le traitement.

Ce praticien, suivant lequel la condition pathologique du purpura hémorrhagica consiste en une super-excitation vasculaire veineuse, qui, dans les cas graves, ramène jusqu'à l'angio-phlébite, conseille de traiter la maladie par les saignées générales répétées avec circonspection, s'il existe un état fébrile, et par les applications de sangsues à l'anus, s'il y a imminence de congestion viscérale; puis d'administrer des déprimants directs, tels que la digitale, l'aconit napel, le laurier-cerise, la douce-amère, l'ergot de seigle, le tartre émétique en lavage, les purgatifs salins et le calomel (à moins que ces trois derniers moyens ne soient contre indiqués par une complication de gastrite ou de gastro-entérite. Il recommande de donner les limonades minérales et végétales comme boisson ordinaire, et lorsque les accidents hémorrhagiques sont maîtrisés, il conseille, à l'exemple de M. le professeur Lordat et de Tomasini, de s'en tenir à la médecine d'expectation.

Si l'affection cardiaco-vasculaire semble vouloir revêtir une forme périodique, il faut recourir au sulfate acide de quinine. Si les hémorrhagies, par leurs fréquentes récidives ou leur abondance, ont déterminé une extrême débilitation et un état presque anémique, il faut prescrire l'usage d'une diète restaurante, du vin étendu d'eau, du consommé, et peut-être même du lait (si ce liquide est bien supporté par l'estomac), afin de fournir de nouveaux éléments à l'hématose et d'amener les organes chargés de l'opérer à un état tel qu'ils puissent fonctionner convenablement: toutefois, on doit se garder avec soin d'exciter trop les sujets, dans la crainte de déterminer le retour des accidents primitifs.

IV. *De l'eau minérale de S. Ombono;* par M. le docteur G. BARBIERI.

Cette eau, claire et limpide au moment où elle sort de la source, contient quelques rares flocons de glairine qui s'y dissolvent bientôt, et lui communiquent la propriété d'être onctueuse au toucher. Elle n'a rien de désagréable à l'odeur; sa saveur est acidule, douceâtre d'abord, puis elle laisse un arrière-goût amer et salé. Sa température est de + 13° centigrades, celle de l'air ambiant étant de + 19 3/4. Sa pesanteur spécifique, à la température qui vient d'être indiquée, et sous la pression barométrique de 750 millimètres, est de 0,995. Par l'exposition à l'air libre, elle exhale une odeur hydro-sulfureuse, elle perd son goût acidule douceâtre pour ne conserver que la saveur amère saline, et elle finit, à la longue et à l'aide de la chaleur, par laisser déposer un sédiment pulvérulent blanchâtre, formé de carbonate de chaux et de sulfate de la même base.

Chauffée à l'air libre, elle laisse dégager de nombreuses bulles de gaz, se trouble, et, par le refroidissement, elle perd toute son odeur et laisse un dépôt de carbonate calcique. D'après les expériences qui ont été faites, elle paraît contenir de l'acide chlorhydrique, de l'acide carbonique, du carbonate de chaux, des sulfates de magnésie, de soude et de chaux, des chlorures de sodium, de magnésium et de calcium, une matière d'origine organique, et de l'acide silicique.

On s'en sert particulièrement dans les mois de juin, de juillet et d'août, et il convient de la prendre à la source même, puisqu'elle perd une partie de ses propriétés par le transport.

On doit commencer par une petite quantité qu'on augmente par degrés de jour en jour; après quoi, la dose étant suffisamment élevée (cinq, six demi-litres et plus, suivant les sujets), on la soutient à ce taux pendant dix à quinze jours.

Le matin est l'instant le plus convenable pour l'usage de cette eau, qu'on prend par verres de temps en temps, et tout en se promenant.

L'auteur, après avoir donné la relation de trente et un cas de maladies diverses traitées avec succès par l'usage de cette eau, indique les différentes affections où elle est suivant lui indiquée, et, à l'instar de tous ceux qui ont quelque intérêt à faire valoir un établissement d'eau minérale, il en fait une énumération tellement prodigieuse, qu'il est impossible de n'y pas soupçonner de l'exagération. Ainsi, il nomme successivement l'hypochondrie, l'ascite, la bronchorrhée, l'asthme catarrhal, les obstructions du foie et de la rate, les suppurations pulmonaires, la pellagre, l'entérite, les douleurs rénales et urétrales, les ophthalmies, l'arthrite, les hémorrhoïdes, les scrofules, les engorgements des viscères abdominaux et de la prostate, les irritations gastro-intestinales, l'hystériasis, la syphilis, etc.!!!

NOUVELLES.

— M. le docteur Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, vient d'être nommé médecin en chef et premier professeur à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grace, en remplacement de M. le docteur de Chamberet, admis à la retraite.

— M. le docteur Ducros aîné, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur de clinique interne, vient d'être nommé membre de la Légion-d'Honneur, en récompense des nombreux services qu'il a rendus en sa qualité de professeur et de médecin-praticien.

— Par ordonnance du roi, en date du 4 août dernier, M. le docteur Granger, médecin civil à la Pointe-à-Pître (île de la Guadeloupe), a été nommé chevalier de l'Ordre royal de la Légion-d'Honneur. Cette décoration lui a été accordée comme récompense de services rendus lors du dernier tremblement de terre qui a désolé la colonie.

— On écrit de Saint-Dié (Vosges), à la date du 4 août:

« On vient de conduire ici à sa dernière demeure une jeune servante, morte après trente heures de souffrances épouvantables, dans les anxiétés de l'hydrophobie. Elle avait lavé un plat qu'un chien, qui a été tué depuis comme atteint de la rage, avait souillé de sa bave. Le virus s'était introduit dans les gerçures que cette malheureuse avait aux mains. »

— La ville de Clermont et le département du Puy de Dôme viennent de faire une grande perte. M. le Dr Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, est décédé mardi soir à sa terre de Lidde, près Billom.

— La Société libre d'émulation de Rouen, ayant décidé à l'unanimité que sa grande médaille d'or serait offerte à M. Boutigny (d'Evreux) pour ses belles recherches sur l'état sphéroïdal des corps, vient de la lui décerner dans sa séance solennelle de cette année.

On sait que c'est à M. Boutigny qu'on doit la découverte de la cause des explosions violentes des chaudières à vapeur.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 98. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paratt les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Ictère avec hypertrophie du foie. Quelques mots sur la nature, les causes et le traitement de l'ictère.

Au n° 1 de la salle Saint-Antoine, est couchée la nommée Marie Liebre, âgée de vingt-cinq ans, domestique, née à Meaux, entrée le 27 juin 1843.

D'une bonne constitution, à Paris depuis sept à huit ans, habituellement d'une bonne santé. Réglée à seize ans pour la première fois; depuis lors bien exactement chaque mois pendant cinq ou six jours.

Depuis le mois d'août de l'année dernière, les règles n'ont pas reparu, ou très inexactement et en très petite quantité. Leucorrhée habituelle; essoufflement facile, et quelquefois un peu de battements de cœur quand elle monte ou marche vite.

Il y a dix-huit mois environ, à la suite d'une grande frayeur, elle fut prise presque subitement d'une jaunisse assez intense, pour laquelle on lui fit suivre un traitement sur lequel elle ne peut donner aucun renseignement positif. Il paraîtrait, à la suite de ce traitement, être survenu dans son état un peu d'amélioration, mais il n'y a jamais eu guérison complète, et depuis cette époque, au moins au dire de la malade, son visage a toujours été pâle, tantôt plus, tantôt moins, d'une couleur jaune assez intense. Elle n'a jamais souffert dans la région du foie. Depuis quelques jours elle se trouve dans un état de malaise qui l'a engagée à entrer à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel elle se trouve au moment de la visite, le jour de son entrée :

Constitution un peu détériorée, quoique primitivement forte. Couleur jaune du visage, assez foncée; même teinte jaune des conjonctives des deux côtés. Langue blanche, un peu villeuse, humide; la muqueuse de la bouche, les gencives, présentent une couleur pâle, tirant un peu sur le jaune. Anorexie; soif assez vive; pas de vomissements ni de nausées dans le moment actuel. La malade, qui était sujette à de fréquentes et abondantes épistaxis, n'en a point eu depuis près d'un mois. Pas d'étourdissements ni de céphalalgie. Chaleur de la peau anormale. Pouls à 80-84, assez développé, non redoublé.

Résonnance et respiration bonnes partout. Pas de toux ni d'expectoration. Interrogée sur la couleur des matières fécales, la malade commence par répondre qu'elles sont très jaunes, puis finit par avouer qu'elle n'y a point fait attention.

Le ventre n'est le siége d'aucune douleur, si ce n'est peut-être au creux de l'estomac, mais d'une manière peu constante, et sous l'influence seulement d'une forte pression. On sent, en déprimant fortement les parois de l'abdomen au niveau du rebord des fausses côtes, une saillie formée par une augmentation ou un déplacement du foie. A la percussion, une matité qui s'étend depuis deux ou trois travers de doigt au dessous du rebord des fausses côtes, pour remonter jusqu'au niveau du sein droit, ne laisse aucun doute sur un accroissement énorme du volume de l'organe. Du reste, la pression n'y détermine aucune douleur. La matité remonte également en arrière beaucoup plus haut qu'à l'état normal, et refoule le poumon en haut.

La rate n'est pas plus volumineuse qu'à l'ordinaire; on ne peut constater la présence d'aucun liquide dans l'abdomen. La respiration s'entend bien en arrière, pure et sans aucune espèce de râle, depuis le sommet jusqu'à la base.

Pas de bruits anormaux au cœur. Rien non plus dans les carotides, si ce n'est le souffle par pression, lorsque l'on appuie trop fortement le stéthoscope sur le trajet de ces artères. De temps en temps quelques démangeaisons à la peau, sans éruption ni changement de couleur. Limonade, deux pots; deux portions.

Le 28 et le 29 juin, persistance des mêmes symptômes. Pas de douleurs de ventre. Constipation depuis quelques jours. Chicorée sauvage, deux pots; sulfate de soude, 20 grammes dans ud bouillon aux herbes.

Le 30 juin, la malade dit se trouver un peu mieux ce matin. Cinq ou six selles dans la journée d'hier. Un peu d'appétit. Pouls à 72-76. Chaleur normale de la peau. Même intensité de la coloration ictérique de la peau. Les matières fécales sont grises, décolorées; les urines, fortement chargées en couleur, d'un brun rouge, laissent sur le vase un reflet jaune verdâtre bilieux. Langue humide, blanche au milieu et à la base, un peu jaunâtre. Soif modérée; peu d'appétit. Du reste, même état de l'abdomen, qui n'est point douloureux, même à une forte pression. *Ut suprà.* Sulfate de soude, 15 grammes.

Le 2 juillet, la malade dit se trouver assez bien, sans qu'il y ait cependant dans son état un changement très manifeste. Même teinte jaune foncée des urines, grisâtre des matières fécales. Anorexie. La couleur jaune du visage et de la peau du tronc semble avoir un peu diminué, ainsi que celle des conjonctives, quoique encore bien prononcée. Pouls à 72, bien régulier, bien développé. Large vésicatoire sur l'abdomen, dans la région du foie.

Le 4 juillet, on pratique depuis hier des onctions mercurielles sur l'abdomen, et principalement dans la région du foie.

Le 6 juillet, la coloration jaune persiste encore, presque aussi forte qu'au moment de l'entrée. L'état de la malade ne présente plus aucun symptôme inquiétant, ni nausées, ni vomissements. Eau de Vichy; onctions mercurielles; une portion d'aliments.

Le 10 juillet, depuis quelques jours les évacuations excrémentitielles sont devenues plus faciles et plus fréquentes. Les matières, au dire de la malade, sont moins décolorées qu'elles ne l'étaient dans les premiers moments de son séjour à l'hôpital. La teinte de la peau paraît moins jaune, et les urines, sans être transparentes, offrent cependant une coloration beaucoup moins intense qu'il y a quelques jours. Le pouls est toujours à 68-72, régulier, assez développé, non redoublé. Appétit. Eau de Vichy; deux portions.

A partir de ce moment, la teinte jaune diminue sensiblement, mais sans disparaître complètement. Même volume du foie, comme on peut s'en convaincre par la percussion. Du reste, le ventre est parfaitement indolent, et les fonctions digestives s'exercent très régulièrement.

— Quoique l'ictère soit une maladie bien fréquente, et sur la nature de laquelle il devrait rester peu de doutes, on est malheureusement forcé de convenir que dans l'état actuel de la science, il est souvent difficile de savoir à quelle cause productrice, médiate ou immédiate, on doit rapporter cette affection, qui, après tout, comme l'a démontré Pinel, n'est qu'un symptôme d'une altération organique. Passons d'abord rapidement en revue les principaux points remarquables que nous a présentés cette affection, avant de chercher à en établir la nature.

Et d'abord, nous remarquerons la réponse qui a été faite par la malade lors de son premier interrogatoire, relativement à la coloration des matières fécales. Comme il est facile de le concevoir d'après le mécanisme même de la maladie, et quelle que soit la cause qui la produise, la bile, étant détournée de son cours naturel et forcée de passer dans le sang, où l'analyse démontre une partie de ses principes, cesse de couler dans l'intestin et de colorer les matières qui s'y trouvent contenues. De là la décoloration de ces matières, phénomène observé de toute antiquité, et signalé par tous les auteurs. Eh bien! Il arrive assez souvent que les malades, voyant la coloration jaune de leur peau et des conjonctives, celle de leurs urines, s'imaginent que par cela même leurs matières fécales doivent être plus jaunes encore qu'à l'ordinaire; et, sans les avoir observées, vous donnent cette affirmation de la manière la plus positive. Disons, en passant, que l'on ne saurait, en général, se tenir trop en garde contre les réponses des malades, quelles qu'elles soient, surtout dans les hôpitaux de Paris. Si, dans un cas comme celui-ci, l'imposture est sans aucune valeur, puisque l'on peut bientôt constater la vérité, il est des cas où il n'en est pas de même, et où les fausses indications données par les malades pourraient avoir la plus haute importance quand il s'agit de la recherche des causes.

L'état du pouls, chez les ictériques, est quelque chose de

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Assassinat.* (Cour d'assises du Var.)

Marie-Hippolyte Bertrand, femme Bernard Blanc, habitait seule une campagne isolée du terroir de Fayence. Le 31 janvier dernier, la femme Martel, son amie et sa voisine, qui la veille avait passé avec elle une partie de la journée, passa vers sept heures du matin devant cette campagne, et fut étonnée d'en voir la porte ouverte; la clef étant restée en dedans tenait encore à la serrure. Elle pénétra dans l'intérieur, et n'y trouvant pas la femme Blanc, elle remarqua avec une sorte d'effroi que les bas de celle-ci, sa coiffe de nuit, son chapeau de paille étaient épars çà et là sur le plancher, tandis que la seule chaise qu'elle possedait était renversée près de la cheminée, et que ses souliers étaient dispersés près le seuil de la porte, l'un à l'intérieur, l'autre à l'extérieur.

La femme Martel se rendit alors à la maison voisine, habitée par le sieur Abeila, pour s'informer de la femme Blanc; mais n'en ayant pu avoir aucune nouvelle, elle revint avec plusieurs personnes au domicile de cette dernière; et, comme on se livrait à des recherches à l'entour de sa maison, le jeune Louis Abeila se mit à pousser des cris à l'aspect du cadavre de la femme Blanc, qu'il aperçut dans un puits dont la profondeur est à peine de soixante-cinq centimètres. La partie supérieure du corps était plongée dans l'eau, et les jambes appuyées contre le bord extérieur.

Le cadavre n'était vêtu que d'une chemise et d'un jupon, et l'on put dès cet instant se convaincre qu'il portait autour du cou des traces de strangulation, et à la tête une profonde blessure.

Ces premiers indices dénotaient un assassinat. L'autopsie, faite plus tard par des hommes de l'art, n'a laissé sur ce point aucun doute, car elle a constaté en outre que les côtes avaient été brisées par la pression ou les coups d'un corps arrondi, par exemple les genoux d'un homme. L'état de certains organes, à l'intérieur, a démontré d'ailleurs que la malheureuse femme Blanc a dû rendre le dernier soupir dans le puits, où elle ne fut précipitée qu'après avoir déjà reçu les nombreuses blessures qui, au gré de l'assassin, n'avaient pas donné assez promptement la mort.

Les premiers soupçons se portèrent tous sur Bernard Blanc, mari de la victime. En effet cet homme, qui avait abandonné sa femme au bout de quatre ans de ménage, pendant lesquels il lui avait fait subir les plus mauvais traitements, demeurait près de là chez un agriculteur dont il était le berger, et dont il avait séduit la fille qu'il voulait épouser. Il fallait donc qu'il se débarrassât de sa première femme, dont la vie mettait obstacle à la réalisation de ce projet de second mariage, et il avait déjà dit qu'il la tuerait, s'il était nécessaire, pour recouvrer sa liberté dont sa nouvelle passion lui faisait sentir le besoin.

Le 30 janvier, Bernard Blanc avait soupé comme à l'ordinaire dans l'endroit où il mangeait habituellement : on avait remarqué qu'il avait changé de pantalon et de souliers, et comme il sortait disant qu'il allait veiller ailleurs, on l'avait engagé à rester; mais il avait répondu : « Si ce n'était pas ce soir, il faudrait que ce fût un autre jour; autant vaut que j'y aille »; et il n'était revenu que le lendemain matin. A son arrivée, il était haletant et agité, et portait sur le visage et sur les mains de nombreuses écorchures, qui existaient encore le 1er février, au moment de son arrestation, et qui, examinées par les hommes de l'art, n'ont pu, à raison de leur forme identique et demi-circulaire, être attribuées qu'à l'action des ongles fortement appliquées. C'est qu'en effet, une lutte a dû s'engager entre l'assassin et sa victime. Pendant que, renversée sur le dos, il lui brisait les côtes avec les genoux et lui serrait le cou avec les mains pour chercher à l'étrangler, la malheureuse femme n'avait de libre que les bras, et ne pouvait atteindre son meurtrier qu'aux mains et au visage.

Bernard Blanc a tenté d'expliquer l'existence de ces écorchures, en disant que le 30 janvier, lorsqu'au coucher du soleil il ramenait son troupeau à la bergerie, il avait fait une chute sur un buisson épineux, et s'était ainsi blessé. Mais d'abord, dans ce cas, évidemment toutes ces blessures n'eussent pas été d'une forme semblable; puis, d'ailleurs, il a reçu sur ce point, le démenti le plus formel de la part des témoins, qui tous ont affirmé que le 30 au soir, pendant le souper, Blanc n'avait aux mains aucune des égratignures qu'ils ont remarquées le lendemain; enfin, il n'a pu désigner le lieu où il avait fait sa prétendue chute.

Le jury a déclaré Bernard Blanc coupable d'homicide volontaire avec préméditation, mais il a admis des circonstances atténuantes; en conséquence, la Cour a prononcé contre lui la condamnation aux travaux forcés à perpétuité.

II. *Triple empoisonnement.* — (Angleterre.)

Les chimistes français qui s'occupent spécialement des recherches médico-légales, ou du moins quelques-uns d'entre eux, affirment qu'ils peuvent constater la présence des substances minérales toxiques alors même que les cadavres des sujets empoisonnés sont parvenus à une complète décomposition par suite d'une inhumation long-temps prolongée. Il paratt, par le fait suivant, que les chimistes anglais n'ont pas encore pu parvenir à atteindre ce haut degré d'habileté et de précision dans leurs investigations sur les cadavres.

La femme Sarah Dazeley, fermière du village de Potton, a été traduite aux assises de Bedford, sous la prévention d'avoir empoisonné avec de l'arsenic ses deux maris et sa fille. On l'a arrêtée au moment où elle allait contracter une troisième union.

Le sobriquet de *Barbe-Bleue femelle* donné dans le pays à cette femme, dont le premier et le second mari, puis la fille unique étaient morts d'une manière fort suspecte, avait éclairé le jeune homme qui recherchait encore sa main, et la rupture de l'union projetée avait elle-même donné l'éveil à la justice.

Le cadavre de Dazeley ayant été exhumé, on trouva dans ses entrailles une quantité considérable d'arsenic. L'exhumation de la jeune fille donna le même résultat. Quant au premier mari, nommé Mead, il se trouvait dans un tel état de décomposition que l'analyse chimique n'a procuré aucune lumière; on a été réduit à de simples conjectures sur ce point.

Déclarée coupable de meurtre volontaire commis par empoisonnement sur la personne de son second mari, Sarah Dazeley a été condamnée à la peine de mort. On ne l'a pas mise en jugement sur les deux autres chefs.

III. *Tentatives de viol sur une petite fille de neuf ans par un vieillard de soixante et un ans. — Infection syphilitique. — Dissimulation de la maladie.* (Belgique.)

Le nommé J..., marchand domicilié à N..., arrondissement de Dinant, après avoir contracté une gonorrhée à l'âge de soixante et un ans, était parvenu, moitié de gré, moitié de force, à corrompre une petite fille âgée de neuf ans, et lui avait communiqué la maladie dont il était affecté. La mère de l'enfant s'aperçut bientôt de l'existence de l'écoulement, et, ayant conçu des soupçons, elle questionna la petite fille qui, après quelques hésitations, lui avoua tout ce qui s'était passé.

La famille fut assemblée et consultée; on décida d'aller trouver J..., et de le menacer de poursuites s'il ne consentait à payer une indemnité de onze ou douze cents francs. Cet homme, marié, père de famille et jouissant d'une certaine fortune, y consentit par crainte, et, après quelques difficultés indépendantes de lui, l'affaire fut arrangée à l'amiable. Mais des indiscrétions avaient eu lieu; tout le pays était instruit de l'aventure, et le parquet, qui avait reçu une dénonciation officieuse de la part d'une commère de l'endroit, fit aussitôt commencer une instruction. J..., peu confiant dans la bonté de sa cause, et effrayé de l'acharnement qui éclatait contre lui, prit tout d'abord le parti de gagner la frontière et de chercher un refuge en France.

très remarquable. Il est curieux d'observer que dans l'ictère, dans la grande majorité des cas, quelle qu'en soit la cause déterminante, et à moins qu'il ne vienne à se compliquer d'une affection inflammatoire aiguë d'un autre appareil d'organes, le pouls est toujours d'une lenteur remarquable, ordinairement semblable à l'état normal, quelquefois même encore plus lent. Il n'est pas rare de trouver des sujets chez lesquels le pouls a baissé dans l'état ictérique, de 60 à 40, et même au-dessous. Serait-ce qu'il y a dans la bile un principe sédatif circulatoire et capable de produire des phénomènes assez semblables, quant au ralentissement du pouls, à ceux que produirait la digitale? Toujours est-il, et nous le répétons, qu'il est des cas où le pouls se ralentit d'une manière surprenante. Dans le cas qui fait le sujet de l'observation précédente, le pouls n'a pas, nous devons le dire, sensiblement diminué; mais on doit faire attention que l'affection était déjà très ancienne; que par conséquent, et si nous osons nous exprimer ainsi, le système circulatoire était en quelque sorte accoutumé à la présence des principes constituants de la bile dans le sang, tandis que dans l'ictère aigu, ou qui n'a pas duré aussi long-temps, la présence de la bile dans le sang n'est que momentanée, et que l'action des principes sédatifs est bien plus marquée. De plus, à la suite de l'affection qui avait déterminé la production de l'ictère, le foie avait été nécessairement le siége d'une altération pathologique, puisque son volume s'était accru d'une énorme manière. Or, quel est l'organe dont l'hypertrophie, poussée à un si haut point, n'eût point déterminé un mouvement fébrile, en supposant, comme on ne peut guère se refuser à l'admettre, que cette hypertrophie fût le résultat d'une inflammation chronique? On voit que, même sans que le pouls ait été ralenti, la présence des principes constituants de la bile dans le sang a pu facilement être apprécié, par cela même qu'il n'y avait point d'état fébrile chez un sujet atteint d'une affection probablement inflammatoire, chronique, d'une aussi grande étendue, et ayant produit d'aussi grands désordres.

Nous avons dit que dans l'état actuel de la science, il était quelquefois assez difficile de remonter d'une manière certaine à la détermination de la cause sous l'influence de laquelle se produit l'ictère. Aussi, admet-on assez généralement deux classes d'ictères; à la première, se rattacheraient toutes les espèces ou variétés dues à quelque modification morbide appréciable de l'appareil biliaire; dans l'autre, on renfermerait toutes celles dont on n'est pas encore parvenu à établir d'une manière rigoureuse la localisation et la causalité.

Parmi les causes susceptibles de déterminer des troubles dans les fonctions du foie, et consécutivement l'ictère, on distingue principalement l'inflammation de l'organe, surtout de sa face concave; la cyrrhose, les tumeurs encéphaloïdes du foie. Disons en passant, à ce propos, que plusieurs observations de ce genre, recueillies dans le service de M. Rostan, et publiées en différents endroits, ont mis hors de doute l'influence de cette espèce de lésion dans la production de l'ictère. Les abcès du foie, la rupture de la vésicule biliaire, l'oblitération ou le rétrécissement excessif des voies biliaires, quelle qu'en puisse être la cause, soit que l'on ait affaire à une inflammation du canal cholédoque, soit à un obstacle mécanique, comme la compression exercée par une tumeur située dans les parties environnantes sur l'orifice du canal sécréteur, ou même sur un point de sa longueur, ne fût-il pas près de son extrémité. L'oblitération du canal cholédoque ou du canal cystique peut encore être produite par la présence de calculs biliaires, et par suite peut avoir lieu la résorption des principes de la bile et leur passage dans le torrent circulatoire. Enfin, une cause qui n'est certainement pas sans valeur, est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le duodénum, et qui se continue avec celle qui revêt à l'intérieur les canaux biliaires, soit que l'épaississement de cette muqueuse oblitère complétement l'orifice cholédoque, soit qu'il ait diminué le calibre intérieur des canaux excréteurs de la bile. Le développement de l'ictère, sous cette influence d'une inflammation de la membrane muqueuse intestinale des premières portions du duodénum, explique très facilement la possibilité de l'existence de l'ictère dans des cas d'empoisonnement par des substances extrêmement âcres et irritantes, susceptibles de produire l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-duodénale.

Une espèce d'ictère que l'on a désignée sous le nom d'ictère spasmodique ou essentiel, est celui qui se développe à la suite d'une émotion morale vive, une frayeur, un accès de colère, une douleur vive et inattendue. La colère et la frayeur sont les deux troubles fonctionnels du système nerveux qui s'accompagnent le plus souvent d'un état ictérique. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation que nous avons rapportée, l'ictère était bien survenu, dix-huit mois avant le moment actuel, à la suite d'une frayeur vive, au moins à ce qu'elle rapporte quand on l'interroge sur les causes de sa maladie. Mais si l'ictère fut d'abord le point de départ de la maladie à laquelle on n'aurait pu attribuer aucune cause organique, il paraîtrait que plus tard, par un enchaînement de circonstances qui nous échappent, il se serait développé un état pathologique fort manifeste de l'organe sécréteur de la bile, consistant principalement en une augmentation de volume très considérable, et alors l'ictère n'aurait plus été que symptomatique d'une affection chronique organique de cet organe. Il ne manque pas, dans la science, de faits analogues, relatifs à d'autres affections qui d'abord, cause de certains phénomènes morbides, sont devenues plus tard l'effet et la conséquence même de la persistance de ces phénomènes, et ont dû leur durée aux troubles fonctionnels et aux altérations organiques qu'elles ont provoqués.

Terminons ce que nous avons à dire des causes de l'ictère, par celle qui produit cette affection chez les femmes enceintes. Les auteurs ont donné de cet ictère deux explications assez plausibles, et qui peuvent chacune être admises, selon les cas dans lesquels on les observera, sans nécessiter, l'une au préjudice de l'autre, une exclusion formelle. Il peut arriver, chez quelques femmes dont les cavités thoracique et abdominale sont d'une petite étendue, que le développement de la matrice puisse apporter une gêne considérable à la sécrétion et à l'excrétion de la bile. D'autres physiologistes, se fondant sur ce fait, à savoir, que l'ictère des femmes enceintes disparaît quelquefois avant l'accouchement, ont pensé que l'on devrait plutôt l'attribuer à une sorte de spasme des viscères abdominaux, correspondant à celui qu'éprouve l'utérus pendant les premiers mois de la gestation.

Le passage de la bile dans le système circulatoire, et de là dans d'autres liquides, produits de sécrétion qui ordinairement n'en renferment point de traces appréciables, est désormais un fait hors de toute contestation, et les analyses chimiques faites dans ces derniers temps ont dissipé les derniers doutes que l'on aurait pu conserver à cet égard. Tout le monde sait que l'on peut, par les moyens les plus grossiers de la chimie, par une simple addition de quelques gouttes d'acide nitrique, précipiter de l'urine la matière colorante de la bile qui s'y trouve quelquefois en énorme quantité dans les cas de jaunisse intense et long-temps prolongée.

Selon les causes auxquelles on croira pouvoir rapporter le développement de l'ictère, le traitement devra nécessairement éprouver des modifications importantes. C'est assez dire qu'il n'y a pas, pour cette maladie, de traitement exclusif et applicable à tous les cas. Si l'on a lieu de supposer que l'ictère est un symptôme déterminé par l'inflammation de la muqueuse gastro-duodénale, ou même de l'organe sécréteur lui-même et des enveloppes qui le revêtent, il sera souvent utile d'employer une ou plusieurs émissions sanguines proportionnées à la force du sujet et à l'intensité de la maladie, soit générales, soit locales, par les sangsues appliquées à l'anus ou dans le voisinage même de l'organe malade.

Lorsque l'on ne suppose pas que l'on ait affaire à un engorgement inflammatoire du foie ou des parties environnantes, mais seulement à une simple tuméfaction ou à un engorgement hépatique indolent, fût-il même inflammatoire, si la période aiguë est passée depuis long temps, les laxatifs pourront amener d'excellents résultats, en causant dans l'intestin une irritation spéciale, une sorte de provocation à la déplétion de la vésicule, et à l'excrétion du liquide biliaire dans l'intestin. On les a vus réussir quelquefois aussi dans l'ictère produit par l'obstruction des canaux biliaires, par un calcul, en diminuant l'afflux du sang vers le point malade de l'appareil biliaire.

Le traitement employé chez la malade dont nous avons raconté l'histoire n'a pas été, comme on a pu le voir, un traitement exclusif. La longue durée de la maladie, l'absence de tout phénomène pouvant faire croire à l'existence d'une inflammation aiguë, ne permirent pas à M. Rostan de mettre en usage les émissions sanguines locales ou générales, ni sur le point correspondant à l'organe malade, ni dans d'autres lésions. La même raison lui fit préférer l'emploi de purgatifs salins à dose modérée; un révulsif sur la région du foie et des frictions mercurielles répétées sur l'abdomen, principalement sur les points correspondant à l'organe malade, améliorèrent bien sensiblement, sans la guérir toutefois complétement, l'état de la malade. Nous disons sans la guérir toutefois complétement, et la chose est bien simple et facile à concevoir, vu la durée de l'affection et les désordres organiques bien manifestes que révélèrent au professeur les méthodes positives d'examen, la palpation et la percussion.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Il faut encore ranger dans le groupe des appareils à attelles employés contre les fractures du fémur, l'attelle d'Alban, si singulière, agissant comme une bascule, et qui représente une sorte de télégraphe; le bandage de Nicolaï, plus bizarre encore, qui consiste en un cercle pour le bassin, d'où partent deux béquilles en haut, et deux attelles en bas, articulées avec le cercle du bassin au moyen de charnières destinées à permettre au malade de se baisser. Cette simple description de l'appareil suffit pour faire comprendre que son moindre défaut est d'être tout à fait insupportable. La double attelle de Wulpi, dont la traverse inférieure donne un avantage à l'appareil sur celui de Desault, en permettant de faire l'extension dans le sens de l'axe du membre. Sanson n'a décrit que le bandage de Dupuytren, qui est généralement connu. Ceux de Scarpa, Meyer, Laugier, et quelques autres, n'en diffèrent que très peu.

Après ce groupe se présente celui des attelles extensives appliquées sur les deux membres, dont l'appareil de Bruninghausen a été le point de départ, et auxquels il faut rapporter les bandages de Hagedorhn, de Zendi, et de celui que M. Grifault a employé dans sa pratique spéciale. Le premier se compose d'une ceinture en peau extrêmement solide et suffisam-

---

M. le juge d'instruction près le tribunal de Dinant ayant chargé MM. A. Didot et H. Regnard, docteurs en médecine, domiciliés dans la même ville, de procéder à la visite et à l'examen de la petite fille, ces deux experts y procédèrent dans le cabinet du juge d'instruction, en présence de la mère de l'enfant qui commença par leur raconter les faits dont l'enfant reconnut l'exactitude. Cette dernière, qui possède une précocité d'esprit très remarquable, déclara qu'elle s'était prêtée aux manœuvres de J.... à quatre reprises différentes, et pour la dernière fois un mois auparavant : que pour la première fois J.... l'avait menacée et avait voulu la battre; mais que, les fois suivantes, elle s'était volontairement rendue aux invitations qui lui étaient adressées, et n'avait plus jamais résisté; que leurs entrevues avaient lieu, soit dans la grange, soit dans un petit bois qui est derrière leur maison; que, là, elle se couchait sur le dos, lui se couchait sur elle, puis mettait son doigt dans ses parties, se remuait beaucoup, et enfin se relevait.

Les experts, procédant ensuite à la visite et à l'examen demandés, reconnurent que la vulve, encore dégarnie de toute production pileuse, était pour ainsi dire agglutinée par un mucus épais et verdâtre qui se figeait entre les grandes lèvres et les débordait.

L'extérieur des parties ne présentait, du reste, ni rougeur, ni gonflement; elles étaient du volume et de la couleur habituels chez un enfant de cet âge et de cette stature.

L'intérieur des grandes et des petites lèvres était baigné par cette même mucosité verdâtre, dont la teinte toutefois était moins intense et se rapprochait plus du blanc crémeux que celle qui avait reçu le contact extérieur. Il n'y avait non plus ni gonflement, ni rougeur en cet endroit.

Le clitoris et l'orifice du méat urinaire étaient plus développés que d'ordinaire, sans paraître plus excités.

La membrane hymen existait toute entière, et se reconnaissait avec la plus grande facilité; elle était rouge, gonflée, et très sensible au toucher; elle offrait, sur sa partie droite, une légère érosion, comme si l'épithélium qui recouvre les tissus de cette région, eût été éraillé ou ulcéré dans une étendue de cinq à six millimètres.

Un liquide épais, jaunâtre, et tirant sur le vert, de nuance très pâle, s'écoulait du vagin et se formait en goutte à l'extrémité de ce canal. Le bout du petit doigt, présenté à son orifice, ne put pénétrer en aucune manière, et développa une douleur tellement aiguë, que toute tentative de ce genre devint impossible et dut être abandonnée à l'instant.

Un stylet, introduit dans le vagin et promené autour de sa circonférence, n'obtint pour ainsi dire aucun jeu, aucune liberté, et ne décrivit dans cette évolution qu'un cercle large au plus comme le serait la circonférence d'un tuyau de pipe en terre ou d'une plume à écrire. Encore cette manœuvre, opérée avec la plus grande douceur, développa-t-elle une grande sensibilité, et suffit-elle pour donner lieu à une forte douleur.

Le liquide qui s'écoulait de la vulve exhalait une odeur à la fois fade et fétide.

On remarquait sur la partie supérieure des cuisses, des plaques ou écailles jaunâtres, luisantes et desséchées, formées du liquide vaginal épaissi et solidifié par la dessication.

Après cette visite, les experts, dans le but d'éclairer la religion des magistrats et de leur faire bien apprécier toutes les circonstances de l'affaire, eurent à examiner les questions suivantes, auxquelles ils firent les réponses qui se trouvent placées immédiatement après chacune d'elles :

1° La petite fille est-elle ou n'est-elle pas atteinte d'une affection vénérienne?

L'écoulement de matière jaune-verdâtre dont l'existence a été constatée, constitue une véritable blennorrhagie, puisque le vagin est le siége d'une sécrétion abondante de matière muqueuse; mais il est impossible de déclarer positivement si cette affection est ou n'est pas de nature syphilitique, et conséquemment, à l'égard de cette question, on doit rester dans le doute.

2° Cette maladie, vénérienne ou autre, est-elle récente ou ancienne, et peut on préciser l'époque de son invasion?

La maladie doit remonter au moins à quinze jours de date, attendu que tous les symptômes d'irritation première ont disparu, et qu'il n'existe plus ni rougeur ni gonflement aigus vers les organes qui sont eux-mêmes le siége de la blennorrhagie. Si le clitoris et l'orifice du méat urinaire sont plus développés que d'habitude, ce développement est purement organique, et n'a rien qui rappelle une phlegmasie. Les seuls symptômes inflammatoires qui existent actuellement sont la rougeur de la membrane hymen et la sensibilité générale du vagin, mais ces signes, de même que la légère érosion qui se trouve à la partie droite, sont uniquement occasionnés et par la sécrétion et par le contact continuel du liquide irritant qui constitue aujourd'hui le principal et même le seul symptôme notable de cette affection.

3° La défloration a-t-elle eu lieu?

La défloration n'a pas eu lieu, et la petite fille est encore vierge, si toutefois on fait consister la virginité dans la non-introduction du pénis dans la cavité vaginale : l'intégrité de la fourchette et de la membrane hymen, l'étroitesse du vagin lui-même confirment cette assertion.

4° Si la défloration a eu lieu, à quelle époque peut-elle être fixée?

La réponse à la question précédente dispense de répondre à celle-ci.

5° Les parties génitales portent-elles des traces de violence qui pourraient être le résultat de quelque tentative de viol?

Il n'a été reconnu, ni vers les parties génitales, ni sur aucun autre endroit du corps, aucune trace de violence qui puisse faire croire que l'enfant a été l'objet de tentatives de viol. D'ailleurs, l'époque assignée à la dernière entrevue est déjà trop éloignée pour que ces traces, si elles ont jamais existé, puissent se reconnaître encore aujourd'hui.

6° S'il n'y a pas apparence de défloration, l'introduction du pénis dans le vagin peut-elle avoir eu lieu sans déchirures et surtout sans rupture de la membrane hymen?

Il est impossible qu'un pénis, quelque exigu qu'il soit, puisse pénétrer dans un vagin semblable à celui de l'enfant sans y déterminer des désordres tels que des accidents graves en seraient le résultat certain. Si cette introduction avait été opérée, il s'en serait suivi des déchirures, non seulement de la membrane hymen, mais très probablement aussi de la fourchette et des premiers anneaux que forment les replis de la membrane muqueuse; et alors, ces déchirures, irritées elles-mêmes par la nature et la quantité de l'écoulement constaté, se seraient enflammées d'une manière toute spéciale, et n'auraient sans aucun doute pu être guéries ou cicatrisées en aussi peu de temps. Il ne peut donc jamais y avoir eu, dans l'espèce, introduction du pénis d'un adulte dans le vagin.

7° Si l'enfant eût opposé la moindre résistance, J... eût-il pu approcher son pénis de ses parties génitales?

Il est évident que, si la petite fille eût opposé la moindre résistance, ce rapprochement eût été complétement impossible, ou du moins excessivement difficile.

8° La maladie dont la petite fille est atteinte doit-elle être communiquée pour exister; et son caractère contagieux prouve-t-il qu'elle-même l'ait reçue d'autrui?

Les annales de la science prouvent que la blennorrhagie peut, en bien des circonstances, se développer spontanément chez des personnes de cet âge comme de tout sexe, et cela sans qu'il soit nécessaire qu'il existe ou qu'il ait existé la moindre communication avec un individu affecté de cette maladie. D'ailleurs, ces blennorrhagies spontanées et non vénériennes sont tout aussi facilement communicables par contact que les affections réellement syphilitiques, et, sous ce rapport, elles ne peuvent en être distinguées en aucune manière.

Après cette première expertise, M. le juge d'instruction voulut s'assurer si des expériences convenables, tentées sur le linge de la petite fille, ne fourniraient pas quelques lumières à la procédure entamée. En conséquence, il remit aux deux experts deux chemises tachées qui avaient été portées par l'enfant depuis peu de temps.

Ces chemises présentaient, à leur tiers inférieur, une coloration à peu près uniforme, d'un jaune-verdâtre. Toutes les taches qui leur donnaient cet aspect étaient confluentes et confondues les unes dans les autres.

Le linge était raidi et semblait empesé, tant il était dur au toucher,

ment matelassée, d'où sort une plaque concave embrassant les deux membres et qui s'étend jusqu'au genou ; des coussins sont placés entre les deux cuisses, et les deux membres rapprochés l'un de l'autre sont fixés de telle manière, que c'est véritablement le membre sain qui sert d'attelle au membre malade. Celui d'Hagedorn consiste en une grande plaque percée d'une infinité de trous, d'une attelle interne et d'une attelle externe ; la contre-extension se fait au moyen d'un sous-cuisse : puis les deux membres sont fixés, mais sans être rapprochés comme dans le précédent. Le bandage de Zendi ressemble à ce dernier. M. Robert a imaginé un appareil bien plus singulier encore ; le malade est planté sur un pieu, absolument comme un mannequin sur son axe ; ce pieu aboutit à une planche, d'où naissent deux béquilles et deux attelles. Il n'est pas probable qu'on puisse résister à la fatigue produite par l'emploi de cette machine.

Un autre groupe qui se rapproche de ceux dont nous avons cherché à donner une idée, est celui qui comprend les appareils avec lesquels la contre-extension est portée dans l'aisselle. Trois bandages, basés sur cette idée, ont été imaginés par des chirurgiens Américains ; Physik est le premier qui en eut l'idée. Cet appareil n'est autre chose que l'attelle externe de Desault, prolongée jusqu'à l'aisselle au lieu de s'arrêter dans l'endroit ordinaire ; le reste est en tout semblable au bandage de Boyer. M. Guidson l'a modifié en employant deux attelles au lieu d'une. Il y en a encore un autre qui probablement ne vaudra pas beaucoup mieux. C'est qu'en effet tous ces appareils là ne valent rien. Comment prendre un point d'appui sur l'aisselle, qui est constamment mobile ? Tous ces bandages ont à redouter le sort de celui de M. Lambert, qui est resté dans les cartons de l'Académie.

Après les appareils à attelles, viennent les bandages à suspension, moins nombreux, et qui constituent une méthode qui n'est qu'une nuance de la méthode par flexion. Sauter fut celui qui imagina ce mode de traitement. Pour le mettre en usage, il faut que le membre soit suspendu en l'air, et il doit nécessairement être placé dans la demi-flexion ; ce n'est donc autre chose que le traitement par la position, mais modifié. On place au ciel du lit une corde suffisamment forte, à laquelle est attachée une planchette, de manière à présenter une surface sur laquelle le membre pourra être posé, de telle sorte qu'il soit suspendu et mobile tout enveloppé qu'il sera dans ses différents appareils qu'on aura employés, et qui seront fixés convenablement. Les moyens de ce genre dont fait usage M. Mayor, sont très connus chez nous ; on sait que ce sont des planchettes de bois sur lesquelles le membre est suspendu, après avoir été fixé, etc., etc. L'appareil de Braunn n'est autre chose que la planchette primitive de Sauter. M. Bérard a modifié aussi un de ces appareils.

Quoi qu'il en soit de tous ces bandages à peu près semblables, ce qui est véritablement important, c'est de savoir si la méthode par suspension vaut mieux que les autres. Beaucoup de chirurgiens l'affirment. M. Velpeau l'a essayé sous les yeux mêmes de M. Mayor, et il avoue qu'il lui a trouvé des inconvénients ; d'abord il faut découvrir le malade, et quand la température est froide, cela ne laisse pas que d'être une incommodité. Ensuite, il avoue que voyant cette mobilité, il en a été effrayé dans la fracture de la cuisse ; de plus, M. Velpeau n'a pas vu que les résultats fussent meilleurs par cette méthode que par certaines autres. Il est bien vrai qu'il y a là une sorte d'extension, mais elle est nécessairement très modérée, car, autrement, il y aurait compression sur les points en contact avec l'appareil suspenseur. Cependant ce n'est pas une méthode à dédaigner ; mais, sous le point de vue pratique, elle n'a certainement pas la valeur exagérée qu'on lui a attribuée, et ne méritait réellement pas qu'on la louât à outrance ainsi qu'on l'a fait.

Nous devons faire mention aussi de l'appareil de Josse, qui ne mérite pas, à proprement parler, le nom d'appareil, puisque sa méthode consiste à n'en point appliquer. Ce genre de traitement a la plus grande analogie avec celui que préconisait Sabatier ; ce chirurgien ne voulait pas non plus qu'on appliquât d'appareil, mais il recommandait que l'on exerçât de temps en temps des tractions modérées sur le membre.

Il reste encore à signaler le bandage de M. Bonnet, de Lyon. M. Bonnet pense que la position étendue est préférable à la demi-flexion et à la suspension. L'appareil qu'il met en usage consiste en une grande gouttière extrêmement solide, destinée à envelopper le bassin ; cette gouttière se divise en deux branches dans lesquelles doit être placée la cuisse fracturée, et l'extension est pratiquée sur la boîte elle-même. M. Bonnet prétend que cette boîte est excellente ; M. Velpeau dit ne pas avoir été frappé, comme lui, de ses avantages. Persuadé comme il l'est, que le raccourcissement à la suite des fractures du membre inférieur n'a pas été apprécié à sa valeur véritable, persuadé que ce raccourcissement, dans certaines limites, n'entraîne pas ordinairement les inconvénients qu'on lui a attribués, M. Velpeau ne comprend pas que l'extension et la contre-extension soient plus avantageuses exercées comme elles le sont avec ce bandage qu'avec tous les autres ; car, dans cet appareil comme dans tous, l'extension et la contre-extension ne peuvent être pratiquées qu'à la condition d'exercer une compression d'autant plus forte que cette extension et contre-extension seront plus fortes elles-mêmes, et nous en avons exposé bien des fois déjà les conséquences fâcheuses. De plus, le bandage de M. Bonnet a l'inconvénient grave, selon nous, d'être un bandage particulier, spécial, difficile à se procurer, qu'on ne peut pas se créer partout ; et c'est là, sans contredit, une des conditions de la plus haute importance et que doit remplir un appareil pour qu'il puisse se généraliser. Le bandage de M. Bonnet est bon, sans doute ; mais il faudrait qu'il valût mieux que les autres pour que son usage devînt général.

Le bandage de M. Martin Gonthier est aussi employé par quelques praticiens : il se compose d'une espèce de cuissart qui enveloppe la partie supérieure de la cuisse et du bassin, d'attelles en métal en dehors et en dedans du membre, et d'autres attelles en travers avec une traverse en bas. Cet appareil, qui a été donné comme bon par M. Gimelle, et qui a été employé par M. Bérard, avait déjà été inventé lorsqu'il le fut par son auteur ; c'est qu'en effet il ressemble presque complétement à celui de Wolpi, et il ne vaut pas mieux d'ailleurs qu'une foule d'autres.

C'est là une particularité qui se rencontre très communément ; le nombre de ces bandages est tellement considérable, que lorsqu'un médecin a l'idée d'en trouver un nouveau, s'il ne connaît parfaitement tous ceux qui déjà ont été imaginés, il doit forcément tomber sur une forme employée déjà par un autre à une époque plus ou moins éloignée.

M. Delafond a vanté encore un bandage se composant de deux tringles de fer qui s'articulent vis à vis le genou, de lacs, etc.

Telles sont les richesses que l'art possède ; elles sont grandes, comme on le voit : les appareils sont en nombre considérable, et nous sommes loin d'avoir tout cité. Mais que dénote cette grande quantité de bandages ? Il en est en chirurgie comme en thérapeutique : l'abondance des médicaments employés contre une maladie indique qu'il n'est pas de médicament sûr pour la guérir ; les traitements si nombreux de la phthisie prouvent qu'il n'est pas de véritables moyens connus de faire cesser cette affection ; le nombre des appareils conduit à penser que pas un seul ne remplit convenablement les conditions nécessaires. En général, plus on a de remèdes, moins ils sont bons.

Enfin, il nous faut parler maintenant d'un autre système de bandages que depuis long-temps déjà on avait appliqué au traitement des fractures ; c'est à-dire, de ce genre d'appareils connus sous le nom de bandages inamovibles. Larrey les avait mis en usage il y a un assez grand nombre d'années ; mais les essais qu'il avait tentés n'avaient pas paru concluants. M. Seutin les remit en honneur ; il modifia la matière dont on se servait avant lui, c'est à-dire qu'il remplaça l'amidon par le blanc d'œuf. Il publia beaucoup d'écrits sur cet appareil, et remua ciel et terre pour le mettre en vogue. Ce bandage n'est autre chose que le bandage ordinaire, ou le bandage de Scultet enveloppant tout le membre, et composé seulement de trois ou quatre plans superposés. On procédait de la manière suivante : L'extension, la contre-extension et la coaptation étant effectuées, on appliquait des compresses à nu, puis un premier plan de bandage de Scultet, puis un second badigeonné convenablement d'amidon, ou de colle ou de blanc d'œufs ; sur ce deuxième plan étaient placées quatre attelles de carton sur les différentes faces du membre : une semelle était appliquée en bas, qui tantôt appartenait aux attelles, tantôt un étrier avait été préalablement appliqué sur le plan sec. Ces attelles étaient fixées par un troisième plan amidonné, et quelquefois même on en mettait un quatrième. Quand tout était dans cet état, il fallait placer sur les côtés du bandage le drap fanon et des lacs pour maintenir parfaitement le membre pendant trois ou quatre jours jusqu'à ce que le bandage fût complétement sec : le pied du malade avait été fixé au pied du lit et le bassin au chevet, ainsi que le pratique aujourd'hui M. Velpeau. Dès que l'appareil était sec, le malade avait sur le membre un bandage moulé qui exerçait réellement une sorte d'extension permanente.

M. Seutin disait que les malades ainsi traités pouvaient marcher promptement et guérir sans difformité. Cet appareil a été employé en Belgique, en France, dans le service de M. Gerdy à la Charité, à l'hôpital Beaujon et à l'Hôtel-Dieu. M. Velpeau a vu un malade qui avait été traité par cette méthode à l'hôpital Beaujon et il a constaté un raccourcissement de deux ou trois centimètres. Le rapport sur cet appareil a été fait par M. Malgaigne, qui a conclu que la guérison survenait avec raccourcissement.

Quoi qu'il en soit, ce bandage inamovible ne vaut pas mieux que les autres et n'est pas plus mauvais ; il peut les remplacer dans beaucoup de cas, car ses inconvénients ne sont pas plus grands et son application est assez facile.

Quand il s'agit d'une fracture de cuisse simple, c'est-à-dire sans complication de plaie, fût-elle d'ailleurs compliquée d'ecchymoses ou même comminutive, M. Velpeau procède de la manière suivante, qui lui a toujours paru la plus convenable : le membre malade est placé dans une flexion légère et on le laisse ainsi deux, trois ou quatre jours en ayant soin d'appliquer seulement sur le lieu de la fracture des compresses résolutives. Cet intervalle de temps est utile, dit M. Velpeau, pour permettre aux muscles de se calmer, de s'assouplir et pour favoriser le dégorgement des parties, alors surtout qu'il s'est épanché du sang dans les tissus en quantité plus ou moins considérable. Au bout de ce laps de temps on applique sur le pied, sur la jambe et même jusqu'au-dessus du genou un bandage roulé simple et par dessus un bandage dextriné ; on a soin entre ces deux plans de bandes de placer deux bouts de bande enchevêtrées, ces deux bandes doivent être exactement parallèles à l'arc de la jambe. Quand M. Velpeau craint

---

Un frottement assez vif en détachait une substance pulvérulente assez abondante, d'un gris sale tirant sur le jaune, et cette poudre, délayée dans de l'eau distillée, laissait exhaler une odeur très fade, fétide et nauséense.

Les chemises elles-mêmes, plongées dans l'eau distillée, répandaient, après quelque temps d'immersion, la même odeur fétide, sans aucun mélange d'odeur spermatique.

Les liquides divers, obtenus par ces deux traitements, furent ensuite recueillis et soumis, en partie, à une ébullition soutenue, dont le premier effet fut de les concentrer, et dont l'effet consécutif fut de déterminer la coagulation d'une certaine quantité d'albumine.

Ces liquides furent filtrés après refroidissement, puis soumis à une douce évaporation : leur transparence n'a guère été troublée, mais leur odeur fétide s'est développée, et des flocons blancs sont survenus par l'addition d'un peu d'alcool.

Traités par la potasse et par l'acide sulfurique concentré, ces flocons, ou cette matière concrète, se sont dissous sans changer la teinte du liquide.

Les deux chemises, qui s'étaient décolorées et avaient perdu leur aspect jaune-verdâtre par l'action de l'eau, parurent privées de cet empois qui les raidissait auparavant. Par la dessiccation, cependant, elles se raidirent de nouveau comme du linge empesé, mais sans reprendre leur coloration première.

Toutes les taches examinées offrant le même aspect et donnant des résultats exactement semblables, les experts affirmèrent qu'elles provenaient toutes de la même source, le contact d'un écoulement vaginal blennorrhagique, dont la nature ne pouvait être autrement précisée.

Dans l'absence du prévenu, qui restait toujours fugitif et caché, ses fondés de pouvoir ayant avancé qu'il n'avait jamais eu ni blennorrhagie ni gonorrhée, et allant même jusqu'à solliciter une visite judiciaire, le juge d'instruction trouva convenable de déléguer les deux mêmes experts à l'effet de se transporter à Givet (France) pour y visiter le nommé J..., et pour s'assurer ainsi s'il était ou n'était pas atteint de blennorrhagie ou de toute autre maladie vénérienne.

En conséquence, MM. Didot et Réguard se rendirent à Givet, où, quelque temps après leur arrivée, J... se présenta devant eux. L'un des experts le connaissant personnellement, constata son identité et la déclara. La visite fut opérée immédiatement.

La chemise que J.... portait était blanche et venait d'être mise depuis quelques instants seulement, ainsi qu'il était facile de le reconnaître à la fraîcheur du linge et aux plis nombreux qui n'étaient pas encore effacés.

Le pénis, recouvert par le prépuce, ne paraissait ni irrité ni enflammé. Le gland était humide. L'orifice du méat urinaire était rouge, mais sans gonflement, et la surface environnante du gland présentait la même rougeur dans une étendue circulaire du diamètre de 4 millimètres environ.

Des pressions répétées, dans le but de faire sortir les mucosités qui pouvaient exister à l'intérieur de l'urètre, ne produisirent aucun effet et ne firent point reconnaître l'existence d'un écoulement.

L'aine gauche était le siége d'un engorgement assez prononcé. On y apercevait trois ganglions plus développés que dans l'état normal et du volume d'un haricot. Ils étaient, du reste, parfaitement mobiles, sans aucune rougeur ni chaleur, et ne développaient aucune douleur à la pression.

En poussant plus loin leur examen, les experts reconnurent, au-dessous de la chemise blanche que portait J..., la présence d'une autre chemise salie et présentant au pan antérieur de nombreuses taches jaunes verdâtres, bien circonscrites, nummulaires et recouvertes par une substance pulvérulente de même nature et facile à détacher.

J..., très contrarié de cette découverte, dit que ces taches provenaient de sa femme, qui était habituellement sujette à un écoulement blanc, que depuis long temps il avait remarqué de semblables taches à sa chemise, lorsqu'il s'approchait d'elle, et que celles-ci avaient été produites lors de leur dernière cohabitation.

Néanmoins, l'absence d'écoulement par la verge, et, d'un autre côté, le soin de cacher la seconde chemise tachée de mucus blennorrhagique, engagèrent les experts à faire reposer J..... pendant quelque temps, pour l'examiner ensuite de nouveau. Après un repos d'une heure et demie, pendant lequel ils ne le perdirent pas de vue et ne lui permirent pas même de sortir pour uriner, ils procédèrent au second examen. Ils ne purent reconnaître un écoulement jaune-verdâtre, tel qu'il était indiqué par les taches de la chemise ; mais ils purent facilement et pleinement se convaincre que la membrane muqueuse de l'urètre était encore le siége d'une sécrétion rare, presque incolore, et qui ne tachait le linge que d'une manière peu prononcée. J... avait donc une blennorrhagie arrivée presque à sa fin, et la chemise sale, qu'il portait sur lui prouvait suffisamment que les symptômes ne s'étaient amendés que depuis très peu de temps.

J.... fit observer alors qu'il souffrait depuis long-temps de l'estomac, et que, par suite de cette affection, il avait souvent éprouvé des ardeurs d'urine et même quelques écoulement muqueux par l'urètre ; il ajouta que cela lui arrivait surtout pendant les chaleurs et lorsqu'il éprouvait des peines et des fatigues : il termina en affirmant qu'il n'avait jamais été atteint de maladie vénérienne.

A la suite de cette longue instruction, J...., ayant été renvoyé par devant la Cour d'assises, se constitua prisonnier.

La circonstance de viol fut écartée tout d'abord, et le ministère public soutint que l'inculpé était coupable d'attentat aux mœurs commis avec violence Il interpréta le mot *violence* comme se rapportant aussi bien aux violences morales qu'aux violences physiques.

Cet avis ne prévalut pas, et le jury prononça un verdict d'acquittement.

Cité devant le tribunal de police correctionnelle par suite d'une réserve du ministère public, J... fut acquitté de nouveau, et, sur l'appel interjeté devant le tribunal de Namur, ce dernier confirma la sentence des premiers juges.

NOUVELLES.

La galvanoplastie appliquée à la conservation des corps. — M. le docteur Somme (d'Anvers) a communiqué à l'Académie royale des sciences de Bruxelles, dans sa séance du 8 juillet dernier, un nouveau moyen de conserver les corps, qui paraîtrait supérieur à tous les procédés d'embaumement connus jusqu'ici. Voici comment il s'exprime :

« On a découvert depuis plusieurs années que la pile voltaïque avait la faculté de décomposer les corps soumis à son action. En établissant un courant galvanique à travers une dissolution de cuivre, d'argent ou d'or, le métal révivifié va se déposer par couches très minces sur des objets préparés à cet effet. En peu de minutes ces objets sont recouverts du métal dissous.

» Les arts se sont emparés de cette merveilleuse propriété de l'agent électrique : c'est ce qu'on nomme la *galvanoplastie*.

» Un pharmacien d'Anvers, M. Michiels, a essayé si le transport des métaux pouvait aussi s'opérer sur des substances animales. Il est parvenu à recouvrir entièrement de cuivre des pièces anatomiques, de manière à intercepter complétement le contact de l'air, et par conséquent à les conserver à l'infini.

» Les formes des corps, les moindres replis de la peau, les traits du visage, tout est parfaitement représenté. Une mère qui voudrait ne pas se séparer d'un enfant que la mort lui a enlevé, pourrait le tenir dans son appartement, recouvert de cuivre ; il serait doré ou argenté pour prévenir l'oxydation. »

Des pièces ainsi préparées par M. Michiels ont été mises sous les yeux de l'Académie.

Quelques membres ont fait observer que des essais semblables ont déjà été faits, et particulièrement pour la conservation des formes des plantes. (*Bulletin de l'Académie des sciences de Bruxelles.*)

— Le conseil d'administration de la Société d'Émulation a, dans sa séance extraordinaire du 15 août dernier, désigné M. Hippolyte Larrey pour la représenter à la cérémonie qui aura lieu à Bourg à l'occasion de l'inauguration du monument élevé à Bichat, son fondateur.

que l'extension ne devienne trop fatigante en n'agissant que sur le pied, il fait mettre au-dessus du genou et de chaque côté deux lacs, en sorte que l'extension puisse être pratiquée alternativement sur le pied et sur le genou de manière à soulager ainsi de temps en temps la partie sur laquelle doit être fixé le lien à mesure qu'elle se fatigue.

Quand ce bandage est sec, on peut procéder à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. On place dans l'aine un lacs fortement rembourré par un gros bourrelet ou avec de fortes bandes, des compresses, de la charpie y sont appliquées; cette partie de l'appareil est commune à tous les bandages, à ceux de Desault, de Boyer, etc.; les deux bouts de la bande sont conduits à une des barres du chevet du lit en ligne droite, en ayant soin d'examiner si la racine du membre ne se trouve pas trop fortement serré entre les deux jets du lacs.

Si l'on observe, en effet, que cette compression ait lieu, il faut faire passer les deux bouts de la bande dans une attelle percée de deux trous, ce qui suffira pour les maintenir écartés et pour soustraire la racine de la cuisse à cette compression. Pour faire l'extension, on embrassera le talon d'une main et le pied de l'autre, les deux côtés du lacs qui y a été fixé seront tirés dans le sens de l'axe du membre, et si par leur tension ils comprimaient les deux côtés du pied, on y remédierait par le même moyen que nous venons d'indiquer pour la cuisse. Le lacs ayant été tiré selon la direction du membre, et cela non seulement pour la direction latérale mais encore pour l'élévation et l'abaissement, sera fixé au pied du lit du malade.

Nous avons omis de dire qu'avant l'application du lacs contre-extenseur, on devra mettre au blessé un bandage de corps bien déplissé et modérément serré. Alors on placera sur le membre un bandage roulé simple avec une bande sèche, puis un bandage dextriné qu'on terminera par des spica qui monteront jusque sur le bandage de corps sans pourtant jamais le dépasser. Entre ces deux plans, comme pour les autres fractures, on place des attelles en carton et même des compresses graduées s'il est besoin. Une fois que le bandage dextriné est sec, le malade se trouve dans une boîte très solide, moulée sur le membre, l'on détache alors les liens extensif et contre-extensif.

Ces liens deviennent, en effet, complètement inutiles; le bandage représente alors par sa partie supérieure un entonnoir qui arrête le corps dans sa propension à descendre et à rapprocher le fragment supérieur de l'inférieur. Il y aurait donc à redouter qu'avec cet appareil le fragment inférieur ne remontât et ne détruisît ainsi la coaptation; mais qu'on examine la partie inférieure du bandage, et l'on se convaincra facilement que cette portion est également conformée comme un entonnoir, de telle sorte que l'appareil ne peut pas plus permettre au fragment supérieur de descendre qu'il ne permet au fragment inférieur de remonter. Ajoutons que rien n'est plus favorable que cette extension et cette contre-extension.

Après tout, ce bandage n'est autre chose que le bandage roulé double, un plan à sec et un second plan dextriné avec des attelles de carton. Mais ce en quoi il nous paraît offrir des avantages, c'est que tous ces éléments sont également nécessaires pour les autres, et que celui-ci a de plus de pratiquer l'extension et la contre-extension.

Nous avons décrit le bandage, tel que l'emploie M. Velpeau dans les cas de fractures simples, mais il doit subir quelques modifications importantes toutes les fois que la fracture est compliquée de plaie, nous insisterons sur ce point à propos des fractures de la jambe.

Dans un prochain article nous ferons connaître les opinions de M. Velpeau sur les fractures du col du fémur.

Dr PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 août. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

M. Velpeau présente au nom de M. Rancoud, membre correspondant à Vincennes, un enfant né sans bras. Les épaules se terminent par deux moignons, à l'un desquels on aperçoit les rudiments de quelques doigts. Cet enfant présente aussi un arrêt de développement de la mâchoire inférieure; la mère a trente-sept ans, et a mis au monde cinq autres enfants bien conformés. Aucune circonstance ne peut expliquer cet arrêt de développement.

— *M. Breschet* annonce la mort de M. Fleury, membre correspondant à Clermont.

— *M. Rochoux* obtient la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

Messieurs, si la proposition quasi-réglementaire dont j'ai fourni bien innocemment l'occasion à M. Royer-Collard, était une chose purement personnelle, je n'aurais plus à m'en occuper; mais la question soulevée par notre collègue intéresse l'Académie toute entière. C'est une question de principe; dès lors je me vois forcé de vous en entretenir très brièvement.

Dans une société où l'égalité est censée régner, personne ne peut prétendre imposer aux autres sa manière d'envisager et de conduire la discussion des questions scientifiques. Chacun, à cet égard, fait de son mieux, et comme il l'entend. Ce n'est pas trop accorder, si l'on songe que parmi nous celui qui parle est presque toujours content de lui. Mais s'élever contre tous nos précédents, vouloir en outre, comme M. Royer-Collard en a manifesté l'intention, empêcher ceux d'entre nous qui ont étudié un point quelconque de la science, de le produire devant l'Académie quand l'occasion s'en présente, serait aller contre l'esprit de notre institution et de toutes les sociétés savantes, où très assurément on ne saurait être convié à parler de ce qu'on ne sait pas. En preuve, je citerai la discussion *chevaline,* dans laquelle nous avons entendu avec plaisir et profit M. Royer-Collard nous faire, sur les boxeurs et l'entraînement, ce qu'il appelle à présent une leçon; leçon pleine d'intérêt, évidemment parce qu'il avait étudié ces sujets. Notre collègue, ajouterai-je en terminant, a bien voulu dire, par deux fois, qu'il avait beaucoup de plaisir à m'entendre. Pour montrer que de ma part le même dire n'est pas un vain compliment, je m'engage, au lieu de chercher à entraver par mes restrictions les improvisations de ce savant, à continuer de lui offrir, comme par le passé, toutes les occasions en mon pouvoir de nous faire entendre son éloquente parole.

— *M. Guéneau de Mussy*, rapporteur de la commission des remèdes secrets, lit plusieurs rapports officiels demandés par le ministre du commerce et de l'agriculture, dont les conclusions défavorables sont successivement adoptées.

— *M. Bouvier* lit une note sur les caractères physiques des muscles du dos pendant la vie dans les déviations latérales de l'épine.

Dans cette note, M. Bouvier conteste 1° la valeur symptômatique des caractères attribués à la rétraction musculaire; 2° la possibilité de distinguer celle-ci de la contraction physiologique; 3° l'opportunité et l'efficacité de la ténotomie appliquée aux muscles du dos.

Une longue discussion s'élève entre MM. Guérin et Bouvier, dans laquelle les arguments que nous avons déjà longuement exposés il y a un mois à l'occasion de la dernière présentation de M. Guérin, sont de nouveau reproduits de part et d'autre. Nous croyons donc inutile de la reproduire, car elle a laissé les choses au même point où elles étaient. Cette discussion s'est passée d'ailleurs devant cinq à six membres.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Août 1843.)

Recherches sur la gangrène pulmonaire, et spécialement sur la nature et le traitement de cette maladie, et de la gangrène spontanée chez l'enfant; par le docteur Ernest BOUDET.

Premier article d'un travail non terminé.

Recherches sur le murmure continu vasculaire simple et composé, vulgairement connu sous le nom de bruit de soufflet à double courant, bruit de diable, etc.; par le docteur X.-A. ARAN.

Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

Le murmure continu (vulgairement connu sous le nom de bruit de soufflet à double courant, de bruit de diable) peut revêtir deux formes bien tranchées : il peut être à peu près uniforme (murmure continu simple), ou renforcé à chaque diastole artérielle (murmure continu composé).

Le murmure continu, simple ou composé, peut présenter plusieurs variétés : il peut être, selon une foule de conditions, bourdonnant, frémissant, sibilant, et même musical.

Les bruits musicaux ne sont jamais que des modifications du murmure continu, et n'existent jamais indépendamment de ce murmure.

Le murmure continu se présente principalement chez les femmes, vers l'âge de vingt à trente ans; chez les sujets d'une constitution molle et d'un tempérament lymphatique, chez les femmes chlorotiques, anémiques, ou affaiblies par des maladies antérieures.

Le murmure continu simple a pour siége les veines du cou, principalement les veines jugulaires interne et externe; le murmure continu, qu'on a décrit avec raison sous le nom de *bruit de soufflet à double courant*, est composé de l'élément veineux (murmure continu proprement dit) et de l'élément artériel qui y ajoute le bruit de soufflet intermittent.

Le murmure continu est le résultat de l'augmentation de frottement des molécules sanguines entre elles et contre les parois veineuses, qui est produite par l'accélération de la circulation résultant de l'appauvrissement du sang, et comme circonstance accessoire, par un certain degré de tension des parois vasculaires.

Le murmure continu a une grande valeur en pathologie, comme indice de cette foule d'états morbides (chlorose, anémie, etc.) dans lesquels le sang a perdu de sa densité et de sa plasticité. Sa disparition, alors même que le bruit de soufflet intermittent persiste, doit être considérée comme un signe d'amélioration.

De l'allongement et du raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie; par le docteur J. PARISE.

Suite et fin d'un mémoire dont la première partie n'a pas été analysée. M. Parise admet les changements suivants dans la longueur des membres par suite de la coxalgie : 1° un raccourcissement réel par atrophie des os; 2° allongement apparent à la vue; 3° un raccourcissement apparent à la vue.

Le raccourcissement réel par atrophie des os n'est pas lié à l'existence de la coxalgie, mais il l'accompagne presque constamment. On doit le soupçonner chez les enfants dès les premiers temps. Pour une durée égale de la maladie, il peut être plus ou moins prononcé. Quand il est considérable, c'est un signe fâcheux, non-seulement parce que le membre restera plus court que l'autre, mais encore parce qu'il indique une forme de coxalgie plus grave. Il importe d'en mesurer l'étendue d'une manière précise, car il faut la reconnaître pour évaluer celle d'un allongement ou d'un raccourcissement, qu'il soit d'ailleurs apparent ou réel. On l'obtient facilement en mesurant comparativement les deux formes et les os de la jambe.

L'allongement apparent à la vue indique une accumulation de liquide dans la jointure. S'il augmente, il indique une irritation nouvelle de la jointure. Si après avoir été prononcé pendant quelque temps il diminue un peu, les mouvements restant toujours aussi difficiles et aussi douloureux, si en même temps le grand trochanter, toujours écarté, devient plus saillant, la luxation sur l'échancrure postéro-supérieure est imminente. L'allongement, apparent à la vue, est moins grave que l'état opposé.

Le raccourcissement apparent à la vue, lié à l'adduction avec un certain degré de flexion, se voit rarement au début des coxalgies. Dans ce cas, il indique que l'articulation contient peu de liquide; ce qui doit faire craindre que l'affection ait commencé par les parties dures au lieu de commencer par la synoviale. Quand il succède à l'allongement apparent à la vue, sans diminution des autres symptômes et sans raccourcissement réel (compensation faite de l'atrophie des os), il est à craindre que la collection formée dans la capsule se soit fait jour dans les intestins musculaires ou dans le bassin. S'il y a en même temps raccourcissement à la vue et à la mensuration avec saillie du grand trochanter, il y aura luxation. En général, le raccourcissement apparent à la vue est un signe plus grave que l'allongement.

Note sur un cas de névralgie trifaciale causée par la carie d'une dent molaire (observ. recueillie par M. STILLE); par M. VALLEIX.

M. Valleix, dans son ouvrage sur les hémorrhagies, et par l'analyse d'un grand nombre d'observations, était arrivé à dire que la carie d'une dent avait, dans aucun cas bien authentique, occasionné une névralgie bien déterminée. En voici un exemple communiqué par M. Stille, où il est impossible de méconnaître le point de départ de l'affection.

Une femme, âgée de vingt-sept ans, est éveillée pendant la nuit par une douleur aiguë et lancinante dans la joue gauche, sur la tempe, derrière l'oreille et le long du bord antérieur du muscle trapèze du même côté. Dès ce moment, elle fut en proie à des souffrances extrêmes, ne pouvant plus dormir et n'ayant de trêve à ses angoisses qu'une heure ou deux par jour, le matin. On appliqua aux parties souffrantes des topiques rubéfiants et narcotiques, mais sans autre résultat qu'un soulagement momentané. M. Stille s'aperçut que la deuxième molaire gauche inférieure était cariée; il en prescrivit l'extraction. Le dentiste, ignorant ou entêté, lui ôta la dent molaire à côté. La douleur persista. Deux jours après, il fit arracher la dent cariée, et *tout d'un coup* la douleur cessa. La carie de la dent n'intéressait guère que son émail; ses racines n'offraient aucune lésion.

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE, AU JARDIN DU ROI. — *Cours de Physiologie comparée.* — M. FLOURENS, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, ouvrira ce Cours mardi 22 août 1843, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre d'Anatomie, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 99. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 21 AOUT 1843.

Sérieusement envisagée en dehors de tout intérêt de personnalité, la question de l'embaumement mérite quelque attention de la part des médecins. Sous le point de vue purement professionnel, nous devrions féliciter M. Marchal (de Calvi) de l'avoir soulevée; et ce commencement d'opposition contre le privilége exclusif de la méthode par injection peut avoir plus de portée qu'on ne le pense peut-être.

M. Marchal a eu raison de le dire; le médecin, dans le cas d'embaumement, se trouve dans une position fort difficile : s'il embaume par l'ancien procédé, on l'accuse de hacher le cadavre; s'il se sert du procédé par injection, on l'assigne en police correctionnelle comme contrefacteur. Cette position n'est pas tenable; il y a urgence à ce que la question soit élucidée.

Il est un point, pour nous, qui domine tous les autres, et que nous faisons passer avant le point de droit et le point de science soulevés par la question, c'est le point de convenances. Or, nous disons qu'il est inconvenant, qu'il y a quelque chose qui blesse nos mœurs, le respect et la piété dont nous entourons les morts, en les rendant tributaires d'un monopole exclusif. Nous concevons parfaitement la répugnance des familles à confier le soin de conserver la dépouille mortelle de l'un de ses membres à d'autres personnes qu'au médecin qui a entouré le malade de tous les soins, qui lui a prodigué avec dévouement les secours de son art. Qui de nous n'a été témoin du touchant spectacle d'une mère éplorée, veillant avec sollicitude à ce qu'aucune main étrangère ne touche le corps de son enfant, l'ensevelissant elle-même, et portant dans ses suprêmes et lamentables apprêts tout ce que la douleur a de plus ingénieusement cruel? Dites à cette mère que la science possède le moyen de disputer temporairement à la destruction ce corps qu'elle pleure; elle acceptera sans doute les secours de la science, mais donnés par vous, médecin qu'elle connaît, qu'elle affectionne; et vous, médecin, vous serez forcé, ou de recourir à un procédé inefficace et qui répugne, ou bien de voir arriver un commissaire de police et ses agents, pour dresser procès-verbal de votre délit. Et cela, non parce que vous aurez employé les substances préservatrices dont se sert M. Gannal; sur ce point son privilége n'est pas contesté; mais parce que vous aurez fait une incision à la carotide!

Nous ne nous hasarderons pas à traiter la question de droit, qui exige des connaissances spéciales. D'ailleurs, la question de droit se résout ici parfaitement par la question de fait. Est-il vrai qu'avant l'obtention du privilége de M. Gannal, on ait proposé et employé l'injection par les artères, et notamment par l'artère carotide, d'une substance préservatrice de la décomposition putride des cadavres? Oui, le fait est évident; les citations de M. Marchal (de Calvi) ne laissent aucun doute à cet égard. M. Gannal n'a répondu à ces faits que par des assertions et par la différence qu'il a voulu établir entre l'idée scientifique et l'application industrielle. Cette différence, peut-on lui accorder la valeur que M. Gannal réclame pour elle? Nous ne le pensons pas? Il n'y a aucune parité à établir entre l'embaumement pratiqué par l'injection dans un but industriel et toute autre application scientifique née dans le laboratoire du chimiste ou le cabinet du physicien. Le ridicule de cette comparaison est si patent qu'on a peine à la concevoir de la part d'un esprit sérieux.

M. Gannal, se retranchant dans la question de temps et de priorité, assure que ses travaux sur la conservation des cadavres, remontent authentiquement à une époque antérieure, en 1833. D'abord, en fait d'authenticité et de priorité de privilége, la seule légitime et légale, c'est la date du brevet. Or, la date du brevet de M. Gannal est du mois de septembre 1837. Avant cette époque, Berzelius et M. Tranchina avaient injecté des cadavres, l'un par la poplitée, l'autre par la carotide. Il y a mieux; Lauth, dans le nouveau Manuel de l'anatomiste, publié en 1829, a écrit le passage suivant, qui lèvera tous les doutes à cet égard :

« J'ai vu, au Musée du Collége des chirurgiens de Londres, un corps embaumé par Sheldon, et qui s'est parfaitement conservé. On m'a dit que cet anatomiste s'était borné à *injecter* de l'essence de térébenthine *dans les artères* et dans toutes les ouvertures naturelles, et de laisser ensuite ce corps pendant quelques années entouré de toutes parts de plâtre. Saint Fand, dans son voyage en Angleterre, donne néanmoins une description différente et détaillée du procédé employé par Sheldon, que je crois devoir transcrire ici : « Il a commencé par injecter différentes parties du corps avec de l'alcool très fort, saturé de camphre et mêlé avec un peu de térébenthine; pour donner à la face une coloration naturelle, il pousse *dans les carotides* une injection coloriée, etc. »

« Ce procédé se rapproche beaucoup de la méthode de W. Hunter, que cet anatomiste a fait connaître à mon père. On injecte le plus tôt possible tout le corps d'essence de térébenthine, à laquelle on ajoute un peu d'essence de romarin; l'injection doit se faire par *la crurale* ou par *la carotide*, et l'essence doit être chauffée. Il faut tâcher de remplir les artères, les veines, et, si faire se peut, le tissu cellulaire. » (Pag. 751.)

Plus loin (pag. 753) : « Je pense, dit Lauth, qu'en faisant sur les sujets à embaumer des *injections dans les artères* avec une dissolution de sublimé, etc. »

Ces divers passages nous paraissent on ne peut plus explicites pour démontrer que l'injection carotidienne ne peut faire l'objet d'un brevet exclusif. Les droits à ce brevet ne peuvent porter que sur la composition du liquide employé par M. Gannal. Là évidemment il est dans son droit; aussi personne ne songe à le lui contester. Nous nous étonnons même que M. Gannal défende avec tant d'opiniâtreté sa cause, insoutenable selon nous, de l'injection carotidienne. Si son liquide est le seul bon, le seul préservatif certain de la putréfaction; si le sublimé, l'acide arsénieux, etc., ne valent rien, que lui importe donc que les médecins aient le droit de les injecter par la carotide? Qu'il prouve que lui seul conserve les cadavres, cela vaudra mieux que de disputer aux médecins leur droit d'embaumement par le procédé qu'ils jugent convenable, à la seule condition de ne pas employer le sulfate d'alumine.

Mais, ajoute M. Gannal, il y a eu un procès que j'ai gagné; les juges ont reconnu mon droit exclusif d'injecter par la carotide. Nous sommes fâchés que M. Gannal invoque comme un titre de gloire, un procès qui n'est pas fait pour lui attirer la sympathie des médecins. Mais, au demeurant, un procès qui n'a été porté qu'à un seul degré de juridiction, ne prouve rien. Il faut autre chose pour que la jurisprudence s'établisse sur un point de droit. Tous les jours les jugements des tribunaux sont cassés par des arrêts de Cours royales, et ceux-ci par la Cour de Cassation. Le brevet de M. Gannal n'a pas encore passé par ces épreuves. Aussi croyons-nous, le cas pouvant échéoir, qu'il serait imprudent et maladroit d'abandonner à ses seules forces un confrère qui se serait mis dans le cas d'être actionné par M. Gannal. Il y a là pour tous les médecins une question de dignité, de profession, d'affection pour les familles, et ce serait le cas, pour l'*Association de Prévoyance*, de prévoir ce qui pourrait arriver et de provoquer une consultation de son comité judiciaire.

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE. — M. BEAU.

De l'embarras gastrique. Observations et réflexion; par M. L. de CROZANT, interne des hôpitaux.

(Suite du n° 93.)

Des maladies d'un autre ordre, et dans lesquelles il est encore plus curieux de retrouver l'embarras gastrique comme cause génératrice, n'ont point trompé la sagacité du professeur de Vienne. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, il a vu des accès d'hystérie résister à tous les antispasmodiques, et disparaître avec quelques grains d'émétique qu'il administrait après avoir constaté l'état saburral du canal intestinal; et Stoll insiste avec raison sur ce fait, et montre qu'en pareil cas le vomitif est le meilleur antispasmodique qu'on puisse donner, de même qu'il est le meilleur fébrifuge contre certaines fièvres intermittentes bilieuses.

Ailleurs (page 251, vol. Ier), il raconte l'histoire d'un délire maniaque très aigu, survenu chez un jeune chirurgien fatigué par des veilles et des travaux intellectuels trop prolongés.

« Une saignée avait été pratiquée sans soulagement, dit Stoll; la langue était d'un blanc verdâtre et la fièvre peu intense. J'administre un purgatif par petites doses. Comme il commençait à vomir avant que le ventre s'ouvrît, je changeai ma marche, et laissant ce qui restait du purgatif, je prescrivis un vomitif qui fit rendre à plusieurs reprises beaucoup de matières vertes et pituiteuses. La connaissance revint aussitôt après les vomissements. Les remèdes salins et les amères terminèrent la guérison en quelques jours. »

Ce fait de Stoll se reproduit si souvent que les anciens, Casimir Medicus, par exemple, regardaient la folie comme le résultat d'une maladie gastro intestinale, et que c'est ainsi seulement qu'on peut s'expliquer la vogue de l'ellébore dans le traitement de la folie.

Pendant ou au interne à Bicêtre, j'ai presque toujours vu, dans le service de M. Voisin, les plus belles guérisons devoir être attribuées à l'émétique en lavage, que ce médecin emploie très souvent. Dernièrement une fille de service sujette à des accès de manie fut présentée à M. Beau au moment où l'accès venait de la prendre. Les signes de l'état bilieux engagèrent M. Beau à lui donner un vomitif, et le délire maniaque a disparu après de nombreuses évacuations.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

J'ai beau chercher et rappeler mes souvenirs, rien ne se présente; la semaine a été d'un calme désespérant, absolument rien de neuf, de piquant, d'intéressant; donc, j'essuie ma plume et je renverse mon encrier. Car, si je me suis engagé à vous distraire une fois par semaine, ce contrat est tout conditionnel et réciproque; il faut que vous d'abord, lecteurs, fournissiez la matière première que je ne saurais inventer, mais seulement mettre en œuvre tant bien que mal, selon les jours, quelquefois avec assez de bonheur, veut-on bien me dire, mais toujours, je l'assure, sans haine, sans méchanceté envers le plus petit comme envers le plus haut placé de mes confrères. Je dirai même, et cela probablement résulte de mon tempérament, que je ne comprends pas la haine, cet odieux sentiment, cette colère chronique avec laquelle, phénomène pour moi inexplicable, certaines gens peuvent vivre gras et frais. Ne confondez pas, comme quelques personnes le font trop souvent, la haine et la méchanceté qui sont des exceptions dans la nature morale de l'homme, avec ce penchant universel à fronder les ridicules, à rire des sottises, à faire ressortir avec un peu de malice ce qu'il y a d'excentrique et de plaisant dans la société qui nous entoure. Ce petit rire moqueur et bonhomme ne blesse et ne tue personne; les gens d'esprit en rient tous les premiers. Mais cela est bien peu grave, me dit-on. Je l'accorde, tout en répondant ce que je disais à un vieux camarade qui voit tout en noir, qu'on ne modifie pas à son gré ses habitudes et ses goûts, qu'on ne change pas à volonté sa manière d'envisager les hommes et les choses. Pour mon compte, depuis long-temps j'ai reconnu qu'on devient fou, ou horriblement égoïste, ou fripon lorsqu'on n'étudie que le côté sérieux et triste des événements de ce monde, lorsqu'on veut surtout connaître le mobile secret des actions humaines, je dis des plus généreuses en apparence. Peu désireux d'arriver à l'un ou à l'autre de ces résultats, je tempère l'austérité de l'étude morale de l'homme par la contemplation et quelquefois par le récit de ses petites passions et de ses ridicules. Je m'en trouve très bien; pour ma santé d'abord qui n'est pas tourmentée par l'atrabile, comme j'en connais; pour mes relations sociales, ensuite, dans lesquelles je n'apporte pas un front chargé de nuages, un œil scrutateur et méfiant, une réserve froide et ombrageuse, mais indulgence et abandon, plaisanterie douce pour le ridicule, insouciance parfaite pour toutes les questions intentionnelles.

Je sais que quelques esprits plus que sérieux s'offusquent de tout ce qui n'est pas présenté sous une forme grave. Mais un pauvre petit *feuilleton* par semaine pour offrir sous un point de vue moins important les petites affaires du monde médical, est-ce trop? Et d'ailleurs, *ridentem dicere verum*, *quis vetat,* a dit Horace? Ne suis-je pas, à la lettre le conseil de La Bruyere : Ne hasardez la plaisanterie que devant des gens d'esprit; tous mes lecteurs ne sont-ils pas dans ce cas? Allons, allons, messieurs, un peu moins de pruderie et un peu plus d'abandon. Et après tout, faut-il s'irriter outre mesure contre les fautes ou les erreurs humaines? Parce que quelques éhontés charlatans attireront dans leur boutique un peuple de sots et d'imbéciles, entonnerai-je les lamentations de Jérémie? Parce que quelques faméliques confrères souilleront leur robe doctorale dans une sale intrigue, dirai-je que c'en est fait de l'honneur de notre profession tout entière? Parce que l'Académie perdra le plus beau de son temps et de son éloquence dans les rapports sur les remèdes secrets, crierai-je que Catilina est à nos portes? Et parce que M. Gannal pleurera sur son privilége compromis, faudra-t-il m'exclamer que la patrie est en danger?

Assurément, de tout cela j'aime mieux rire, ce qui fait plus de bien, rend le cœur plus bienveillant, l'esprit moins irritable, et si en jetant à droite et à gauche quelques grains de ridicule, je chatouille l'épiderme un peu sensible de quelques hommes, je ne m'attirerai par là, je l'espère, ni antipathies profondes, ni haines énergiques, ni rancunes durables.

Cependant, je dois le dire, et je le dis avec regret, tout le monde à cet égard n'est pas de mon avis, et puisque je n'ai pas autre chose à raconter, je demande la permission de continuer sur ce sujet.

Une personne dont j'aime et dont j'honore le caractère, m'a adressé une réflexion sur laquelle je tiens à m'expliquer publiquement. On m'a dit, et d'autres peuvent l'avoir pensé : « Je comprends la critique » des faits et des opinions; j'admets qu'une investigation sérieuse doive » être exercée sur les choses, sur les doctrines; mais je ne puis admet» tre la critique s'exerçant sur l'homme, sur l'individu, car celle là » est dangereuse, blessante, cruelle, ne porte avec elle aucun profit » ni pour l'art ni pour la science, et ne sert qu'à entretenir des divi» sions haineuses. »

Je répondrai d'abord à mon honorable ami, qu'il se fait illusion sur les droits, les devoirs et les limites de la critique. Telle qu'il la conçoit, telle que la promettent, au début de leur carrière, tant de journalistes à qui l'expérience n'a pas encore appris les exigences du journalisme; cette critique est tout simplement impossible. Il en est de cette promesse comme de celle que nous faisons tous avec une entière bonne foi d'une impartialité complète et absolue sur tout et toujours. Pour si peu qu'on ait quelque contact avec les hommes; pour si peu que le cœur ne soit pas un morceau de marbre, sur lequel s'ébrèche tout sympathique mouvement, adieu cette complète impartialité, la plus généreuse, mais hélas! la plus grande des chimères. Ainsi de la critique personnelle, à moins d'être doué d'une organisation séraphique, il est impossible de ne pas franchir quelquefois ces étroites limites au-delà desquelles on blesse ou on irrite, même avec la meilleure volonté de ne blesser et de n'irriter personne. Le critique, tel que l'entendent certaines personnes, devrait être ange et démon. Démon, pour rester inaccessible aux affections humaines; ange, pour que l'individu s'abritât sous ses ailes contre les coups portés aux actes et aux choses. Or, le critique est homme et ne peut se soustraire à sa nature. Franchement, est-il possible de séparer l'homme de ses œuvres? Quand vous critiquez un livre, est-ce que par hasard vous faites plaisir à son auteur? Quand vous blâmez telle ou telle tendance doctrinale, chatouillez-vous agréablement celui qui la propage? Quand vous tonnez contre une thérapeutique, selon vous meurtrière, procurez-vous une vive jouissance à celui qui la professe? Multipliez à l'infini les exemples, prenez le médecin dans toutes les positions, suivez-

Si les vomitifs guérissent dans ces circonstances, et s'ils n'ont pas sur le cerveau les dangereux effets qu'on redoute quand ils sont donnés contre les maladies de cet organe traduites à l'extérieur par des désordres de l'intelligence, pourquoi ne procureraient-ils pas le même bien dans celles qui s'annoncent par les désordres de la sensibilité et de la locomotilité.

Stoll publie plusieurs succès dus à ce genre de médication, et entre autres l'histoire d'une hémiplégie, qu'on trouve dans le 1er volume de sa *Médecine pratique*.

M. Chomel, dans sa Pathologie générale (3e édit., p. 495), dit avoir vu des sujets chez lesquels un embarras intestinal était accompagné de l'engourdissement d'une moitié latérale du corps, qui disparut au bout de quelques jours à la suite d'évacuations naturelles ou provoquées. Ces faits de M. Chomel et les observations de Stoll, pourraient paraître choses rares à beaucoup de médecins. C'est une erreur que nous allons essayer de détruire en rapportant les extraits de quelques observations qui nous paraissent assez concluantes.

Première observation. — G. L., âgée de soixante-deux ans, entrée le 10 février 1843, jouissant d'une bonne santé, sauf quelques douleurs rhumatismales. Depuis trois mois elle se plaint de n'avoir plus d'appétit, la bouche est pâteuse; elle ne se nourrit que de vin sucré et de fromage. Le matin, elle a eu souvent des nausées. Les selles ont été toujours régulières. Quelques palpitations légères et passagères souvent; le soir, des accès de fièvre qui duraient une partie de la nuit, avec chaleur et sueurs; rarement du frisson. Au bout d'une quinzaine de jours elle a été prise de céphalalgie qui ne la quittait presque jamais, accompagnée de bourdonnements dans les oreilles. Des éblouissements et des étourdissements l'obligeaient de s'asseoir fréquemment: elle se comparait à une femme ivre. La vue a beaucoup baissé, et en même temps a été sujette à des illusions de toutes sortes. Les autres sens sont restés intacts. Insomnie la nuit; le jour un peu de coma. Les jambes sont le siége d'inquiétudes et de fourmillements qui la tourmentent beaucoup. Elle est très faible et ne peut se tenir debout.

Le 11, nous constatons en outre une teinte jaune de la face et des conjonctives; une intelligence affaiblie, des idées lentes et décousues, de la tristesse; sensibilité morale très exagérée. La langue n'offre aucun embarras, mais elle est poisseuse et couverte d'un enduit jaunâtre. Ventre indolent. Rien de notable ailleurs; pas de fièvre. Limonade; 10 centigrammes de tartre stibié; diète.

Dans la journée, des vomissements et des selles qui effraient la malade par leur abondance, changent complétement son état. Le soir, la figure était riante, et la malade disait éprouver un mieux extraordinaire.

Le lendemain, 12, tous les graves symptômes cérébraux avaient disparu; la céphalalgie intense, les bourdonnements dans le oreilles, les bluettes qu'elle avait devant les yeux, les fourmillements, les inquiétudes qui occupaient les jambes n'existaient plus. L'appétit n'avait pas reparu.

Le 13, elle se plaint d'une pesanteur à l'estomac; et comme il existait encore des signes d'embarras gastrique, on lui donna 1 gramme d'ipécacuanha qui produisit plusieurs vomissements bilieux et fit reparaître l'appétit.

Le 14, elle mange des potages avec plaisir; le 15, de la viande, qu'elle n'avait pu approcher de ses lèvres depuis trois mois.

Le 20, elle se plaignit de quelques étourdissements et d'un mal de tête qu'il faut rattacher a une constipation de cinq jours, dont elle n'avait pas parlé. 30 grammes d'huile de ricin les dissipent.

Depuis cette époque elle se porta très bien; sa vue redevenue bonne, lui permit de travailler; elle ne se plaignait que de quelques étourdissements légers qui sont suffisamment expliqués par l'état de faiblesse dans lequel l'avaient jetée une alimentation insuffisante pendant trois mois. On lui donna du tonique, et le 25 février elle sortit parfaitement guérie.

Deuxième observation. — Boisset (Jeannette), âgée de soixante-quatorze ans, entrée le 3 février. Depuis deux ans elle se plaint d'inquiétudes et de fourmillements dans les jambes, qui la tourmentent beaucoup et lui causent souvent de l'insomnie. Elle est sujette à des étourdissements et à des céphalalgies. Elle en fut prise il y a trois semaines, et débarrassée quinze jours après par un flux de bile très considérable, dans laquelle on l'a trouvée baignée; elle fut mieux les jours qui suivirent; mais bientôt les inquiétudes aux jambes ont reparu, et elle n'alla plus à la garde-robe depuis cette diarrhée considérable. Depuis huit jours elle a complétement perdu l'appétit, s'est senti le cœur barbouillé, envie de vomir, pesanteur à l'estomac, bouche pâteuse. La céphalalgie, les inquiétudes et les fourmillements des jambes ont augmenté, se sont compliqués d'un grand état de faiblesse, de bourdonnements continuels dans les oreilles et d'étourdissements, qui plusieurs fois l'ont fait tomber quand elle sortait le matin de son lit.

Les sens sont intacts; l'intelligence est très affaiblie. Cette malade, ordinairement vive, gaie et très intelligente, est aujourd'hui très taciturne et presque imbécille. Elle semble toute dépaysée au rapport des filles de service de sa salle. Elle répond à peine aux questions qui lui sont faites, et souvent tout de travers. Elle ne se levait plus, et urinait dans son lit depuis deux jours quand on l'a amenée à l'infirmerie. Aux renseignements précédents, nous ajouterons qu'elle présente le 4 février, à la visite, une teinte un peu jaune de la face et des conjonctives. L'haleine fétide, la langue sèche, fendillée sur les bords, couverte au milieu d'un enduit jaune très épais. Anorexie, soif vive, douleur à la région épigastrique. Ventre assez plat; constipation de quinze jours. Rien au cœur, pouls plein, sans fréquence, un peu de souffle dans la carotide gauche. Elle a connaissance de l'état d'imbécillité dans lequel elle se trouve depuis quelques jours, surtout par moments. Elle a des absences, de la difficulté à coordonner ses idées. Elle répond lentement aux questions qui lui sont faites; *la langue articule mal les mots.* Sérum avec 10 centig. de tartre stibié; lim.; diète.

Le 5, des vomissements de bile pure très abondante, et trois selles copieuses ont changé l'état de la malade du tout au tout. Il n'y a plus de céphalalgie ni d'étourdissements; les idées sont beaucoup plus nettes, la langue ne présente plus l'embarras qu'on remarquait hier. Cependant l'appétit n'a pas reparu; il y a encore des inquiétudes dans les jambes, mais beaucoup moins, et elle a pu dormir une partie de la nuit dernière. Limonade, bouillon, 1 gr. de rhubarbe. Cette prescription est continuée.

Le 7, la malade mangeait une portion.

Le 9, les inquiétudes des jambes ont disparu; on suspend la rhubarbe.

Le 11, quand elle sortit, la faiblesse des jambes n'existait plus, l'intelligence était très saine, et l'état général on ne peut plus satisfaisant.

Troisième observation. — Madame D., âgée de cinquante ans, entrée à l'infirmerie le 25 février. Cette malade a eu il y a quinze ans, à la suite d'une suppression de règles, une paralysie de tout le côté gauche, avec perte complète de la parole, qui dura quatre mois, et à la suite de laquelle le côté malade est restée toujours plus faible que l'autre. Les règles ont reparu, et la santé générale de la malade a été assez bonne jusqu'en 1836. A cette époque, la perte de son fils altéra sa raison, et différents actes de folie, entre autres des tentatives de suicide, obligèrent de l'enfermer à Charenton, dont elle sortit bien guérie quelque temps après; seulement la faiblesse du côté gauche s'est augmentée. Depuis cette époque, elle est bien portante ordinairement. Mais à quatre reprises elle a éprouvé des symptômes tout à fait semblables à ceux qu'elle présente aujourd'hui, et qui l'ont retenue au lit toujours cinq semaines à deux mois; chaque fois elle a été saignée deux et trois fois après des bains de sept heures, et n'a pu obtenir qu'on acquiesçât au désir de vomir qu'elle avait, dans la crainte d'*augmenter la congestion cérébrale.* Depuis trois mois elle aurait dû, dit-elle, entrer à l'infirmerie; et voici ce qu'elle éprouve depuis cette époque: perte complète d'appétit, goût de cuivre dans sa bouche, qui la dégoûtait de tout et provoquait des envies de vomir. Soif peu vive. Douleur à la région épigastrique avec sentiment de pesanteur qui a été très vive les autres fois, a fait croire à une gastro-entérite pour laquelle on lui a mis deux fois les sangsues. Constipation presque continuelle, toux sèche, quinteuse, sans expectoration, accompagnée d'une dyspnée légère et d'une douleur de côté passagère. Souvent du frisson et de la chaleur le soir. Céphalalgie continuelle, bouffées de chaleur à la tête, étourdissements, bruits variés et très intenses dans les oreilles; la vue, très affaiblie, est sujette à des illusions de toutes sortes, bluettes, mouches, etc., etc. La faiblesse du côté paralysé a beaucoup augmenté; il lui arrivait souvent de perdre sans s'en douter des objets qu'elle tenait dans la main de ce côté. Le côté gauche de la face et les doigts de la main de ce côté éprouvaient souvent de légères contractions. Fourmillements et inquiétudes dans les bras et les jambes. Crampes assez violentes; sensibilité morale très exaltée; intelligence saine. Durant ces trois mois, *elle a été saignée trois fois*, sans en éprouver aucun soulagement.

A la visite du 25, outre les symptômes que je viens de décrire, j'ai noté que la face était rouge, le sillon naso-labial et le pourtour du menton contrastait par une teinte jaune prononcée. La langue, assez humide, était couverte d'un enduit brun épais; pas de fièvre. Rien de notable ailleurs; 1 gramme d'ipécac., limonade; diète.

Des vomissements bilieux abondants, sans selles, ont beaucoup soulagé la malade. Plus de fourmillements, plus de trouble de la vue. Le sommeil a été bon. Pas d'appétit. On lui donne, le 26, 30 gr. de crème de tartre; lim.; diète.

Le 27, après des selles très copieuses, elle s'est trouvée bien; plus d'étourdissements, ni de bourdonnements d'oreilles. La tête est bien dégagée. Il y a encore un peu de céphalalgie, et des inquiétudes dans les jambes. Elle a l'habitude, à cette époque du mois, de mettre des sangsues depuis une suppression de flux hémorrhoïdal. L'appétit commence à reparaître. 15 sangsues à l'anus; lim., deux potages.

Le 28, elle était dans le même état, moins la céphalalgie. Limonade, une portion, et 1 gramme de rhabarbe qu'on répète tous les jours, et qui lui procurait une ou deux selles par jour. Elle alla de mieux en mieux. Les inquiétudes aux jambes persistèrent jusqu'au 1er mars. A part la faiblesse du côté paralysé, elle ne se plaignait plus à cette époque d'aucun des graves et nombreux symptômes que nous avons exposés. L'appétit est très bon. La vue, qui a repris sa force, lui permet de lire. Plus de bluettes, ni de bourdonnements, ni de crampes, ni d'inquiétudes dans les jambes. Elle sortit le 4 mars, dix jours après son entrée, et jouissant d'une parfaite santé qui ne s'est pas démentie depuis ce temps.

Quatrième observation. — Geoffroy, âgée de soixante-quinze ans, entrée à l'infirmerie le 17 janvier. Bonne santé; vue faible depuis long-temps. Elle est souffrante depuis six mois. Perte d'appétit; bouche pâteuse le matin, et sèche dans la journée; soif vive; toux sèche, peu fréquente; douleurs de tête, sueur la nuit, bouffées de chaleur, bourdonnements d'oreilles, étourdissements: tels sont les premiers symptômes qui l'ont frappée le plus. Ils ont augmenté; puis l'ouïe est devenue faible. La vue, déjà mauvaise, a beaucoup baissé; elle voyait mille figures voltiger devant les yeux, surtout devant le gauche. La sensibilité générale a toujours été bien conservée. Les jambes perdirent beaucoup de leur force. Les signes d'embarras gastro-intestinal ont aussi beaucoup augmenté. La bouche est devenue amère, la perte d'appétit complète; elle a eu des nausées et une constipation très opiniâtre. Tous ces troubles ont augmenté peu à peu. La céphalalgie, devenue très intense et continuelle du côté gauche, est bientôt accompagnée de l'engourdissement de la face du même côté; étourdissements fréquents, inquiétudes dans les jambes. Dans la nuit du 17, elle perd connaissance, tombe en bas de son lit, ne peut se relever. Elle est conduite à l'infirmerie, où l'interne de garde lui fait une saignée qui ne change en rien son état.

Le 18, la teinte jaune de la face et un peu des conjonctives, l'enduit blanc de la langue, joint aux autres symptômes, lui font ordonner 10 centigr. de tartre stibié en lavage; limon.; diète. Il y eut un vomissement, deux selles, qui changèrent peu son état, sauf les étourdissements qui avaient diminué. Les mêmes symptômes persistant le 19, on lui ordonne un gramme d'ipécacuanha qui procure des vomissements bilieux très abondants et amènent un soulagement remarquable. Les

---

le dans toutes les voies qu'il peut parcourir comme écrivain, comme professeur, comme praticien en ville ou dans les hôpitaux, je vous défie de garantir son individualité contre le blâme ou le ridicule que vous jetterez sur ses actes ou sur ses œuvres. Quoi! un homme fera un livre absurde où l'étrangeté de la forme le disputera à l'étrangeté de la pensée, vous, critique charitable et grave, vous citerez de longs extraits qui dé opileront la rate de vos lecteurs, et vous vous croirez quitte envers la charité par quelque phrase ou banale ou menteuse envers l'auteur, et vous crierez anathème contre moi parce que j'aurai parlé de quelque paletot fantastique ou d'une certaine caisse de cigares?.. Allons donc! C'est votre guerre qui est perfide et cruelle, car les blessures qu'elle fait sont incurables, tandis que les miennes n'ont pas la gravité d'une égratignure; car vous piquez l'homme à l'endroit le plus sensible de son amour-propre, alors que je n'effleure que les plus superficielles couches d'une membrane dépourvue de sensibilité.

Qu'est-ce donc que cette critique personnelle qui effraie tant les esprits timorés? C'est tout et ce n'est rien. C'est tout; car toute critique est nécessairement personnelle et s'adresse à quelqu'un, tombe d'aplomb sur un individu quelconque. Ce n'est rien; car nos mœurs, les convenances, le bon goût, et à défaut de tout cela, le Code pénal, nous font défense de pénétrer dans la vie privée, c'est-à-dire, là où la critique serait véritablement et personnellement offensante, injurieuse, alors même qu'elle serait profondément véridique; car elle ne peut s'exercer que sur des actes de la vie publique, sur ceux qui caractérisent un homme, non dans la famille, mais dans la société. Or, qu'est-ce que le médecin, le professeur, l'écrivain, l'académicien? Incontestablement un homme public qui doit compte à la critique de sa pratique, de son enseignement, de ses écrits, de ses discours. Certainement, comme le disait Favart, le flambeau de la critique doit éclairer et non brûler; mais aussi, comme le disait Grimm, il n'y a que les gens d'esprit qui se critiquent; les sots s'admirent.

J'aurais mieux fait, sans doute, comme je le disais au début, d'éteindre ma bougie et de ne pas vous ennuyer de ma dissertation philosophico-critique. Prenez-vous-en à l'imprimeur qui est là, attendant mes feuillets hebdomadaires, et qui, malgré ma disette d'événements et de nouvelles, n'entend pas nous faire grâce de ce pauvre *Feuilleton*.

Jean Raimond.

Note sur un mode de traitement de la gonorrhée, actif et peu dispendieux; par le docteur A. Berton, chirurgien-major.

Dans un précédent article publié dans ce Journal le 21 juillet 1242, j'avais déjà indiqué l'emploi d'une préparation fort peu dispendieuse et dont l'action thérapeutique, tentée dans un petit nombre de cas, m'avait néanmoins paru de nature à être rapprochée de celle des compositions diverses dont le baume de copahu et le poivre cubèbe font la base.

Le luxe, comme on sait, de ces dernières préparations a été poussé très loin, et jusqu'à la recherche même la plus exquise...... Des capsules gélatineuses on est passé aux bonbons, aux dragées, aux pralines, etc.

En considération des petites bourses, la composition que je proposais me semblait mériter la préférence sous le rapport de la modicité du prix des substances qui la composent.

Mais les relevés suivants me paraissent maintenant basés sur un assez grand nombre de faits pour qu'il me soit possible d'établir que, si ma formule ne l'emporte également et d'une manière non moins tranchée comme remède actif, elle ne le cède au moins à aucune autre.

Voici, du reste, les substances que j'emploie, comme je les essaie et les administre:

Pr. Gondron,
Sulfate acide d'alumine et de potasse (alun). } *āā* p. ég.
Poudre de réglisse ou de lycopode, Q. S.
F. S. A. des bols de 2 a 3 decigrammes.

Ajouter au besoin quelques particules d'opium ou de camphre, pour diminuer la sensibilité du canal intestinal et s'opposer aux érections nocturnes (2 à 4 grammes par jour). La dose peut même être doublée sans inconvénient.

Il va sans dire qu'ici, comme dans toutes les autres méthodes, l'état inflammatoire qui existe parfois au début doit être abaissé avant l'administration du remède en question.

En définitive, les résultats comparatifs que j'ai obtenus sont ceux-ci:

33 individus d'une part et 45 de l'autre ont été soumis, les premiers, au traitement avec les balsamiques ordinaires, avec le baume de copahu et le poivre cubèbe; les seconds, au traitement par le goudron et l'alun. La moyenne des journées du traitement a été pour les uns de 12,7, et pour les autres de 12,4.

NOUVELLES.

M. le docteur Lejeune vient de signaler à l'attention des médecins praticiens la propriété éminemment contractile que possède l'*Anisodus lucidus*, de Link plante originaire du Népaul, et dont il conserve un pied dans son jardin. Suivant le dire de ce médecin, cette propriété serait de beaucoup supérieure à celle dont la belladone nous fournit l'exemple dans notre climat; en effet, elle dilate la pupille au point de produire une cécité momentanée, qui cesse aussitôt après la discontinuation du topique. Il reste à savoir si, prise à l'intérieur, cette plante a des effets analogues à ceux que déterminent les végétaux qui appartiennent à la famille des solanées.

— M. le docteur Girard, médecin en chef et directeur de l'Asile des aliénés d'Auxerre, vient d'être, sur la proposition du préfet et du conseil-général du département de l'Yonne, nommé membre de l'ordre royale de la Légion-d'Honneur.

— MM. Fée, chirurgien aide-major au 56e de ligne; Varlet, *idem* au 6e léger, en Algérie, et Forcade, *idem* au 4e chasseurs d'Afrique, sont cités avec distinction dans des rapports en date du 23 juin et 18 juillet dernier.

étourdissements ont disparu complétement, les autres symptômes ont diminué; l'appétit a reparu, et le lendemain 20, la malade peut se lever et manger des potages.

Le 22, elle mangeait la portion et ne conservait plus, de tous ces symptômes, que les inquiétudes dans les jambes; la vue, l'ouïe avaient repris, etc. Ce mieux si extraordinairement produit par des vomitifs, persista jusqu'au 27. Ce jour-là, après avoir mangé plus que de coutume, elle sentit une violente douleur aux deux talons qui l'obligea de se coucher, et qui disparut. Le reste de la journée du 27, elle n'éprouva rien d'extraordinaire; mais le soir, elle n'eut pas faim et ne voulut pas souper. La nuit, elle eut de l'insomnie, un malaise général, de l'agitation, des inquiétudes partout le corps, qui se terminèrent par une sueur abondante bornée à la tête.

Le 28, à la visite, la bouche est tout à fait déviée à droite; la prononciation est très difficile. Le côté gauche de la face est plus chaud que l'autre. Les deux bras sont également forts; elle accuse dans le gauche une chaleur qui est inappréciable à la main. Sensibilité intacte; fourmillements et inquiétudes aux bras et aux jambes. Les étourdissements ont reparu avec intensité. La bouche est pâteuse. Constipation de sept jours dont elle ne nous avait pas parlé. On lui donne 10 centigrammes de tartre stibié en lavage; lim.; diète.

Elle a peu vomi, mais elle a eu des selles liquides très abondantes; et le lendemain 29, la déviation de la bouche, qui avait commencé à disparaître la veille après les évacuations, est tout à fait inappréciable. Les étourdissements ont aussi presque complétement disparu. Elle se plaignait encore d'inquiétudes dans les jambes et de faiblesse de la vue du côté gauche, et durant seulement quelques instants. L'appétit a reparu.

Depuis cette époque, la malade s'est levée tous les jours, mangeant bien et ne se plaignant que de quelques étourdissements et d'inquiétudes dans les deux jambes qui l'empêchaient souvent de dormir.

Le ventre fut tenu libre tout ce temps par des pilules d'aloès; le 8 et le 9 février elle prit une pilule d'opium, et le 20 les inquiétudes avait tout-à-fait disparu.

Une tendance continuelle à la constipation nous a fait garder cette femme très-long-temps dans la crainte d'une nouvelle attaque. La santé s'est bien maintenue, à part quelques étourdissements quand elle se baissait ou montait un escalier, et, lorsqu'elle nous a quitté, le 4 mars, elle était dans l'état le plus satisfaisant.

Ces observations d'affections cérébrales présentaient toutes des symptômes d'une gravité qui saute aux yeux et qui se sont évidemment développées sous l'influence d'un trouble gastro-intestinal plus ou moins ancien qu'il a suffi de détruire pour voir à l'instant disparaître le cortége effrayant dont il était entouré. Chez deux de ces malades des saignées ont été pratiquées et la maladie a continué son cours, et que serait-il arrivé si le même système de traitement avait été poussé jusqu'au bout? C'est chose facile à prévoir, le pronostic est ordinairement facile chez un malade qui se plaint de céphalalgie continuelle, de trouble de la vue, de fourmillements et d'inquiétudes dans les jambes arrivant peu à peu, qui présente un engourdissement d'un côté du corps, de l'embarras dans la prononciation, la déviation de la bouche, etc., etc. Le diagnostic n'est pas douteux, le mot *ramollissement* est bientôt prononcé et le malade condamné à une mort presque certaine.

Il est bien probable qu'une semblable fin aurait été le sort des malades dont nous avons raconté la guérison s'ils avaient été abandonnés à eux-mêmes ou épuisés par des émissions sanguines qui pouvaient peu contre la cause première du développement de la maladie.

Les vomitifs ont donc guéri ces malades parce qu'ils étaient atteints d'une affection gastro-intestinale sous l'influence de laquelle l'affection cérébrale à laquelle ils étaient plus ou moins prédisposés a pris naissance. Chez d'autres individus l'influence saburrale étant la même, les maladies secondaires eussent été différentes, et au lieu d'une affection cérébrale nous aurions eu à traiter chez elles des pneumonies, des érysipèles, des dysenteries, etc.

Ce qui prouve surtout l'action puissante de l'embarras gastro-intestinal sur la production de toutes sortes de maladies graves, c'est l'emploi empirique du tartre stibié à hautes ou à petites doses dans toutes ces affections si différentes, telles que la pneumonie, l'érysipèle, l'asthme, la dysenterie, la folie, dans lesquelles il a été tant vanté. On s'explique alors pourquoi le même moyen ne réussissait pas toujours et dans tous les cas; cette diversité de résultats, obtenu par des praticiens différents se comprend facilement quand on admet que la maladie pouvait ne pas dépendre d'un embarras gastrique. Ce qui milite puissamment en faveur de cette manière de voir, c'est que dans toutes ces maladies le tartre stibié n'agit qu'en provoquant des évacuations gastro-intestinales, et que, même dans la pneumonie contre laquelle on l'emploie à hautes doses, on a remarqué depuis quelque temps qu'il ne produit d'amélioration que quand il y a des vomissements abondants.

Il peut paraître singulier au premier abord qu'on ne voie pas une maladie que nous disons aussi commune, mais outre la cause que nous avons assignée à cette négligence, nous devons surtout signaler le petit nombre de symptômes qui traduisent quelquefois l'existence de l'embarras gastrique, et si faibles que le traitement seul vient par la prompte guérison donner la certitude au diagnostic Il est en effet des cas où l'on n'a connaissance de l'embarras gastrique que par le succès des vomitifs, et ceux qui ne traitent pas les cas d'embarras gastrique ne peuvent pas les voir. C'est une chose toute naturelle. De même on voit tous les jours des affections dont la nature syphilitique ne s'est dévoilée que par l'efficacité des remèdes spéciaux et héroïques qu'on administre contre elles.

Si le solidisme de Pinel a nui beaucoup à l'embarras gastrique il y a aussi de notre temps des circonstances qui sont capables de les faire méconnaître; par exemple, les nouveaux moyens d'investigation physique qui absorbent à juste titre l'attention publique et qui peuvent d'autant plus nuire aux idées que nous défendons, qu'ils ont rendu plus de services à la science; nous voulons parler de la percussion et surtout de la plessimétrie. En effet si l'embarras gastrique n'est pas une fiction, et si la présence de la bile dans l'estomac a la funeste influence que nous lui prêtons, il semblerait tout simple que ces moyens dussent faire reconnaître sa présence dans cet organe. Ce moyen a en effet été mis en usage avec succès par Voisin dans une épidémie de fièvre bilieuse qui a frappé la prison centrale de Limoges. Mais dans le plus grand nombre de cas ces moyens puissants ne donnent pas de résultats parce que la matière bilieuse qui constitue l'embarras est en trop petite quantité pour être décelée par la percussion. Il suffit en en effet, de quelques cueillerées de bile dans l'estomac pour causer des dégoûts et entraver la digestion. Or, cette quantité située dans le bas-fond de l'estomac, recouverte par des gaz, est trop minime pour être reconnue. La percussion et la plessimétrie ne peuvent donc pas, dans cette circonstance, rendre les mêmes services que dans les autres maladies du thorax et de l'abdomen qui augmentent d'une manière sensible la matité des organes affectés. Beaucoup de médecins semblent même croire que la bile n'afflue jamais dans l'estomac spontanément, et que c'est plutôt l'émétique qu'on donne aux malades qui en provoque l'arrivée.

Nous ne sommes pas exclusifs, nous admettons, en effet, que quelquefois l'émétique produit cet effet et agit alors comme le font les aliments indigestes, la privation des acides et des fruits ou bien encore les travaux prolongés, le chagrin, etc.; quelquefois la cause de cet embarras constitue un état pathologique contre lequel on n'a d'autre moyen actif que l'évacuation provoquée par les caustiques. D'ailleurs la présence de la bile dans l'estomac est prouvée par mille faits. Le goût de bile dont se plaint le malade, les renvois bilieux qui indiquent comme toujours la nature des matières qui les déterminent, comme on l'éprouve quand on a mangé certains mets tels que des oignons, du poisson, des radis, puis enfin, comme preuve irrécusable, la guérison d'embarras gastrique par des vomissements spontanés de bile.

On voit, en effet, des individus se plaignant d'un goût de bile dans la bouche, de pesanteur à la région épigastrique, accusant de mille manières la présence de la bile dans l'estomac, vomir de la bile soit spontanément soit en mettant leur doigt dans l'arrière bouche, être immédiatement guéris. N'y avait-il pas, dans ces cas, afflux spontané de la bile dans l'estomac? Mais la nature est souvent impuissante à provoquer elle-même ce moyen curatif par excellence, et alors elle l'indique par les nausées, les vomiturition qu'elle provoque. C'est au médecin, qui est son ministre, à seconder ses efforts par la prescription des vomitifs, et à amener cette décharge salutaire qui seule peut soulager le malade avec autant de rapidité et d'efficacité quand on extirpe un corps étranger qui empêchait la guérison d'une plaie.

En résumé, nous avons donc voulu essayer de confirmer et d'étendre encore, s'il nous est possible, la pratique de Stoll, en prouvant:

1° Que l'embarras gastro-intestinal précède ou accompagne une foule de maladies auxquelles il sert comme de *soutien*;

2° Que lorsqu'on renverse le *soutien* par les moyens simples et convenables que tout le monde connaît, on fait disparaître ou diminuer sensiblement la maladie qui s'appuyait sur lui;

3° Que si on néglige cette médication rationnelle, et qu'on veuille attaquer directement la maladie secondaire (comme cela se pratique très ordinairement), on emploie sans succès des moyens habituellement héroïques quand ces affections sont dégagées de toute origine saburrale.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

Luxation de la cuisse en haut et en avant (sus-pubienne) datant de quinze jours. Réduction.

Jotlay (Victor), âgé de trente-deux ans, cloutier, d'une vigoureuse constitution, luttait avec un de ses camarades, le 1er août 1843, et cherchait à le renverser à terre, lorsque, perdant l'équilibre, et cédant en même temps sous les efforts de l'autre combattant, il sentit qu'il allait être terrassé. Réunissant alors toutes ses forces, et prenant un point d'appui sur le sol avec le membre inférieur gauche, il pesa de tout le poids du corps sur son adversaire qu'il tenait fortement embrassé, en portant en même temps la cuisse droite en arrière, comme s'il eût cherché, par une contraction violente et soutenue à la rapprocher du plan postérieur du corps. Il ressentit dans ce moment une vive douleur dans la hanche et, lâchant prise, il se laissa tomber en disant qu'il *était estropié*. La luxation s'était produite avant qu'il n'eût touché la terre. Elle n'est donc pas le résultat de la chute, qui avait été, en quelque sorte, ménagée et calculée.

Le malade fut relevé à l'instant même; mais il ne put marcher; et bien qu'il parvînt avec quelque peine à remuer le pied, tout mouvement de la cuisse était impossible.

Le jour de l'accident, vingt-cinq sangsues furent posées sur la tumeur qui siégeait dans l'aine, et des cataplasmes furent maintenus appliqués jusqu'au 8 août. Aucune tentative de réduction n'avait été faite, l'existence d'une luxation n'ayant même pas été reconnue.

Le 9, le malade voulut essayer à marcher: il ne put faire quelques pas qu'en boitant, d'abord parce qu'il n'osait confier au membre droit le poids du corps, et ensuite parce qu'il ressentait, dit-il, dans toute la cuisse et dans l'aine une raideur qui l'empêchait d'exécuter le moindre mouvement sans douleur.

Le samedi 12 août, le médecin qui le soignait se fit accompagner d'un confrère qui prononça sur la nature de l'affection, et le lendemain le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis.

Le membre droit n'offre pas de traces de gonflement, d'ecchymose, ni d'œdème. Il est un peu renversé en dehors. Des mesures prises avec beaucoup de soin, permettent de constater qu'il n'y a aucune différence dans la longueur des deux membres; et si j'insiste sur ce phénomène, c'est que les auteurs ont admis le raccourcissement comme un des signes de la luxation sus-pubienne. Suivant Astley Cooper, le membre serait raccourci de trois centimètres.

Le pli de l'aine a complétement disparu, et l'on sent sous les téguments une tumeur dure, arrondie, immobile à laquelle les mouvements de rotation imprimés à l'extrémité inférieure de la cuisse, ne font exécuter qu'un déplacement très peu sensible. Les vaisseaux cruraux sont placés tout à fait au côté interne de cette tumeur, sans s'appuyer sur elle. Le grand trochanter est porté en avant, et la fesse, qui a perdu sa forme arrondie, est aplatie et fortement allongée.

Le 16, M. Jobert, sans avoir fait subir au malade aucun traitement débilitant, tente d'abord la réduction en embrassant avec le bras gauche le membre près du genou, et en lui faisant exécuter des mouvements de rotation combinés avec des efforts d'allongement, tandis qu'avec la main droite il pèse sur la tête du fémur en essayant de la refouler vers la cavité cotyloïde. Aucun résultat n'ayant été obtenu par cette manœuvre, des liens sont fixés au-dessus des malléoles, et pendant que les aides exercent une traction énergique en ligne droite, le chirurgien cherche encore à faciliter le dégagement de la tête de l'os par des mouvements de rotation. Au moment où le membre est porté en dedans, M. Jobert, appuyant fortement sur la tête du fémur, la repousse en dehors, et cette seule tentative suffit pour la faire rentrer en son lieu et place, sans qu'on ait constaté le bruit particulier qui se produit ordinairement au moment de la réduction.

Immédiatement après, on trouve, en mesurant le membre droit, un allongement d'un centimètre, qui disparaîtra probablement dans quelques jours.

Luxation de la cuisse en haut et en dehors (iliaque). Réduction.

Breton (Charles), âgé de trente-deux ans, ébéniste, en descendant du vin dans la cave, fut renversé par la pièce, qui s'échappa des mains de ceux qui la retenaient; et lorsqu'il était par terre, elle vint peser de tout son poids sur la partie externe de la cuisse droite, à son extrémité inférieure, et la force, agissant sur un point très éloigné de l'articulation coxo-fémorale, rencontrait, dans cette circonstance même, des conditions plus favorables encore pour produire l'espèce de luxation qui nous occupe ici. A son entrée dans les salles, le malade était dans l'état suivant:

Le membre ne présente ni épanchement, ni tuméfaction. Comparé à celui du côté opposé, il offre un raccourcissement de sept centimètres. Tous les muscles de la partie interne sont dans le relâchement. Le pli de l'aine est fortement prononcé, et forme une arcade à concavité inférieure. La fesse est plus saillante, et le pli qui existe au point d'union avec la cuisse est plus élevé que du côté sain. On sent distinctement la tête du fémur dans la fosse iliaque externe. Le grand trochanter est plus rapproché de la crête iliaque. Les pieds et les orteils sont dirigés en dedans, ainsi que le genou, qui est placé au-dessus de celui du côté opposé. Tout mouvement d'abduction est impossible. Saignée de trois palettes, répétée et portée à cinq palettes avant la réduction.

M. Jobert, saisissant le membre vers sa partie moyenne, fait exécuter à la tête de l'os des mouvements de rotation qui tendent à la dégager, et après avoir fléchi la cuisse autant que possible, il l'étend brusquement en dirigeant la tête du fémur en bas et en dedans. Cette première tentative échoue. Alors on place un lien au-dessus du coude-pied, et le bassin est fortement fixé au moyen d'une alèze. L'extension est pratiquée d'abord dans le sens du déplacement, et ensuite les aides portent le membre en dehors, tandis que M. Jobert repousse fortement la tête de l'os vers la cavité cotyloïde. Le réduction s'opère à cette seconde tentative.

Camille Laurès,
Interne des hôpitaux.

Revue des journaux de médecine.

Gazette médicale de Paris. (N° 33, 19 août.)

Remarques sur le délire aigu qu'on observe dans les établissements d'aliénés; par M. A. Brierre de Boismont.

Ce délire aigu (frénésie des anciens) n'est ni la méningite, ni l'encéphalite. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic ne laissent aucun doute à cet égard. On doit le considérer comme un désordre purement nerveux, semblable au délire des ivrognes, des opérés, etc. Sa cause prochaine n'est pas plus connue que celle de ces différents délires et de beaucoup d'autres maladies nerveuses. Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans un certain nombre de faits ne sont que des complications d'autres maladies. Les limites qui séparent le délire aigu de la manie aiguë, de la méningite, de la méningo-céphalite, ne sont pas toujours faciles à saisir; aussi peut-on dire que dans quelques circonstances ces maladies se confondent par des nuances insensibles. Ce sont ces difficultés qui ont induit plusieurs médecins en erreur, et leur ont fait dire que le délire aigu était déterminé par une inflammation des membranes et du cerveau. Le délire aigu diffère, sans aucun doute, de l'aliénation par sa symptomatologie, sa marche, sa durée; mais il s'en rapproche tellement dans quelques cas, qu'on est alors porté à le considérer comme une folie aiguë. L'isolement est utile à ceux des accidents que cause cette maladie. Le traitement varie selon les circonstances.

Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. Volume 54e. (Suite.)

Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose, et sur l'emploi des injections caustiques à toutes les périodes de l'urétrite; par M. A. Debeney, D. M.-P, chirurgien aide-major au 12e de ligne.

En France, l'emploi de l'azotate d'argent est borné à la méthode de

MM. Serre (de Montpellier) et Ricord. Hors de là, on est très prévenu contre les injections caustiques dans l'urétrite, et on attache généralement à leur usage l'idée de grands dangers et de graves accidents. De nombreuses expériences ont démontré à M. Debeney la fausseté de cette manière de voir. Il cite un grand nombre de faits pour prouver que la cautérisation de la membrane muqueuse de l'urètre par l'azotate d'argent, depuis la proportion d'un demi-gramme jusqu'à celle d'un gramme et plus, par trente grammes d'eau, peut être pratiquée à toutes les périodes de la blennorrhagie, sans accidents consécutifs ; enfin, que si cette cautérisation ne supprime pas toujours immédiatement l'écoulement, elle a pour effet ordinaire de faire avorter l'inflammation au début, ou de l'éteindre après son développement.

M. Debeney a traité 26 cas de blennorrhagie au début par les injections caustiques, dont la dose la plus ordinaire était de 6 décigrammes d'azotate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau. Voici les résultats :

Cas où une seule injection caustique a suffi pour supprimer l'écoulement,	14
Cas de guérison après deux injections, à vingt-quatre heures d'intervalle,	4
Cas de guérison après trois injections, à vingt-quatre heures d'intervalle,	2
Cas de guérison après trois injections caustiques, plus les astringents, quatre jours,	2
Cas de guérison après deux injections caustiques, plus les astringents pendant les quatre jours,	1
Trois injections caustiques, astringents pendant quatre jours, repos pendant quatre jours ; puis quatrième injection caustique,	2
Un seul cas où sept injections caustiques furent nécessaires,	1
Total,	26

M. Debeney a traité aussi par le même moyen et à des doses qui n'ont jamais été moindres d'un demi-gramme, et qui se sont élevées à 1 gramme et au-delà, des blennorrhagies à toutes les périodes de sa marche. En voici le tableau :

Blennorrhagies de cinq à quinze jours d'invasion :

Guérison après une seule injection caustique,	3 cas.
Deux injections caustiques à vingt-quatre heures d'intervalle,	5
Guérison après trois injections,	4
Guérison après trois injections, plus les astringents pendant trois ou quatre jours,	4
Guérison après trois injections, astringents *item ;* puis une quatrième injection caustique,	5
Guérison après trois injections *item*, astringents *item*. Quatre jours de repos, plus deux injections caustiques à dix heures d'intervalle,	4

Invasion de quinze à trente jours et au delà.

Guérison après une seule injection caustique,	2
Guérison après deux injections, à vingt-quatre heures d'intervalle,	2
Guérison après trois injections et astringents pendant quatre jours,	2
Guérison après trois injections, astringents *item*, quatrième injection caustique,	3
Guérison après trois injections, astringents *item*, quatrième et cinquième injections caustiques,	4
Total,	38 cas.

En somme, M. Debeney a traité 85 malades atteints de blennorrhagie. Sur ce nombre, 17 ont été perdus de vue, 2 n'ont pas guéri, tous les autres ont guéri, aucun n'a éprouvé d'accidents.

Voici les phénomènes locaux et immédiats qu'une dose aussi forte de caustique détermine, ils sont les mêmes à l'état physiologique qu'à l'état pathologique. L'introduction de l'injection ne produit d'abord aucune autre sensation que celle d'un liquide froid ; au bout de 25 à 30 secondes, une douleur atroce éclate et retentit le long des cordons ; elle dure près de cinq minutes avec la même violence ; alors elle commence à diminuer, et au bout d'une heure elle est très supportable. La matière d'une sécrétion épaisse et blanche est excrétée assez abondamment pendant la nuit (l'injection étant pratiquée à 9 heures du soir) ; à 7 heures du matin, les urines rendues avec difficulté et avec une vive cuisson, expulsent en débris de pellicules blanches l'escharre de la muqueuse. A 10 heures du matin, il y a encore un peu d'écoulement, moins épais ; la miction a lieu librement et sans douleur ; à midi le canal est sec et les choses restent dans cet état.

Ainsi, ajoute M. Debeney, qui pratiqua sur lui-même cette expérience, loi générale : l'injection caustique produit sur la membrane muqueuse de l'urètre un effet constamment le même à l'état sain et aux divers degrés de la phlegmasie, inflammation plus ou moins violente, plus ou moins vivement sentie, suivant le degré de sensibilité des individus, qui se dissipe dans une durée de douze à quinze heures. Cette loi se fonde sur plus de 80 cas.

Quant à la manière dont M. Debeney pratique les injections caustiques, comme très souvent une seule suffit, il n'en fait qu'une, et il attend 24 heures ; si à l'expiration de ce temps l'écoulement n'est pas terminé, il recommence. Lorsque la blennorrhagie est au début, l'inflammation est ordinairement bornée à une petite étendue du canal de l'urètre, à partir de l'orifice du méat ; il a remarqué qu'il suffit alors de cautériser cette surface circonscrite au moyen d'une très faible quantité de liquide (le quart de la seringue) pour faire avorter la blennorrhagie. Lorsqu'elle a passé la période de début, il est nécessaire de pousser l'injection dans toute l'étendue du canal. Il n'a jamais pris la précaution de comprimer le périnée au moment de l'injection, et il n'a jamais vu d'accident survenir par suite de la pénétration du liquide caustique dans la vessie.

CAS DE POSSESSION ET D'EXORCISME AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE.

Un journal politique a donné, il y a quelques jours, une observation d'exorcisme pratiqué à Luxembourg chez une malheureuse fille atteinte de démonomanie et que l'on a considérée comme offrant un cas de *possession*, ainsi que cela se pratiquait à cette époque déjà si loin de nous que l'on veut bien appeler encore *le bon vieux temps*.

Une jeune fille de la Lorraine allemande, ayant toujours tenu une conduite exemplaire, innocente et chrétienne, avait été, dit la brochure d'où le journal a extrait ce fait, à l'âge de quinze ans, possédée du diable.

Parmi les symptômes qui manifestaient son état, on a remarqué qu'elle prédisait, en diverses occasions, les choses à venir ; qu'elle découvrait les secrets ; que, bien que son langage ordinaire fût pourtant le patois, ou le *platt deutsch*, elle parlait purement le latin, et distinctement et sans mélange les langues française et allemande. De temps à autre, elle était lancée par des convulsions affreuses, et par-ci par-là en poussant des hurlements horribles.

Le mauvais esprit se faisait un plaisir de la tourmenter intérieurement, tant par le désespoir dans les pensées que par les blasphèmes et les malédictions qu'elle exhalait en paroles.

Elle s'abandonnait quelquefois à la rage ; ses mugissements et ses cris sauvages éclataient même, de temps à autre, à l'église. Les prêtres en conclurent, en conscience, qu'elle était réellement possédée du diable.

L'évêque de Metz, qui en fut instruit, chargea immédiatement quelques prêtres d'avoir recours à l'exorcisme ; mais toutes leurs tentatives restèrent infructueuses, car le diable se raillait d'eux et les outrageait de différentes manières.

La pauvre fille resta pendant quinze ans dans cette triste situation, qui faisait le malheur de toute sa famille. Tous les siens étaient remplis de frayeur, par suite des habitudes diaboliques et fallacieuses que le mauvais génie lui avaient inspirées.

Il y a trois ans, l'évêque de Metz chargea un jésuite de renouveler l'exorcisme ; mais les efforts de ce nouveau venu restèrent également sans succès, bien qu'il eût eu la précaution de faire transporter la jeune fille sur la tombe d'un religieux du même ordre, le père Potot, qui était mort en 1836 en odeur de sainteté.

Enfin, celui qui devait réussir à chasser le diable arriva ; M. l'évêque Laurent vint établir son siége à Luxembourg. Dans une visite que lui fit cette jeune fille, le diable se fit reconnaître, car il ne l'avait pas quittée et s'était cramponné dans son intérieur. « Il se montra, dit le prélat, sous les formes les plus hideuses ; il ouvrit à cette fille la bouche jusqu'aux oreilles, pareille à la gueule d'une lionne ; ses yeux ressemblaient à des chardons ardents, et sous cette forme terrible, la malheureuse se jeta tout à coup sur moi et presque dans mon visage. Il m'est absolument impossible de décrire la frayeur dont je fus alors saisi. Je ne m'attendais à rien de pareil, et j'eus à peine le temps de lever la main pour faire le signe de la croix.

» A ce signe, la possédée fut jetée et lancée dans toutes les directions, en renversant les chaises et tous les meubles qui se trouvaient sur son passage ; finalement, elle fut précipitée sous ma table où elle gisait à terre, écumant et hurlant de rage comme une bête fauve. De mon côté, j'étais comme anéanti, me demandant pourquoi Dieu, m'abandonnant à mon infirme volonté, permettait que chose pareille arrivât en ma présence. Cependant, mes forces étant revenues, je me sauvai à grands pas, en fermant derrière moi, et avec précaution, la porte à clé. Tremblant encore de frayeur, je fis venir mon secrétaire et mes vicaires pour leur communiquer la puissance d'effectuer l'exorcisme en mon lieu et place ; mais, d'un autre côté, je me disais à moi-même : Serais-je donc assez lâche pour me laisser expulser de chez moi ? Non. J'entrepris donc moi-même l'exorcisme, assisté de mon secrétaire et de mes vicaires. Le résultat fut seulement d'affaiblir la puissance du diable et de tranquilliser la fille. Le diable s'était promis de faire beaucoup de mal à la jeune fille pour le lendemain, ce que lui défendis. Sur ce, il me menaça moi-même : Ah ! je vous tiendrai compte de cela, me dit-il. Je fixai néanmoins le dimanche suivant, 8 mai 1842, pour achever la délivrance de la possédée. »

Le diable fut de parole, car il fit éprouver à M. l'évêque Laurent des tourments que jusqu'alors il ne connaissait pas. Ainsi, tout s'obscurcissait autour de ce prélat ; il lui sembla qu'il allait perdre la foi ; il eut des attaques de désespoir et de méfiance en Dieu, attaques qui le font encore trembler de frayeur. Il sentait que le diable était en personne chez lui, et il aurait pu indiquer du doigt l'endroit où il se trouvait, tant il était pénétré de sa présence. Il fut sur le point de crier au secours ; mais pourtant il ne le fit pas. C'est ainsi que se passa cette nuit si inquiétante, et qu'il put enfin respirer librement ; mais la peur ne le quitta que le dimanche suivant.

M. l'évêque Laurent rend compte ensuite de deux séances d'exorcismes qui furent nécessaires pour mettre à fin cette redoutable entreprise ; il raconte ses entretiens, tant en français qu'en latin, avec le diable caché dans l'intérieur de la possédée ; les conditions que ce diable voulait mettre à sa retraite, et auquel lui, ministre du Très Haut, il ne voulut jamais consentir. Il ajoute que ce diable pleurait comme un enfant de se voir dans l'obligation de céder, et qu'il avoit un ton si plaintif et si lamentable, qu'ils auraient tous pleuré avec lui s'ils n'avaient pas su qui il était ; il n'oublie pas de noter qu'il l'a contraint d'adorer le Seigneur, etc., etc. Enfin, il termine en disant que, lors de son départ, on entendit à plusieurs reprises du bruit et une voix qui semblaient sortir des entrailles de la terre ; mais bientôt la jeune fille se leva ; elle était tout à fait délivrée !

Nous nous abstiendrons de faire aucune observation sur une pareille relation ; nous livrons le fait tel quel à nos lecteurs, persuadés que chacun d'eux saura, comme nous, apprécier une scène qui rappelle au souvenir de notre époque celles d'un autre âge, que trop de gens regrettent encore parmi nous.

Correspondance.

Nous avions différé la publication de la lettre suivante, pensant que l'auteur n'insisterait pas sur son insertion ; mais M. Roux (Louis) persiste, et verrait *peut-être un déni de justice* dans notre refus ; nous la publions donc et sans commentaires. Nous devons dire seulement que, bien loin que la discussion soulevée par M. le docteur Marchal sur le privilége de M. Gannal lui ait attiré le blâme de ses confrères, nous recevons de toutes parts des lettres de félicitation à son égard. Quant à nous, en laissant de côté toute personnalité, nous allons traiter avec soin cette question importante et qui intéresse le corps médical tout entier. Il serait à désirer que l'on approfondît ainsi et dans toutes les branches le *droit réel* de toutes ces patentes à monopole que le fisc dans son âpreté ne refuse à qui que ce soit, et dont le produit va s'engloutir avec la dîme du timbre et tant d'autres dîmes, dans le gouffre de plus en plus dévorant du budget.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre numéro du 14 de ce mois je trouve mon nom assez grossièrement mêlé à une discussion qui a soulevé contre son auteur un concert général de blâme. Ce n'est pas que je veuille mettre à profit cette circonstance pour envahir quelques-unes de vos colonnes ; depuis douze ans que je suis dans la presse littéraire et scientifique, j'ai appris à apprécier à leur juste valeur ces discussions à l'aide desquelles certains individus inconnus cherchent à faire poindre leur nom dans le journalisme ; mais je tiens à répéter à M. Marchal (de Calvi), sous-aide-major au Val-de-Grâce (1), ce que disait un homme d'esprit à un militaire qui s'emportait dans une discussion, que « pour n'être pas dans le » civil, il ne fallait pas être impoli, d'autant mieux que les sottises » n'étaient pas des raisons. »

Vous me permettrez d'ajouter encore que si, comme tant d'autres hommes honorables ou haut placés dans la science, je crois en conscience que les travaux de M. Gannal sont dignes d'une récompense honorifique, je ne pense pas que ceux pour lesquels M. Marchal (de Calvi) a maladroitement jeté le gant à notre célèbre embaumeur, le félicitent jamais de sa malencontreuse équipée. Il reste donc encore à M. Marchal (toujours de Calvi) de gagner ses éperons ; je lui souhaite sincèrement que ce ne soit pas par le ridicule.

En osant espérer que vous insérerez ma réponse dans votre plus prochain numéro, je vous prie d'agréer, monsieur et très honoré confrère et collègue, l'expression de ma parfaite considération.

17 août 1843. Louis Roux.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, ouvrira, le 25 août, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils seront terminés le 16 octobre, et auront lieu tous les jours, rue de La Harpe, 90, le dimanche et le jeudi exceptés. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, et celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur déduit, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

(1) M. Marchal (de Calvi), l'un des rédacteurs des Annales de la chirurgie française et étrangère, n'est pas sous-aide major au Val-de-Grâce. Chirurgien aide-major de première classe, il est attaché en cette qualité aux compagnies de sous-officiers vétérans de Paris ; il est de plus médecin du dépôt de recrutement de la Seine, et rédacteur, auprès du conseil de santé des armées, des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires.

Une Institution précieuse pour les familles a été fondée en Provence, par le docteur Dépierris, qui utilise avec succès l'influence salutaire du beau climat du midi et des bains de mer, unis aux moyens en usage, dans le traitement des difformités et des maladies lymphatiques des enfants des deux sexes. Dans cet établissement, qui est *un Pensionnat de santé*, les enfants, tout en recevant une éducation supérieure, changent bientôt leur tempérament par les conditions topographiques favorables où ils se trouvent. La faiblesse de constitution, le ramollissement des os, les tournures de la taille, les tendances à la phthisie disparaissent ; et les enfants sont alors rendus aux familles bien portants et instruits.

Les conditions d'admission sont modérées. S'adresser, pour traiter, au docteur Dépierris, directeur de l'Institut orthopédique du château de Malbousquet, à Toulon. (*Affranchir.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 100. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 23 AOUT 1843.

Une triste nouvelle a été communiquée hier à l'Académie de Médecine par M. Londe: M. Chervin vient de terminer sa glorieuse carrière aux eaux de Bourbonne, où il espérait retrouver sa santé déjà si gravement compromise, il y a dix-huit mois, par une première attaque d'apoplexie. Le temps nous manque aujourd'hui pour raconter convenablement la vie de cet homme de bien. Nous remplirons prochainement ce triste mais indispensable devoir, alors que nous aurons pu mettre en ordre les matériaux que nous possédons. Mais dès aujourd'hui nous voulons mettre sous les yeux de nos lecteurs le testament de notre regrettable confrère, cette page douloureuse, où l'on verra dans quelle situation la mort a saisi un homme qui a tant fait pour la science et pour sa patrie, cette page que l'on croirait échappée à Plutarque, tant elle respire de nobles sentiments, une noble espérance, et ces antiques idées qui confiaient à la patrie reconnaissante la mémoire d'un de ses glorieux enfants.

TESTAMENT DE M. CHERVIN.

« Je n'ai rien à laisser; tout ce que j'ai reçu de mes parents, tout ce que j'ai pu gagner dans la pratique assez lucrative de la médecine à la Guadeloupe, ayant été absorbé par les investigations auxquelles je me suis livré pendant vingt-sept ans sur l'origine et le mode de propagation de la fièvre jaune, dans le but de faire modifier le régime sanitaire relatif à cette maladie sur le continent européen.

» Non-seulement j'ai consacré tout ce que je possédais à cette grande et laborieuse entreprise, mais de généreux amis m'ont procuré les moyens d'atteindre à ce but. Mes travaux dans ce genre ayant répandu des lumières qui ont profité à la France depuis plus de seize ans, j'exprime le vœu, dans ce moment solennel, que la France rembourse aux généreux citoyens qui m'ont fourni les moyens de poursuivre cette entreprise jusqu'au point où elle est aujourd'hui, le capital et les intérêts de ces sommes au taux légal de 5 0/0 en France et 10 0/0 dans les Colonies. La note des personnes auxquelles je dois pour cet objet, se trouve dans le premier petit tiroir à droite de mon secrétaire; elle a pour suscription: *Papiers importants*.

» Toutes les personnes comprises dans cette note ont des reçus signés de ma main, excepté les docteurs Civiale et Rochoux, membres de l'Académie royale de médecine, et M. Charles Bégis, propriétaire à Saint-Germain-en-Laye, rue des Lingers, n° 3.

» Je déclare en outre que M. Bernard Pio, négociant à Paris, rue Saint-Denis, 24, m'a avancé à différentes fois plusieurs sommes qui peuvent bien s'élever à 3,000 fr.

» Je dois encore au propriétaire de la maison que j'habite, une somme d'environ 3,500 fr., suivant comptes arrêtés avec lui, qu'il est en position de présenter.

» Enfin je dois à MM. Hennuyer et Turpin, imprimeurs aux Batignolles, l'impression et le papier de ma dernière pétition aux Chambres.

» Je désire que M. le ministre du commerce veuille bien fournir sur le budget de son département quelques centaines de francs pour achever l'impression de divers écrits relatifs aux mesures sanitaires, en lui laissant la libre disposition de ces ouvrages.

» Cette impression, confiée à MM. Maude et Renoux, imprimeurs, à Paris, est en grande partie terminée; j'ai déjà donné un à-compte de 1,200 fr., et fourni le papier pour cet objet.

» Mon désir est que la terminaison de ces divers écrits soit confiée à mes deux honorables amis, MM. Londe et Réveillé-Parise, membres de l'Académie royale de médecine.

» Le discours préliminaire du principal de ces écrits est à peu près achevé, et avec moi à Bourbonne.

» J'exprime le vœu qu'une copie de ce testament soit adressée au ministre du commerce et une autre au président de la Chambre des députés. »

Copie d'une note écrite par le docteur Chervin, à Bourbonne, le 3 août 1843.

« Je donne à Londe et à Réveillé-Parise mes livres et papiers.

» Bourbonne, 3 août 1843.

» *Signé*, CHERVIN, D.-M.-P. »

« Je soussigné, J.-G. Ballard, médecin en chef de l'hôpital de Bourbonne, déclare que M. le docteur Chervin a écrit devant moi ce présent testament, en désignant MM. Londe et Réveillé-Parise, ses collègues, membres de l'Académie, comme devant recueillir les papiers, livres et documents de toutes espèces tant pour terminer les ouvrages commencés par lui, que pour les conserver à titre de témoignage d'amitié.

» Bourbonne, 3 août 1843.

» *Signé*, BALLARD. »

Ces vœux de Chervin mourant seront-ils entendus? Cette espérance, qui adoucit sans doute son moment suprême, la verrons-nous réalisée? Hélas! que d'obstacles, et combien peu notre organisation médicale actuelle se prête à cette généreuse illusion! Combien notre société tout entière est éloignée de ces nobles tendances auxquelles Chervin a fait appel! De quelque côté, en effet, que nous jetions les yeux, notre cœur se serre de découragement. Qui pourrait appuyer cette demande? Sera-ce la Faculté de médecine, dont le chef a eu le malheur de manquer à sa mission, en se faisant homme d'intrigue et de gouvernement? L'Académie de médecine, dont le premier besoin serait de consulter son réglement, et qui, quelque noble et élevé que soit le but à atteindre, ne saura jamais se soustraire aux entraves qu'il suscite? L'association de prévoyance, dont la caisse n'est pas assez riche et où d'ailleurs s'élèverait, sans doute, une énergique opposition? La tribune nationale, qui a perdu les traditions de la Constituante et de la Convention, de cette époque où des statues étaient votées aux hommes utiles, où leurs enfants étaient adoptés par la patrie? De la presse politique, dont les préoccupations sur les questions personnelles paralysent les généreux instincts?

En vérité, incités par le plus vif désir de contribuer autant qu'il est en nous à la réalisation des dernières espérances de Chervin, nous ne savons, nous ne voyons de quels hommes, de quelles institutions nous pourrions ranimer un zèle absent, provoquer une sympathique démarche, invoquer un appui bienveillant. Nous nous arrêtons découragés devant une indifférence si générale et si complète, devant l'oubli profond qui se ferme sur la tombe des citoyens les plus éminents par leurs vertus ou leurs services; nous craignons de frapper vainement sur des corps dépourvus de vibrations, de crier dans le vide et sans trouver d'écho.

Nous en appelons cependant aux journaux politiques dont l'empressement à signaler toutes les vertus et tous les genres de mérite nous est bien connu. Nous faisons appel notamment à *la Démocratie pacifique* à qui il appartient de faire retentir dans la presse le nom et les services de Chervin. Ce n'est pas en effet seulement par des services rendus à la science médicale que la mémoire de Chervin mérite d'être honorée. Ses travaux ont eu un but d'une utilité plus générale; car en démontrant la non contagion de la fièvre jaune, dans un temps peu éloigné et dont son infatigable activité a préparé l'avénement prochain, les rigueurs sans motif des établissements sanitaires cesseront d'apporter de ruineuses entraves au commerce de la France et du monde. Sous ce point de vue, Chervin cesse d'être seulement un médecin laborieux et savant, c'est un citoyen qui a consacré sa vie à la solution d'un des problèmes les plus importants du commerce extérieur, dont pendant vingt ans la voix n'a cessé de faire entendre le cri d'une réforme des plus urgente, et qui à ce grand œuvre a donné son temps, sa fortune, son dévouement, son courage, et tout ce qu'il y avait dans son intelligence de persévérance et de fermeté. Nous l'avons dit, il y a quelques années:

> Chervin, par sa constance active et salutaire,
> A travaillé trente ans à corriger la loi,
> Et martyr de sa cause a changé notre foi (1).

Et ailleurs, en le montrant dans les discussions à l'Académie:

> Là, glorieux vainqueur de la contagion,
> Sa force des combats attend l'occasion;
> Tel, on l'a vu jadis sur de lointains rivages
> Dépenser sa fortune en longs pèlerinages;
> Tel, lorsqu'à son retour, de tous ses documents
> Il court à l'Institut livrer les monuments;
> L'Institut étonné, par un vote unanime,
> Du grand prix Montyon lui décerne la prime (2).

Nous le disons avec une entière conviction, la patrie serait profondément ingrate si elle accueillait avec indifférence les derniers vœux d'un homme dont les dettes ont été contractées pour son service et son utilité.

Nos lecteurs liront avec intérêt quelques détails sur les derniers moments de Chervin, écrits par M. le docteur Therrin, qui avait donné à notre malheureux confrère une hospitalité généreuse et dévouée.

(1) FABRE, *Némésis médicale*, Souvenir du Choléra.
(2) *Ibid.* L'Académie.

A. Monsieur Réveillé-Parise.

Bourbonne, 16 août 1843.

Cher et honorable ami,

J'ai la profonde douleur de vous annoncer la mort de notre honorable ami le docteur Chervin. Il a succombé avant-hier, 14, à la suite d'une ancienne affection organique du cœur, qui déjà avait déterminé peut-être une attaque d'apoplexie survenue il y a près de deux ans.

Chervin était arrivé à Bourbonne le 18 du mois dernier, dans un état de santé déplorable, jugeant mal la nature de sa maladie, et entièrement persuadé que l'usage des eaux pouvait seul le guérir. Mes confrères et moi nous n'avons point partagé cette illusion. Les bains et les douches ne lui furent point conseillés. Cependant deux bains mitigés et deux douches très faibles, administrées en arrosoir, furent employées. Il n'en éprouva aucun effet bien prononcé.

Tout à coup il survint une température excessivement froide, et c'est à cette unique cause qu'on doit attribuer les accidents fâcheux dont il fut frappé. Bientôt la respiration devint haletante, stertoreuse, et présenta tous les symptômes d'une suffocation imminente.

Dès ce jour son état ne fit que décliner, et la mort n'eut lieu qu'après quatorze jours de souffrances et d'agonie.

J'avais appris par quelques-uns de mes collègues de l'Académie que la position pécuniaire du pauvre Chervin était fort triste; je me suis empressé de lui offrir l'hospitalité chez moi, où j'ai pu lui donner tous les soins affectueux de l'amitié. J'accomplissais ainsi un devoir qu'il m'était bien doux de remplir comme représentant ici en quelque sorte ses nombreux amis de Paris, et peut-être aussi l'Académie. Ses dernières paroles prononcées ont été l'expression de sa vive reconnaissance.

Je vous écris bien à la hâte, mon cher confrère, après avoir assisté aujourd'hui à son enterrement, en avoir ordonné et surveillé les détails; mais j'ai cru devoir vous envoyer de suite les notes ci-jointes, qui ne sont que de simples copies d'actes notariés dont je vous adresserai plus tard les originaux dûment légalisés.

Vous et notre digne confrère M. Londe, nommés légataires, vous jugerez s'il ne vous appartient pas de faire insérer dans les journaux un article nécrologique sur Chervin. Il serait sans doute convenable d'y rappeler ce qui a été dit sur lui dans une des dernières séances de la Chambre des députés, et de faire admirer son noble caractère, sa délicatesse, sa probité qu'il a si bien manifestés par son testament.

Je vous renouvelle en cette triste occasion, mon cher confrère et ancien camarade, tous les vieux sentiments d'estime et de sincère attachement que je vous ai voués.

Tout à vous de cœur. THERRIN.

P. S. Veuillez, je vous prie, communiquer cette lettre à M. Londe, et lui offrir l'assurance de tout mon dévouement.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Grossesse de huit mois chez une femme mal conformée et atteinte de syphilis. Accouchement par évolution spontanée. Péritonite puerpérale. Mort. Autopsie.

L'observation que l'on va lire, un peu longue peut-être, mérite, nous le disons à l'avance, toute l'attention des lecteurs, autant à cause des circonstances curieuses qu'elle a présentées, qu'en raison de l'interprétation que l'on en a faite et des observations qu'elle a suggérées, faute, sans aucun doute, d'en connaître suffisamment les détails.

Le 19 avril dernier, entra à l'hôpital la nommée Marie-Louise Frassard, âgée de vingt-huit ans, née dans le département de la Sarte. (Salle Saint-Bruno, 20.)

D'une constitution assez délicate, lymphatique, cette malade nous dit être née de parents sains et bien conformés. Elle est la dernière de quinze enfants, qui tous présentaient également une conformation normale, et est venue au monde à terme. Le pays où elle est née est malsain, couvert d'eaux stagnantes, et l'on y observe beaucoup de fièvres intermittentes. Jusque vers l'âge de douze ans sa santé habituelle a été bonne. A cette époque, les membres, surtout les inférieurs, ont perdu de leurs forces, à tel point que la malade ne pouvait plus marcher qu'à l'aide de béquilles.

Réglée à quatorze ans, difficilement, après une année d'indispositions et de malaises continuels. Elle assure n'avoir jamais été sujette à la leucorrhée. Sa santé ne s'est point rétablie après l'apparition des règles, et elle a conservé jusqu'à présent la faiblesse des membres signalée plus haut.

A Paris depuis quatre ou cinq ans, elle est entrée à la Charité, peu après son arrivée, pour s'y faire traiter d'une tumeur qu'elle portait dans l'abdomen. Elle est restée assez long-temps à l'hôpital, où elle a été soumise à un traitement

antiphlogistique, et en est sortie sans modification sensible dans son état. Il y a sept à huit mois maintenant, elle contracta une affection syphilitique dont elle présente encore les symptômes, et peu après elle devint enceinte.

Au moment de son entrée à l'hôpital de Lourcine, elle dit être enceinte de six mois et demi. Il paraîtrait, d'après son rapport, que pendant les deux premiers mois de sa grossesse, elle aurait eu des vomissements fréquents, et que ses règles auraient continué à paraître, mais peu abondamment. Il n'y aurait que depuis quatre mois que l'écoulement menstruel aurait tout à fait cessé.

Voici l'état que l'on constate le 20 avril, le lendemain de son entrée à l'hôpital :

Constitution délicate ; membres grêles ; taille de 1 mètre 50 cent. Le thorax est court, mais non déformé. L'abdomen offre le développement que l'on observe ordinairement à six mois et demi ou sept mois de grossesse. Au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, on constate la présence d'une tumeur dure, arrondie, de 0,08 m. de diamètre, indolente même à la pression, présentant des éminences lobulaires bien distinctes, et offrant ceci de remarquable, qu'elle semble voyager sous la peau, et se déplacer sous les doigts qui les chassent. La peau a conservé sa couleur normale ; on ne sent point d'écartement dans la direction de la ligne blanche. La malade dit n'avoir point remarqué que cette tumeur ait augmenté de volume depuis sa sortie de la Charité, il y a quatre ans.

Le bassin est déformé. A l'extérieur, la difformité semble bornée à la région ischio-pubienne, qui est extrêmement proéminente. La fente vulvaire est fortement portée en arrière ; les parties molles de cette région sont tuméfiées, un peu infiltrées ; les grandes lèvres, particulièrement, sont parsemées de tubercules muqueux nombreux ; on en observe aussi, mais en plus petite quantité, sur les petites lèvres, au périnée et aux environs de l'anus, dont les plis sont hypertrophiés et enflammés. La vulve et la partie inférieure du vagin sont baignés par un écoulement abondant, blanchâtre, épais. Les deux aines sont le siége d'engorgements ganglionnaires multiples.

L'arcade pubienne est très élevée, en même temps que d'une étroitesse telle, que trois doigts ne peuvent tenir dans la base de cette arcade, entre les deux tubérosités de l'ischion.

Les membres inférieurs, grêles, portés dans une adduction forcée ; les cuisses fléchies sur l'abdomen. Si l'on cherche à les ramener dans la position normale, on ne peut y parvenir complétement, et l'on détermine des douleurs très vives.

Le 20 avril, après avoir reconnu l'état que nous venons de décrire, on prescrit un traitement émollient, et l'on donne à la malade trois portions d'aliments. Les jours suivants, on continue l'emploi des mêmes moyens ; les tubercules muqueux, cautérisés à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent sont bientôt cicatrisés, et l'écoulement diminue d'abondance.

Le 4 mai, tous les symptômes syphilitiques ont complétement disparu. Il ne reste plus que des taches d'un brun violacé aux organes génitaux et aux environs de l'anus, dans les points occupés par les tubercules muqueux.

Le 9 mai, la santé de la malade étant très bonne du reste, M. Huguier porte de nouveau son attention sur l'extrême étroitesse du détroit inférieur du bassin. Il pense le moment opportun pour provoquer l'accouchement prématuré, convaincu que l'accouchement naturel ne pourra avoir lieu si la grossesse parcourt toutes ses périodes. Cependant, ne voulant pas prendre sur lui seul la responsabilité d'une opération aussi grave, il fait appeler, le 15 mai, l'un des médecins de l'hospice de la Maternité. Les avis ayant été partagés, le résultat de la consultation fut qu'on ferait suivre à la malade un traitement antisyphilitique par les sudorifiques et les frictions, et qu'on attendrait les événements. A ce moment, la santé générale est bonne ; l'enfant est bien vivant, et la mère distingue parfaitement ses mouvements. Elle n'éprouve que quelques douleurs locales et passagères dépendant de la compression et de la distension des parois abdominales et de la base de la position.

Le 18, on commence les frictions sur les deux membres inrieurs à la fois, avec 4 grammes d'onguent mercuriel, et de deux jours l'un seulement.

Les 29 ; 30 et 31, la malade se plaint de douleurs vagues dans le ventre, mais surtout dans les reins et les hypochondres. Du reste, rien de nouveau ; elle ne sent plus remuer son enfant depuis plusieurs jours.

Le 2 juin, une heure après la visite, Marie Trassard est prise de douleurs abdominales causées par des contractions utérines violentes. A neuf heures et demie du soir, la poche des eaux se rompt ; il s'écoule peu de liquide ; continuation des douleurs pendant toute la nuit.

Le lendemain matin, 3 juin, M. Huguier touche la malade. Le col est dilaté ; le membre supérieur droit et l'épaule correspondante se présentent. Regrettant alors plus que jamais de n'avoir pas mis à exécution sa première résolution, de provoquer l'avortement à sept mois, il ne crut plus pouvoir recourir qu'à l'embryotomie ou à l'opération césarienne, et cela pour deux motifs : 1° le volume et la position vicieuse de l'enfant; 2° l'excessive étroitesse du détroit inférieur qui s'oppose à l'introduction de la main pour faire la version. Encore, avant d'avoir recours à l'un de ces moyens extrêmes, il fait prier MM. Paul Dubois et Danyau de passer à l'hôpital de l'Oursine pour l'aider de leurs conseils.

L'auscultation du ventre ne peut faire entendre les battements du cœur du fœtus. M. Dubois dégage entièrement le membre supérieur droit, et l'amène en dehors. Ce membre est pâle, froid ; l'épiderme s'en détache par le moindre frottement, preuve évidente de la mort de l'enfant.

Cette première raison, et les mauvaises conditions dans lesquelles se trouve la mère, font rejeter tout d'abord l'opération césarienne pour s'arrêter à l'embryotomie. Mais vu la gravité de l'opération, et les circonstances défavorables dans lesquelles on se trouve, on décide que la malade sera mise dans un bain tiède, et que si vers une heure de l'après-midi il n'est survenu aucun changement dans la position de l'enfant, il sera séparé en deux portions qui seront extraites séparément.

A onze heures et demie on envoie chercher l'interne de garde. Celui-ci trouve le siége de l'enfant engagé dans l'excavation pelvienne ; le membre inférieur droit est sorti hors de la vulve. Le membre supérieur correspondant qui avait été attiré au dehors par M. Dubois, est un peu remonté ; des tractions sont opérées sur le membre abdominal sorti, et le gauche est dégagé. De nouvelles tractions sont faites sur le tronc, le membre supérieur gauche se présente, et bientôt il ne reste plus à sortir que la tête. Alors l'interne, continuant d'une main les tractions sur le corps de l'enfant, introduit dans le vagin son doigt recourbé en crochet, et pèse avec force sur la tête, qui se dégage enfin ; mais en même temps a lieu la rupture du périnée et de la paroi postérieure du vagin. L'enfant était mort, et dans un commencement de putréfaction. Un quart d'heure après l'accouchement, on procède à la délivrance.

La journée fut assez calme. On se borna à un traitement hygiénique et émollient. Le lendemain matin, après une assez bonne nuit, la malade commença à ressentir dans l'abdomen quelques douleurs vagues, et eut des frissons. Vingt sangsues sur l'abdomen.

Le 5, pouls à 96, dur ; peau de chaleur normale ; ventre moins douloureux ; le visage moins grippé ; l'écoulement lochial se fait avec un peu plus d'abondance. Mauve sucrée; lavement laudanisé, 10 gouttes ; cataplasme ; bouillon de poulet.

Le 6, légère amélioration le matin, qui se dissipe le soir ; la fièvre redouble d'intensité. Vingt sangsues sur l'abdomen.

Le 7, quinze sangsues seulement, sur les vingt qui ont été appliquées, ont pris. Le visage exprime la plus vive anxiété. Pouls fréquent, petit; langue sale. Ventre très douloureux à la moindre pression. Frictions avec onguent mercuriel, 4 grammes.

Le soir, trente sangsues sont appliquées sur l'abdomen, à la suite desquelles on semble constater un peu d'amélioration. L'écoulement lochial continue. Frictions mercurielles; diète.

Le 9, l'état de la malade semble avoir empiré depuis la veille. Ventre toujours extrêmement sensible à la pression. Vomissements verdâtres assez abondants. Pouls à 112-116, petit, peu développé. Vésicatoire aux cuisses.

Le 11, la malade succombe après une courte agonie, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie 24 heures après la mort.

Taille du cadavre, 1 mètre 50.

Abdomen. Un litre et demi d'un liquide séro-purulent, d'un jaune roussâtre. Adhérence des circonvolutions de l'intestin grêle avec la paroi antérieure de l'abdomen, et des circonvolutions entre elles et avec le gros intestin. Adhérences de l'intestin grêle avec la partie supérieure et la face postérieure de l'utérus. Une partie du même intestin a également contracté des adhérences avec le ligament rond du côté gauche.

La portion de l'intestin qui adhérait au bord supérieur de l'utérus une fois détachée, on remarque sur la portion utérine correspondante une gouttière qui offre une teinte d'un gris ardoisé presque noirâtre. Le bord supérieur de l'utérus présente vers sa partie moyenne une tumeur du volume d'un œuf de poule, soutenue par un pédicule irrégulièrement arrondi, de 0,12 m. à 0,15 m. de diamètre environ, et qui se continue intimement avec le tissu de l'utérus. La partie supérieure de cette tumeur a contracté des adhérences récentes avec l'intestin grêle, le cœcum et le bord inférieur du grand épiploon; elle est revêtue par le péritoine. Du côté où elle correspond à l'utérus, elle est ferme, consistante ; elle est au contraire ramollie, fluctuante dans le reste de son étendu. En arrière, elle offre deux ouvertures arrondies par lesquelles s'échappe une matière fongueuse d'un gris rosé. Fendue transversalement, elle présente dans son intérieur un liquide sanguinolent et une multitude de fongosités.

L'utérus a subi un mouvement de rotation sur lui-même. Son bord et le ligament rond du côté gauche regardent l'articulation fémoro-iliaque du même côté, et se dirigent en avant et à gauche. Les ganglions inguinaux sont rouges, tuméfiés. Cet engorgement existe également dans les ganglions iliaques et sacrés. L'artère épigastrique donne naissance, à un centimètre et demi de son origine, à l'obturatrice. Cette dernière passe sur la base du ligament de Gimbernat, au lieu de passer sur le sommet de ce dernier comme cela s'observe souvent dans cette anomalie.

Si maintenant, après avoir enlevé les parties molles, on examine le squelette du bassin, on voit d'abord qu'il offre moins de volume qu'un bassin bien conformé. Les parties ne sont cependant pas déviées. Les ailes iliaques présentent bien la configuration normale chez la femme. L'étendue d'une crête iliaque à l'autre dans la plus grande largeur en dedans, est de 0.21 m. (8 pouces). D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, il y a un peu plus de cette longueur. Le diamètre transverse du détroit supérieur est de 0,105 m. (3 pouces 11 lignes); le diamètre sacro-pubien de 0,09 m. ; le diamètre oblique est de 0,10 m.

L'excavation pelvienne n'est pas déformée. La courbure du sacrum est assez prononcée. Pour le détroit inférieur, on trouve: le diamètre pubio-coccygien, 0,09 m. ; diamètre bi-ischiatique, qui est surtout le diamètre déformé, un peu plus de 0,05 (1 pouce 11 lignes); diamètre oblique, près de 0,07 m. (2 pouces et demi).

L'arcade du pubis est haute de 0,06 m. L'étendue de cette arcade en largeur prise au sommet, est de 0,01 m. ; à la base, de 0,04 m. Les lèvres internes des branches ischiatiques sont fortement renversées en dehors. Le col du fémur forme avec le corps de l'os un angle aigu ouvert en bas, de 45 degrés. Ce col, qui a à peine un centimètre de longueur, au lieu d'être dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, comme on l'observe à l'état normal, est au contraire dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. On voit qu'il a été affaissé en bas sous le poids du corps. La base, vers le point où elle se confond avec le grand trochanter, présente une gouttière et des stalactites osseuses qui vont se mouler sur la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde. Les petits trochanters sont situés plus haut que le segment inférieur des têtes du fémur qui sont allongées de haut en bas et de dehors en dedans ; ces têtes forment en bas et en arrière des bourrelets très étendus. Les cavités cotyloïdes forment en haut et en arrière un bourrelet beaucoup plus considérable qu'à l'état sain. Toutes les symphyses du bassin sont ramollies et relâchées.

Etat des autres parties du corps. — On observe sur le bord gauche de la langue une ulcération superficielle de la largeur d'une lentille. Inflammation des follicules du pharynx, qui sont rouges, tuméfiés, élevés au-dessus du niveau de la muqueuse.

Tubercules ramollis au sommet des deux poumons ; plus nombreux à gauche qu'à droite. Adhérences du poumon gauche avec la plèvre dans toute sa hauteur.

Les autres viscères sont parfaitement sains. Aucune altération du système vasculaire utérin, ni de trace de métrite. Les cartilages énarthrodiaux manquent dans un grand nombre de points. Telle est la disposition de toutes les parties articulaires, que les cuisses sont dans une adduction forcée.

Examen du corps de l'enfant au moment de la naissance.

Sexe féminin. Poids, 1500 grammes. Ramollissement des chairs. Infiltration et œdème de la partie postérieure et latérale droite du thorax, et de tout le bord postérieur de l'aisselle par une sérosité sanguinolente. Toute la base du côté droit de la poitrine offre une teinte violacée. Au milieu de la huitième côte, une phlyctène de 0,01 m. de diamètre. La teinte brune violette des chairs s'étend jusque dans les muscles de la poitrine et même sur le périoste des côtes. Phlyctène le long de la paroi postérieure de la cuisse droite. Sur la région hypogastrique, sur les organes génitaux, les jambes et les pieds, l'épiderme se trouve comme macéré et détaché. Même état de l'épiderme des avant-bras et des mains.

La peau des paupières, du front, offre une teinte rouge brune. Coloration violette de la conjonctive. Le palais présente la même couleur ; le cordon ombilical mou, d'un brun violacé. La membrane qui le recouvre est macérée et détachée.

La tête allongée, déformée ; les os du crâne extrêmement mobiles les uns sur les autres, de telle sorte que le crâne n'offre aucune consistance. A la région sincipitale, existe une tumeur fluctuante entre le cuir chevelu et les os. Cette tumeur ouverte, il s'en écoule un sang liquide et noir. Décollement du péricrâne. Epanchement d'un liquide sanguinolent, entre les os et le péricrâne, et entre ces derniers et le cuir chevelu.

Longueur du corps, 0,45 m.

Tête. Circonférence occipito-frontale, 0.25 m.

— Diamètre transverse de la face, 0,06 m.

Diamètre des épaules, y compris les extrémités supérieures de l'humérus, 0,13 m.

Diamètre de la tête à l'état sec :

1° Diamètre occipito-mentonnier, 3 pouces 8 lig. (0,10 m.) au lieu de 4 pouces (0.11 m.);

2° — occipito frontal, 0,09 (3 p. 4 lig.), au lieu de 0,11 m.;

3° — bi-pariétal, 0,075 m. (2 p. 9 lig.) au lieu de 0,095 m.;

4° — bi-temporal, 0,055 m. (2 pouces) au lieu de 0.07 m.;

5° — vertical trachélo-bregmatique, 0,09 au lieu de 0,095 m. ;

(La grande étendue proportionnelle de ce diamètre sur la tête de cet enfant tient à ce que dans les efforts d'extraction qui ont été faits sur lui, l'occipital a été enfoncé vers la cavité crânienne, de telle sorte que l'apophyse basilaire et les condyles ont été déjetés en bas.)

6° — fronto-mentonnier, 0,06 m., au lieu de 0,08 m.

7° — Enfin, l'occipito-bregmatique, 0,08 m. au lieu de 0,102 m.

(Cette grande diminution ne tient pas seulement à ce que l'enfant est né à huit mois, mais bien à ce que, comme il a été dit plus haut, toute la portion qui forme la poupe de l'occipital est enfoncée vers la cavité crânienne.)

Cette observation a semblé à M. Huguier d'une assez haute importance pour devoir être publiée dans tous ses détails ; aussi la longueur de ce fait nous empêchera-t-elle de présenter autrement que d'une manière très brève et très succincte, un résumé des considérations qu'elle doit suggérer et que chacun fera incessamment après l'avoir lue attentivement.

Et d'abord on doit se demander si la mort de l'enfant a été le résultat de l'état pathologique habituel de la malade, de l'infection syphilitique à laquelle la mère se trouvait soumise, ou enfin du traitement mercuriel qu'on lui a fait suivre dans les derniers jours qui ont précédé l'avortement. M. Huguier pense que l'on doit éliminer les deux premières causes. En effet, il est évident que si l'état pathologique habituel de la malade ou l'infection syphilitique eussent suffi pour provoquer l'avortement, cet accident serait probablement survenu à une époque beaucoup moins avancée de la gestation, et il serait difficile de croire que, sous l'influence de ces deux causes réunies, si elles étaient aussi puissantes qu'elles semblent le paraître au premier abord, l'avortement ne fût pas survenu à une époque beaucoup plus rapprochée du début de la grossesse. Or, nous voyons que le produit de la conception s'est normalement développé pendant sept mois et demi, les deux causes ci-dessus mentionnées existant simultanément, et cela sans qu'aucun accident, aucune crainte d'accident se soit manifestés. Et puis, encore une autre raison. Combien ne

voit-on pas chaque jour de femmes infectées devenir enceintes, et parcourir heureusement toutes les périodes de leur grossesse, et accoucher d'enfants à terme parfaitement constitués, sauf quelquefois une complication de vérole congéniale et héréditaire ? Quant à l'état de phthisie pulmonaire qui fut constatée après l'autopsie, ce n'est point à elle que l'on doit non plus rapporter la mort de l'enfant et l'accouchement prématuré ; car il est d'observation que des femmes affectées de phthisie pulmonaire ont pu devenir enceintes et arriver heureusement au terme de leur grossesse, la maladie ayant paru, sous l'influence de la nouvelle fonction physiologique qui s'était établie, devenir stationnaire, pour reprendre, après l'accouchement, une marche d'autant plus rapide qu'elle avait été plus long-temps suspendue. Toutes ces raisons doivent donc porter à croire que c'est une autre influence qui aurait provoqué les accidents.

Serait-ce le traitement mercuriel ? Selon M. Huguier, cela ne ferait aucun doute. D'abord, l'enfant s'était bien fait sentir à la mère, et remuait bien évidemment dans la matrice jusqu'au moment où le traitement mercuriel a été commencé. On avait pu très facilement compter les battements de son cœur. Il était évident, de toute façon, qu'il était vivant. Les frictions mercurielles sont commencées le 18 mai ; le 31 du même mois, un malaise général était survenu. Des douleurs abdominales se faisaient sentir. La malade n'avait plus la conscience des mouvements de l'enfant, dont on n'entendait plus les battements du cœur, même en explorant avec la plus grande attention les diverses régions de l'abdomen.

Le 1er juin, quatorze jours après que l'on eut commencé le traitement mercuriel, les douleurs utérines, symptômes précurseurs de l'accouchement, se firent sentir.

Il est hors de doute, pour M. Huguier, que ce soit le traitement mercuriel qui ait déterminé l'avortement. Depuis qu'il exerce la médecine il a eu de nombreuses occasions d'observer des faits analogues ; et dans un long mémoire qu'il a lu, il y a deux ans environ, devant l'Académie de médecine, il a exposé en détail ses idées sur cette question. Sans entrer à ce sujet dans de très longs développements, nous nous contenterons de rappeler qu'à l'appui de l'opinion suivante, savoir, que la syphilis causait beaucoup moins d'accouchements prématurés qu'on ne suppose généralement. M. Huguier, dans des tableaux dressés avec le plus grand soin et la plus rigoureuse exactitude, prenait à témoin le nombre considérable de femmes qui entrent à l'hôpital spécial pendant le huitième et le neuvième mois de leur grossesse.

Il établissait également, dans une suite de tableaux statistiques importants, la fréquence des avortements avec mort du fœtus chez les femmes auxquelles on avait fait suivre pendant leur grossesse un traitement mercuriel, les accidents se montrant d'une manière d'autant plus certaine et plus prompte que l'on employait le deuto-chlorure de mercure. Cependant il prouvait aussi que toute espèce de traitement mercuriel pouvait produire les mêmes accidents, et que les frictions avec l'onguent napolitain, n'étaient pas plus que d'autres à l'abri de cet inconvénient.

Passons maintenant à un autre point ; nous voulons parler de l'accouchement prématuré artificiel. Cette méthode, qui, depuis quelques années surtout, a été mise en usage un certain nombre de fois avec le plus grand succès, n'est applicable, on le conçoit aisément, qu'aux cas dans lesquels le rapport entre les divers diamètres des parties génitales de la mère et le volume du fœtus, se trouvant hors de toute proportion, on aurait à craindre, si l'on attendait le développement complet de l'embryon et le terme fixé par la nature à la gestation, que le passage de l'enfant fût impossible par le canal osseux qu'il doit parcourir.

Cette méthode était-elle indiquée dans le cas particulier qui nous occupe ? Autrement : les rapports des diamètres d'une tête de fœtus à l'état normal, et parvenu à son entier développement avec les diamètres du bassin de la malade étaient-ils tels que l'on pût espérer que l'accouchement se terminait favorablement ? Le plus rapide coup-d'œil jeté sur les mesures citées plus haut suffit pour établir l'impossibilité de l'accouchement à terme.

Voici comparativement, et en regard, les mesures des détroits supérieur et inférieur à l'état normal et chez notre malade. Nous n'avons pas besoin de faire observer que les parties molles rétrécissaient encore ces différents détroits, et rendaient le passage d'autant plus difficile.

Détroit supérieur.

	Etat normal.	Dans le cas actuel.
Diamètre transverse,	0,135	0,105
— sacro-pubien,	0.11	0,09
— oblique,	0,12	0,10

Détroit inférieur.

— pubio-coccygien,	0.11	0,09
— bis-ischiatique,	0.11	0,05
— oblique,	0,11	0,07

Il suffit, disons-nous d'un simple coup-d'œil jeté sur ce tableau pour se convaincre que l'accouchement à terme eût été chose impossible, et M. Huguier, qui avait émis cette opinion du vivant de la malade, persiste plus que jamais, d'après l'examen des parties osseuses, à soutenir que dans une circonstance semblable, la première indication à remplir est la provocation de l'accouchement prématuré par les moyens usités en pareil cas, et employés avec toutes les précautions nécessaires. On sacrifiait, il est vrai, à coup sûr l'enfant par ce moyen, mais on avait la chance de sauver la mère, et tout faisait présumer, si l'on attendait les événements, que tous deux seraient les victimes, quelle que fût la méthode que l'on emploierait. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, mais nous engageons de nouveau ceux des lecteurs auxquels il resterait le moindre doute à comparer entre elles ces mesures et à les mettre en rapport avec les diamètres de la tête de l'enfant, sur le moyen d'arriver directement à des résultats certains. Or, il est évident, ce nous semble, que si le fœtus eût été à terme, s'il n'eût pas été mort depuis plusieurs jours, et si les os de la tête n'eussent pas cédé en chevauchant les uns sur les autres bien plus qu'à l'ordinaire, et à tel point que des accidents eussent pu s'ensuivre s'il eût été vivant ; il est évident, disons-nous, vu les difficultés que l'on a eues de déterminer l'accouchement sans employer de moyens plus sérieux, que cet accouchement n'eût pas pu se faire naturellement.

Quelques mots encore, avant de terminer, sur le mécanisme d'évolution spontanée par lequel s'est terminé le travail dans le cas particulier qui fait le sujet de notre observation. Le fait de l'évolution spontanée est une chose assez rare pour qu'il vaille la peine d'être remarqué. Dans le plus grand nombre des cas à terme l'expulsion ne pourra avoir lieu par ce mécanisme, lorsque le fœtus aura son volume normal et que les organes génitaux de la mère auront aussi leurs dimensions ordinaires. « On s'explique facilement, dit l'auteur d'un traité récent et estimé sur les accoucements, et pour la mère et pour l'enfant, tous les dangers d'une pareille expulsion. La longueur du travail, la compression à laquelle le produit est soumis, déterminent presque toujours la mort, et le passage forcé du produit, contond, dilacère plus ou moins les organes maternels. De plus, les douleurs horribles et continues d'un pareil enfantement portent dans toute l'économie une perturbation à laquelle la femme ne peut survivre.

» Avant terme, l'évolution spontanée peut s'effectuer sans autant de dangers pour la mère et pour l'enfant, surtout si le bassin est large, les contractions très énergiques, le fœtus petit, et les parties très résistantes. » (Toutes conditions, disons-le en passant, qui étaient loin de se rencontrer chez la femme dont nous avons raconté l'histoire.)

Nous aurions pu, si nous n'avions pas eu la crainte de faire dépasser à cet article les bornes ordinaires, chercher à présenter quelques considérations sur les tumeurs de l'utérus à propos de celle qui a été observée chez notre malade, et ce n'eût certes pas été un des points de vue les moins curieux sous lesquels on eût dû l'envisager. Nous nous réservons d'y revenir plus tard quand l'occasion se présentera de nouveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Londe communique à l'Académie la triste nouvelle qu'il vient de recevoir, par une lettre qui lui a été adressée à l'Académie même, de la mort de l'honorable M. Chervin. Ce digne et respectable confrère est mort aux eaux de Bourbonne, à la suite d'une ancienne maladie du cœur qui avait déterminé il y a quelques mois une première attaque d'apoplexie. L'émotion qu'éprouve cet honorable membre lui permet à peine d'achever la lecture des pièces que nous publions plus haut.

Cette nouvelle produit sur l'Académie une vive et pénible impression.

— *M. Jobert de Lamballe* lit un rapport sur un mémoire de M. Morel Lavallée, intitulé : Essai sur les luxations de la clavicule.

Nous avons publié il y a quelques mois un extrait étendu de cet intéressant travail, dont le rapporteur a fait le plus brillant éloge.

Conclusions : Remerciements à l'auteur ; renvoie de son mémoire au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées après quelques remarques de M. Velpeau sur la luxation en dedans, dont il a observé récemment un exemple.

— *M. Colombal* (de l'Isère) adresse une lettre en réponse aux assertions de M. Jourdant, mécanicien, sur sa méthode relative à la cure du begaiement.

— *M. le président* appelle en vain plusieurs membres et quelques médecins etrangers ; ils sont absents, et l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée avant quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 août 1843. — Présidence de M. Serres.

M. Duméril fait un rapport sur un mémoire de M. Duvernoy, relatif a la structure des dents. — Extrait. — M. Duvernoy s'est convaincu de la structure tubuleuse, vasculaire ou canaliculée de l'ivoire, ainsi que l'avait depuis long-temps reconnu Leenvenhoeck ; mais il a pu faire la démonstration de l'origine de ces tubes, de leur direction, de leurs anastomoses et de leurs rapports avec les diverses parties de la dent. Il pense que les parois de ces canalicules sont formées originairement par les prolongements de la membrane du bulbe ; que les sucs calcigères se déposent dans leurs intervalles, et que leur canal finit par se remplir et se solidifier.

D'après ces considérations, le bulbe serait l'organe producteur de l'ivoire ou de la substance principale de la dent. Ce noyau pulpeux et folliculeux, restant constamment coloré en rouge dans l'intérieur des dents des musaraignes, sert par son intensité même à rendre très évidents ses prolongements dans les proéminences tranchantes de ces dents, car il répète et reproduit, par les contours de son noyau, les saillies et les dentelures qui se distinguent aux bords libres et extérieurs. Comme dans les longues dents incisives des rongeurs, telles que celles des lapins, ce bulbe reste constamment en activité, et persiste pendant toute la vie ; ce noyau pulpeux s'y manifeste d'une manière plus évidente encore, quand on soumet au microscope des tranches très amincies obtenues dans le sens de la longueur.

L'émail est évidemment déposé en couches successives autour de la couronne, par une membrane distincte de la capsule dentaire. Des lames pellucides de cette substance, observées par transparence, ont le plus souvent offert des granules cubiques ou arrondis, superposés par séries dont la régularité semble représenter des fibres ; et dans l'émail des dents des rongeurs, on voit souvent une ligne noire simple ou compliquée, représentant dans ce dernier cas une sorte de chaînette qui sépare le tissu émaillé de l'éburné.

Enfin le cément ne dépend pas de la matière osseuse des mâchoires, dont il a cependant la structure ; il est aussi fort distinct du corps de la dent proprement dit ; il en est séparé par une membrane qui lui est propre et qui le sécrète, de sorte que les phénomènes du développement des dents et de leur succession se passent en dehors du périoste des mâchoires.

— *M. Ducros* adresse un Mémoire sur la circulation du sang. — Contrairement à l'opinion de Harvey et de tous les physiologistes, M. Ducros cherche à prouver que le cœur n'est pas le seul agent moteur de la circulation du sang. La principale puissance de la circulation du sang gît dans la force répulsive des globules sanguins. Trop long-temps on a voulu que l'homme, qui est tenu par les lois de la pesanteur et de la gravitation à la surface de la terre, fût soustrait à l'empire des lois générales dans ses fonctions et dans l'action de ses molécules libres. Eh bien ! les molécules libres de l'homme, des animaux et de certains végétaux à fluides séreux, globuleux obéissent à la grande loi newtonienne... Les globules du sang sont dans cette catégorie. Les fluides globuleux se repoussent et obéissent à une translation en cercle ou en cycloïde... Quelle est la puissance qui oblige ces corpuscules globuleux à se repousser et à circuler ? C'est une puissance purement magnétique ou, si l'on veut, électrique. Or, puisque cette puissance est purement physique, on peut dès lors l'augmenter ou la diminuer par l'emploi des procédés purement physiques.

— *M. le Dr A. Legrand* adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Dans une de leurs dernières communications à l'Académie (séance du 24 juillet 1843), MM. Danger et Flandin, auxquels on doit de si intéressantes recherches toxicologiques, *ont classé l'or et ses sels au nombre des poisons métalliques* ; c'est, je crois, une erreur qu'il faut relever dans l'intérêt de la thérapeutique. Dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie il y a quelques années, et que la mort d'un des commissaires me déterminera à publier sans attendre plus long-temps le rapport, j'ai établi (et M. le professeur Roux, dans un rapport sur mes travaux, a paru adopter cette manière de voir) l'innocuité parfaite de l'or introduit dans notre économie à titre de médicament.

Pour trouver à ce métal un *équivalent* thérapeutique auquel on pût le comparer, comme étant mieux connu, je l'ai mis en parallèle avec le fer, dont nous pouvons prendre de si grandes doses sans qu'il se produise jamais aucun effet toxique. Je sais bien que l'or n'existe pas dans notre économie, tandis qu'on y trouve le fer à l'état normal et dans des proportions notables ; mais dans les applications nombreuses que j'ai faites de l'or au traitement des scrofules, je puis dire que j'en ai saturé plusieurs malades sans déterminer jamais d'accidents toxiques. Ainsi, je me rappelle un jeune homme qui, après cinq ou six mois de traitement par le stannate d'or, colorait en pourpre les plumasseaux de charpie dont on couvrait ses nombreuses plaies, et ces plumasseaux traités par l'eau régale ont donné un liquide légèrement aurifère. Et chez ce malade qui a guéri (pour succomber beaucoup plus tard aux suites d'une rechute compliquée de la présence des tubercules dans les poumons), je n'ai pas plus que sur tant d'autres observé aucun effet toxique. Que si on veut m'objecter que le perchlorure d'or, ou le perchlorure d'or et de soude plus employé, donnent lieu, quand ils sont administrés par des mains inexpérimentées, à des accidents qui peuvent devenir mortels dans les cas de doses trop considérables, je répondrai qu'il n'arrive dans ces cas que ce qui arriverait si on donnait de fortes doses de sulfate de fer, de muriate de fer, ou de toute autre préparation ferrugineuse dans lesquelles le fer emprunte ses propriétés toxiques à l'acide qui le fait passer à l'état de sel.

Quant à l'élimination de l'or de notre économie, elle a lieu, ainsi que l'ont reconnu MM. Danger et Flandin, par les sécrétions urinaire et salivaire, mais surtout par la première ; car ce n'est pour ainsi dire qu'exceptionnellement que la sécrétion salivaire est assez augmentée par l'or pour que l'élimination s'en fasse par cette voie, etc. »

M. le docteur Legrand adresse en même temps à l'Académie un mémoire qu'il vient de publier (1), et dans lequel il s'est efforcé d'apprécier d'après les données que fournit la science et d'après des faits avérés l'*hydropathie* (ou mieux l'*hydrothérapie*).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal de chirurgie ; par M. Malgaigne. (Août 1843.)

De quelques illusions orthopédiques, à l'occasion du relevé général du service orthopédique de M. J. Guérin.

« Nous avons à remplir un triste et rigoureux devoir, que nous eussions désiré éloigner de nous, et devant lequel enfin nous aurions reculé sans doute, si la dignité et la moralité de l'art ne nous avaient paru si fortement intéressées. » Nous nous approprions aussi ces premières lignes de cet article qui vient de produire une vive sensation dans le public.

Il s'agit du *Relevé général* publié par M. J. Guérin. M. Malgaigne, frappé comme tout le monde l'a été, des succès vraiment prodigieux consignés dans ce relevé, a cherché à découvrir si quelques erreurs n'avaient pas pu s'y glisser. Pour cela, il écrit d'abord à M. Guérin de vouloir bien lui communiquer ses observations de *guérisons complètes des courbures des membres par cal vicieux*. M. Guérin répond par un refus. « Mais la tactique était mauvaise ; car n'ayant pu nous éclairer en aucune façon sur cette petite question, il nous prit alors un plus vaste désir, celui de pénétrer dans les secrets de cette chirurgie mystérieuse..... C'était en vérité une tâche difficile. Le relevé publié comprenait 1394 malades ; mais plus tard, la *Gazette médicale* avait déclaré que 134 seulement avaient été traités dans le service : tous les autres à la consultation. Nous aurions voulu prendre communication du tableau détaillé présenté au Conseil des hôpitaux ; M. Guérin l'avait retiré. »

Alors M. Malgaigne cherche dans les bureaux de l'hôpital, où il trouve un renseignement qu'il n'eût guère soupçonné. En effet, « à voir comment les collaborateurs de M. Guérin annonçaient que *les observations détaillées seraient publiées par le chef du service en temps convenable avec le nom et l'adresse des sujets*, nous avions cru qu'en effet le relevé avait été fait d'après les observations recueillies. Il n'en est rien : l'auteur est venu tranquillement feuilleter les registres, prenant les noms, âge et domiciles des sujets ; et c'est ainsi qu'a été bâti le relevé, maintenu par M. Guérin comme *parfaitement exact*. »

M. Malgaigne, en possession des mêmes matériaux que l'auteur du relevé, les a compulsés avec le plus grand soin. Le premier résultat de cette recherche a été qu'au lieu de 134 malades, il ne s'en est plus trouvé que 131. Si cette erreur provient des doubles entrées, l'erreur serait plus considérable encore, car alors le chiffre est de 148. M. Malgaigne, d'après les renseignements pris à l'hôpital, refait le relevé des malades qui y ont été traités par M. Guérin. « Nous avons rangé, dit-il, ces diverses lésions autant que possible dans l'ordre du relevé de M. Guérin, afin que le lecteur puisse comparer les deux tableaux et en apprécier la concordance. Mais nous ne saurions dissimuler le désappointement que nous éprouvâmes, en rencontrant si peu d'excurvations tuberculeuses, de courbures de membres par cal vicieux, de ces abcès par congestion, de ces affections que nous cherchions de préférence. Se trouvaient-elles cachées sous ces vagues dénominations de *difformité, orthopédie ?* avaient-elles été traitées à la consultation ? C'est ce qu'il nous est impossible de décrire. »

Mais l'important pour M. Malgaigne était de vérifier les cas de guérison des malades portés sur les pancartes déposées au bureau. Après avoir minutieusement expliqué toutes les précautions prises pour arriver à ce résultat, raconté tous les obstacles qu'il a rencontrés, « nous en avons vu assez, continue-t-il, pour offrir à nos lecteurs des faits relatifs à 8 grandes classes d'affection, savoir : 1° les pieds-bots ; 2° les courbures rachitiques de la jambe ; 3° les déviations du genou ; 4° les difformités de la hanche avec abcès par congestion ; 5° les

(1) *De l'Hydropathie ; Exposition et appréciation théorique et pratique de cette nouvelle méthode.* — Brochure in-8°. Ch. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

» luxations congéniales du fémur; 6° les déviations de l'épine; 7° les » torticolis anciens; 8° et enfin la contracture de la mâchoire.

Passons rapidement en revue ces différents faits :

1° Pieds bots. — Deux observations. La première, enfant de neuf mois, sorti *guéri* avec la signature de M. Guérin. — Double pied-bot congénital. Plusieurs opérations après lesquelles on mettait les jambes dans des bottines mécaniques, fabriquées par le mécanicien de M. Guérin, qui coûtaient de 20 à 25 fr., et qui ne duraient guère plus de six semaines. Etat actuel : Le pied droit, à peine affecté, peut être maintenu dans un brodequin ordinaire; le pied gauche est encore tellement déformé, que, quand l'enfant n'a pas sa bottine, il appuie sur le sol par la tête postérieure du cinquième os métatarsien.

M. Malgaigne fait remarquer l'étrange anomalie qui ne se rencontre que dans les services orthopédiques, de malades traités dans un hôpital, et obligés d'y payer les appareils dont ils ont besoin, alors que les dépenses faites par l'administration pour ce service même s'élèvent à plus de 2,000 fr.

Deuxième observation. Jeune fille de six ans, désignée comme pied-bot valgus, sortie sans désignation à la pancarte. Ce fait ne doit pas être compté au nombre des guérisons; mais M. Malgaine le rapporte à cause de cette circonstance, que le pied a été moulé à l'hôpital, et que c'est la mère qui a payé le moulage.

2° Courbure rachitique de la jambe. — Fille de trois ans, entrée le 12 février 1842, sortie le 1er mars, *guérie*. Signé Guérin. — « Cette guérison, obtenue en dix-sept jours, nous intéressait vivement. Nous envoyâmes d'abord un de nos élèves s'assurer de l'adresse; la famille avait déménagé, et l'on ignorait sa nouvelle demeure. Mais les voisins, interrogés, déclarèrent que l'enfant n'avait jamais marché, et qu'au total elle était morte peu de temps après sa sortie de l'hôpital. »

3° Déviation essentielle des genoux. — Garçon de quatre ans, entré le 25 août 1841, sorti le 5 avril 1842, après deux cents vingt-trois jours de séjour à l'hôpital, *guéri*. Signé Guérin. Une ou deux sections sous-cutanées, et puis application de machines. Au dire de la mère, il est toujours un peu hancal, comme il l'était à sa sortie de l'hôpital.

4° Difformité de la hanche; abcès par congestion. — Fille de huit ans, entrée le 8 décembre 1841, sortie au bout de quatorze jours; rentrée le 5 janvier 1842, sortie le 28 mai suivant, *guérie*. Signé Guérin.

« Nous attachions une certaine importance à ce fait, unique exemple de guérison d'un abcès par congestion qu'il nous fut donné de vérifier. Nous allâmes nous-mêmes à l'adresse indiquée; on nous répondit que, loin d'être guérie, l'enfant était revenue de l'hôpital *dans un état pitoyable*, et qu'elle était morte huit à dix jours après. »

5° Luxation congéniale des deux fémurs. — Jeune fille de quatorze ans, entrée à l'hôpital le 1er août 1839, sortie sans note le 24 septembre suivant; rentrée le 3 octobre de la même année, sortie le 25 mars 1843, *guérie*. Signé Guérin. — « Voici ce qu'on a pu constater de son état actuel. Les membres inférieurs sont très maigres, les trochanters très saillants et ne paraissant pas jouir d'un mouvement de rotation aussi étendu qu'à l'état normal... La démarche est singulièrement vacillante;... les deux bras manœuvrant en façon de balancier pour sauver l'équilibre... On la conduit de temps en temps à la consultation de M. Guérin, à la Muette. »

6° Déviation latérale de l'épine. — Jeune fille de quatorze ans, sortie *guérie*: signé *Guérin*. — Deux incisions sous-cutanées, puis ceinture analogue à celle de Hossard. La mère a payé 40 f. pour la ceinture et 6 f. pour le moulage. Sortie non guérie, ne voulant plus se soumettre à aucun traitement; la mère dit même que la déviation a augmenté à l'hôpital, et attribue cet accroissement aux sections qui ont été faites.

7° Torticolis ancien. — Fille de sept ans, sortie *guérie*: signé *Guérin*. — Section du muscle, séjour de trois mois. Le torticolis était fort amélioré, mais il n'était pas et n'a jamais été guéri; et la tête est encore aujourd'hui inclinée à gauche et tournée à droite, comme elle était à sa sortie de l'hôpital.

8° Contracture de la mâchoire — Le relevé dit : Il ne s'est présenté qu'un seul cas de fausse ankylose de la mâchoire inférieure, et ce cas est porté parmi les guérisons complètes. Or, ce cas est relatif à une fille de neuf ans, sur laquelle plusieurs incisions sous-cutanées ont été faites. A l'heure qu'il est, la mâchoire inférieure ne peut s'écarter que d'un centimètre de la supérieure. En portant le doigt dans la bouche, on sent une bride extrêmement forte et résistante. Par l'ordre de M. Guérin, la jeune fille porte habituellement entre les mâchoires une sorte de baillon en bois qui, par la pression qu'il exerce, a dévié les dents. Du reste, la malade va de temps à autre à la Muette.

Fidèles à nos habitudes, nous n'accompagnerons cette analyse d'aucune reflexion. Nous la terminons en disant comme M. Malgaigne, qu'au point où les choses en sont arrivées, nous estimons qu'en toute conscience et en toute dignité, M. Guérin jugera nécessaire de répondre, et nous nous engageons, pour notre compte, à donner à sa réponse toute la latitude et la liberté possible, notre but unique étant d'éclairer un point important de thérapeutique chirurgicale.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de l'acide nitro-muriatique contre la dyscrasie mercurielle; par M. le docteur Seidel, de Breslau.

M. B..., fabricant, avait été affecté de syphilis en 1821. Pendant deux ans environ, il avait été entre les mains de différents médecins qui, tous, avaient combattu la maladie par le mercure administré sous diverses formes, et les ordonnances qu'il avait conservées étaient là pour prouver qu'on n'avait pas été timide dans l'emploi de ce médicament, en allant des préparations les plus douces jusqu'aux plus énergiques. Ainsi, on avait prescrit le bi-chlorure de mercure pendant des semaines, à la dose 25 milligrammes par prise; pendant près d'un mois, on avait donné, deux fois par jour, 16 milligrammes de bi-oxyde de mercure. Mais tous ces moyens avaient été vainement mis en œuvre, et la destruction n'en avait pas moins continué de progresser.

Enfin, lorsqu'un tiers du gland avait été détruit, qu'un ozène s'était développé, et que la carie menaçait d'envahir la voûte osseuse du palais; on avait eu recours à l'emploi des frictions mercurielles : ce traitement avait, il est vrai, procuré un arrêt temporaire dans la marche du mal; mais il n'avait pu conduire le malade à une parfaite guérison.

Le sujet, qui était encore assez robuste, fut mis alors pendant quelque temps à l'usage du chlorure d'or, mais sans plus de succès; aussi, revint-on pour la seconde fois aux frictions avec la pommade napolitaine. Ces frictions étaient pratiquées le matin, et, dans l'après-midi, on faisait prendre un bain sulfureux !

Ce traitement, auquel on ne peut du moins refuser le mérite de l'étrangeté, ayant été, comme tous les précédents, complètement inutile, le pauvre malade, qui n'attendait plus que la mort, se mit alors entre les mains de M. le docteur Seidel.

Il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'une dyscrasie mercurielle. Le gland était à moitié détruit, la voûte palatine offrait une perforation du diamètre de deux centimètres environ. A l'aide d'une éponge introduite dans cette perforation pour l'obturer, le malade pouvait, quoique avec peine, prendre quelques aliments solides; mais les liquides sortaient en grande partie par le nez : la voix était altérée à ce point que la parole était presque inintelligible.

M. Seidel ne put se décider à employer les préparations arsenicales; mais il pensa à l'acide nitro-muriatique déjà proposé par M. le docteur Scott dans des cas de ce genre. En conséquence, il prescrivit cinq gouttes de cet acide trois fois par jour, à prendre dans une boisson mucilagineuse. Il recommanda, en outre, de nettoyer avec le plus grand soin les parties malades, et de les entretenir constamment dans un grand état de propreté.

Au bout de peu de jours de ce traitement, l'amélioration commença déjà à se manifester, et, après quelques semaines, le succès était complet.

Quelques mois plus tard, M. Seidel, bien convaincu qu'il n'y avait plus à craindre une récidive de la carie, céda aux désirs exprimés par le malade, et lui fit appliquer un obturateur parfaitement adapté. Dès lors, la voix devint pleine et sonore; les aliments tant solides que liquides passèrent sans difficulté, et, depuis cette époque, aucun symptôme suspect ne s'est reproduit. (*Medicinische Zeitung.*)

Cas extraordinaire de disposition variqueuse; observation recueillie par M. le docteur Seidel, de Breslau.

On sait que chez les femmes à fibres molles et relâchées, les grossesses, autres que la première, donnent facilement lieu à la production de varices aux extrémités inférieures et même aux parties sexuelles; mais cette particularité ne s'étend pas ordinairement jusqu'au point présenté par la malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Une femme, enceinte pour la cinquième fois, offrait déjà sur les membres pelviens, dès la quatrième semaine de la gestation, des varices d'un volume extraordinaire. Plus tard, ces varices s'étendirent jusqu'à l'abdomen, et deux mois avant le terme, elles avaient même envahi les bras, les seins, le cou et le cuir chevelu; de sorte que leur nombre sur la partie supérieure du corps seulement était de trente, et leur volume dépassait généralement celui d'une noix. Tout mouvement était douloureux, car le frottement et la pression étaient nécessairement inévitables.

Un régime diététique approprié, des purgatifs répétés, de petites saignées, l'application de moyens compressifs, la position horizontale alternant avec quelques mouvements de progression, furent prescrits, et parvinrent bien à modérer les sensations désagréables, mais toutefois sans rien changer à l'état de la maladie.

L'accouchement eut lieu sans beaucoup de difficultés; mais l'enfant, quoique bien nourri, mourut promptement. Les forces de l'accouchée baissèrent rapidement, bien qu'il ne fût survenu aucune perte considérable. L'utérus se contractait peu, et l'accoucheur l'ayant exploré, y découvrit une mole dont l'extraction ne put avoir lieu en raison de la trop grande faiblesse de la malade.

La mort, qui ne tarda pas à survenir, et le refus d'autopsie, ne permirent pas de réunir sur cette observation tous les renseignements que M. Seidel aurait désiré recueillir. (*Medicinische Zeitung.*)

Emploi de l'ipécacuanha associé à l'hydrochorure contre le typhus abdominal (fièvre typhoïde?); par M. le docteur Eisenmenger, de Oehringen.

Après avoir commencé le traitement par l'administration d'un vomitif, ou, suivant les indications, après avoir dirigé une médication appropriée contre les divers symptômes graves qui peuvent dominer, M. Eisenmenger emploie avec succès la prescription suivante :

Pr. Racine d'ipécacuanha, 60 grammes.
Eau bouillante, 150 grammes.

Faire infuser jusqu'à refroidissement, passer et ajouter à la colature,

Hydrochlorure, 30 grammes.

M. S. A.

On en fait prendre au malade une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Sous l'influence de ce moyen, M. Eisenmenger a vu promptement céder l'activité pervertie des membranes muqueuses des intestins, ainsi que la soif ardente qui dévore les sujets.

Toutefois, malgré les bons effets de cette mixture, l'auteur est loin de la présenter comme applicable dans tous les cas de typhus.

(*Medicinisches. Corresp.-Blatt Wurtemberg.*)

L'ipécacuanha et l'hydrochore ont déjà été employés chez nous contre cette affection, et sans grand succès; mais comme ces agents n'ont été donnés que séparément, il est possible que leur association puisse offrir quelque chose d'avantageux. Tel est le motif qui nous a engagé à signaler cette nouvelle médication à l'attention de nos lecteurs.

NOUVELLES.

Plusieurs membres de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, MM. Daumerie, Rieken, Seutin, Mourenians, Marinus et Joly, ont reçu le diplôme de membre correspondant de la Societé de médecine de Hambourg.

— MM. les docteurs Daumerie, Marinus, De Lavacherie, Raikem, Frankinet et Lombard, professeurs à l'Université de Liége, viennent d'être nommés membres correspondants de la Société physico-médicale d'Erlangen (Bavière).

— M. Savaron, chirurgien sous-aide en Algérie, est décédé.

— Le ministre de l'instruction publique vient décider que tout chirurgien militaire en congé, soit à Paris, soit à Strasbourg, sera autorisé à subir *extrà tempora* ses examens pour le baccalauréat ès-lettres et ès-sciences devant les facultés de ces villes.

— Un grand dîner médical a eu lieu dernièrement à Londres, sous la présidence de sir Charles Clarke. L'objet principal de la réunion était la remise à sir Benjamin Brodie d'une médaille d'or en témoignage du respect et de l'estime que professent pour lui tous ses confrères. Cette médaille a été frappée à l'occasion de la démission qu'a donnée sir B. Brodie de la place de chirurgien de l'hôpital Saint-George.

— Un chirurgien des hôpitaux de Londres, M. Lloyd, vient de découvrir des zoospermes vivants, en grand nombre, dans l'eau de l'hydrocèle testiculaire ordinaire de deux individus.

— M. le docteur Delstanche, directeur du Dispensaire otologique, propose la question suivante, qu'il met au concours :

« Préciser le diagnostic des surdités nerveuses et faire connaître le » traitement le plus propre à les combattre. »

Prix : Une médaille en or de la valeur de 250 fr.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, et revêtus des formes ordinaires, doivent être remis avant le 1er septembre 1844, au domicile du docteur Delstanche, médecin du dispensaire otologique de Bruxelles, rue de Berlaimont, 2.

La composition du jury chargé de juger les mémoires, sera publiée incessamment.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 101. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Maladie de Bright.

Dans le semestre d'hiver, nous avons recueilli dans le service de M. Chomel quelques cas de maladie de Bright accompagnés de réflexions cliniques de ce professeur, et nous croyons utile de les publier, quoiqu'ils soient d'une date un peu ancienne.

L'affection dite de Bright, dit M. Chomel, a été long-temps inconnue; on voyait des malades affectés d'hydropisie avec certains caractères et finissant par succomber tôt ou tard, mais on en ignorait la cause véritable. Il n'y a pas encore longtemps, l'hydropisie était généralement considérée par les médecins comme une maladie essentielle, et, d'après ce diagnostic, on la traitait par les évacuants, les débilitants, si l'hydropisie était accompagnée de symptômes d'acuité, c'est-à dire si elle était *active*, ou par les toniques, s'il y avait des symptômes opposés et que l'hydropisie fût *passive*. Depuis, surtout après les lumières répandues dans la pathologie par les travaux des anatomo-pathologistes, on est arrivé à regarder l'hydropisie comme le plus souvent *symptomatique* ou consécutive à une affection plus ou moins grave d'un organe autre que le péritoine, par exemple, du cœur, du foie ou du rein, ou comme résultant d'un état d'anémie générale. Ainsi, ce n'est que depuis les progrès de l'anatomie pathologique que l'hydropisie est rayée presque toujours de la classe des maladies idiopathiques essentielles, et regardée comme symptôme d'une maladie d'un autre organe.

Un grand nombre d'ascites est dû à l'existence d'une cyrrhose du foie, qui consiste dans un état de ratatinement particulier de cet organe avec altération de ses éléments constitutifs; les anciens connaissaient bien aussi ce ratatinement du foie, mais ils croyaient qu'il était produit par la compression que le liquide même de l'ascite exerçait sur le foie, et par conséquent ils le considéraient comme un effet mécanique de l'ascite, plutôt que comme la cause principale de cet épanchement péritonéal.

Dans ces derniers temps, on a découvert que les obstacles quelconques existants dans le système veineux au cours libre du sang, tels que caillots, ossifications, etc., peuvent produire et produisent ordinairement l'ascite; c'est, il faut le dire, aux travaux de M. Bouillaud sur cette matière qu'on doit d'avoir éclairci le point important de l'étiologie des ascites.

Enfin Bright, médecin écossais, fut le premier qui mit sur la voie de la cause véritable de cette hydropisie dont nous parlions plus haut, et qui, à juste titre, est appelée, d'après son nom, maladie de Bright. On avait d'abord cru que cet auteur s'était trompé; mais on a bien vite reconnu qu'il avait tombé juste, et que l'existence de l'albumine dans les urines était le symptôme le plus constant et caractéristique de la maladie.

Plusieurs médecins continuèrent les recherches commencées par Bright; entre autres, parmi les modernes, nous citerons M. Martin-Solon, qui répandit sur ce sujet beaucoup de lumières avec son ouvrage intitulé: De l'Albuminurie. De sorte que maintenant cette maladie est parfaitement connue sous le rapport de sa nature et de ses symptômes; malheureusement on n'a pas fait de grands progrès dans la thérapeutique qu'elle réclame, et jusqu'ici les malheureux qui en sont affectés sont à peu près voués à une mort inévitable.

Cette hydropisie commence par la face qui devient bouffie, ensuite elle se montre à la partie inférieure des jambes; c'est le matin qu'elle paraît à la figure principalement, et le soir aux jambes. Des membres inférieurs l'œdème monte peu à peu aux cuisses, et arrive enfin plus tard au ventre; mais l'ascite ne survient que tardivement, et même souvent ce n'est pas un effet de l'affection rénale, mais plutôt d'une altération du foie qui vient compliquer la maladie de Bright.

La présence de l'albumine dans les urines est de la plus haute importance; on dirait presque que le hasard a présidé à cette découverte.

On découvre facilement la présence de cette substance en traitant les urines par un acide, surtout par l'acide nitrique, ou en les faisant bouillir; on voit bientôt le liquide se troubler et se remplir de flocons albumineux.

Après ces remarques générales, M. Chomel passe à l'histoire des malades affectés de la maladie de Bright.

Au n° 3 de la salle Sainte-Agnès était couché un homme de cinquante-quatre ans, bonnetier de profession, d'une constitution forte et d'une bonne santé habituelle.

Il y a un an, à ce qu'il dit, il a eu un pissement de sang pendant les fortes chaleurs de l'été, ce qui constituait déjà un signe suspect. Maintenant il est malade depuis quatre mois et demi; la maladie a débuté par une frayeur vive qu'il éprouva, ayant été attaqué dans la rue par des hommes de mauvaise mine. Depuis cet accident, il a commencé à ressentir de l'oppression; les urines devinrent rouges; il y eut de la bouffissure, du gonflement à la figure; puis les jambes, en commençant par la partie inférieure, s'enflèrent à leur tour, et aujourd'hui la figure est encore enflée, mais non les jambes. C'est, du reste, ce qui arrive souvent; le gonflement commençant par la face se montre ensuite aux jambes, et plus tard disparaît dans ces parties pour reparaître à la face.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade éprouva quelques douleurs aux reins, principalement du côté gauche. Il entra à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine, où on lui appliqua des ventouses scarifiées sur la région rénale, et on le saigna. Ce traitement nous fait soupçonner que le médecin n'a pas bien connu la maladie dont il s'agissait, et qu'il le traita par une simple affection rumételgique ou néphrite aiguë, ou même pour une affection de poitrine d'autant plus grave, que les ventouses furent appliquées sur le côté de la poitrine plutôt que sur la région des reins. On n'examina pas d'ailleurs les urines, de sorte qu'on ignorait très probablement qu'elles étaient albumineuses. Il est probable, d'après les renseignements récents du malade, qu'il fut traité d'une pleurésie. En effet, aujourd'hui, en examinant le côté gauche de la poitrine, siége de la maladie supposée, il nous semble qu'il est rétracté et déprimé plus que le droit. L'œdème enfin disparut, et le malade sortit de l'hôpital; mais après avoir passé quinze jours chez lui, l'œdème reparut, et il se décida alors à rentrer, et fut admis dans notre service. A son entrée il avait la figure un peu bouffie; les jambes étaient œdémateuses, et l'œdème s'étendait même au ventre. Les urines, traitées par l'acide nitrique, présentèrent des flocons albumineux abondants; elles sont maintenant pâles et claires comme de l'eau. Il n'y a plus de douleur dans la poitrine ou dans le côté gauche: au reste, nous ne pourrions attacher aucune importance à ce symptôme relativement à la maladie que nous supposons, parce qu'on ne voit pas ordinairement de douleur aux reins dans l'albuminurie.

A son entrée, nous l'avons soumis à l'usage de la décoction de raifort sauvage que quelques médecins ont conseillé. Après avoir essayé inutilement une foule de remèdes contre cette terrible maladie, on a voulu expérimenter celui ci. Jusqu'à présent il n'y a pas assez de faits qui démontrent d'une manière évidente son efficacité; mais il y a quelques faits qui semblent déposer en sa faveur, et c'est pour cela que nous l'essayons aussi. Le malade allait mieux; il mangeait, il digérait parfaitement; on aurait pu le considérer comme guéri; il semblait acquérir de l'embopoint; mais on trouva encore de l'albumine en quantité considérable dans les urines. Ce signe seul suffit pour nous faire croire que la maladie persiste toujours, et que la guérison n'est qu'apparente.

Sous l'influence du traitement indiqué, le malade allait mieux; les urines étaient devenues moins albumineuses; l'oppression avait beaucoup diminué, tellement qu'il aurait désiré sortir; mais on a cru avec fondement que s'il avait repris en sortant ses occupations ordinaires, l'amélioration actuelle serait bientôt disparue, et les symptômes urineux se seraient reproduits avec toute leur intensité, d'autant plus qu'on ne comptait pas beaucoup sur la stabilité du mieux qui s'était déclaré. On a donc gardé encore le malade à l'hôpital, en continuant le même traitement. Malheureusement les craintes conçues à son égard se réalisèrent; il retomba bientôt dans l'état primitif; il alla même en empirant de plus en plus, et finit par succomber. A la section cadavérique on trouva, indépendamment des lésions du rein propre de l'albuminurie le plus prononcé, un anévrisme considérable de l'aorte avec tous les caractère pathologiques qui l'accompagnent.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Tentative d'assassinat. — Questions médico-légales. — Condamnation aux travaux forcés à perpétuité.* (Cour d'assises de la Seine-Inferieure.)

Le 14 mai dernier, vers onze heures du soir, le sieur Lemerle, rentier, demenrant à Rouen, regagnait son domicile, lorsqu'il vit un individu qui semblait se diriger vers lui. Le croyant ivre, il s'écarta pour éviter sa rencontre; mais à peine s'était-il mis de côté, que cet homme se précipita sur lui, le saisit à la cravate, et lui dit en levant une arme qu'il ne put reconnaître, et avec un accent étranger: « Donne-moi ton argent, ou je te tue. »

Avant même d'avoir bien compris ce qu'il lui demandait, le sieur Lemerle repoussa son agresseur, qui lui dit de nouveau: « Donne-moi ton argent, ou je te tue, » et il lui porta en même temps au bras gauche et à la poitrine deux coups de l'instrument dont il était armé.

Légèrement atteint, le sieur Lemerle se disposait à résister vigoureusement, lorsque l'homme qui l'avait attaqué, s'écriant: « Mais donne donc, donne-moi tout, ou je te tue, » lui fit au ventre une dernière blessure qui le renversa à ses pieds, et l'assassin prit la fuite.

Quoique très grièvement blessé, le sieur Lemerle eut assez de force pour se relever et poursuivre son assassin, qui fut enfin arrêté par plusieurs personnes accourues au secours du sieur Lemerle, malgré les cris: Au voleur! à l'assassin! que le coupable lui-même avait la précaution de pousser pour donner le change à ceux qui le poursuivaient; et bien qu'il manifestât le plus grand étonnement de se voir appréhendé ainsi, lorsqu'il courait lui-même pour arrêter l'assassin.

Parfaitement reconnu par le sieur Lemerle, qui ne l'avait pas perdu de vue un seul instant, il fut immédiatement conduit à un poste voisin, et, dans le trajet, il chercha plusieurs fois à introduire la main dans la poche droite de son pantalon, mais on l'en empêcha. Arrivé au poste il fut fouillé; on trouva dans cette poche un rasoir dont la lame était ensanglantée, et on remarqua qu'il avait la main droite tachée de sang. Jusqu'à ce moment, il avait énergiquement protesté de son innocence, et prétendu que le sang remarqué sur sa main provenait d'une égratignure qu'il avait à la main gauche, quoique cette égratignure fût sèche. Mais à la vue du rasoir sanglant qui venait d'être découvert en sa possession, il fut altéré.

Cet individu, nommé Béjar, réfugié espagnol, a été, par suite de ces faits, traduit aux assises sous la prévention de tentative d'assassinat. Mais, depuis l'époque du crime (quelques jours après), il a été, dit-on, atteint d'aliénation mentale. Il restait donc aux débats à rechercher si cet état était bien véritable, ou s'il n'était pas plutôt simulé. En outre, l'accusé qui parlait et comprenait un peu la langue française lors de son crime, ne connaissait plus, devant la Cour, que l'espagnol, et n'entendait plus que cette langue.

Plusieurs médecins ont été appelés à déposer devant le jury des faits qu'ils ont pu connaître au sujet de cette affaire.

M. le docteur Grout a donné des soins au sieur Lemerle. La plaie du bas-ventre était énorme, mais elle ne présentait aucun danger. Elle a été faite par un instrument tranchant, et elle s'adaptait parfaitement à la lame du rasoir. Si ce rasoir n'avait pas été arrêté dans sa marche par un bouton de corne qui se trouvait au pantalon, la plaie aurait été profonde; il aurait pu y avoir lésion des intestins, et la mort s'en serait suivie. Si même la personne avait été plus maigre ou plus jeune, il aurait pu y avoir mort. Il y avait aussi un coup porté vers la région du cœur, mais il n'y a pas eu plaie, le rasoir a été arrêté par un papier roulé plusieurs fois sur lui-même; toutefois, la force d'impulsion a été telle que ce papier était coupé de part en part: sans cette circonstance, la chair aurait été infailliblement atteinte. La manière dont les coups avaient été portés a fait penser à M. Grout qu'ils l'avaient été avec beaucoup d'intelligence.

M. le docteur Desbois, appelé à donner des soins à Béjar, dans la prison, a dit que, trois ou quatre jours après le crime, il fut atteint de symptômes gastriques et parut frappé d'aliénation mentale. Mais, en l'observant, ce médecin acquit la certitude que cet état d'aliénation était simulé. L'accusé, quand on le regardait, fuyait les regards. M. Desbois a assisté à l'un des interrogatoires de Béjar, et il a vu qu'il prêtait la plus grande attention à la lecture de son interrogatoire.

M. le docteur Vingtrinier, après avoir remarqué que l'accusé ne mangeait pas et dormait peu, a pensé aussi qu'il pouvait y avoir simulation d'aliénation mentale dans son état.

M. le docteur Parchappe, directeur de l'Asile des aliénés à Rouen, a été chargé d'examiner l'accusé dans sa prison et de se rendre compte de son état mental. Le 24 juillet il s'est rendu près de Béjar, qui lui a paru comprendre un peu le français et le parler aussi un peu. Il lui a adressé quelques questions en cette langue, et Béjar y a répondu d'une manière assez cohérente; il n'y avait dans ses réponses aucun symptôme d'aliénation mentale; seulement on reconnaissait chez lui une absence de la mémoire, et cette absence ne paraissait-elle s'appliquer qu'aux faits de l'accusation. Le 1er août suivant, M. Parchappe a fait une autre visite. Béjar était, ce jour-là, un peu malade: il paraissait ne plus comprendre le français, et il ne disait plus un seul mot de cette langue. Les réponses aux questions qui lui furent faites en langue espagnole étaient raisonnables; mais, cette fois, il fut facile de remarquer qu'il paraissait avoir oublié non-seulement les faits de l'accusation, mais tous les faits de sa vie passée.

Ainsi, selon M. Parchappe, l'état de Béjar, au 24 juillet, n'était point un état d'aliénation mentale; il n'y avait chez lui qu'un affaiblissement partiel de la mémoire, et cet affaiblissement était vrai et non simulé. Au 1er août, au contraire, l'absence de la mémoire était complète; mais cette absence totale de la mémoire ne peut être considérée comme symptôme de la folie qu'à la condition d'être vraie.

M. Parchappe termine en disant que les faits qui résultent des interrogatoires subis par Béjar ne dénotent pas du trouble dans l'intelligence, mais au contraire une intégrité parfaite; que, quant à la perte absolue de la mémoire, ce ne pourrait être que le résultat d'une maladie antérieure dont les traces n'existent pas; que tout ce qui s'est passé dans la perpétration du crime, atteste, de la part de Béjar, une conscience parfaite de l'acte auquel il s'est livré.

Sur une interpellation de M. le président, relative à la question de savoir si un fou peut tenter un assassinat dans le but d'arriver à un vol, M. Parchappe a donné d'assez longs détails, desquels il a tiré la conséquence que, suivant les circonstances, elle peut être résolue affirmativement.

Sur une autre interpellation, faite par M. l'avocat-général, et relative à la question de savoir si, lorsqu'il y a perte absolue de la mémoire par rapport aux personnes et aux faits, on peut concilier cette perte avec la conservation de l'usage de la langue natale, le même médecin a fait une réponse affirmative.

Après le réquisitoire de M. l'avocat-général, la défense de l'avocat du prévenu, et le résumé de M. le président. les jurés sont entrés dans la salle de leurs délibérations, et en sont sortis en apportant un verdict affirmatif, mais toutefois avec admission de circonstances atténuantes.

En conséquence, Béjar a été condamné à la peine des travaux forcés à perpétuité.

II. *Tentative de viol. — Meurtre.* (Cour d'assises des Bouches-du-Rhône.)

Le 21 juin dernier, la nommée Marie-Agnès Reimonen, âgée de vingt-six ans, paysanne demeurant à Cuges, fut trouvée morte dans son lit; elle s'était couchée la veille bien portante. Une mort aussi imprévue jeta l'alarme dans le pays où cette jeune fille était aimée et estimée de tous. Toutefois, le désordre des vêtements de la défunte, observé par une de ses voisines et par un de ses oncles, fit douter que la mort eût été naturelle, et bientôt le soupçon d'un crime plana sur un beau-frère d'Agnès Reimonen, le nommé Blanc, qui, veuf depuis quelques mois, habitait avec ses quatre jeunes enfants la même maison que cette fille. Cet homme, qui portait des traces d'égratignures récentes sur son vi-

Ainsi voilà encore une espérance déchue à propos d'un moyen thérapeutique proposé contre cette terrible maladie. Il a semblé un moment produire quelque avantage ; mais le mieux ne s'est pas soutenu, et la maladie a triomphé de l'efficacité du remède.

Au nº 21 de la salle Saint-Bernard se trouve une femme âgée de soixante trois ans, d'une santé habituellement faible. Elle a eu six enfants, et n'est plus réglée depuis l'âge de quarante ans. Elle est sujette à une expectoration quelquefois sanguinolente depuis vingt-deux ans; cet accident habituel, peut-être même alarmant pour quelques personnes, nous inquiète peu : nous sommes moins inquiets d'une personne qui a des crachats sanguins habituels, que d'une autre qui ait eu une seule fois des hémoptysies plus ou moins abondantes. Cette hémorrhagie des organes respiratoires constitue toujours pour nous un signe d'affection grave actuelle ou future. Les crachats sanguinolents chez notre malade se montrent principalement à la suite d'émotions morales vives, de chagrins, de fatigues excessives, etc. Ces crachats sont assez fréquents dans les maladies du cœur ; car ces maladies se lient toujours et très souvent à un trouble des fonctions de l'appareil respiratoire. Hors cela, notre malade jouit d'une santé assez bonne, quoique naturellement sa constitution soit faible, ou affaiblie.

Il y a quinze mois, elle commença à tousser, et un œdème se déclara à la partie inférieure des jambes ; ce symptôme alla en augmentant, et à dater de trois mois, le ventre s'enfle à son tour. Aujourd'hui cette région est d'un volume tel, qu'on ne peut pas méconnaître l'existence d'une véritable ascite. En même temps que le ventre se gonflait il se présenta un son obscur au côté gauche de la poitrine ; l'auscultation révélait des craquements humides et de la respiration bronchique, avec une sorte de gargouillement au sommet du poumon en avant. En arrière, la respiration était vide et obscure ; il y avait enfin tous les signes d'une affection organique du poumon.

Le cœur avait une impulsion forte et un bruit de souffle marqué au premier temps. Il existait très probablement une insuffisance des valvules.

Lors de son entrée, l'épanchement abdominal était moins prononcé qu'il n'avait été auparavant, au dire de la malade. Cet œdème, commençant par une infiltration des membres inférieurs, et de là s'élevant peu à peu jusqu'à l'abdomen, s'explique assez bien par l'existence d'une affection organique du cœur.

L'aspect des urines éveille notre attention, et la porte sur les fonctions des organes urinaires. Après un examen attentif, nous nous assurâmes de l'existence de l'albuminurie.

Le foie aussi devait être dans un état peu normal ; car il semblait déborder un peu les fausses-côtes (autant que la pression était possible dans l'état d'ascite), et le toucher n'était pas sans douleur. Au reste, cette infiltration peut être produite par une double cause ; non-seulement il y a les symptômes caractéristiques de la maladie de Bright, mais encore des symptômes propres des affections organiques du cœur. Le malade a depuis long-temps des palpitations. Les bruits du cœur, sans être évidemment anormaux, sont accompagnés de souffle. Le cœur donc, peut être malade et avoir contribué, de son côté, à la production de l'œdème.

Quelle est, du reste, de ces deux causes, celle qui paraît la plus efficace dans la production de l'œdème? Au début de la maladie, quand l'hydropisie s'est montrée en même temps, qu'il y avait gêne considérable de la respiration, des palpitations du cœur, etc., très probablement ce phénomène était dû à l'efficacité de l'organe central de la circulation. Plus tard, lorsque les signes propres de la maladie de Bright parurent, l'œdème pouvait être l'effet de cette maladie même ; ainsi les deux maladies (chacune à son tour) concourent à produire ce phénomène, et aujourd'hui que les symptômes d'étouffement, de dyspnée, sont diminués, et que l'œdème subsiste, ce phénomène est très probablement l'effet de l'albuminurie, qui est parfaitement établi.

Le pronostic ne peut être que grave, en raison de la double cause morbide qui attaque et travaille l'organisme. C'est une condition très fâcheuse, plus fâcheuse que celle du malade de la salle Sainte-Agnès, chez lequel il n'existe pas la complication sérieuse de l'affection du cœur. Nous appliquerons à cette malade le même traitement qu'on a adopté pour un cas semblable, et qui nous semble avoir produit quelque heureux résultat ; quoique nous nous fassions peu d'illusion sur le résultat final, connaissant par expérience combien il est difficile d'obtenir une amélioration un peu sensible dans les phénomènes de cette affreuse maladie, quel que soit le traitement qu'on mette en usage.

Malgré le traitement employé, les symptômes morbides ne s'amendèrent pas sensiblement ; de sorte qu'il n'y aura même pas, chez cette malade, le mieux apparent qu'on observa chez la malade de la salle Saint-Joseph, et après quelque temps la mort survint, comme, du reste, on l'avait pronostiqué. L'autopsie révéla les altérations organiques des reins, qui caractérisent la maladie de Bright, et en outre une hypertrophie considérable de l'organe central de la circulation.

— Au nº 11 de la salle Saint-Bernard se trouvait une femme dont voici l'histoire :

Femme âgée de soixante-quatre ans, journalière, d'une constitution assez forte, quoiqu'elle fût maigre. Elle se disait malade depuis neuf ans. Au début de sa maladie elle avait de la toux, de l'oppression et de la dyspnée, mais d'œdème nulle part. Au bout de trois ans, ce dernier phénomène parut dans les membres inférieurs, et dura pendant l'espace de six mois, puis il disparut. Plus tard le même symptôme reparut avec le cortége de l'oppression, de la dyspnée et des autres symptêmes qui s'étaient déjà montré précédemment, plus, des palpitations ; et ayant continué à faire des progrès, la malade entra à l'hôpital.

Lors de son entrée, les symptômes énumérés, non-seulement persistaient, mais, d'après le dire de la malade, avaient même acquis plus d'intensité. En explorant le cœur, on n'entendait aucun bruit anormal, excepté un peu de souffle. Les urines étaient chargées d'albumine. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'oppression devint excessive, et nous craignîmes fort pour les jours de la malade. Depuis quelques jours elle va mieux ; l'oppression est moins forte ; mais les urines contiennent toujours une quantité considérable d'albumine ; l'œdème persiste aussi dans les membres inférieurs et semble même gagner du terrain vers les parties supérieures.

L'affection du foie pouvait aussi s'expliquer par l'ascite. Ainsi donc, chez notre malade, il y a très probablement des tubercules dans le poumon gauche ; une insuffisance des valvules avec hypertrophie du cœur ; une albuminurie et une hypertrophie du foie avec altération de sa substance.

Le 14 février, le souffle du cœur semble diminuer, les autres symptômes sont tels que nous les avons sommairement décrits.

Quelques jours après son entrée, nous avons trouvé les urines opaques et troubles, et en les examinant avec attention, nous avons pu soupçonner l'existence d'une certaine quantité de matière purulente, mais pour en avoir la certitude nous avons eu recours aux lumières de la chimie, et en effet l'a-analyse chimique confirma pleinement nos soupçons. D'où vient ce pus ? Est-ce, en effet, de la maladie que nous supposons aux reins ? Mais il n'est pas encore bien démontré que l'albuminurie soit une véritable inflammation, et il faudrait qu'elle fût telle pour pouvoir produire du pus. Je sais que quelques médecins, d'après ceraines idées théoriques, croient franchement à la nature inflammatoire de l'affection rénale qui nous occupe ; mais si c'était ainsi, sa marche ne serait pas si longue, ni si lente, et d'ailleurs on arriverait à la guérir quelquefois. Telle est au moins la nature des inflammations, quel que soit l'organe qui s'enflamme. Or, jusqu'ici on ne connaît pas de cas de guérison radicale et positive de cette maladie. Donc nous ne pouvons pas attribuer la formation du pus dans les urines de notre malade à l'albuminurie dont elle est affectée. C'est ordinairement plutôt l'effet d'un obstacle matériel au cours libre de l'urine existant dans les canaux urinaires ; par exemple, la présence d'un calcul : c'est là au moins le cas le plus commun.

D'après cette idée, nous avons interrogé la malade pour savoir si elle n'a jamais pissé du sang, si dans ses urines elle n'a jamais vu du gravier, etc. ; elle nous répondit négativement. Ainsi, jusqu'ici nous ne pouvons pas nous rendre compte de la présence du pus dans les urines de notre malade. On examina, selon notre habitude les organes génitaux, et on les a trouvés dans l'état le plus normal.

A quoi donc attribuer l'existence de ce pus ? La malade est apparemment tuberculeuse ; elle a très probablement des tubercules dans les poumons, les intestins et autres organes. Ne serait-il pas probable que quelque tubercule ramolli dans l'intestin n'ait fourni de cette matière purulente qui, absorbée, ait fini par passer dans les urines ? Ce n'est qu'une hypothèse que nous formons et qui n'est pas sans fondement ; c'est une présomption, car jusqu'ici il n'y a pas de faits de nature à expliquer cette piogénie.

Le diagnostic d'après cela assez clair sous certains rapports, est enveloppé d'obscurité sous le rapport de la formation du pus existant dans les urines.

L'état de la malade empirant les jours suivants ; les smptômes de suffocation augmentèrent, et elle succomba. Voici ce que l'autopsie nous a appris :

Les poumons n'étaient pas tuberculeux, comme on avait supposé ; il y avait seulement une dilatation considérable de certaines bronches et un peu d'induration dans le tissu environnant. Les lésions principales existaient dans les organes abdominaux ; les reins étaient d'un volume au-dessous du normal, l'un surtout était d'un volume extrêmement petit ; tous les deux présentaient au plus haut degré l'altération organique attribuée à la maladie de Bright, c'est-à-dire cet état granulé à la surface externe avec décoloration externe et couleur presque jaunâtre ; les petits points blancs-jaunâtres se voyaient très rapprochés dans toute l'étendue de la surface du rein. En incisant, on voyait encore ces petits points jaunâtres les-uns durs, les autres déjà ramollis ; c'est là le caractère véritable de la maladie portée à un haut degré. Pourtant pas d'urine trouble ni de pus dans les calices, ni dans les points jaunes, ce qui confirmait les réflexions que nous avons faites à cet égard précédemment. Le reste des voies urinaires était dans un état parfaitement sain. Ces altérations sont principalement prononcées dans le rein qui est plus volumineux.

Le foie aussi est parsemé à sa surface de ces petits points jaunes. On en voit également dans son intérieur, quand on le coupe ; c'est une lésion remarquable. Il est en même temps plus petit, ratatiné, comme il se montre dans la cirrhose commençante. Sous ce rapport, il constitue une pièce pathologique intéressante ; car elle nous montre le début d'une maladie qu'on n'observe ordinairement qu'à l'état bien avancé.

Le ventre était rempli de sérosité.

---

sage, indice possible d'une lutte avec sa victime, fut arrêté, et, après avoir nié d'abord toute participation à la mort de sa belle sœur, il finit par avouer qu'il en était l'auteur, mais l'auteur involontaire. Il prétendit que, depuis deux mois, il avait des relations intimes avec Agnès ; que, la nuit avant sa mort, il s'était présenté dans sa chambre et qu'il avait, contre son attente ; éprouvé une résistance opiniâtre ; que, dans la lutte qui s'était engagée entre lui et cette fille, il avait saisi Agnès au cou, l'avait serrée fortement, et qu'alors il l'avait sentie mourir sous sa main.

C'est donc sous la prévention de tentative de viol et de meurtre que Jean-Antoine Marius Blanc, âgé de quarante-six ans, a été traduit devant le jury.

Aux débats, plusieurs médecins ont été entendus sur les faits de la cause.

M. Antoine Raimonen, docteur en médecine à Cuges, oncle de la victime, a déclaré que dans la matinée du 22 juin il fut appelé pour voir sa petite-nièce Agnès, qu'on lui dit être à toute extrémité. Arrivé chez elle il la trouva morte. Après l'avoir examinée, il aperçut des ecchymoses à la partie latérale gauche du cou, et il supposa, d'après la connaissance du caractère de cette jeune fille, qui avait témoigné plusieurs fois une espèce de dégoût pour la vie, qu'elle s'était pendue elle-même, et que son père, pour éviter le déshonneur, l'avait recouchée dans son lit ; mais, en examinant le cou de plus près, il ne reconnut au côté droit la trace d'aucun corps capable d'avoir opéré la strangulation. Il supposa alors que cette fille, qui était sujette à de violentes coliques, avec difficulté de respirer, avait peut-être pu se faire ces ecchymoses en portant sa main droite vers le cou, dans un accès d'étouffement.

M. Chaumery, docteur en médecine à Aubagne, s'étant transporté, sur l'invitation de M. le juge de paix, au domicile d'Agnès Reimonen pour faire l'autopsie, trouva le corps enveloppé dans un linceul, et déjà en complète putréfaction ; ce qui l'empêcha de reconnaître les traces de violence que M. le docteur Reimonen dit avoir remarquées sur le cou de la victime ; aucun organe n'était lésé. Il lui a été impossible de reconnaître la cause de la mort. L'idée d'un état de grossesse lui ayant été communiquée, il a dû vérifier si cet état existait, et il s'est convaincu que l'utérus était dans un état de vacuité. Il n'a pas examiné le larynx de la fille Agnès ; mais, ayant été requis par l'autorité pour recueillir les organes, il a fait procéder ultérieurement à l'exhumation du cadavre, et, après avoir extrait la base de la langue, l'os hyoïde, une partie du larynx et de la trachée-artère, ainsi que le foie, les reins et la rate, il a enfermé ces matières dans deux bocaux, qui ont été transmis à M. le docteur Rousset, chargé de les examiner.

M. Rousset, professeur à l'École de médecine de Marseille, appelé par M. le juge d'instruction pour opérer sur les divers organes extraits du cadavre de la fille Reimonen, déclare que son examen se porta surtout sur le larynx. Les deux grandes cornes de l'os hyoïde avaient une mobilité singulière ; cette mobilité était particulièrement remarquable pour la corne droite, qui était repliée sur le corps de l'os, de manière à faire avec lui un angle droit. Le cartilage thyroïde, au lieu de former, comme d'ordinaire, un angle saillant en avant, était aplati de manière à rester presque immédiatement appliqué contre les parois postérieures du larynx. La membrane crico-thyroïdienne était intacte, ainsi que le prolongement fibreux qu'elle envoie sur le cartilage cricoïde. On sentait, en promenant le doigt, que ce cerceau était rompu à la partie moyenne : au lieu de former un arc, il présentait un angle rentrant produit par le reploiement en arrière des deux extrémités fracturées. En somme, le larynx avait toutes ses parties ou déviées, ou affaissées, ou fracturées, comme elles auraient pu l'être par une compression énergique et prolongée.

Pour mieux éclairer les jurés et faire ressortir les désordres existant sur le larynx de la fille Agnès, M. Rousset a fait remarquer la difformité de cet organe par la comparaison d'organes analogues et dans l'état sain extraits du cadavre d'un jeune homme de vingt et un ans. Enfin, il a terminé son rapport en affirmant la conclusion suivante : « De l'examen du larynx, de l'os hyoïde et des premiers anneaux de la trachée-artère de la fille Agnès Reimonen, il résulte que cette fille a été étranglée. »

Sur une interpellation de M. l'avocat-général, tendant à savoir si les désordres occasionnés dans le larynx sont le résultat d'une pression instantanée, et si la mort de la fille Agnès n'a pas été occasionnée par un mouvement brusque, M. le docteur Lousset a ajouté que l'affaissement remarqué dans le larynx de la fille Reimonen ne peut avoir été produit que par une pression qui a duré de cinq à dix minutes, et que la mort n'a pu être que le résultat d'une étreinte violente et prolongée.

Après le réquisitoire du ministère public, après la plaidoirie du défenseur de l'accusé et le résumé de M. le président, le jury a déclaré Blanc coupable de tentative de viol suivie de meurtre ; mais il a admis en même temps des circonstances atténuantes.

En conséquence, le préveuu a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

III. *Magnétisme animal. — Condamnation pour escroquerie. — Cassation.* (Cour d'assises.)

Depuis le jour où le célèbre Mesmer annonça le moyen universel de guérir et de préserver les hommes par une opération naturelle qu'il appela *magnétisme animal*, le magnétsme a éprouvé bien des vicissitudes ; son existence comme science médicale, a tour à tour été proclamée vérité ou traitée de fable ; des expériences nombreuses et répétées ont été faites, et, tout en faisant naître chez les uns de sérieuses et profondes convictions, elles n'ont laissé chez les autres que le doute et l'incertitude.

Dans cet état de la science, peut-on considérer comme constituant une escroquerie, dans les termes de l'article 405 du Code pénal, le fait par un individu de promettre au public de guérir, au moyen du magnétisme, telle ou telle maladie, par exemple les maladies nerveuses ou l'épilepsie ?

Cette question, qui ne manque pas d'intérêt au point de vue du droit et de l'art de guérir, se présentait devant la Cour de cassation dans les circonstances suivantes :

Le sieur Ricard avait fait annoncer par la voie des journaux « qu'une importante découverte promettait aux personnes atteintes d'épilepsie ou de toute autre affection du système nerveux. une guérison prompte et radicale, ajoutant qu'on pouvait s'adresser à lui Ricard, directeur de l'Institut magnétique, rue Lepelletier, 9. »

Est-ce à cette annonce que le sieur Ricard dut d'entrer en relation avec le sieur Pihoué, propriétaire à Bressuire ? Toujours est-il que, dans le courant de janvier ou février 1842 il reçut une lettre du sieur Pionhé, dans laquelle était une mèche de cheveux de celui-ci, avec une demande de consultation sur la maladie dont il était atteint.

M. Ricard demanda cinquante francs pour sa consultation ; cette somme lui fut envoyée. La demoiselle Virginie Plain, l'une des somnambules attachées à l'établissement, fut magnétisée par M. Ricard, et interrogée par un docteur sur la maladie de M. Pihoué. La consultation fut envoyée à celui-ci ; elle contenait l'indication de la maladie et celle des remèdes à appliquer, au nombre desquels se trouvait la magnétisation. Alors M. Pihoué, résolut de faire venir auprès de lui M. Ricard et l'une de ses somnambules ; le voyage fut convenu et effectué moyennant la somme de quinze cents francs. Les magnétisations eurent lieu ; le malade déclara qu'il en éprouvait un effet favorable ; déjà même M. Ricard se préparait à l'emmener avec lui pour lui appliquer dans son établissement, avec continuité, le traitement magnétique, lorsque la justice intervint et dirigea, contre le magnétiseur et la somnambule, des poursuites correctionnelles comme prévenus d'escroquerie. Depuis cette époque, le sieur Pihué et mort ; mais le sieur Ricard affirme qu'il est mort guéri de l'affection pour laquelle il l'a traité, et qu'il est mort d'une maladie accidentelle.

Le tribunal de Bressuire condamna les deux prévenus à un mois de prison, par un jugement dans lequel on lit, entre autres motifs, ce qui suit :

« Attendu qu'un semblable système est repoussé par les premières notions du bon sens, et que, pour l'admettre, il faudrait faire abnégation de sa raison. »

Le tribunal de Niort, saisi de la poursuite sur appel, a prononcé

Enfin, au cœur on trouva une hypertrophie considérable du ventricule gauche avec insuffisance des valvules sygmoïdes, et sous ce rapport aussi notre diagnostic fut exact.

Mais d'où venait-il ce pus que nous avons trouvé dans les urines ? Voilà un point que nous n'avons pas pu éclaircir.

HOTEL - DIEU. — M. ROUX.

Deux cas de taille périnéale chez un vieillard et chez un enfant. (Suite du nº du 17 août.)

En revenant sur le manuel opératoire employé dans la taille, nous voulons bien comparer encore cette opération avec celle de la cataracte par extraction. Les chirurgiens, dans cette opération, se sont occupés plus de l'ouverture à pratiquer dans les tissus pour arriver jusqu'à la vessie, que de l'extraction du corps étrangers contenu dans celle-ci. La chose est toute simple ; dans le premier temps de l'opération on sait à peu près ce qu'on veut ; on peut suivre des règles qu'on se trace d'avance, tandis que dans le second temps, quand il s'agit d'extraire le calcul, il faut se conformer aux circonstances, et on ne peut pas avoir de règles tracées à suivre. L'incision doit être certainement proportionnelle au volume du calcul, mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit aussi grande et étendue. D'ailleurs, il y a des limites qu'on ne peut pas dépasser dans l'ouverture du col de la vessie, et si la pierre est trop volumineuse, ou il faut l'extraire par la région hypogastrique, en employant le haut appareil, ou en l'extrayant par le périnée, forcer un peu l'ouverture faite, au risque de déchirer un peu les bords.

En vous parlant de la taille chez l'enfant, j'ai commis une faute. Vous avez vu, chez le petit opéré, qu'avant l'opération, sous les efforts qu'il a faits pour crier et se débattre, il y a eu une procidence du rectum, circonstance qui n'a pourtant pas empêché d'exécuter l'opération. Chez les jeunes sujets, cet accident se présente très fréquemment ; les intestins, chez eux, sont plus invariables, et les sympathies entre l'appareil digestif et la vessie beaucoup plus prononcées que chez les adultes. Vous les voyez souvent, sous l'influence d'une petite émotion, être sujets à l'excrétion des matières fécales et des urines. Chez les adultes, au contraire, on voit les hémorrhoïdes accompagner et compliquer souvent les affections de la vessie, tandis que la procidence de l'intestin est très rare. Du reste, cet accident, chez l'enfant, ne doit pas inquiéter du tout l'opérateur ; il gêne seulement un peu pendant l'opération ; de l'autre, en opérant avant que l'intestin procidé soit réduit, on a plus de chances d'éviter la lésion du rectum, et voici comment : le rectum étant sorti au dehors s'allonge et se retrouve proportionnellement dans la portion qui est au-dessus et qui se trouve en rapport avec le fond de la vessie ; si, au contraire, on essayait de le réduire pendant qu'il s'efforce de procider au-dehors de l'anus, il se gonflerait au-dessus de cet orifice, et par-là diminuerait d'autant l'espace qui le sépare de la vessie ; par conséquent il serait bien plus facile de l'atteindre avec l'instrument tranchant qui coupe le col vésical.

Quant au mode d'extraction, il varie selon le procédé qu'on adopte. On fait glisser la tenette sur la cannelure du gorgeret tranchant, quand on se sert de cet instrument pour couper le col ; mais si on emploie le lithotome caché, après l'incision on introduit dans la vessie le bouton canelé, et sur cette cannelure on glisse la tenette. Quand la vessie contient plusieurs calculs qu'on doit encore extraire un à un, on est obligé d'introduire autant de fois le bouton ou le gorgeret conducteur non tranchant, pour faire glisser sur cet instrument la tenette. Le bouton est un instrument utile en ce sens qu'il sert en même temps de moyen de diagnostic ou d'exploration de la vessie elle-même. Il y a, du reste, beaucoup de hasard à trouver facilement la pierre avec la tenette. Souvent on a des difficultés à saisir le calcul, principalement chez les enfants ; alors il est assez utile d'introduire un doigt dans le rectum, et de s'aider, par ce moyen, à pousser la pierre vers le mors de la tenette.

Enfin la pierre est saisie ; il arrive souvent qu'elle n'est prise heureusement, c'est-à-dire dans le sens du diamètre le plus favorable pour l'extraction ; si alors on a le bonheur de s'en apercevoir, on la lâche et on tâche de la saisir selon le diamètre plus petit ou moyen, si elle avait été saisie selon le plus long diamètre. En cela il ne faut pas beaucoup d'adresse ; c'est plutôt le hasard qui doit favoriser que l'habileté de l'opérateur.

Il y a deux manières principales de faire agir les tenettes, selon qu'on dirige les cuillers des tenettes vers les bords de la plaie ou vers ses angles. Des différences qui existent dans la forme du calcul, dans sa position vis-à-vis des mors de la tenette, etc., résultent les différents procédés qu'on doit employer dans l'extraction des tenettes armées du calcul même, de manière que (comme je disais) les cuillers sont tournées tantôt vers les angles, tantôt vers les bords de la plaie. Je n'entrerai pas dans de plus grands détails à cet égard.

Nous allons finir en complétant l'histoire de nos deux taillés.

Le 28 avril, ou quatrième jour après l'opération, les deux malades vont assez bien ; l'enfant surtout, qui est dans le meilleur état possible. Le vieillard a ressenti quelques frissons, dus probablement à la rétention d'urine qu'il a éprouvée ces jours derniers. On s'est décidé à lui poser une sonde de gomme élastique qu'on laissera quelque temps à demeure dans la vessie, pour que l'urine puisse s'écouler librement. Du reste, rien ne fait croire que des accidents graves aillent se développer ; le malade n'a pas de fièvre ; il a assez bien dormi, est calme, de sorte qu'on a toute l'espérance fondée de le sauver ; il est pourtant beaucoup moins bien que l'enfant.

Le 30, l'enfant depuis hier a un peu de fièvre ; il a la figure abattue et languissante, sue très souvent. On essaie de lui donner un bain ; mais le petit malade crie tellement qu'on est obligé de le retirer au bout de cinq minutes environ. L'urine coule librement par le gland, qui ne paraît pas enflammé. Le vieillard a continué à avoir quelques frissons ces deux jours, et un peu de dévoiement. Aujourd'hui le frisson a été léger et d'un quart d'heure ; la peau est d'une température un peu au-dessus de l'état normal ; pouls peu fréquent et faible. On a été obligé de lui remetire une sonde à demeure parce qu'il n'urinait plus spontanément. Le dévoiement s'est arrêté, mais le malade a l'air affaissé.

Le 5 mai les deux opérés vont mieux ; l'enfant n'a plus de fièvre, mais toujours un peu de dévoiement, la plaie marche vers la cicatrisation ; l'urine coule déjà en grande partie par l'urètre. Le vieillard n'a plus eu de frisson ni de fièvre ; l'urine coule un peu entre la sonde, qu'on tient dans le canal de l'urètre, et ce canal même. Les forces se relèvent un peu.

Le 10 mai, les malades continuent à aller de mieux en mieux ; le petit enfant surtout peut être considéré comme guéri ; la plaie est presque entièrement cicatrisée ; l'urine sort en totalité par la verge. Il y a toujours pourtant un peu de dévoiement, et pour cela M. Roux le garde encore quelques jours dans le service. Quant au vieillard, tous les accidens auxquels il avait été sujet les jours derniers se sont calmés ; le catarrhe de vessie est diminué ; les urines commencent à passer par la verge sans le secours de la sonde : cependant on continue à lui laisser cet instrument dans le canal pour prévenir la rétention d'urine et les accidents qui l'accompagnent.

Le 22 mai, l'enfant, parfaitement rétabli, sort de l'hôpital. Le vieillard marche aussi vers la guérison, qui ne se fera plus long-temps attendre ; car il ne s'est plus présenté aucun accident qui puisse l'entraver.

Le 31 mai, le vieillard demande sa sortie, et M. Roux croit devoir la lui accorder. La plaie est bien fermée ; l'urine s'écoule par la verge ; les fonctions générales se font parfaitement. Il reste seulement un peu de catarrhe vésical et de faiblesse, et on espère que l'air de la campagne, mieux qu'un plus long séjour à l'hôpital, pourra y porter remède.

Correspondance.

Paris, le 24 août 1843.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez jugé à propos de reproduire la longue attaque dont M. Malgaigne vient de m'honorer dans le dernier numéro de son journal. Cette attaque renferme des allégations et des insinuations qui exigent une prompte réponse de ma part : je viens donc vous prier, Monsieur, de vouloir bien me permettre de la publier dans votre Journal. Je ne fais qu'user du droit de la défense, et de la latitude que vous avez annoncé me laisser aussi grande que possible.

Un premier point important à établir, c'est l'origine de cette attaque. Lors de la publication de mon Relevé, M. Malgaigne imprima dans son journal (nº du 20 juillet) « *qu'il était question dans le public de revers graves dont il n'était fait aucune mention dans le relevé, et » il citait, entre autres exemples, d'après M. Velpeau, un strabique opéré à la consultation de M. Guérin, et qui avait perdu la » vue du côté opéré ; tandis que, pour le strabisme, le Relevé ne » parle que de guérisons complètes et d'améliorations.* » J'ai répondu à M. Malgaigne que ces insinuations ressemblaient à de la calomnie, et qu'il serait fort en peine de les prouver. C'est donc pour prouver les allégations qu'il avait avancées sans le moindre fondement, que M. Malgaigne s'est mis en quête *de revers graves*. Or, il résulte de ses recherches cette première conséquence, c'est *qu'au moment* où il imprimait son attaque, il n'avait aucune espèce de preuve à l'appui. Ces *revers graves* dont il parlait n'étaient que présomption, et le fait, le seul fait allegué comme donnant un démenti à mon relevé, était étranger à mon service public, ainsi qu'il l'a reconnu lui-même depuis. A cela, M. Malgaigne n'a rien à répondre ; car toutes les découvertes qu'il a faites sur ce qu'il appelle mes *illusions orthopédiques*, il les a faites pendant l'inconcevable enquête à laquelle il s'est livré. Concluons donc formellement de cette première discussion, qu'à l'époque où M. Malgaigne imprimait dans son journal sa première accusation, il n'avait aucune espèce de preuve. Il se permettait donc une imputation calomnieuse. Remarquez-le bien, Monsieur le rédacteur, je tiens à établir nettement cette proposition, car elle domine toute cette discussion ; c'est elle qui en donnera la moralité ; et elle est si parfaitement rigoureuse, qu'à supposer même que les faits arrivés à la connaissance de M. Malgaigne, après son attaque, fussent propres à la confirmer, elle n'en aurait pas moins le caractère d'une accusation toute gratuite, puisqu'elle aurait été dirigée contre mes collaborateurs et moi, avant toute preuve et en l'absence de toute preuve.

M. Malgaigne a ainsi jugé comme moi ; car dès que je l'eus sommé de s'expliquer, il s'est mis en campagne. Il s'est évertué à trouver les preuves qu'il n'avait pas lorsqu'il m'a accusé, et tel a été le but de son mémorable travail. Ceci nous conduit tout naturellement à un second point qu'il suffit d'énoncer pour montrer qu'il est résolu d'avance.

Est-il vrai, en effet, ainsi que l'annonce M. Malgaigne, en commençant son article, que c'est *pour remplir un devoir triste et rigoureux, pour défendre la dignité et la moralité de l'art, qu'il a pris la plume ?* La réponse à cette question est dans ce qui précède. M. Malgaigne s'était aventuré ; il avait commis, je le dis à regret, une mauvaise action ; il m'avait acculé ; il fallait à tout prix qu'il justifiât son accusation ; et il a cherché les *revers graves* qu'il ne connaissait pas encore, mais dont il avait absolument besoin pour défendre, non pas la dignité et la moralité de la profession, mais pour défendre sa moralité propre, gravement compromise par une accusation qui avait tous les caractères d'une calomnie.

Mais qu'importe le but, voyons le moyen et le résultat.

Les moyens sont un ensemble d'allégations sans preuves, d'insinuations perfides pour lesquelles je réclame toute l'attention de vos lecteurs ; car elles sont aussi nombreuses qu'inouies. Je vais les examiner soigneusement une à une.

1º M. Malgaigne m'a demandé mes observations et mes tableaux, et je les lui ai refusés, quoique j'eusse fait annoncer que *je me mettais à la disposition de quiconque se présenterait dans un but et avec un caractère scientifiques.* Est-ce que par hasard M. Malgaigne était dans ces conditions ? Son but était de se défendre de m'avoir gratuitement calomnié ; son caractère était celui d'un homme qui ne veut pas chercher la vérité, mais trouver des revers à tout prix ; et moi, le calomnié, je me serais mis à la disposition de M. Malgaigne pour l'aider à sortir du mauvais pas où il s'était mis légèrement. Non, j'ai refusé, et je refuserai toujours, parce que je ne m'abaisserai jamais à me justifier devant quiconque commencera par m'accuser de faux sans aucune espèce de fondement.

2º « A voir, continue M. Malgaigne, comme les collaborateurs de » M. Guérin annonçaient que les observations détaillées seraient pu» bliées par le chef du service en temps convenable, avec le nom et » l'adresse des sujets, nous avions cru qu'en effet le relevé avait été » fait d'après les observations recueillies. *Il n'en est rien*, l'auteur est » venu tranquillement feuilleter les registres, prenant les noms, âge et » domicile des sujets, *et c'est ainsi qu'a été bâti* le relevé maintenu » par M. Guérin comme parfaitement exact. » Mais ceci est monstrueux ! Quelle preuve à l'appui de cette nouvelle allégation ? De ce que M. Kuhn est allé relever les noms des sujets admis dans le service, M. Malgaigne en infère que c'est ainsi qu'a été bâti le résumé. Eh bien, non, sans nous émouvoir davantage d'une accusation que nous regardons comme plus légère que blessante, nous dirons à M. Malgaigne que nous possédons en effet les observations qui ont servi de base au Résumé, mais que voulant avoir exactement les époques d'entrée, la durée du séjour, et craignant surtout d'avoir égaré quelques observations, ou confondu les sujets traités à l'hôpital avec ceux traités à la consultation, nous avons prié M. Kuhn de s'assurer de nouveau du nombre des sujets entrés et traités à l'hôpital ; ce qu'il a fait avec une grande précision et exactitude. Car, n'en déplaise à M. Malgaigne, nous maintenons que le chiffre de 134 annoncé par nous est le chiffre exact ; sa méprise sur ce point tient à ce que quelques-uns des sujets admis dans notre service sont venus d'autres services de l'hôpital, où ils étaient et où ils sont restés inscrits.

3º Voulant enfin trouver des *revers graves* en contradiction avec les guérisons du relevé, M. Malgaigne, après maints calculs et maintes recherches stériles, s'est jeté sur les pancartes qu'on affiche à la tête ou aux pieds du lit des malades. Or il a vu que sur ces pancartes, revêtues pour la plupart de la signature de M. Guérin, se trouvait le mot *guéri*. Nous le tenons, cette fois, s'est-il dit : voilà les guérisons annoncées, et en effet il a trouvé des *revers graves* en place des *guéris* déclarés par les pancartes ; et des revers si graves, qu'un des sujets annoncé comme guéri était allé mourir dans sa famille quelques jours après sa sortie. Ceci était fait pour apitoyer M. Malgaigne sur le sort de M. Guérin, et nous en faisons volontiers honneur à sa générosité. Il n'a pas tiré de la découverte de ce *mot guéri* tout le parti qu'il aurait pu. Mais ne plaisantons pas dans une question aussi grave et aussi sérieuse. Hélas ! M. le rédacteur, M. Malgaigne a été victime de la plus lourde, de la plus grosse mystification. Je n'ai jamais mis sur aucune des pancartes du service le résultat du traitement. Ces pancartes sont signées à la sortie du malade par le chef du service, ce que j'ai fait moi-même plus ou moins exactement ; mais j'affirme sur l'honneur, et la preuve viendra de reste, qu'il ne m'est pas arrivé une fois d'écrire sur la pancarte *guéri*, ou tout résultat quelconque. Ce mot a été ajouté par une personne chargée du relevé des pancartes, par une religieuse, m'a-t-on dit. Il est, en effet, fort aisé de se convaincre que l'écriture ne ressemble nullement à la mienne. Et d'ailleurs, mes malades, morts ou guéris ne sont pas les seuls qui aient eu le privilége de cette guérison controuvée. Tous mes collègues de l'hôpital des Enfants ont eu le même avantage. Si M. Malgaigne veut bien se donner la peine de compléter son enquête sur ce point, il s'assurera, par exemple, que M. Baudelocque a guéri en deux jours, du 14 au 16 avril 1840, le nommé Thomas Stanislas, d'une péritonite tuberculeuse ; que M. Jadelot a *guéri*, toujours au dire de la pancarte, d'une phthisie pulmonaire en moins d'un mois (du 4 mai au 18 juin 1840) le nommé Henri Duprat ; que dans la salle Saint-Jean, le nommé Thomas, déjà guéri une première fois par M. Baudelocque en deux jours, l'a été une seconde, du 26 au 28 mai 1840, et cette fois, quoiqu'il y eût un supplément de maladies tuberculeuses locales et générales. Et, pour que rien ne manque à la comparaison, il trouvera une pancarte relative à une coxalgie, conçue comme il suit : « *Weber, Louise, âgée » de six ans ; entrée le 21 avril et sortie guérie le 22 du même mois ; » signé Paul Guersant*, avec cette apostille : *Cette malade est une » scrofuleuse, je n'en veux pas dans mon service.* » En sorte que la malade refusée s'est trouvée guérie comme par miracle. M. Malgaigne pourra s'assurer d'ailleurs que la main qui guérissait si facilement les tuberculeux de MM. Baudelocque et Jadelot, qui renvoyait guéris les malades refusés par M. Guersant fils, est précisément la même qui a guéri les miens.

M. Malgaigne a donc mis la main sur une trouvaille qui n'a pas répondu à son attente. Ces contradictions graves qui lui faisaient tant faute, il ne les a donc trouvées que sur les pancartes annotées par une main invisible. M. Malgaigne laisse voir qu'il avait bien quelques soupçons de l'erreur où il tombait. Il avait vu une malade guérie sur la pancarte et morte chez ses parents ; il avait vu plus loin une courbure rachitique guérie en dix-sept jours ; plus loin encore, un pied-bot guéri en onze jours. Cela lui avait donné à réfléchir, et je lui en témoigne ma reconnaissance. « Dans la crainte de commettre quelque » erreur, dit il, nous nous adressâmes de rechef à M. Guérin, pour le » prier de nous permettre de confronter nos notes avec les siennes, et » de nous aider d'une façon quelconque à arriver à la vérité. » Et nous n'avons pas voulu aider M. Malgaigne. Et il ajoute : « *Force nous a*

---

qu'il résultait des faits acquis au procès, que des manœuvres frauduleuses avaient été employées pour persuader à Pichoné l'existence d'un pouvoir imaginaire, celui de décrire à Paris, sur l'envoi d'une simple mèche de cheveux de la part du malade, l'état dans lequel il se trouvrit à Bressuire. En conséquence, il a condamné le sieur Ricard et la demoiselle Plain à six mois de prison.

Le sieur Ricard et la demoiselle Plain se sont pourvus en cassation pour fausse application de l'art. 405 du Code pénal, et le pourvoi a été soutenu par Mᵉ Mandavoux-Vertamy. L'avocat-général Delapalme a résumé avec une grande lucidité tous les moyens présentés à l'appui du pourvoi, et il a conclu à la cassation.

La Cour, après une heure et demie de délibération, a rendu, sur le rapport de M. le conseiller Jacquinot-Godard, l'arrêt dont voici le texte :

« Vu l'article 405 du code pénal ;

» Attendu que cet article définit le caractère et le but des manœuvres frauduleuses dont l'emploi constitue le délit d'escroquerie ; qu'il appartient à la Cour de rechercher si les faits énoncés dans le jugement attaqué ont été légalement qualifiés ;

» Attendu que ces faits se réduisent, suivant ce jugement, d'une part aux annonces d'un moyen curatif, et, d'autre part, à l'emploi de ce moyen qui serait le magnétisme ;

» Attendu que le jugement attaqué ayant reconnu avec raison qu'il n'avait point à s'expliquer sur le mérite et les effets du magnétisme animal, il en résultait l'obligation, pour constituer le délit d'escroquerie imputé aux prévenus, d'établir, à l'aide des faits et des circonstances de la cause, que les manœuvres par lesquelles ceux-ci auraient voulu persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire, pour faire naître l'espoir d'un événement chimérique, et escroquer ainsi partie de la fortune d'autrui, étaient autres que l'emploi du magnétisme ;

» Et, attendu qu'en dehors de l'emploi de ce système, le jugement attaqué ne signale aucun fait qui serait de nature à justifier la qualification du délit d'escroquerie et l'application de la peine ;

» Que, néanmoins, il a appliqué l'article 405 du Code pénal ;

» En quoi il a été fait une fausse application de cet article ;

» La Cour casse et annule. »

NOUVELLES.

M. le docteur Aurèle Finizio vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Jerusalem, pour avoir donné l'idée d'un nouvel établissement en faveur des enfants-trouvés de Palestine.

— Une école secondaire de médecine vient d'être créée à Orléans.

» *bien été de nous fier aux pancartes.* » Et quelle nécessité à cela, s'il vous plaît? Qui vous forçait d'appuyer vos nouvelles accusations sur d'aussi pitoyables moyens? Hélas! le besoin que vous aviez de justifier la première accusation; et cette première, vous avez essayé de l'étayer sur une foule d'allégations du même genre. Et voilà ce que vous appelez prendre la défense de la dignité de l'art et de la profession! Pauvre et misérable subterfuge qui n'abusera personne, parce qu'il ne vous a pas abusé vous-même.

Mais venons-en aux faits de détail.

4° M. Malgaigne, toujours guidé et éclairé par les pancartes, est parvenu à rassembler 9 observations sur 1,394, montant de notre relevé. Et c'est sur ces 9 observations, c'est-à-dire sur les résultats relatifs à ces 9 observations, déclarés par les pancartes, qu'il construit la partie clinique, expérimentale, démonstrative, de son inconcevable réquisitoire.

Obs. i. A l'occasion du premier fait, M. Malgaigne devine que le mot *guéri* n'a pu être mis que par inadvertance, puisque quelques jours après la sortie de l'enfant, M. Guérin l'opéra de nouveau à la consultation. Cette observation ne prouve donc rien, jusqu'ici, comme *revers grave*. Mais M. Malgaigne l'a citée comme révélant un « *premier exemple d'une étrange anomalie qui ne se rencontre que » dans les services orthopédiques de malades traités dans un hôpital, obligés d'y payer les appareils dont ils ont besoin.* » Et M. Malgaigne ajoute obligeamment « *qu'il ne sait comment s'en rendre » compte!!* » Ceci pourrait être pris pour une insinuation d'un nouveau genre. Eh bien, Monsieur, à cette insinuation, dont je vous laisse le ridicule, je répondrai ce qui suit: Pendant les premiers temps du service, il n'y avait pas de difficultés, de prétexte, de mauvais vouloir qu'on n'opposât à la demande des appareils; souvent les malades les attendaient inutilement pendant des trois et quatre mois; et si j'avais le malheur de les ordonner avant que le bon ne revînt avec l'approbation de l'administrateur, ces appareils restaient à ma charge. C'est alors que j'ai pris le parti de conseiller aux parents qui avaient le moyen de payer leurs appareils, d'en faire les frais pour ne pas attendre; tandis que de mon côté j'en ai payé parfois de mes propres deniers, pour des malheureux qui n'auraient pas pu faire cette dépense. Je me rappelle d'ailleurs qu'à une certaine époque, on s'était avisé de m'interdire toute demande d'appareils pour qui ne présenterait pas un certificat d'*indigence*. Force était bien aux parents non indigents de faire eux-mêmes les frais des machines, à moins qu'on n'eût voulu que je les supportasse moi-même. En fait de difformités, l'appareil c'est le médicament; et je ne sache pas qu'un chef de service soit tenu d'en faire les frais.

Je dirai, à cette occasion, que quels que soient les frais nécessités à l'administration pour le service des difformités, ils n'égalent pas ceux de toute espèce auxquels j'ai paré moi-même jusqu'ici, et qui s'élèvent à plus de trois mille francs. Dans ce chiffre ne sont pas compris la plupart des plâtres que je suis obligé de faire mouler pour chaque sujet, et dont aucun ne m'a été remboursé jusqu'ici par l'administration.

Obs. ii. — La pancarte de la seconde observation ne dit rien. Elle n'est pas invoquée comme révélant un *revers grave;* mais un la cite à cause du moulage payé par la mère. Ici nouvelle remarque de M. Malgaigne, qui dit se devoir et à ses collègues de déclarer que cela ne se fait, à sa connaissance, dans aucun des services de chirurgie des hôpitaux de Paris. Je le crois bien; on n'a pas besoin de faire mouler une carie, une fracture, un bec de lièvre, un ulcère, une hernie; mais nous qui dans une seule année avons été obligé de faire exécuter pour près de 300 fr. de moulage, afin d'assurer l'exacte fabrication des appareils, nous avons prié, à défaut de l'administration qui s'y refuse, les parents capables de supporter cette dépense, de la supporter, et nous avons fait faire, à nos frais, le moulage des véritables indigents. Cette charge du service nous a coûté jusqu'ici plus de 500 fr.

Obs. iii. Il s'agit d'une courbure rachitique de la jambe, guérie, sur la pancarte, après dix-sept jours de traitement. M. Malgaigne s'est assuré chez les voisins de la petite malade, qu'elle n'avait jamais marché et qu'elle était morte.

Obs. iv. *Déviation essentielle des genoux.* La pancarte porte encore *guéri;* mais la mère a dit à M. Malgaigne que l'enfant est toujours *un peu bancal.* Nous n'avons rien à objecter à cela, si ce n'est que M. Malgaigne aurait pu aisément citer d'autres exemples de véritables guérisons venus à sa connaissance; mais ce ne sont pas des guérisons qu'il voulait, c'étaient des *revers graves*, et il lui en fallait bon gré malgré.

Obs. v. *Difformité de la hanche. Abcès par congestion.* C'est le cas de cette petite fille, *guérie* sur la pancarte, et *morte* huit jours après dans sa famille: rien à dire là-dessus.

Obs. vi. *Luxation congénitale des fémurs.* Ceci commence à devenir plus délicat. La pancarte porte encore *guérie.* M. Malgaigne a eu le déboire de ne pouvoir s'assurer s'il y avait guérison ou non. Il parle de toute sorte de choses à l'occasion de cette malade, excepté de la réduction de la luxation. On ne lui a pas permis de s'en assurer, et cela, dit-il, sur ma recommandation. M. Malgaigne se trompe. M. X..., envoyé de M. Malgaigne, s'est présenté une première fois *de ma part* auprès de la jeune personne, âgée de 14 ans, qu'il a trouvée seule; et, soit pudeur ou autre motif, il s'est abstenu d'examiner les articulations. La mère est venue me rendre compte de cette visite, et c'est alors que je lui ai dit qu'on avait abusé de mon nom, et qu'elle pouvait se dispenser à l'avenir d'exhiber sa jeune fille au premier venu. A ces motifs, que tout le monde appréciera, j'ajouterai les suivants:

Quand on a absolument besoin de *revers graves*, on les trouve aisément dans une luxation congénitale réduite, chose toujours assez obscure à décider. On se rappelle, en effet, la discussion dont un cas pareil a été l'objet, il y a deux ou trois ans, à l'Académie. Il y a eu des voix pour, des voix contre, et la question de fait est restée, pour certains, complètement irrésolue. Pouvais-je m'attendre à quelque chose de plus précis de la part de M. Malgaigne, qui voulait absolument des *revers*, et qui, dans ce cas, n'eût pas absolument trouvé ce qu'il cherchait?

Complétement désappointé à l'occasion de ce fait, M. Malgaigne s'écrie qu'il n'opposera jamais d'aussi cruels obstacles à la vérification de résultats chirurgicaux qu'il aurait publiés, et il affirme que pas un de ses collègues n'aurait fait autrement que lui. Eh bien, mon expérience m'a appris qu'il est quelquefois très prudent de ne pas avoir la même confiance. La discussion sur Clémence Delamain et Clémentine Mouchy a prouvé que la prétendue vérification, sur les malades, des résultats annoncés, était un excellent prétexte pour donner un démenti, sauf à recevoir plus tard le démenti du démenti.

Obs. vii. *Déviation de l'épine. Guérie* suivant la pancarte, et *aggravée* suivant la mère de la malade, au dire de M. Malgaigne. Nous sommes fermement persuadé que ni la pancarte, ni la mère de la malade, ni M. Malgaigne ne sont dans le vrai. Voilà ce que nous avons à dire à ce sujet.

Obs. viii. *Torticolis ancien. Guéri* au dire de la pancarte, et *forte amélioration* au dire de M. Malgaigne.

Obs. ix. *Contracture de la mâchoire. Guérie* suivant le relevé, et *améliorée* suivant M. Malgaigne.

Nous avons réuni à dessein ces deux observations, parce qu'elles peuvent être appréciées de la même manière. Dans l'une comme dans l'autre, les rédacteurs de notre relevé avaient vu une guérison de la difformité. Nous pourrions maintenir leur appréciation et contester à M. Malgaigne qu'il n'y ait qu'une forte amélioration, et cela par de très bonnes raisons. Nous dirons, par exemple, qu'à l'époque où ces deux enfants ont quitté le service, ils étaient dans un état qui pouvait être regardé comme la guérison de la difformité, d'après les idées qu'on se forme communément de ce mot, et nous ajouterions, ce qui est un fait réel, que, par suite d'un défaut de précautions, le retrait des cicatrices a diminué graduellement le bénéfice des opérations et du traitement. Mais, pour simplifier les choses, nous préférons accorder à M. Malgaigne qu'il n'y avait qu'une forte amélioration et non une guérison complète. Mais cela suffirait-il pour justifier son accusation? Sont-ce là des *revers graves* en contradiction avec les succès du relevé.

Telle est la série des 9 observations sur 1394, venant déposer, sous l'autorité des pancartes, contre la déclaration grave et consciencieuse de quatre médecins qui ont vu, très bien vu et reconnu les résultats qu'ils ont annoncés.

Que conclure de tout ceci, Monsieur le rédacteur, sinon:

1° Que M. Malgaigne avait à justifier une imputation calomnieuse qu'il s'était permise contre mes collaborateurs et moi, sans le moindre fondement;

2° Que son enquête n'est qu'un effort stérile et sans exemple pour arriver à cette justification;

3° Que les contradictions signalées entre certains faits et les *guérisons* des pancartes, ne reposent que sur une grossière méprise;

4° Que les allégations relatives aux appareils et plâtres payés par les malades de l'hôpital, ne sont que des auxiliaires aussi impuissants et non moins malheureux que l'allégation principale;

5° Qu'aucun des faits, recueillis à grand'peine par M. Malgaigne parmi les 1394 du relevé, n'établit l'existence d'un *revers grave*, en contradiction avec les succès du relevé;

6° Finalement, que l'accusation toute gratuite dirigée contre mes collaborateurs et moi par M. Malgaigne, reste ce qu'elle était à sa naissance, si ce n'est qu'elle s'est étayée et grossie d'une foule d'autres accusations du même genre, que je laisse au bon sens et à la sagacité du public médical d'apprécier, de la part surtout d'un homme dont l'auteur de cette lettre avait quelque droit d'attendre un peu plus de sentiments élevés et un peu moins de persécutions.

Permettez-moi de déclarer, en terminant, que cette réponse est sans préjudice de celle plus circonstanciée que je me propose d'adresser à M. Malgaigne pour être insérée dans son Recueil.

Agréez, etc. Jules Guérin.

Nous recevons une nouvelle lettre de M. Gannal; nous espérons que là se terminera une polémique qui, au point où elle est arrivée et sur le terrain où on la place, ne peut plus en aucune façon éclairer la question. De quoi s'agit-il, en effet? De savoir si M. Gannal possède légitimement ou non le droit exclusif d'embaumer par l'injection carotidienne? Ses adversaires disent non; lui, au contraire, soutient avec ardeur l'affirmative. Il est clair que cet échange d'affirmations et de négations pourrait éternellement durer sans qu'il en résultât la moindre lumière pour ceux que la question intéresse. La jurisprudence seule peut décider du *droit*, et pour que le droit puisse s'établir, il faut *un fait.*

Or, si les adversaires de M. Gannal tiennent à pousser jusqu'au bout les conséquences de leurs attaques, ce à quoi nous les engageons dans l'intérêt général, ils n'ont qu'un parti à prendre: c'est d'embaumer un corps par l'injection carotidienne, en se servant de toute autre substance que du liquide breveté; de pratiquer cet embaumement *gratis;* d'appeler à la constatation du fait M. Gannal, et de courir toutes les chances du procès qu'il ne manquera pas d'intenter comme il l'affirme dans sa lettre et *sur l'honneur*, dernière condition qui n'était pas absolument indispensable.

C'est le seul moyen de décider si M. Gannal est bien venu à se poser à cheval sur son privilége, la lance en arrêt, et prêt à courir sus à chacun de nos confrères qui voudrait entrer dans la lice.

En attendant, voici la lettre assez curieuse de M. Gannal.

Paris, le 21 août 1843.

Monsieur le Rédacteur,

Je m'en remets au temps du soin de calmer la bouillante ardeur de M. Marchal, et je regrette que le conseil à lui adressé, *de se garder de l'énivrement de sa parole*, lui soit arrivé trop tard cette fois. Il n'est plus temps de le préserver de ce genre de fascination; plus il parlera désormais sur ce sujet, et plus il sera convaincu.

Il pense que lorsque M. Berzélius injecta un corps en 1833 avec du vinaigre de bois, il pratiquait un embaumement; que lorsque M. le docteur Tranchina injecta en 1835 par la carotide une solution d'acide arsénieux, il pratiquait des embaumements; que moi, enfin, de 1833 à 1837, j'ai pratiqué la même opération sur tous les cadavres, que j'ai conservé dans les amphithéâtre à l'aide d'une injection.

Pour moi, monsieur le rédacteur, je suis d'une opinion contraire, et je crois avec les magistrats *que le premier embaumeur par injection est celui-là qui a eu le premier l'idée de conserver par une injection un corps destiné à la sépulture.* Or, je suis cet homme là, et pour ce motif je dis mon brevet inattaquable.

Je continue donc à croire que M. Gannal est dans l'erreur; cela, par légèreté et entraînement de sa parole, rien de plus; je ne l'accuse *pas d'audacieuse erreur, de méconnaissance outrageuse de mon droit,* comme il m'accuse lui-même pour ce qui regarde les médecins. Pourtant, c'est moi qui suis l'outragé.

Comme la question soulevée par cette polémique n'a de solution possible par aucune discussion, mais qu'elle va de droit aux tribunaux, priez M. Marchal de *pratiquer un embaumement par injection, sans mutilation, et surtout qu'il* TACHE QUE J'EN SOIS INFORMÉ A TEMPS, et la décision montrera qui de lui ou de moi a raison, non selon l'intérêt, la passion, la jalousie ou la haine, mais selon la raison et la justice. La seule chose que je puis promettre *ici et sur l'honneur*, c'est de ne point laisser échapper la première occasion qui se présentera de faire proclamer mon droit par un jugement.

Je ne puis terminer sans offrir à la dévorante activité de M. Marchal un aliment salutaire. Il a commencé depuis sa lecture publique à ouvrir les livres de droit; ceci est prouvé par quelques passages techniques de sa lettre; qu'il continue cette étude, et il apprendra que mes preuves qu'il trouve misérables, et que mes assertions qui lui paraissent vagues, sont plus que suffisantes jusqu'ici, car la preuve appartient d'abord à l'accusation. Ce premier point bien établi dans l'esprit de votre confrère, il pourra me confondre, non par une longue discussion, ce qui lui conviendrait peut-être mieux, mais par un seul fait: L'EXHUMATION D'UN CADAVRE EMBAUMÉ PAR INJECTION ANTÉRIEUREMENT A MON PROCÉDÉ, et je me tiendrai pour battu.

Agréez, etc. Gannal,

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, a ouvert, le 25 août, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils seront terminés le 16 octobre, et auront lieu tous les jours, rue de La Harpe, 90, le dimanche et le jeudi exceptés. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, et celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur déduit, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N. 102. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Des oreillons. Leur nature contagieuse.

Nous avons eu, dans l'espace de quinze jours à peu près, trois cas d'oreillons qui, s'ils n'ont présenté rien de curieux au point de vue pathologique, m'ont semblé bien propres à démontrer la nature contagieuse de la maladie.

Une femme de trente-un ans entrait le 17 juillet 1843 dans notre service des nourrices avec ses deux enfants; l'aîné, âgé de deux ans, atteint de coqueluche; le plus jeune, âgé de six semaines, d'ailleurs bien portant. Trois jours après son admission, sans cause appréciable, et sans que sa santé fût en rien troublée, elle éprouva un violent frisson en même temps qu'un peu de douleur dans l'articulation de la mâchoire du côté droit. Peu après il survint de l'enflure au-devant de l'oreille, et pendant toute la nuit il y eut de l'agitation et plusieurs frissons suivis de chaleur et de sueur. Vers le point du jour la fièvre augmenta, la tuméfaction fit de grands progrès, et le côté gauche commença lui-même à se prendre.

Le 21 juillet, quinze heures après l'invasion, du côté droit, le gonflement est considérable, la peau est tendue, rose et luisante; elle a le caractère de la fluxion bien plutôt que celui de l'érysipèle ou du phlegmon. L'enflure s'étend en haut jusqu'à la tempe et au niveau de l'arcade surcilière; en avant jusqu'à l'os malaire et presque jusqu'à la commissure de la lèvre; en bas, elle descend au-delà du bord inférieur de la mâchoire, et en arrière elle contourne l'oreille et va se fondre insensiblement dans la peau du cou. Quand on appuie le doigt, on sent que les parties sont élastiques, et qu'elles ne cèdent pas comme dans l'œdème. La pression fait éprouver une vive douleur. La membrane muqueuse des gencives est gonflée, la gorge est douloureuse; salivation visqueuse et abondante; impossibilité de desserrer les mâchoires; déglutition extrêmement pénible; un peu de surdité; sifflements dans les oreilles.

Nous ne pûmes constater aucun engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires ou cervicaux.

Fièvre vive; peau chaude et halitueuse; soif; diarrhée.

Le 22 juillet, même état général, tuméfaction un peu moindre à doite; aussi grande à gauche qu'elle était hier à droite.

Le 23 juillet, tout a disparu à droite; à gauche, le gonflement diminue; fièvre moindre.

Le 24, il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction à gauche: fièvre nulle.

Le 25, tout va bien.

Le traitement fut simplement émollient.

Les oreillons ne sont pas très communs chez les adultes, et connaissant depuis long-temps leur nature contagieuse, je m'informai auprès de la malade des circonstances de sa vie depuis quinze jours qu'elle était sortie de l'hôpital où elle avait été traitée pour une rétention du placenta qui avait compromis sa vie. Elle nous raconta alors que, pendant son premier séjour à l'hôpital, elle avait mis en garde son aîné, qui avait la coqueluche, chez un de ses voisins. Quand elle sortit et qu'elle alla reprendre son fils, elle vit le chef de la famille où il avait été placé, la figure enflée et emmaillotée avec du coton et un fichu; les enfants de cet homme, avec lesquels son fils vivait sans cesse, avaient également la figure enflée avec beaucoup de fièvre.

Dix jours s'étaient à peine écoulés, que l'enfant qu'elle avait ramené chez elle fut pris de fièvre avec un grand gonflement des deux côtés de la face, et quand, quatre jours plus tard, elle rentrait à l'hôpital, elle y ramenait cet enfant, qui avait un peu de gonflement à l'angle des mâchoires, circonstance à laquelle nous ne fîmes nullement attention, la mère ne nous parlant que de la coqueluche.

Ici la contagion était évidente; l'enfant avait été infecté dans une famille où les oreillons avaient attaqué tout le monde; il revenait chez sa mère, subissait la maladie et la lui communiquait. Il était curieux de savoir si le miasme contagieux s'arrêterait là, où s'il irait germer dans un autre organisme. Il y avait dans la salle où nos malades étaient couchés, neuf nourrices et autant d'enfants.

Parmi ces enfants, il en était un, âgé de plus de deux ans, atteint de tænia et un peu rachitique, gai d'ailleurs, très joueur et qui courait toute la journée dans la salle. Il eut bientôt fait connaissance avec le nouvel arrivant qui avait son âge, et que sa coqueluche ne retenait pas au lit. Ces deux enfants étaient donc ensemble toute la journée; pendant toute la nuit, ils restaient dans le même dortoir.

Or, la femme et l'enfant qui avaient eu les oreillons quittèrent l'hôpital le 27 juillet, et dix jours plus tard le petit garçon dont je viens de parler fut pris de la même maladie avec une grande violence. Il n'y eut pourtant chez lui rien de remarquable, si ce n'est une douleur qui revenait de temps en temps par élancements aigus et qui arrachait des cris perçants au petit malade.

Là s'arrêta la contagion: la mère de l'enfant ne prit pas la maladie, personne autre dans la salle ne fut atteint. Toutefois, je doute qu'il soit des médecins assez sceptiques pour révoquer ici en doute la transmission du mal.

J'ai déjà vu bien souvent de petites épidémies d'oreillons: deux entre autres dans deux pensionnats dont je suis le médecin. En moins de quinze jours douze ou quatorze enfants furent atteints dans chaque maison. Cela sans doute ne démontre pas la contagion; mais une jeune demoiselle quitte le pensionnat pour aller dans sa famille, où elle transmet les oreillons; la même chose arrive pour un jeune garçon.

A côté de cela, d'autres de nos malades qui avaient été également traités chez eux n'ont pas transmis le mal.

Mais les faits de transmission que je viens de faire connaître ici sont beaucoup plus probants en faveur de la contagion que les faits de non-transmission en faveur de la non-contagion. Il suffit en effet, pour déclarer qu'une maladie est contagieuse, d'avoir constaté une seule fois la contagion d'une manière bien irréfragable. En effet, quand bien même, après avoir inoculé deux fois la vaccine, il ne se développerait qu'un bouton au point où la lancette a été introduite, il ne serait pas légitime de conclure que le virus vaccin n'est pas contagieux, pas plus qu'on ne serait en droit de refuser des propriétés contagieuses à la syphilis, parce que, sur six hommes qui auraient eu des rapports avec une femme infectée, un seul aurait contracté des chancres. Et certes les faits de transmission des oreillons que je viens de vous rapporter démontrent la propriété contagieuse de cette singulière maladie d'une manière tellement irrévocable, que mille faits négatifs ne pourraient pas infirmer les premiers. Il n'est personne qui n'ait entendu parler des singulières métastases des oreillons. Les livres classiques nous ont appris que la maladie migrait, chez les hommes, sur les testicules; chez les femmes, sur les mamelles. Rien de ce genre n'a été observé sur nos trois malades; mais, dans ma pratique particulière, j'ai eu deux fois l'occasion, chez un homme de trente ans et chez un jeune homme de dix-huit, d'observer la métastase dont je viens de parler. Le premier de ces malades présenta des phénomènes fort curieux: les oreillons avaient disparu lentement, lorsque tout à coup il fut pris d'une anxiété considérable, avec refroidissement, petitesse du pouls, tendance aux lipothymies; le malade et sa famille furent vivement inquiets; je fus appelé, et je déclarai que toute cette scène morbide allait se terminer par une fièvre vive et une inflammation du testicule. Quelques heures plus tard, mon pronostic s'était vérifié. Je ne savais pas alors ce que la lecture des auteurs m'a appris depuis que cet état d'anxiété si grave que j'observais chez mon malade, pouvait se terminer par une crise mortelle sur l'encéphale ou sur d'autres organes essentiels à la vie. Je n'avais entendu parler que de la métastase sur les organes générateurs, et mon ignorance fit ici mon assurance. Aujourd'hui que je suis plus avancé dans la pratique, j'aurais moins de témérité, et cependant cette témérité de pronostic sérait suffisamment justifiée par la proportion très considérable des métastases qui s'opèrent seulement sur le testicule. Le second fait a été observé cette année chez un jeune homme de dix-huit ans, qui habitait un pensionnat de Paris. Il avait eu les oreillons après un assez grand nombre de ses camarades; la tuméfaction de la face avait entièrement disparu, et la santé semblait rétablie, lorsque le lendemain il fut pris d'une fièvre très véhémente. Lorsque je l'interrogeai, une dame m'accompagnait dans la visite, et quelques questions que je fisse, je n'obtins aucune réponse qui me mît sur la voie de la maladie. Le jeune homme était retenu par un sentiment de convenance en présence d'une femme; et comme il avait d'ailleurs quelques petites peccadilles à se reprocher, il n'était pas sans craindre qu'un écart, commis peu de jours auparavant, ne fût la cause du mal qu'il éprouvait. Vaincu par la douleur, il avoua tout à l'infirmière, qui le reporta immédiatement au chef de l'institution; et quand je revins, le lendemain matin, je vis sur toutes les figures un air de mystérieuse inquiétude que je fis cesser à l'instant, en disant ce qu'avait le jeune homme avant même de l'avoir interrogé. Il avait, en effet, une violente inflammation du scrotum et du testicule, et je m'empressai de dire ce que je savais être la vérité, c'est que cette maladie n'était que la conséquence des oreillons. Quatre jours après tout était fini.

Beaucoup de jeunes médecins ignorent que cette métastase se fasse; il en peut résulter de leur part de ces diagnostics imprudents qui peuvent faire planer d'injustes soupçons sur

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Réponse à la *Clinique de Marseille.* — Aménités de la *Gazette médicale de Montpellier.* — Singulière reconnaissance d'un malade. — Le docteur *Alcali-Volatil.* — Une auguste méprise. — Les magistrats reculent devant le magnétisme. — La tombe do Bichat. — Chervin. — L'orthopédie et les robes noirea.

Je dois quelques mots de réponse et de remerciements à un nouveau journal de province, la *Clinique de Marseille*, qui m'a dédié son premier *feuilleton*. C'est beaucoup d'honneur pour moi, surtout dans les termes dont se sert mon confrère marseillais, et qui sont tels que ce serait une immense vanité à moi de les reproduire. J'en suis confus autant que reconnaissant. Me voilà, par gratitude au moins, obligé de faire des vœux pour le succès de cette nouvelle tribune médicale élevée dans une de nos villes les plus célèbres par son goût des sciences et des arts. Ses debuts sont brillants et promettent un bel avenir, que personne ne lui souhaite plus sincèrement que moi.

Ce serait par trop humble de ma part d'en dire autant à la *Gazette médicale de Montpellier,* qui vient de lancer une grosse injure à l'adresse de tous les journalistes de Paris, mais injure si grotesque qu'elle retombe droit sur le nez de celui qui nous l'envoie. Je veux vous en faire juge, et certes ce journal ne s'attendait pas à la bonne fortune de nous voir lui prêter notre publicité. Il s'agit de la réponse que M. Baumès (de Lyon) a cru devoir adresser à un de ses critiques de Paris. « M. Baumès, dit le critique de Montpellier, vient d'être victime d'une » partialité révoltante. Si cet acte d'injustice ouvre enfin les yeux sur » la manière *hautaine* dont la presse médicale de Paris traite en gé» néral les travaux des médecins de province, qu'elle critique avec *in» convenance*.... Il n'y aura que demi-mal.... Nous ne saurions trop le » répéter, Paris est la plus belle ville du monde civilisé; mais, par » cela même (ce *par cela même* est délirant) elle est la plus impropre » à la culture des sciences (je suis confondu de cette logique), et sur» tout à la probité scientique (oh! oh!). Enivrée de plaisirs, avide de » charlatanisme, elle doit nous céder le pas pour les études réfléchies et » consciencieuses. » Quel dommage que l'auteur de cette *consciencieuse* apostrophe ait interrompu ses études *réfléchies* pour attaquer le journalisme parisien. Parlez-moi d'une *probite* scientifique qui emploie un pareil langage. C'est dur, mais c'est net, et la presse parisienne ne peut absolument rien répondre à cela.

A propos de charlatanisme, je dois dire qu'on impute quelquefois à nos confrères ce qui n'est pas de leur fait. J'en ai sous les yeux un frappant exemple, dont je dois raconter l'origine et la cause. Un homme de lettres sollicite en ce moment la direction d'un théâtre. Or, il se rencontre que des mille motifs allégués par le ministre pour lui refuser cette direction, il en est un surtout sur lequel il a principalement insisté, c'est que cet homme de lettres est devenu sourd. Convaincu de surmonter tous les autres obstacles s'il pouvait faire croire à la guérison de sa surdité, l'homme de lettres va confier son tympan délabré aux aiguilles électriques d'un chirurgien en renom. Mais ce n'est pas dans son cabinet et dans le secret de la pratique particulière qu'il entend que la cure s'opère; elle n'aurait pas pour lui assez de retentissement, il n'en retirerait pas le bénéfice qu'il espère. C'est *coràm populo*, dans un service public, à l'hôpital enfin qu'il veut se faire traiter, c'est à une consultation publique qu'il convie ses amis, tous journalistes, pour une expérience dont il doit être le sujet. L'expérience a lieu en effet, et elle produit tout le succès que peut produire une première application de l'électricité. Le lendemain, plusieurs journaux politiques publiaient un article charitablement attribué aux sollicitations du chirurgien, qui en vérité en était fort innocent, un article où une pétition pressante pour le ministre se voilait sous l'éloge du chirurgien qui, sans s'en douter, a servi de canevas à une intrigue de théâtre. L'idée était habile, mais la mise en scène a été déplorable; cette *réclame* était burlesque; nouvelle et très concluante preuve que le chirurgien désigné dont nous connaissons tous l'esprit et le bon sens n'y était absolument pour rien.

Le petit médecin marseillais, grand cautérisateur de pharynx, le docteur Alcali-Volatil, comme l'appelle un auguste personnage, a écrit lundi dernier à l'Académie des sciences une lettre que par malheur M. Arago n'a pas voulu lire. C'est grand dommage; mais la postérité n'y perdra rien; car je vais en donner la plus curieuse phrase; c'est la première:

« Au château d'Eu, en Normandie, le 19 août 1843.

» Monsieur le Président,

» Appelé au château d'Eu pour prodiguer mes soins à un auguste personnage, bien digne du sacrifice de l'abandon de mes foyers, etc. » Cette lettre cependant n'est pas la chose la plus plaisante qui nous soit venue du château d'Eu. Voici ce qu'on en raconte:

Plusieurs magistrats nouvellement nommés avaient été appelés à cette résidence royale pour prêter serment entre les mains du roi. Un procureur général, entre autres, qui ressemble à s'y méprendre à un médecin de la cour, était du nombre. En le voyant, un auguste personnage se souvenant de l'indisposition de l'héritier du trône, et croyant reconnaître le médecin à qui le soin de cette santé est confiée, lui demande: Eh bien! comment va ce rhume? — Le procureur-général à qui s'adressait cette question, venait précisément d'être enrhumé et, confus, émerveillé, que l'on voulût bien s'intéresser à sa santé, il répondit avec reconnaissance: Beaucoup mieux, beaucoup mieux. Mais le personnage, qui aime beaucoup parler médecine, entama aussitôt une dissertation sur le rhume des enfants et sur les vertus héroïques de l'ipécacuanha dans ces affections. Les assistants se regardaient confondus; le procureur-général faisait aussi bonne contenance que possible devant cet éloge des vomitifs. Mais le garde-des-sceaux voyant que la dignité du personnage allait se compromettre en présence de graves magistrats, et ne se doutant pas d'ailleurs de la méprise, coupa court à la dissertation en le rappelant au but de la cérémonie. Le soir au dîner, le hasard voulut que le médecin et le procureur-général fussent placés à côté l'un de l'autre, et tout le monde fut frappé de la ressemblance ex-

des jeunes gens d'ailleurs sans reproches, et porter le trouble dans des familles en faisant disparaître la confiance et en éveillant la jalousie.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Contracture des extrémités. — De la nature et du traitement de cette affection.

Au n° 26 de la salle Sainte-Catherine a été couchée, vers le milieu du mois de juin, une fille de neuf ans, d'une constitution assez faible et délicate. D'un tempérament nerveux, irritable, cette enfant fut prise, il y a deux mois environ, au rapport des parents, d'une agitation assez vive, comme convulsive: elle poussa des cris perçants. Quelques heures après cette attaque, et sans qu'il y ait eu un seul instant perte de connaissance, l'enfant présenta une contraction permanente et générale des extrémités des membres supérieurs. Les membres inférieurs sont à peu près dans l'état normal. Cependant on constate une légère tendance à la contraction des orteils. Cette contraction était assez faible pour que l'on pût redresser les doigts fléchis convulsivement, sans causer à l'enfant de douleurs très vives. La station, quoique difficile à cause de cette tendance à la contracture des orteils, est encore possible; mais on a besoin de soutenir l'enfant. Les mouvements volontaires des doigts des mains sont impossibles, et l'enfant ne peut prendre les objets qu'on lui présente. Elle ne se plaint, du reste, ni de céphalalgie, ni d'étourdissements; appétit conservé: pas de tristesse, de cris, ni de gémissements depuis que l'accès est terminé.

Au bout de quinze jours environ, la maladie pour laquelle on n'avait fait suivre à la petite malade aucun traitement, parut s'amender. Les symptômes de contracture diminuèrent sensiblement, et en moins d'une semaine l'amélioration fut telle, que presque tous les symptômes morbides avaient disparu, et que l'enfant pouvait, mais non sans quelque difficulté se servir de ses mains pour porter à sa bouche les aliments qu'on lui présentait. Un mois environ après, nouvelle apparition de symptômes à peu près semblables, à la suite de convulsions accompagnées de cris, comme les premières. Quatre sangsues appliquées derrière chaque oreille n'ayant produit aucun résultat avantageux, et les contractures des extrémités étant les mêmes, sans aucune amélioration, les parents se décidèrent à amener leur enfant à l'hôpital, où l'on constata l'état suivant, lors de la première visite:

Contracture assez forte des poignets et des doigts, pour que l'on ne puisse les redresser qu'avec un violent effort, et sans causer à l'enfant des douleurs qui lui font pousser des cris aigus. Les deux pieds sont dans un état d'extension forcée; les orteils demi-fléchis, immobiles même quand on engage l'enfant à exécuter quelques mouvements. On n'observe aucune rougeur, aucun gonflement des articulations. Les jointures des membres supérieurs et inférieurs, autres que celles que nous avons indiquées, sont saines et libres. Intelligence parfaitement conservée. Pas de fièvre; pouls à 80, régulier. Chaleur normale de la peau, sans sueur ni sécheresse. Résonnance et respiration bonnes partout. Ni toux, ni expectoration. Langue normale, un peu blanche, humide. Appétit conservé. Pas de céphalalgie. Cataplasmes légèrement synapisés; mauve; deux bouillons.

Le 18 juin, il ne s'est manifesté presque aucune amélioration dans l'état de la petite malade. Persistance de la contracture des membres supérieurs, à un degré beaucoup plus fort que pour les membres inférieurs. Pas de crises ni d'agitations pendant la nuit. Assez bon sommeil. Toujours même difficulté à redresser les parties contracturées, et même douleur quand on essaie les manœuvres propres à arriver à ce résultat. Onctions avec l'huile camphrée; une portion d'aliments.

Le 23, un peu d'amendement dans les symptômes de contracture des membres inférieurs, sans que cependant la malade puisse parvenir encore à se tenir debout. Les symptômes observés du côté des membres supérieurs sont absolument les mêmes que le jour de l'entrée. Du reste, ni céphalalgie, ni étourdissement, ni lourdeur de tête. Appétit bien conservé; intelligence normale. Bains tièdes long-temps prolongés. Onctions avec l'huile de camomille camphrée. Une portion d'aliments.

Le 30, l'enfant se trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant. Les contractures des membres supérieurs, ainsi que les douleurs qu'éprouve la malade quand on veut redresser les membres fléchis, ont sensiblement diminué. Bon sommeil pendant la nuit. La gaieté est assez bien revenue. Appétit. Continuer les bains et les frictions huileuses. Deux portions.

Sous l'influence de ce traitement, les accidents continuent à diminuer de plus en plus, et l'enfant est complétement guérie vers la fin de juillet.

— On a donné le nom de contracture des extrémités, désignation qui, au lieu d'indiquer, comme on doit toujours chercher à le faire, la nature de la maladie, n'exprime qu'un symptôme, sans s'occuper du point de départ, on a, dis-je, donné le nom de contracture des extrémités à une affection extrêmement peu connue, et qui n'a, que depuis quelques années à peine, fixé l'attention des pathologistes. Sans prétendre, pour cela, que cette maladie n'eût point encore été observée ni reconnue par ceux des praticiens qui ont dirigé le but de leurs études vers le diagnostic et le traitement des maladies des enfants, nous voulons dire que ce n'est que depuis peu de temps que l'on a considéré cette affection d'une manière spéciale, et sans vouloir toujours remonter, ce qui est souvent impossible, aux lésions organiques qui peuvent la déterminer. On sait, en effet, que dans un grand nombre d'affections des centres nerveux, on observe des phénomènes à peu près semblables à ceux qui caractérisent la contracture des extrémités. C'est probablement là la raison pour laquelle on n'a pas décrit cette maladie plus tôt d'une manière spéciale. La contracture, se confondant avec les convulsions, qui peuvent se présenter sous des formes si multipliées, affecter des types si variés et dépendre de causes si nombreuses et le plus souvent si obscures. De plus, si la contracture n'a pas obtenu, jusqu'à présent, dans les ouvrages de pathologie, de mention particulière, en tant que maladie spéciale, c'est peut-être aussi parce qu'elle survient rarement chez un sujet sain du reste, et qu'elle ne se développe guère que chez des enfants affectés d'une autre maladie plus grave, ou du moins paraissant plus grave, et qui attire seule, au préjudice de celle qui nous occupe, toute l'attention des praticiens. Enfin, l'âge des sujets qu'elle atteint, et les points limités qu'elle occupe dans l'économie, ont dû contribuer encore davantage à la faire méconnaître.

Pour définir la maladie désignée sous le nom de contracture des extrémités, nous dirons que c'est une affection qui consiste dans la flexion involontaire, permanente et forcée des doigts des mains; des poignets quelquefois, des orteils et des coude-pieds. Comme les convulsions, les contractures des extrémités sont primitives, sympathiques ou symptomatiques. Des contractures symptomatiques, c'est-à-dire de celles qui sont liées à un état pathologique du centre cérébral et qui en dépendent, nous n'en dirons rien ici. C'est un sujet qui trouvera sa place dans les réflexions que pourront nous donner lieu de faire les observations d'affections cérébrales que nous rencontrerons inévitablement. Nous nous bornerons donc à dire quelques mots sur les contractures primitives et sympathiques, qui sont beaucoup moins connues que les autres.

Les causes de ces contractures doivent être rangées en causes prédisposantes et causes déterminantes ou occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes, nous rangerons en première ligne l'âge; c'est de un à quatre ans que l'affection se rencontre le plus fréquemment. Cependant, il n'est pas excessivement rare de la voir survenir chez des sujets âgés de quatre à huit ou dix ans. Le sexe n'a pas paru avoir d'influence très manifeste sur la production de la maladie, non plus que l'hérédité; mais nous devons dire en passant ici, que peut-être les renseignements pris en pareille circonstance n'ont-ils pas été très complets. En effet, soit qu'on l'ait oublié, soit qu'on n'ait pu parvenir à le savoir, les observations qui existent dans la science, et elles commencent à être assez nombreuses, ces observations n'offrent, aucune, le moindre renseignement sur les antécédents de la famille et la santé des ascendants. Cependant, mais il est impossible de tirer aucune conclusion d'un fait seul; un auteur anglais dit avoir vu deux enfants de la même famille affectés de contractures des membres.

Le tempérament nerveux, une faible constitution, souvent détériorée par des maladies antérieures longues et débilitantes, semblent être autant de causes prédisposantes à la production de cette maladie. L'influence des saisons est telle, que c'est dans les mois les plus froids, ou pendant les étés qui présentent des variations atmosphériques très brusques, que l'on observe le plus grand nombre de ces affections. Enfin, pour terminer ce qui est relatif aux causes prédisposantes, disons un mot des maladies antécédentes qui favorisent le développement de cette affection. Les maladies pendant lesquelles ou à la suite desquelles elle se développe, exercent-elles une grande influence sur sa production? M. Delaberge pense, et les auteurs d'un traité récent des maladies des enfants, auxquels nous ferons de fréquents emprunts, partagent cette opinion, qu'il n'y a là que coïncidence, ou du moins que le rapport de cause à effet n'est pas appréciable. Cependant certaines circonstances, l'onanisme, par exemple, les causes hygiéniques défavorables, sont probablement les conditions sous l'influence desquelles les contractures se développent le plus fréquemment. L'établissement de la menstruation n'est pas sans doute sans une certaine valeur. La frayeur, une émotion morale vive, la colère peuvent être des causes occasionnelles.

Il est assez rare de voir la maladie survenir d'emblée chez des sujets bien portants auparavant. Cependant il est des cas où il en est ainsi, et le cas précédent nous en offre un exemple. Nous n'entrerons pas dans un long détail des symptômes que l'on observe ici. Qu'il nous suffise de faire remarquer que les doigts sont fléchis à angle droit, presque aigu même quelquefois sur la paume de la main, tandis que les phalanges restent entre elles dans l'extension. Les doigts sont écartés les uns des autres, et le pouce est porté en dedans et recouvert par les phalanges; ce qui constituerait, s'il n'y avait pas d'autres symptômes plus importants, un point de ressemblance avec l'épilepsie. Quand la maladie est intense, on ne peut sans provoquer les plus vives douleurs, essayer de redresser les doigts. Il arrive souvent dans ces cas aussi que le poignet soit entraîné dans la flexion forcée. La maladie, bornée aux membres supérieurs quand elle est peu intense, affecte ordinairement aussi les membres inférieurs. Le pied est toujours alors fortement étendu sur la jambe; les orteils sont, soit fléchis, soit étendus, et l'on éprouve pour les redresser ou leur rendre leur position normale la même difficulté que pour les extrémités supérieures. De là, suit naturellement et forcément ceci, que la station, la marche et la préhension sont complément impossibles au sujet malade.

Voilà pour les phénomènes locaux. Les symptômes généraux sont moins remarquables; l'intelligence est nette, bien conservée; il n'y a ni délire, ni perte de connaissance. Le caractère peut seulement changer un peu; les enfants, de gais, devenir tristes et pleureurs. Quelques-uns crient violemment, peut-être par suite de douleurs non appréciables à l'observateur. Nous supposons toujours ici la maladie simple. Il n'en serait pas de même, la chose est facile à comprendre, si la contracture venait à se compliquer d'une affection cérébrale; dans ce dernier cas, les phénomènes pourraient varier à l'infini; les convulsions, le strabisme, le délire, la perte de connaissance, le coma, etc. Tous ces accidents pourraient se montrer, et l'on ne devrait point les mettre sur le compte de l'affection des membres seule.

Les fonctions circulatoires, respiratoires et digestives sont rarement troublées quand la maladie est simple; ou si elles le sont, c'est à un très faible degré. Lorsque, comme cela arrive dans le plus grand nombre des cas, il y a complication ou mieux coïncidence d'une affection autre, il sera fort difficile de faire la part des symptômes propres à la maladie convulsive elle-même et de ceux qui appartiennent à la complication. Les vomissements, la toux, la diarrhée, etc., dépendront des affections inflammatoires aiguës ou chroniques simultanément existantes. La même remarque sera faite pour le mouvement fébrile que n'entraînent jamais les contractures essentielles des extrémités. Le pouls, disent les auteurs que nous avons cités, est régulier le plus ordinairement, signe précieux pour le diagnostic différentiel des affections cérébrales.

Nous avons dit que l'affection débute ordinairement par les extrémités supérieures et s'étend aux inférieures. La durée en est extrêmement variable. Cependant, il est rare qu'au bout d'un temps plus ou moins long on n'observe pas une intermittence bien sensible. De là, plusieurs changements sans régularité, sans cause appréciable dans l'état des sujets malades. On a vu la maladie une fois dissipée reparaître sous l'influence d'une cause morale vive.

Si l'on cherche à distinguer la contracture des extrémités des phénomènes de même genre produits par d'autres malaladies, nous avons à passer en revue une grande variété d'affections diverses que nous ne ferons guères que mentionner. Nous rencontrons d'abord les contractions symptômatiques d'une affection de l'encéphale ou de la moelle, ou de leurs enveloppes. Les symptômes généraux et une certaine partie des symptômes locaux suffiront dans la grande majorité des cas pour établir le diagnostic différentiel. Les tubercules cérébraux, dont nous donnerons prochainement une observation curieuse, peuvent produire des accidents assez analogues à ceux qui détermine la contraction essentielle. Enfin, le tétanos, que l'on croirait au premier abord pouvoir facilement confondre avec la contracture essentielle, en est tellement différent qu'il est à peu près impossible de les prendre l'un pour l'autre. Les phénomènes du début, la marche, la raideur du cou, de la nuque, de la colonne vertébrale, des muscles de la mâchoire inférieure ne peuvent laisser aucun doute à l'esprit de l'observateur. Puis la recherche des causes ne sera pas sans éclairer le diagnostic.

---

traordinaire qui existe entre ces deux messieurs, et qui fut cause de cette anguiste méprise.

Donc, les magistrats reculent pour taxer de pouvoir chimérique et de promesses mensongères ce que disent les magnétiseurs de la puissance de seconde vue et à distance, et à travers les corps opaques, et de guérisons par les mèches de cheveux et de tant d'autres belles choses que les commissions académiques, les ignorantes et les entêtées, n'ont jamais voulu admettre. Cet arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Ricard est très grave; c'est un camouflet donné aux sociétés savantes, et Dieu veuille que les magistrats n'aient pas à s'en repentir.

Rien ne m'est encore parvenu de ce qui s'est dit et fait à Bourg jeudi dernier pour l'inauguration de la statue de Bichat. Puisque le désir du généreux et grand artiste David (d'Angers) n'a pas été réalisé, puisque Paris n'a pas voulu faire fondre un second exemplaire de ce magnifique bronze qui vient d'être érigé sur le sol natal de Bichat, ne pourrait-on au moins sauver son tombeau de l'abandon et de l'oubli dans lequel il se trouve? Les restes de Bichat reposent indignement dans un coin ignoré de l'ancien cimetière de Clamart, la pierre qui les recouvre a presque entièrement disparu sous les ronces; n'eût-il pas été convenable de déposer ce qui reste encore de Bichat au pied du monument que la reconnaissance nationale vient d'élever au grand anatomiste? La cérémonie de Bourg n'y eût-elle pas gagné un caractère plus imposant et plus solennel? Et cet acte de piété envers la mémoire de Bichat n'honorerait-il pas la profession tout entière? Il serait digne de la *Gazette des Hôpitaux* de prendre l'initiative à cet égard et de proposer une souscription pour l'exhumation des restes mortels de Bichat et leur transport dans un lieu plus convenable. J'ose croire que cette idée trouverait faveur et sympathie auprès du corps médical.

Et Chervin, cet excellent homme dont la vie courageuse vient de s'éteindre dans un état voisin de la détresse, que ferons-nous pour sa mémoire! Le laisserons-nous mourir insolvable? Si nous vivions sous la législation anglaise, aurions-nous souffert que son cadavre, comme autrefois celui de Shéridan, fût retenu en gage par ses créanciers? Ce n'est pas pour sa dépouille mortelle, mais pour sa mémoire, pour la mémoire de ce courageux et probe médecin que nous devons, nous ses confrères, ses amis, nous émouvoir Lisez dans ce numéro même la lettre que nous écrit un homme de cœur qui prend l'initiative de toutes les belles et nobles actions; que son exemple nous soit à tous un encouragement.

N'entendez-vous pas dans l'air comme un bruit de plume grattant sur le papier? C'est qu'à cette heure les huissiers écrivaillent, *exploitent* et assignent devant la police correctionnelle un journaliste *qui a comblé la mesure* contre l'orthopédie, c'est ainsi du moins que l'orthopédie s'exprime. Sur ce point je trouve que l'orthopédie a raison. La *Gazette des Hôpitaux*, qui a eu à subir les mêmes injures et les mêmes calomnies de la part du journal que M. Guérin traduit devant les tribunaux, de ce journal qui prend l'invective pour le droit de discussion et le mensonge pour armes de la polémique, la *Gazette des Hôpitaux* a dédaigné de lui demander une réparation judiciaire que vingt fois il s'était attirée. C'est un déplorable scandale qu'une telle conduite et qui tôt ou tard devait aboutir à ce triste résultat, à cette extrémité fâcheuse à laquelle en est réduit M. Guérin, que tous les hommes honnêtes ne peuvent blâmer d'avoir mis son honneur sous l'égide de la loi. Cependant les avertissements n'ont pas manqué. Pour ma part j'avais prévu ce qui arrive, et ceux qui savent lire ont vu le conseil voilé que j'ai donné à cet égard. Depuis long-temps je voyais que cette question était pleine de périls, et souvent j'ai dit: Prenez garde!

Frigidus, o pueri, fugite hinc, latet anguis in herba.

Pour mon compte je suis épouvanté. Il y en a qui ont peur des crapauds, celui-ci des araignées, celui-là d'une souris; ma bête d'aversion, à moi, c'est la robe noire, et sitôt que j'en vois poindre une je me sauve à toutes jambes.

Jean RAIMONN.

Une épidémie assez grave sévit dans ce moment au village de Vitry, arrondissement de Thionville, et déjà elle a fait plusieurs victimes. Cette commune avait été décimée en 1832 par le choléra.

M. Delaberge fait remarque, quant au pronostic, que si l'on voulait juger par le nombre des morts, de la gravité de l'affection, on serait en droit de regarder l'affection comme des plus redoutables. Il faut faire attention que rarement, comme nous l'avons déjà fait remarquer, la maladie se développe chez un sujet sain; c'est presque toujours, sinon toujours à l'affection concomitante que l'on doit rapporter la cause de la mort; et l'on pourrait peut-être citer à peine une observation dans laquelle la contracture eût, nous ne disons pas causé la mort, mais seulement aggravé les symptômes de l'affection étrangère à celle qui nous occupe. Il faudrait cependant se garder de porter toujours un pronostic favorable, même la maladie étant simple; car il pourrait fort bien arriver que l'enfant succombât à une attaque d'éclampsie, affection nerveuse redoutable qui complique assez souvent la contraction des extrémités.

Avant d'aborder le traitement dirons-nous un mot de la nature de la maladie ou du moins des opinions que les divers auteurs ont émises à ce sujet? M. Delaberge et quelques auteurs étrangers regardent la maladie comme purement locale, et ayant son siége dans les muscles des membres affectés, sans cependant vouloir se prononcer d'une manière formelle et très positive sur la question de savoir si elle ne doit pas être rangée plutôt dans le cadre nosologique à côté de ces maladies dont l'essence est si obscure, et que l'on distingue tour à tour sous les noms de rhumatisme, de névralgie et de nécrose.

MM. Rilliet et Barthez croient, tout au contraire de M. Delaberge, que l'affection dépend d'un trouble fonctionnel des centres nerveux, opinion qui nous paraît, d'après l'observation des faits, beaucoup plus logique et plus convenable. C'est pour ces auteurs une maladie tout à fait analogue aux convulsions des jeunes enfants; en effet, disent-ils, elles sont fréquentes chez les jeunes sujets, récidivent souvent, comme les convulsions, atteignent de préférence les sujets d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, ceux qui ont eu précédemment des convulsions, des attaques d'éclampsie, etc. Enfin, disent-ils en terminant, la contraction occupant successivement les quatre extrémités ne peut reconnaître une cause purement locale.

Le traitement, qui a peut-être été la chose la moins étudiée, est sans contredit le point le plus important, celui à la détermination duquel concourt tous les autres. Il sera nécessaire d'abord d'établir un diagnostic positif, il sera facile de poser ensuite quelques règles thérapeutiques.

Les sangsues, que recommandent quelques praticiens préoccupés de l'idée d'une inflammation des centres nerveux ou de leurs enveloppes, ne produisent d'ordinaire aucun effet salutaire. Dans le cas qui fait le sujet de cet article, et à propos duquel nous présentons ces réflexions, on a vu appliquer chez l'enfant, avant son entrée à l'hôpital, des sangsues qui n'ont été suivies d'aucune amélioration. Cependant, on n'a pas cru observer que l'état eût empiré sensiblement à la suite de cette émission sanguine locale; d'où nous concluons que si elles ne sont pas utiles, les émissions sanguines locales consistant en applications de sangsues derrière les oreilles, ne présentent pas non plus un grand inconvénient.

Le traitement devra nécessairement varier suivant les conditions individuelles dans lesquelles se trouvera le sujet malade. On conçoit, sans qu'il soit presque besoin de le dire, que si les contractures se développent chez un sujet débile, amaigri, anémié, sans cependant qu'il y eût de lésions graves, on devra employer un traitement tout différent de celui que l'on ferait suivre à un sujet en proie à une affection inflammatoire aiguë ou chronique. Tandis que dans le premier cas les toniques seront indiqués, dans le second ce seront les émollients ou les antiphlogistiques, etc.

La plupart du temps, les boissons seront de légères infusions antispasmodiques; les bains tièdes, les frictions sèches, ou avec l'huile camphrée, comme on les a employées chez notre malade, paraissent constituer la meilleure médication à mettre en usage. Dans le cas où la thérapeutique ne suffirait pas, il faudrait avoir recours à l'emploi des antispasmodiques à l'intérieur. L'oxide de zinc, l'extrait de jusquiame paraissent remplir le mieux les indications. Enfin, dans les cas exceptionnels où l'on aurait lieu de soupçonner cet état entretenu par une difficulté de la menstruation à s'établir, les toniques, les ferrugineux, quelques dérivatifs passagers aux extrémités inférieures ne devront pas être oubliés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 août 1843. — Présidence de M. Serres.

M. Arago lit une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui invite l'Académie à élire une commission chargée de décider de la possibilité de l'impression, aux frais de l'Etat, des œuvres de Lavoisier.

Les sections de physique et de chimie, auxquelles M. Arago sera adjoint, sont chargées d'examiner cette proposition.

— *M. Velpeau* présente au nom de M. le docteur Fabre, lauréat de l'Académie, le premier volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. Ce premier volume, dit-il, est une monographie complète des maladies des organes sexuels de la femme. On y trouve reproduits, dans ce qu'ils offrent d'utile et de pratique, les travaux les plus importants, anciens et modernes, sur cette partie de la science. Cet ouvrage remplit parfaitement le but que s'est proposé l'auteur; par l'abondance et l'étendue des citations, c'est une véritable *Bibliothèque* qui sera fort utile au médecin-praticien.

— *Nouveau procédé autoplastique destiné à remédier aux occlusions et à rétablir le cours de certains liquides, comme dans la grenouillette.* Mémoire présenté par M. Jobert (de Lamballe). — *M. Jobert* propose de réserver le nom de grenouillette à la seule tumeur formée par un amas de salive, suite de l'engorgement du canal de Warthon. Il établit que dans ce cas particulier toutes les méthodes jusqu'ici conseillées sont insuffisantes et infidèles. Il démontre que le procédé autoplastique dont il a donné dernièrement la description, est non-seulement le plus propre à remédier à la grenouillette, le plus promptement curatif et le plus rationnel, parce qu'il s'oppose invinciblement aux rechutes, mais en dernier lieu, que dans les cas même de kystes étrangers à l'appareil de la sécrétion salivaire, il est encore préférable à ceux admis jusqu'à ce jour.

M. Jobert rapporte en outre deux observations, dans lesquelles la méthode qu'il propose a été employée avec succès.

— *Des propriétés électives des vaisseaux absorbants chez l'homme et les animaux*; par le docteur *Barthez*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis. — De l'ensemble de ce travail on peut conclure :

1° Que toutes les matières végétales ou minérales mises en contact avec nos organes, dans un état de facile absorption, sont absorbées par les veines;

2° Que toutes les matières animales ou organiques assimilables placées dans les mêmes conditions, sont absorbées et résorbées par les vaisseaux lymphatiques;

3° Que la matière hétérogène absorbée est transportée dans le corps par les veines, tandis que la matière homogène l'est par les vaisseaux lymphatiques;

4° Enfin, que l'absorption qui se fait à travers les vaisseaux lymphatiques n'introduit dans le corps que des matières propres à la nutrition, ou bien nuisibles, mais toujours de nature animale; tandis que les veines n'y apportent que des substances impropres à entretenir la vie, ou bien encore nuisibles, mais toujours aussi de nature végétale ou minérale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 4 juillet 1843. — Présidence de M. Toirac.

Correspondance. — Demande d'admission de M. le docteur *Dreyfus*, avec envoi d'un numéro de la Revue médicale contenant un fragment du travail que ce médecin est sur le point de publier sur *quelques agents thérapeutiques non usités en France*. (Commissaires: MM. Amédée Latour, Gaide et Lagasquie.)

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Bourrières* donne lecture du rapport fait par MM. Barruel, Henry et Chevallier sur la source sulfureuse de la rue de Vendôme, rapport qui confirme, selon lui, les observations qu'il a présentées lui-même sur cette source.

M. Lesage persiste à croire, d'après ce rapport même, que l'eau dont il s'agit ne contient pas, comme l'eau d'Enghien, de l'acide sulfhydrique libre. Il dit tenir le fait de M. Barruel lui-même. Enfin, il soutient que cette eau est simplement minéralisée par le sulfure de calcium.

— Egalement à l'occasion du procès-verbal, M. *Lagasquie* dit qu'il ne croit pas qu'il y ait de démence aiguë intermittente. La démence se présente sous la forme chronique, et n'est le plus souvent que la dégénérescence des autres formes de l'aliénation mentale.

M. Belhomme affirme avoir vu plusieurs fois l'aliénation mentale débuter avec les caractères de la démence. Quant à la démence aiguë qui a été signalée par Esquirol, Georget et Etoc-Demazi, on sait, dit-il, qu'elle coïncide le plus ordinairement avec l'œdème cérébral.

— *M. Lozes* pose la question suivante: Une femme peut-elle devenir mère après qu'elle a cessé d'être menstruée? Cette question m'a été suggérée, dit-il, par deux faits que j'ai eu occasion d'observer et auxquels je n'ai pas trouvé d'analogues dans les auteurs que j'ai compulsés. Voici ces deux faits:

Je fus appelé un jour auprès d'une dame qu'on croyait atteinte d'un polype de l'utérus; le toucher me fit reconnaître de suite que le prétendu polype n'était autre chose que la tête d'un enfant déjà descendue dans l'excavation pelvienne. En effet, l'accouchement ne tarda pas à se terminer. Or, cette dame mariée à vingt-trois ans, n'avait jamais eu d'enfants précédemment; elle avait alors cinquante-deux ans, et il y avait huit ans qu'elle n'était plus réglée.

Une autre fois, je fus consulté par une femme qui se croyait hydropique. En palpant l'abdomen, je sentis des mouvements caractéristiques, et je lui annonçai qu'elle était enceinte; mais elle repoussa cette idée comme impossible. Néanmoins la grossesse se confirma, et eut son terme naturel. Cette femme, servante d'un ecclésiastique avec lequel elle entretenait des relations intimes, avait cessé depuis deux ans d'être réglée, et dès lors ils avaient cru pouvoir, sans danger, se dispenser des précautions qu'ils s'étaient imposées tant qu'avait duré la fonction menstruelle.

M. Deleau. Il y a dix-huit ou vingt ans, lorsque je faisais encore des accouchements, j'accouchai une dame qui se trouvait dans les circonstances suivantes: Veuve à l'âge de trente-huit ans, elle avait cessé d'être réglée à quarante-deux, s'était remariée à quarante-huit, et était cependant devenue enceinte. L'enfant qu'elle mit au monde vit encore. D'ailleurs, en raisonnant par analogie, pourquoi une femme serait-elle dans l'impossibilité de concevoir par cela seul qu'elle n'est plus réglée, puisqu'on voit de jeunes filles qui ne le sont pas encore, être pourtant susceptibles de fécondation? J'ai connu une fille de dix-sept ans, non encore réglée, et qui est devenue enceinte.

M. Bénet-Deperraud. Je connais une dame du monde enceinte dans ce moment pour la quatrième fois. Réglée à douze ans, elle s'est mariée à seize, et n'a plus été réglée depuis. Elle a aujourd'hui vingt-cinq ou vingt-six ans.

M. Bonnassies. J'ai accouché, il y a vingt-cinq ans, une dame de dix-sept ans, bien réglée alors, mais qui a cessé de l'être par suite de chagrins, et qui cependant a eu un enfant depuis.

M. Baraduc présente deux pièces pathologiques de spina-bifida. J'ai entendu, dit-il, émettre dans la dernière séance l'opinion que le spina-bifida était une hernie de la moelle épinière. Je ne puis partager cette opinion, et cela par une raison très simple, c'est que le spina-bifida se montre le plus ordinairement à la région lombaire, c'est-à-dire dans une région où la moelle n'existe pas. Les pièces que je vous présente prouvent ce que j'avance. Dans la première, la maladie existe à la réunion des régions lombaire et sacrée. Dans les parois de la tumeur qui contenait du liquide, j'ai suivi, et l'on peut distinguer encore, des vaisseaux et quelques filets nerveux. La seconde offre la même disposition, et plus prononcée encore. Je ne serais pas étonné qu'on eût pris pour des parties nerveuses des vaisseaux sanguins qui existent en grand nombre dans ces sortes de tumeurs.

M. Gery. Je ne crois pas avoir dit que le spina-bifida ne se rencontrait pas dans la région indiquée par M. Baraduc comme son siége le plus fréquent. Quant à l'objection qu'il m'a adressée que la moelle n'existe pas à cette région, je répondrai que, pour moi, la queue de cheval fait partie intégrante de la moelle. Peut-être d'ailleurs, en embryogénie, la moelle suit-elle une marche ascendante, et se trouve-t-elle en cet endroit à une certaine époque de son développement. M. Baraduc lui-même a trouvé des nerfs dans les spina-bifida qu'il nous a montrés. Peut-être enfin la moelle a-t-elle disparu après avoir existé auparavant.

M. Baraduc. Aucun auteur n'a considéré le spina-bifida comme une hernie de la moelle épinière, mais bien des membranes rachidiennes seulement. Le filet nerveux que j'ai montré, je le montre précisément comme rare. Il est isolé, et il est tout à fait impossible de reconnaître là la moelle de l'épine ni même la queue de cheval. Au reste, on ne doit pas confondre la queue de cheval avec la moelle, autrement il n'y aurait pas de raison pour ne pas considérer comme faisant partie de cette dernière, tous les nerfs qui en émanent jusque dans leurs dernières ramifications. M. Géry a dit que la ligature des tumeurs qui constituent le spina-bifida déterminait des convulsions à cause de l'étranglement des nerfs compris dans ces tumeurs. Cette explication ne peut être vraie. En effet, les nerfs bien liés ne transmettent plus les sensations. J'attribue plutôt les convulsions dont il s'agit à la compression de la moelle par le refoulement du liquide dans le canal rachidien. Une compression semblable est une cause fréquente de convulsions, et j'ai fait souvent à l'hôpital des Enfants, des autopsies d'enfants morts à la suite de convulsions que l'examen démontrait avoir été produites par des épanchements sanguins de la moelle; en un mot, par de véritables apoplexies rachidiennes.

M. Géry. Je ne nie pas l'existence de cette cause, mais je ne crois pas que la ligature des cordons nerveux les étreigne assez pour arrêter entièrement et immédiatement leur force de transmission.

M. Baraduc. La ligature d'un nerf, bien faite, ne produit qu'une douleur instantanée et qui cesse aussitôt sans laisser de traces. Dans les amputations, par exemple, lorsqu'on lie les vaisseaux et qu'un nerf se trouve compris dans la ligature, le malade éprouve une douleur vive, mais qui disparaît sur-le-champ, et l'on n'observe pas de convulsion à la suite de cet accident, comme cela ne manquerait pas d'arriver fréquemment si la ligature des nerfs pouvait avoir l'effet que M. Géry lui suppose.

Voici, continue M. Baraduc, une autre pièce dont il me serait difficile de déterminer la nature. C'est une colonne vertébrale qui a ses vingt-quatre vertèbres, et de plus une vingt-cinquième située de champ à la partie postérieure et terminale de la région lombaire. Cette vertèbre est hors rang, et semble une superfétation. L'enfant auquel appartenait cette pièce a vécu quinze jours ou trois semaines; il avait à la région lombaire une tumeur du volume d'une amande, et présentant trois saillies correspondantes aux apophyses épineuses et transverses de la vertèbre. Un gros tronc de la moelle épinière traversait le canal rachidien en s'engageant dans un canal qui lui était fourni par la dure-mère, traversait la vertèbre supplémentaire et allait s'implanter de champ à la peau sans aucune ramification. La peau était déprimée en cet endroit, comme ombiliquée, et offrait une espèce de petite cicatrice.

Je reviens, ajoute encore M. Baraduc, à l'un des deux spina-bifida que je vous ai présentés tout à l'heure, pour vous faire remarquer une autre particularité. Le sujet était une petite fille qui a vécu huit ou dix jours. Le rein droit est très volumineux; l'uretère correspondant est très dilaté; enfin la vessie, énormément développée, arrive jusqu'à l'ombilic sans l'intermédiaire de l'ouraque, et comme si ce canal avait été dilaté au point de se confondre avec elle. Y a-t-il quelque rapport entre ces altérations et la lésion congéniale du rachis?

M. Ségalas. Je me suis souvent demandé si le fœtus, dans le sein de sa mère, excrétait de l'urine. Si ce fait était établi, on pourrait expliquer par une rétention d'urine survenue chez cette enfant la dilatation de la vessie.

M. Géry demande s'il est à la connaissance de M. Ségalas qu'on ait analysé l'urine des enfants au moment même de la naissance, et si elle serait plus ou moins semblable aux eaux de l'amnios; on saurait ainsi s'il y a mélange des deux liquides.

M. Ségalas. Je n'ai pas fait de recherches à cet égard; seulement c'est un fait connu que l'urine se rapproche d'autant plus de l'eau par ses qualités, que la naissance est plus récente. Il est constant aussi qu'on a trouvé la pierre chez le fœtus.

— *M. Lagasquie.* La science n'est pas tellement assise que certains faits ne puissent donner lieu à des interprétations diverses; c'est pourquoi je désire soumettre à votre examen la question suivante, qui a été récemment discutée dans la Société médicale du 12e arrondissement: « L'état mort ou vivant d'un enfant qui vient au monde peut-il faire préjuger de l'état de santé du père et de la mère? » L'opinion presque unanime des médecins de cette Société a été que la mort du fœtus, survenue sans cause connue et appréciable, doit être attribuée à une affection vénérienne constitutionnelle des parents, et qu'il y a, dans cette circonstance, indication positive de leur prescrire un traitement antisyphilitique s'ils ont eu antérieurement une maladie vénérienne.

M. Amédée Latour. Sur quels éléments s'est-on appuyé pour établir cette proposition?

M. Lagasquie. Sur ce que, en pareil cas, on constate presque toujours l'existence d'une affection vénérienne antérieure, et que rarement on a vu le fait dont il s'agit, savoir, la mort du fœtus sans cause appréciable, se présenter dans des circonstances opposées.

M. Géry. Cette opinion n'est sans doute applicable qu'aux grandes villes, où les maladies vénériennes sont fréquentes. En effet, dans la localité où j'ai exercé pendant douze ans, je n'ai jamais eu de maladie vénérienne à traiter, et cependant j'ai vu quelquefois des enfants morts avant leur naissance. Dans ces cas, je regardais la mort comme résultant d'une maladie du fœtus lui-même ou du placenta.

M. Baraduc. J'ai accouché ces jours-ci une dame de bonne constitution d'un enfant mort depuis environ 48 heures. Cependant j'ai la certitude que les parents sont d'une moralité irréprochable et nullement suspecte. L'enfant était volumineux. Sa mort peut avoir été causée par une congestion cérébrale ou rachidienne, mais non par un principe syphilitique.

M. Félix Legros. Boerhaave, en disant que toute maladie à symptômes inconnus devait être traitée comme syphilitique, n'étendait certes pas cette formule aux embryons, qui, comme on le sait, sont sujets à toutes les maladies de notre espèce, telles que inflammations, maladies éruptives, hémorrhagies, tubercules, croup, et même aux affections chroniques, fractures, calculs, affections qui, par leur nature, expliquent assez la mort prématurée du fœtus, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un principe inconnu.

M. Gaide. Pour adopter la manière de voir de nos confrères du 12e arrondissement, il faudrait, en effet, rayer toutes les causes de mort inhérentes à l'enfant lui-même. J'ai reçu, il y a deux mois, un enfant mort depuis huit ou dix jours, et je ne crois pas que les parents soient entachés de syphilis. D'un autre côté, on voit tant d'enfants naître vivants de parents évidemment syphilitiques, qu'il est difficile d'admettre que ce vice entraîne aussi fréquemment la mort du fœtus.

M. Belhomme voudrait que la question fût posée de cette manière: Toutes les fois qu'un enfant étant mort on a lieu de croire que ce résultat est dû à une affection vénérienne avouée par les parents, alors il est prudent de soumettre ceux-ci à un traitement antisyphilitique. Ainsi modifiée, la proposition discutée pourrait être admise, autrement elle éprouve une juste répulsion.

M. Ségalas appuie tout ce qui vient d'être dit. A l'époque du choléra, ajoute-t-il, les femmes enceintes qui étaient atteintes par l'épidémie perdaient leur enfant. Ne voit-on pas les animaux avoir aussi quelquefois des petits mort-nés? Sans doute l'élément syphilitique peut être une cause de mort pour le fœtus; mais il peut également y en avoir d'autres.

M. Lagasquie déclare qu'il a soutenu au sein du douzième arrondissement, l'opinion que vient de professer la Société médicale du Temple, mais qu'il fut le seul; il eut contre lui tous les avis, et le principe qu'il a rapporté prévalut.

M. Aubert-Roche. Il arrive souvent que des femmes ont un enfant mort, puis d'autres vivants, sans avoir subi aucun traitement dans l'intervalle.

M. Lagasquie. C'est ce qui a été contesté.

M. Ségalas. Il existe maintenant une réaction bien prononcée en faveur de l'administration des antisyphilitiques et des mercuriaux en particulier.

Voici un exemple de la facilité avec laquelle quelques médecins prescrivent ces médicaments. J'avais donné des soins à un mari et à sa femme; au premier pour un rétrécissement peu grave de l'urètre, à la seconde pour une légère excoriation du col utérin. Tous les deux avaient été promptement guéris. Plus tard, le mari étant venu à mourir en quelques jours d'une maladie tout à fait étrangère à celle pour laquelle je l'avais soigné, un médecin crut devoir, sur cette seule indication, prescrire un traitement mercuriel à sa veuve et même à sa fille

M. Bénet-Deperrand. Je connais un médecin qui ne fait pas une ordonnance sans y taire entrer l'iodure de potassium.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis; publiées par Alphée Cazenave. N° I. Août 1843.

Quelques considérations sur le siége anatomique des maladies de la peau. Des indications que la connaissance de ce siége peut fournir sur la nature de ces affections, et sur le traitement qui leur convient.

Premier article spécialement consacré à une exposition succincte de l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de la peau.

De l'Observation et de l'Interprétation des faits en syphilographie; par M. de Castelnau.

Sur le premier point, les opinions de l'auteur se résument dans les propositions suivantes : Les malades, sauf des cas tout à fait exceptionnels, ne cherchent à tromper que lorsqu'ils y sont poussés par l'intérêt, la honte ou la crainte. Les cas dans lesquels ces circonstances se rencontrent sont assez rares, eu égard au nombre d'individus affectés de syphilis. Les malades qui se trouvent dans ces circonstances peuvent encore fournir des renseignements dignes de foi, soit parce que leur témoignage est contrôlé par la narration conforme à l'ordre naturel d'une série de phénomènes pathologiques, soit parce qu'il n'est pas permis de suspecter leur moralité. Il y a des malades qui par leur intelligence et par le soin qu'ils prennent de leur personne, peuvent fournir des détails précis et suffisants sur leurs maladies actuelles et antécédentes. Le médecin peut quelquefois être témoin de tous les actes morbides qui constituent la maladie qu'il étudie, et recueillir alors des faits à l'abri de tout soupçon légitime d'inexactitude, pourvu qu'il consacre à l'observation un soin et un temps suffisant.

Dans la seconde partie de ce travail fort intéressant, l'auteur applique quelques principes de la philosophie des sciences naturelles à l'étude de la syphilographie.

La syphilis au quinzième siècle. — Th. Paracelse. — J. Fernel.— Fallope.

Article d'histoire et d'érudition, dont nous extrairons les passages suivants qui le résument.

Les chapitres que Paracelse a écrits sur le mal français sont, comme tout ce qu'il a fait, pleins de contradictions souvent choquantes; on y retrouve ce cachet dogmatique, ce ton tranchant qui marquèrent si bien le professeur de Bâle. On y signale surtout cette absence de netteté et de précision qui était le défaut de cette époque, et qui montre que Paracelse n'avait pas demandé à la pratique et à l'observation la confirmation de ses théories; mais on y rencontre aussi quelques vérités, qui pour être dites comme en passant, n'en ont pas moins une grande importance, et ce qui entre autre distingue son livre sur le traitement du mal français, c'est que le premier il a posé ce principe : que le mercure est le meilleur moyen à opposer à la maladie vénérienne, et cela à une époque où déjà le gaiac (le bois saint) jouissait d'une préférence qui menaçait de devenir générale et absolue.

Fernel a proclamé la plupart des points de doctrine qui sont aujourd'hui la base de la pathologie syphilitique; le premier il a signalé au monde des vérités que nous retrouvons aujourd'hui telles qu'il les a consignées dans son ouvrage. Sous ce rapport, il est bien supérieur à Paracelse, et s'il s'en rapproche au point de vue de l'appréciation des symptômes, il a eu du moins le mérite de renoncer à ce cortége d'accidents plus ou moins épouvantables que l'on était habitué à traîner à la suite du mal français. En résumé, son livre se fait distinguer par une grande intelligence de la matière, par une netteté de vue remarquable, par une sobriété de dissertation, qualité rare à cette époque, et surtout par un caractère pratique que nul autre n'avait montré avant lui.

Le mérite principal de Fallope, c'est d'avoir jeté les premières bases de la véritable symptomatologie de la syphilis; et s'il fait remonter les accidents vénériens à une cause dont ils ne peuvent pas dépendre, il les décrit du moins avec des caractères qui annoncent un grand esprit d'observation. Il a parfaitement signalé le chancre huntérien, à forme ronde, à bords renversés et profonds; il a donné des descriptions minutieuses des gourmes, des tubercules, et le premier il a fortement insisté pour établir que les éruptions syphilitiques avaient une couleur spéciale.

Bulletin médical de Bordeaux. (Juillet 1843.)

De la cautérisation par divers caustiques, et de son emploi thérapeutique dans un grand nombre de maladies, soit externes, soit internes.

Dans quelles maladies doit-on employer les caustiques? L'auteur répond d'abord que toute affection externe ou interne due à un virus, à une cause occulte, au *quid divinum* d'Hippocrate, relève des cathétériques. Il en est ainsi des maladies spécifiques ou réputées telles; exemples, les affections des muqueuses, telles que le croup, l'angine couenneuse, le muguet, les aphtes proprement dits, la diphtérite et la stomatite spéciales, les chancres, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et l'ophthalmie blennorrhagique; les affections bornées à l'épaisseur de la peau, telles que certaines espèces de dartres, de teigne, la gale, le prurigo, etc.; celles qui envahissent le tissu cellulaire sous-jacent à la peau, les anthrax benins ou malins, les charbons, la pustule maligne, le simple furoncle, le panaris, la pourriture d'hôpital, etc.; les productions morbides de la peau; les engorgements et les indurations des ganglions lymphatiques, dus aux vices scrofuleux, syphilitiques ou cancéreux; le farcin, la morve; les tissus considérés comme de nouvelle formation; les affections profondes dues à un virus quelconque, les morsures des animaux venimeux, les empoisonnements miasmatiques ou gazeux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodure de potassium pour faire disparaître la coloration brune de la peau par suite de l'usage interne du nitrate d'argent; par le docteur H. Graham, d'Edimbourg.

M. H. Graham rapporte que, pendant le cours de certaines expériences photographiques qu'il avait entreprises, ayant eu l'occasion d'observer l'action qu'exerce l'iodure de potassium sur le papier couvert de nitrate ou de phosphate d'argent, puis noirci par l'exposition au contact de la lumière, il a été naturellement conduit à faire l'application de ce fait à l'art de guérir. Il en a donc tenté l'essai chez un individu dont la peau s'était notablement colorée par l'emploi prolongé du nitrate d'argent à l'intérieur, et pour lequel l'acide nitrique avait été inutilement mis en usage pendant long-temps et à la première période.

Dans le principe, il a prescrit l'iodure de potassium en liniment; le sujet s'en frictionnait la peau matin et soir, et il s'exposait le plus possible à l'action de la lumière solaire. Il l'a employé aussi associé à l'onguent napolitain, puis sous forme de soluté concentré; il l'a même fait prendre intérieurement à haute dose, avec la précaution d'en suspendre de temps en temps l'ingestion, pour éviter les mauvais résultats qui peuvent parfois résulter de cette médication.

La coloration argentine date de plus de quarante ans chez ce malade; depuis trois ans déjà l'iodure de potassium a été mis en usage, pendant l'été surtout, sans le moindre effet fâcheux, et aujourd'hui la teinte brune de la surface cutanée a notablement diminuée, à ce point que, dans certaines parties de la face, la peau a presque repris sa coloration normale. (*Dublin med. press.*)

Développement de deux os sésamoïdes dans le tendon inférieur du triceps brachial; observation recueillie par M. Calori.

Sur le cadavre d'un individu âgé de trente ans, qui fut apporté à l'amphithéâtre, on crut reconnaître l'existence d'une fracture de l'olécrâne des deux côtés. En effet, au-dessus de cette apophyse, le toucher faisait sentir bien distinctement un fragment osseux qui était isolé d'elle par un intervalle; mais néanmoins, malgré l'évidence de cette sensation, plusieurs autres circonstances s'opposaient à l'admission d'une fracture, du moins en tant que récente. Ainsi, l'olécrâne ne présentait rien que de normal dans sa configuration, le fragment osseux supposé n'était pas mobile dans tous les sens, et d'ailleurs les téguments n'offraient aucune trace de violence.

La question fut résolue par l'examen anatomique des parties. On trouva de chaque côté, dans l'épaisseur du tendon du muscle triceps, un véritable os sésamoïde de quatre millimètres d'épaisseur sur douze à quatorze d'épaisseur et huit environ de hauteur.

Chacun de ces deux os était pourvu de deux bourses muqueuses qui l'isolait, l'une de face postérieure de l'articulation huméro-cubitale, l'autre de la peau; la première de ces bourses était plus considérable que la seconde. (*Bulletino delle scienze mediche.*)

Correspondance.

Nous accueillons avec empressement la lettre suivante de notre très honoré confrère, M. La Corbière. Nous faisons des vœux sincères pour que son appel soit entendu. Nous avions cru devoir laisser l'initiative de la mesure qu'il propose en l'honneur de la mémoire de Chervin, à la presse politique, dont nous avions cherché à stimuler le zèle. Un seul journal nous a entendu, c'est *la Démocratie pacifique*, et nous l'en remercions; tous les autres n'ont rien dit ou se sont bornés à quelques lignes de nécrologie. Ce résultat nous afflige, mais ne nous surprend pas, car nous l'avions prévu. Aujourd'hui nous sommes prêts à favoriser de tout notre pouvoir la souscription que propose notre honorable correspondant. Qu'il se joigne à quelques amis, qu'il nous présente un noyau de souscripteurs, et nous nous empresserons de coopérer nous-même à cet acte de justice, de regret et de reconnaissance.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec un vif intérêt et une profonde émotion, votre article bien senti et bien écrit sur la mort et les dernières volontés de Chervin. Vous le savez, je n'ai guère meilleure opinion que vous des hommes de mon temps, et surtout des hommes réunis en corps, savants et autres, où trop souvent les instincts de bas-étage dominent l'intelligence et les sentiments, où les questions de personne et d'intérêts égoïstes absorbent les questions de principes et d'intérêt public... Mais, mon cher confrère, ces désordres, Dieu merci! ne sont *qu'extérieurs*, que *superficiels*. Résultat nécessaire de ces époques de bouleversement et de transition, qui, à quelques rares et honorables exceptions près, rejettent à la surface de la société les mauvaises passions toujours actives, dominatrices et cupides, tandis que les nobles facultés, modestes et généreuses s'effacent; ces désordres n'ont pas envahi la *masse*... Oui, je le dis avec conviction; malgré ce trouble apparent, *le fond* du pays est resté pur, honnête, généreux: — les dispositions naturelles d'un peuple comme d'un individu ne se transforment pas si facilement.....; — et sous l'empire de bonnes institutions et de nobles exemples, il finira par envahir et subjuguer ceux-là même dont il devait recevoir l'impulsion, sinon la tradition.....

Il ne faut donc pas, sous le poids de la douleur qui vous oppresse et de la crainte que vous éprouvez à l'aspect du chaos égoïste et immoral qui vous entoure à tous les degrés de l'échelle du *monde officiel*, de ne pas voir se réaliser votre généreux appel et les vœux suprêmes de notre regrettable confrère, il ne faut pas désespérer ainsi d'une sainte réalisation! Chacun fera son devoir, j'ose le prédire: le parlement, l'Institut et l'Académie, — j'allais dire le continent européen tout entier, — dont la noble voix, dont les beaux travaux, dont le généreux dévouement de notre honorable confrère sont également connus et portent déjà leurs fruits au profit de tous, au profit du commerce et de l'industrie, non moins que de la science et de la morale; tous et chacun poussés, débordés par l'opinion publique feront leur devoir.....

Mais ce n'est pas seulement l'état et les corps savants et constitués, confrère, qui doivent ici, dans cette solennelle occurrence, faire leur devoir: le corps entier des médecins, dont Chervin fut une des gloires à tant de titres, comme praticien éminent, comme savant distingué, comme citoyen infatigable et dévoué, le corps des médecins doit ici donner l'exemple, et, par une large souscription, contribuer dignement à l'œuvre commune et rémunératrice de la patrie envers l'un de ses plus nobles enfants, en lui élevant un monument convenable et en remplissant religieusement ses dernières volontés. C'est à vous, qui avez le premier élevé la voix pour cette sainte œuvre, c'est à la presse médicale et politique, qui, comme vous, ouvrit si souvent, pour le triomphe de la grande cause qu'il défendit avec tant d'ardeur et d'abnégation, ses colonnes à notre indomptable et laborieux confrère, qu'il appartient de la provoquer et de la constituer.

Pour moi, qui attendais qu'une autorité plus imposante que la mienne vînt vous assister dans votre généreuse initiative et faire la proposition formelle de cette souscription, je viens — à défaut de mieux — à cette pieuse fin, vous adresser ma supplique en vous offrant et mon faible nom et ma bourse, dans la mesure de mes moyens, et mon active coopération.

Recevez, mon cher confrère, avec mes remerciments sincères pour le bon exemple que vous nous avez donné, la nouvelle assurance des sentiments que vous savez pour vous à votre bien dévoué,

Paris, samedi 26 août 1843. La Corbière.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, a ouvert, le 25 août, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils seront terminés le 16 octobre, et auront lieu tous les jours, rue de La Harpe, 90, le dimanche et le jeudi exceptés. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, et celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur déduit, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 31 AOUT 1843. (16e ANNÉE.) N°. 103. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 31 AOUT 1843.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BICHAT A BOURG

On lit dans le *Journal de l'Ain* du 25 août :

Bourg présentait bier un magnifique spectacle. Un éclat inusité entourait la cérémonie de l'inauguration de la statue de Bichat. M. Pariset, malgré son âge, était venu y représenter l'Académie de médecine; M. Royer-Collard (Hippolyte), la Faculté de médecine de Paris; M. Forget, celle de Strasbourg; M. H. Larrey, la chirurgie militaire; M. Roux, les médecins de Marseille; ceux de Lyon y étaient représentés par un grand nombre de leurs collègues.

A dix beures, le cortége est sorti de la mairie; il se composait du préfet de l'Ain, du maire de Bourg, du général commandant le département, accompagnés des députés de l'Ain, des membres du conseil général, des représentants des Facultés de Paris, de Lyon et de Strasbourg, suivis de tous les médecins de la ville et des environs pour assister à la cérémonie.

On remarquait le frère et le neveu de Bichat, ainsi que plusieurs de ses parents, à la suite des députés.

Le cortége ainsi formé, escorté par la compagnie des pompiers, s'est mis en marche vers la place de la Grenette. La musique de l'artillerie le précédait. C'est ainsi qu'il est venu se ranger autour du monument; aussitôt une cantate s'est fait entendre; c'était un beau spectacle que celui de cette foule de savants étrangers se groupant pour fêter un grand homme. Sur des estrades circulaires se rangeaient des dames brillantes de parure et d'éclat; puis là-haut, sous les tilleuls du Bastion, apparaissait un concours immense d'étrangers et d'autres dames.

Quand la statue a été découverte, le canon l'a saluée de plusieurs salves. Tout le monde a contemplé la belle conception de l'artiste, qui a représenté Bichat étudiant sur un enfant le mouvement de la vie, et ayant à ses pieds un cadavre à moitié disséqué. Ingénieuse et fidèle allégorie des *Recherches sur la vie et la mort!*

Le préfet de l'Ain, le maire de Bourg, M. Pariset, secrétaire de l'Académie de médecine, M. Royer-Collard, M. Bonnet, de Lyon, M. Larrey, M. Brachet, président de la Société de médecine de Lyon, M. Martin, le doyen des médecins de Lyon, ont pris successivement la parole.

A deux heures, le cortége s'est dirigé vers le local du banquet. C'était un beau coup-d'œil que cette salle de 250 couverts. Il y a eu, pendant tout le cours de ce repas, servi avec un luxe difficile à obtenir pour d'aussi nombreux convives, une sorte de dignité qui convenait parfaitement au sujet de la réunion et aux notabilités qui y assistaient.

Plusieurs toast ont été portés. — Par M. le préfet : au Roi! — Par M. Puvis : à David d'Angers et à son désintéressement si rare de nos jours! — Par M. Pariset, par M. Royer-Collard : aux compatriotes de Bichat! etc.

L'assemblée s'est séparée vers six heures du soir.

Voici les discours prononcés :

1° Discours de M. Pariset, au nom de l'Académie royale de médecine.

2° Discours de M. H. Royer-Collard, au nom de la Faculté de médecine de Paris. (Nous le donnerons dans le prochain numéro.)

Discours de M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine.

Dans cette solennité, que j'ose appeler auguste, puisqu'elle est consacrée à la mémoire d'un grand homme, c'est au nom de l'Académie royale de médecine que je prends la parole. La vie simple et laborieuse de l'illustre Bichat a eu ses historiens. En retracer ici les événements serait superflu; je ne dois vous parler que de son génie, de ses talents, de son caractère. Quel esprit eut jamais plus d'étendue, de pénétration, de souplesse et d'énergie? Poli par l'étude des lettres, mais à peine formé à la dialectique par celle de la philosophie et des mathématiques, le voilà tout à coup jeté à l'âge de vingt-deux ans dans le sein de la capitale, en face de cette grande médecine, créée, cultivée, agrsndie, depuis des milliers d'années, par des hommes qui seront l'éternel honneur du genre humain. Au-dessus de ces bommes, au-dessus de la science qui est leur ouvrage, le jeune Bichat plane, pour ainsi dire, et d'un coup-d'œil, il mesure ce vaste édifice; il en met à nu les fondements; il en sonde les profondeurs et les vides; il en marque les côtés chancelants; il voit que presque tout repose sur des ruines, et de ces ruines semble sortir une secrète voix qui l'appelle à les réparer.

« L'anatomie, disait-il un jour à des condisciples, surpris ou plutôt scandalisés de son audace (et quels condisciples : Richerand, Léveillé, Ribes), l'anatomie n'est pas telle qu'on nous l'enseigne, et la physiologie est une science à refaire. » Présomption? Non. Cri d'une supériorité qui se juge elle-même et sent tout ce qu'elle peut. Bichat, dit l'excellent Ribes, qui vient de lui dédier son dernier ouvrage (car pour lui Bichat est encore vivant), Bichat avait cet instinct de divination qui, plus prompt que les expériences, court droit à la vérité, la touche et la saisit, en quelque sorte, avant qu'elle existe. Heureux instinct, sens tout intellectuel et prophétique, qui le conduisait comme il a conduit Colomb, Jean Rey, Newton, d'Anville, Lavoisier, et cet infortuné Champollion qui, quoique aussi jeune que Bichat, a été enlevé à une science qu'il avait tirée du néant; car, ainsi que Bichat, il était né créateur. Ne croyez pas, du reste, que Bichat s'endorme dans le sentiment de sa propre force; il est comme l'architecte athénien : ce que d'autres ont dit, je le ferai. Bientôt il déploie ses ailes de feu; il prend son vol; il s'élance jusqu'aux régions les plus éthérées de la science de l'homme. Il expérimente, il découvre, il écrit, il parle, il enseigne, et les traits qui s'échappent de ses mains, de sa plume, de sa bouche, sont autant d'éclairs qui dissipent les ténèbres et font pénétrer dans les âmes l'évidence, la foi, l'admiration, le ravissement, l'enthousiasme le plus passionné : tant la science se montre alors avec tous ses charmes, simple, naturelle, féconde, riche, vive, lumineuse. Je n'ai pas vu ces heureux temps, Messieurs; j'ai presque dit ces temps héroïques. J'en parle d'après le témoignage unanime de ses maîtres, d'après celui de ses élèves, devenus ses amis; car le voir et l'entendre, c'était l'aimer; j'en parle surtout d'après le témoignage de ses rivaux qui, muets pendant sa vie, sont restés ses admirateurs.

Je ne m'arrêterai point aux chefs-d'œuvre qui ont signalé cette brillante époque de la nouvelle école. Ces chefs-d'œuvre, le Traité des membranes, l'Anatomie générale, les Recherches sur la vie et la mort, etc., sont depuis plus de quarante ans dans les mains de tout le monde, et depuis plus de quarante ans chaque jour s'accroît l'admiration qu'ils ont inspirée dès l'origine. Quelque honneur et quelque utilité que tire des livres de Bichat la médecine de la France, et même celle de tous les peuples, je vois encore dans ces livres un bienfait qui me semble d'un prix supérieur. Toutes les vérités s'enchaînent : les vérités de la physique et celles de la chimie qui n'en diffèrent pas; les vérités de la médecine et celles de la morale, les unes et les autres si voisines, si amies, pour ainsi dire, et nécessaires aux hommes. Elles dérivent les unes des autres de la même source, je veux dire de la constitution qui nous est propre, de nos besoins, de nos facultés et des fins auxquelles nous a destinés le souverain Etre; délicates et sublimes questions sur lesquelles se sont toujours divisés les philosophes! Placé entre des sectes opposées, Bichat se déclare pour le vitalisme d'Hippocrate. Il fait voir qu'il n'est pas de parité entre les forces auxquelles obéit aveuglément la matière et les forces qui régissent les êtres organisés, principalement l'homme qui marche à la tête de tout ce qui respire, et n'accomplit les nobles fonctions qui leur sont dévolues qu'à la faveur de ses deux propriétés fondamentales, mouvement et sentiment. Il ne s'explique pas, il est vrai, sur l'essence même de ces deux propriétés; qui la connaîtra jamais? Toutefois un pas de plus, la philosophie de l'homme est achevée, et cette admirable solution, Bichat l'a du moins préparée par des argoments invincibles. A quoi serviraient en effet le sentiment et le mouvement, si l'homme n'avait en lui le pouvoir de dominer ces deux propriétés, et d'en faire ses premiers instruments, non-seulement pour mettre en jeu, mais encore pour diriger tous les autres? Or ce pouvoir suprême que l'homme tient de son auteur, ce pouvoir, l'intelligence, est l'homme lui-même, et n'a rien à démêler avec la matière.

C'est ainsi que la ferme raison de Bichat l'a défendu contre les suggestions de ces prétendus novateurs, qui semblent s'affliger d'avoir une âme, et d'être plus qu'une simple fange de la terre, esprits bornés et superbes, qui, frappés des actes merveilleux de l'organisation, dédaignent de reconnaître la divine main qui l'a formée.

Si j'en crois Fénélon, peu d'hommes ont la force de supporter les talents qu'ils ont reçus du ciel : j'ose dire que Bichat appartenait à ce petit nombre d'hommes favorisés. Mille voix avant la mienne ont célébré son activité infatigable, prodigieuse, son étonnante adresse dans les expériences, la fertilité de ses inventions pour les varier et les contrôler l'une par l'autre; la sincérité qu'il mettait à en établir les résultats, et la sagacité qui dans chaque résultat lui fsisait voir non-seulement la vérité qu'il cherchait, mais encore d'autres vérités que celle-là renfermait et qu'il en fallait dégager; d'où, nécessité de tenter sans fin de nouvelles expériences; comme il arrive à ces rois belliqueux, qui, pour affermir une première conquête, en font une seconde, puis une troisième, ainsi de suite à l'infini. Pour suffire à tant de travaux, pour suffire à tant de devoirs, il avait toujours en lui de nouvelles ressources; il avait toujours un nouveau zèle. Il agissait le jour, il écrivait la nuit : les qualités de sa parole, il les portait dans son style, l'ordre, la netteté, la précision; quelques négligences inévitables, mais rachetées par cette vivacité qui anime tout, et qui, dans ce genre, est la véritable éloquence. Une telle ardeur était nécessaire pour produire en si peu d'années tant d'ouvrages étincelants de vérités neuves et profondes, et par cela même devenues classiques.

Mais ce qui relève infiniment l'éclat d'un si rare mérite, ce qui lui donne un lustre ineffaçable, c'est une simplicité, c'est une modestie, c'est une bonté de cœur qui croissaient avec sa gloire et ne se démentirent jamais. Jamais l'envie, jamais l'injustice et la mauvaise foi n'arrachèrent même un murmure d'aigreur à cette âme sans fiel, à cette âme de paix et de vérité, trop vive pour n'être pas loyale, trop loyale pour n'être pas généreuse, trop généreuse pour ne pas oublier et pardonner. N'oublions pas nous-mêmes que le premier de ses grands ouvrages fut un acte de gratitude et de piété filiale : je veux dire la publication de la Clinique de Desault; Desault, son maître, son protecteur, son ami. Quel touchant respect lui dicta l'éloge qu'il fit de ce second père! Familiarisé dès l'enfance avec la gloire par ses triomphes dans les écoles, Bichat, comme Archimède, ne goûtait, plus tard, dans les triomphes qu'il remportait sur la nature, que le plaisir si doux et si vif d'en surprendre et d'en posséder les secrets! Si humble et si désintéressé d'ailleurs qu'il fallut obenir pour lui une place de médecin de l'Hôtel-Dieu, place qu'il souhaitait pour étendre ses études, mais que sa timidité n'eût jamais sollicitée. Ici s'ouvre devant lui un nouveau champ, ou plutôt un nouveau désert. Il va le peupler de ses recherches sur les lésions que la mort laisse après elle dans nos tristes débris; et de ses découvertes dans la plus importante, la plus négligée, le plus stérile de toutes les branches de la médecine, dans la matière médicale et la thérapeutique. Depuis Bichat, on a mis en quelque sorte des yeux aux doigts et aux oreilles, pour lire plus profondément dans les désordres même les plus secrets de notre économie; mais l'art de prévenir ces désordres, l'art de les suspendre et de les dissiper, est encore un art comme inconnu jusqu'ici. Bichat allait en jeter les bases; il en trouvait les principes, il en exposait les premiers développements à ses auditeurs étonnés et ravis; une abondante moisson de vérités nouvelles allait sortir de ses mains. Vain espoir? Non moins redoutable que l'arche sainte, l'arbre de la science, dit l'Ecriture sainte, porte des fruits de mort; et la mort, cette mort dont Bichat s'environne, que Bichat rencontre, que Bichat interroge, pour ainsi dire, à chaque pas, et sous toutes les formes qu'elle peut prendre; la mort qui le pénètre de partout, qui s'est mêlée à son sang et à toute sa substance, la mort tranche brusquement une vie si belle, et plonge dans le deuil et dans les ténèbres, et ses élèves et ses amis, et ses maîtres, et les académies, et le chef même de l'Etat, et tous les nobles esprits qui, frappés comme lui de la dignité des sciences, en chérissent, en révèrent les appuis et les promoteurs.

O vous, jeunes cœurs, vous qu'enflamme l'amour de la science, n'ayez de passion que pour la vérité. Souvenez-vous que l'or ne la donne point, et que Bichat, expirant, ne laissait rien pour se faire inhumer. Ses funérailles n'eurent d'autre pompe que les larmes et les gémissements de ses disciples.

On vous a peint, Messieurs, l'anxiété dont tous les cœurs furent saisis à ses derniers moments; on vous a peint la douleur générale et profonde que fit éclater une perte si grande et si prématurée. Cette douleur vint jusqu'à vous, Messieurs, à vous ses compatriotes, à vous qui l'aviez vu naître; à vous qui étiez pour ainsi dire sa famille et qui, attachés à lui par le sang, le serez désormais par la gloire. La France savante a partagé vos regrets; elle partage aujourd'hui les sentiments qui vous animent, particulièrement la royale Académie que j'ai l'honneur de représenter; et les hommages que vous rendez à la mémoire d'un homme dont la vie fut toute génie et vertu, ces hommages sont aussi les siens. Elle élève, elle consacre avec vous ce monument, précieux ouvrage d'une main qui s'immortalise en immortalisant toutes les gloires, et qui va donner à Bichat une vie nouvelle. Qu'ai-je dit? Que dis-je? Cette seconde vie, affranchie des vicissitudes de la première, et plus durable qu'elle, était déjà le partage de Bichat. Ce magnifique bronze n'en est que l'éclatant témoignage. Il cédera sans doute aux injures du temps; mais le temps ne peut rien sur le nom de Bichat. Comme celui de Haller, comme celui de Bordeu, ce nom ne périra jamais; et vous aussi, Messieurs, sachez que ce que vous faites aujourd'hui ne périra point. L'exemple que vous donnez à la postérité, cet exemple de justice, de reconnaissance et de respect pour la vertu non moins que pour le génie, ce noble exemple consacré par l'histoire, et perpétué par la tradition, ne s'effacera jamais du souvenir des hommes!

Discours de M. le docteur Hypolite baron Larrey, au nom de la Société médicale d'Emulation de Paris.

Messieurs,

La solennité qui rassemble aujourd'hui sur cette place toute la population de la ville de Bourg, une partie des cités voisines, toutes les notabilités du département et des médecins des diverses contrées de la France, est un éclatant hommage rendu à la mémoire de l'un des plus grands hommes que la science médicale ait produit dans les temps modernes. Le nom national de Bichat devait émouvoir surtout et appeler à lui les sociétés savantes auxquelles il appartenait de son vivant, et qui, plus de quarante ans après sa mort, ont dû être représentées à l'inauguration de sa statue.

La Société médicale d'émulation de Paris ne pouvait rester indifférente à la fête solennelle qui consacre le souvenir de son plus illustre fondateur. En déléguant un de ses membres auprès de vous, elle a bien voulu m'honorer de ses suffrages. Mais je ne saurais m'en prévaloir personnellement, et je rends grâce de cette faveur au nom seul de mon père, qui fut le condisciple, le collègue de Bichat, et son coopérateur à la fondation de cette Société. Puissé-je, en me plaçant sous la protection paternelle du nom de Larrey, prononcer ici quelques paroles dignes de votre attention, après l'éloquent discours que vous venez d'entendre.

Je n'essayerai pas, Messieurs, de retracer longuement à votre souvenir la vie et les travaux de celui dont l'image vient d'être découverte à vos yeux. C'est aux maîtres de la science que cette tâche a été donnée; mais je rappellerai les principaux actes qui rallient le plus l'existence de Bichat à la Société médicale d'émulation, en indiquant ce qu'il fut aussi hors de là.

Marie-François-Xavier Bichat vint au monde le 4 novembre 1771, à Thoirette, ancienne province de Bresse; mais il appartenait plus particulièrement par sa famille à Poncin, qui a vu naître aussi Sérullas. Son père, Jean-Baptiste Bichat, médecin recommandable, le prépare à la médecine par l'éducation première la plus complète, et l'envoie à Lyon pour apprendre l'anatomie et la chirurgie, sous les auspices du célèbre Marc-Antoine Petit.

Le jeune Bichat s'inspire non-seulement de la science du maître, mais aussi de ses vertus, et se crée ainsi un double modèle qu'il devait retrouver dans Desault, pour les imiter tous les deux.

Il se rend donc à Paris, parce que la tourmente révolutionnaire ne lui laisse plus à Lyon assez de sécurité pour le travail, et il s'attache à suivre les leçons du grand chirurgien dont la réputation devenait européenne, et se propageait surtout alors par les officiers de santé destinés aux armées en sortant de son école. Bichat lui-même ne songe qu'à ce modeste avenir. Toute son ambition est d'acquérir assez de connaissances en chirurgie pour aller en faire l'application sur les champs de bataille, et dépenser dans une vie de dévouement actif l'exubérance de forces morales et de facultés intellectuelles qu'il sentait en lui. Mais le sort en décide autrement, et ainsi changée, s'efface cette généreuse inspiration que la chirurgie militaire doit cependant revendiquer avec orgueil.

Le nouvel élève de Desault se révèle à lui dans un travail de clinique par un essai digne du maître. Et dès lors, les voilà tous deux faisant œuvre commune de leur science, l'un avec l'empressement le plus généreux, le plus paternel; l'autre avec la reconnaissance la plus dévouée, la plus filiale. Cette noble intimité de l'intelligence et du talent ne dure que deux années; le maître meurt avant d'avoir vieilli, comme le disciple devait mourir presqu'avant d'avoir vécu.

A peine a-t-il rendu les derniers devoirs à celui qu'il aimait le plus au monde après son père, qu'il veut payer à sa mémoire un tribut de regrets plus durable. Bichat publie alors le journal de Desault, comme il publiera plus tard ses œuvres chirurgicales, et c'est à ce pieux sentiment que nous devons sans doute la tradition des doctrines de ce grand chirurgien.

Privé ainsi de son père adoptif, et ne comptant plus que sur ses propres forces, Bichat se livre tout entier aux inspirations et aux labeurs de son vaste génie médical, et prélude par quelques mémoires de chirurgie à ses grandes œuvres d'anatomie et de physiologie.

Sans cesse ému de la noble ambition de la science, représentée alors

à Paris par Chaussier, Hallé, Corvisart et Pinel, l'élève de Desault publie d'abord son mémoire sur les membranes synoviales des articulations, et annonce dans son travail si net, si précis et si fécond en même temps, celui qu'il fait paraître ensuite sous le titre de *Traité des membranes*, livre admirable d'étude et d'exposition, qui contient déjà le germe des autres ouvrages de Bichat, et surtout de son *Anatomie générale*.

C'est la Société médicale d'émulation qu'il fait dépositaire de ses premiers travaux, après l'avoir instituée lui-même avec quelques-uns de ses amis les plus dignes. Il est à la fois le créateur, et pour ainsi dire l'architecte de cette société, dont lui seul rédige d'abord les actes et le réglement avec cet esprit de méthode et de rectitude qui semble ne pas s'allier ordinairement avec le génie, et il imprime ainsi à son institution un cachet de vie durable dès son origine. La Société médicale d'émulation, dont la dénomination seule est le précepte et l'exemple du travail, approuvée par le pouvoir de l'Etat aussi bien que par les pouvoirs de la science, rassemble dans son sein les plus grands noms de la médecine moderne, presque tous appartenant aujourd'hui à l'Académie, plusieurs alliés à l'Institut ou inscrits à l'une des facultés; quelques-uns enfin qu'il me serait permis de détacher des anciens noms de l'École militaire du Val-de-Grâce, et d'autres qui figurent parmi les notabilités médicales étrangères. Voilà ce que doit à Bichat la Société médicale d'émulation; et ce n'est pas tout encore.

La publication des travaux de la Société s'annonce dans le premier volume de ses Mémoires avec une réserve si modeste, que rapportant aux leçons et aux œuvres de leurs maîtres ce que leur mérite propre pouvait valoir, les auteurs anonymes du discours préliminaire se décèlent dans leur plus digne représentant. C'est déjà Bichat qui parle ou écrit, comme il parlera ou écrira toujours; écoutons ce langage si simple et si candide:

« Après cet énoncé préliminaire, il ne me reste plus qu'à mettre en-
» tre les mains du public ce faible essai que nous lui destinons. S'il
» contient quelques germes de talent, quelques idées neuves, quelques
» vues utiles, nous avons du plaisir à le dire, c'est spécialement à nos
» maîtres que nous en sommes redevables, à ces hommes habiles et
» profonds que la France et l'Europe estiment d'un commun accord,
» et que notre plus grand mérite est peut-être d'avoir bien écoutés.
» C'est par un sentiment de justice et d'affection sincère que nous leur
» renvoyons, comme à sa source, le peu d'éclat qui pourrait rejaillir
» sur nous. Heureux s'ils sont un jour aussi fiers de nous avoir donné
» des leçons, que nous sommes enorgueillis d'en avoir reçu. «

C'est ainsi que Bichat se place, et sincèrement, au rang le plus modeste, pour devenir la personnification la plus élevée, la plus large et la plus complète de cette Société médicale d'Emulation, qui rangea autour de lui des condisciples et des émules devenus plus tard aussi des maîtres; mais tous s'inclinent devant le prestige de ce génie naissant, car presque tous l'ont vu apparaître dans la science, presque tous le voient grandir, presque tous le verront mourir et lui consacreront cette dédicace:

« A la mémoire de Marie-François-Xavier Bichat, mort à 30 ans,
» médecin déjà illustre;
» La Société médicale d'Emulation, comme une marque de sa plus
» haute estime et de sa reconnaissance envers un de ses fondateurs. »

Mais avant de le laisser mourir si vite, revenons à ses travaux.

Après ses essais de chirurgie et sa première œuvre d'anatomie, Bichat publia ses Recherches anatomiques sur la vie et la mort, où il expose les phénomènes de l'existence, où il développe son système des forces vitales avec une si admirable portée d'intelligence, que ce livre, dès son apparition, révèle au monde médical un autre Haller, et celui-là n'avait que vingt-huit ans! Elève par l'âge, maître par la science, il fait paraître presque aussitôt après un autre livre qui est proclamé dès-lors, et consacré depuis comme un livre classique. C'est son étude de prédilection qui entraîne Bichat à écrire l'Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine; et c'est là surtout qu'il trace les grandes formules de l'organisation humaine, en même temps que le plan le plus complet, le plus vaste à suivre dans la recherche de la philosophie médicale.

Il entreprend presque aussitôt un Traité d'anatomie descriptive, mais le temps, ou plutôt sa vie, lui manquera pour achever cette œuvre nouvelle, et il en laissera le soin à deux de ses collaborateurs, Roux et Buisson, ses amis.

Il ne peut compléter non plus un grand travail d'anatomie pathologique dont il avait déjà rassemblé les nombreux matériaux, par l'autopsie et la dissection de plusieurs centaines de cadavres. Il indiquait dans cette dernière œuvre, il démontrait même l'essentialité des lésions dans les différents tissus, comme le fit bientôt après cet autre génie de la science, appelé Broussais, dont le Val-de-Grâce a glorifié le souvenir en lui érigeant une statue comme celle-ci.

A force d'observer les phénomènes de la vie et de pénétrer les mystères de la mort, découvrant l'une en recherchant l'autre, Bichat espère qu'il fera pour la thérapeutique ce qu'il a fait pour l'anatomie et la physiologie, et il entreprend l'étude raisonnée de la matière médicale avec cette prodigieuse aptitude d'intelligence qui lui rendait faciles tous les genres de travaux et semblait exciter en lui des forces surnaturelles en le stimulant à de nouveaux succès par des succès de chaque jour.

En même temps il accomplit les devoirs les plus sérieux de sa position, comme médecin et comme professeur, aussi dévoué à ses malades de l'Hôtel-Dieu qu'aux élèves qui se pressent à ses leçons. Il passe toutes ses matinées à soulager les uns, et une partie de ses journées à instruire les autres; faisant à ceux-ci jusqu'à trois cours à la fois, travaillant dans les amphithéâtres à toutes les heures d'intervalle, vivant au milieu des cadavres et presque enseveli avec eux, infatigable l'été, l'hiver, en toutes saisons, et enfin consacrant une partie de ses nuits à l'élaboration de tant de choses. Voilà, messieurs, voilà Bichat en action, ce vaillant et illustre soldat de la science, si près de mourir comme il aura vécu, les armes à la main.

Et cet homme si grand par ses œuvres est encore le citoyen probe et honnête, le savant modeste et indulgent qui oublie le mal et méconnait l'envie; il est aussi l'élève reconnaissant, le maître bon et dévoué, le collègue ou le camarade le plus aimable, le plus gai, l'ami le plus sincère; il est enfin le fils le meilleur, car le premier culte de ses souvenirs, il le conserve à son père.

Tant de qualités et de vertus n'auraient cependant pas épuisé les forces morales de cet homme d'élite, si tant de fatigues n'avaient pas épuisé ses forces physiques. Sa destinée va finir. Bichat éprouve quelques atteintes d'hémoptysie qu'il néglige de soigner, et il fait une chute violente qui se complique elle-même des redoutables symptômes d'une fièvre ataxique: tous les soins, tous les dévouements deviennent inutiles; la science reste impuissante à sauver de la mort celui dont elle avait reçu une nouvelle vie, car cette mort semble impatiente de frapper l'homme qui avait osé pénétrer dans la profondeur de ses mystères. Bichat succombe au quatorzième jour de sa maladie, le 22 juillet 1802, il n'avait que trente et un ans; mais il était déjà le plus grand physiologiste de son siècle, comme il en aurait été le plus grand médecin s'il avait vécu seulement vingt ans de plus.

Aussitôt après cette perte immense pour la science, et qui fut un deuil général, Corvisart écrivit à Bonaparte, premier consul: « Bichat vient de mourir sur un champ de bataille qui compte aussi plus d'une victime; nul, en si peu de temps, n'a fait autant de choses et aussi bien. »

La réponse du premier consul fut une décision solennelle qui élevait, dans l'Hôtel-Dieu de Paris, un monument à la mémoire réunie de Desault et Bichat.

L'image de Bichat figure depuis sa mort dans tous les hôpitaux, dans toutes les écoles, dans toutes les sociétés médicales, comme la plus digne expression de la majesté de la science.

La Société médicale d'émulation de Paris devait quelque chose de plus à la mémoire de son fondateur; elle a voulu que l'empreinte de ses médailles de présence fût à l'effigie de Bichat, comme pour l'invoquer lui-même dans ses séances et attester qu'il présidait toujours aux travaux de ses humbles successeurs; simple et inaltérable effigie que celle-là, et qui a inspiré la pensée d'un monument plus durable encore pour perpétuer un si grand souvenir.

La statue qui est devant vous, Messieurs, et que nous venons saluer de nos hommages, de notre admiration, est l'œuvre de notre David. C'est le génie de l'art qui a fait revivre le génie de la science en s'inspirant de la plus belle œuvre de votre immortel compatriote. La vie et la mort personnifiées auprès de cette grande figure, ne sont pas seulement l'expression de la physiologie la plus savante; elles sont aussi le symbole de la philosophie la plus religieuse et complètent la pensée de l'artiste national qui avait déjà donné une place d'honneur à Bichat sur le fronton du Panthéon: « Salut, Bichat!!! aux grands hommes la patrie reconnaissante!!! »

Ce discours, semé d'observations biographiques et prononcé avec une vive émotion communicative, a été écouté avec le plus vif intérêt.

Discours de M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, comme représentant de cette école.

C'est à Lyon que Bichat a commencé ses études médicales. Ses premiers maîtres furent Marc-Antoine Petit, pour la médecine opératoire; Cartier, pour l'anatomie élémentaire. Notre Ecole est fière de ces souvenirs, et elle se fait un honneur de les rappeler.

Cependant, quelque soit son orgueil d'avoir compté Bichat, même passagèrement, au nombre de ses élèves, elle est loin de prétendre à l'honneur de lui avoir inspiré ses travaux. Ce fut l'esprit de la révolution française, au milieu de laquelle il a vécu, qui lui donna sa direction et fit éclore les germes puissants que la nature avait déposés en lui. Il fut dans la science ce qu'étaient dans l'armée les généraux de la république; ce qu'étaient à la tribune les généraux de la Convention.

Vivant dans une société qui avait rompu avec le passé et qui cherchait à se constituer sur des bases nouvelles, il négligea les traditions de la science, et il conçut le projet de reprendre la médecine par ses fondements. Son pays, sans alliés, se soutenait, s'agrandissait par ses propres forces; il ne demanda qu'à lui-même, qu'à ses recherches, les éléments de cette reconstruction scientifique qu'il poursuivit avec tant d'éclat. Autour de lui régnait une activité dévorante; cette activité, il la porta dans l'étude, et dans l'espace de sept ans, il publia onze volumes presque tous composés de recherches originales. Pleine du sentiment de sa force, la France renouvelait toutes ses institutions; il créait une science nouvelle, l'anatomie générale des tissus élémentaires, comme à côté de lui, Lavoisier constituait la chimie inorganique, et Cuvier l'anatomie comparée. Plus peut-être qu'aucun de ces grands hommes, il porta dans le style scientifique l'enthousiasme et la mâle vigueur des écrits de son époque; même confiance en ses forces, même puissance d'entraînement. Sous son inspiration les froids débris de l'homme semblent s'animer, et le lecteur se sent entraîné vers le culte de la science, comme il l'est à la défense du pays, en lisant les proclamations patriotiques du temps. C'est dans ce style que se manifeste avec le plus d'évidence la liaison qui existe entre l'esprit de Bichat et l'esprit de la révolution française; il fut dans les sciences médicales, la personnification la plus élevée de cette époque, et peut-être il viendra un temps où cherchant à saisir le caractère qu'elle imprima à toutes les productions de l'esprit humain, on fera servir les écrits de Bichat à la manifestation de ce caractère.

L'influence qu'il pouvait exercer dans sa sphère se continua, comme celle de la révolution, bien long-temps après sa mort. Esprit créateur, joignant à la puissance et à la nouveauté des conceptions l'entraînement du style, il créa une école, et si l'on en excepte Montpellier, conservateur fidèle des traditions antiques, toute la France médicale suivit l'impulsion qu'il lui avait communiquée. Broussais s'inspira de ses idées fondamentales, et, comme il le dit lui-même, fonda son édifice sur le champ que Bichat lui avait livré; la physiologie ne fut plus cultivée qu'à l'aide des méthodes cliniques et expérimentales dont la seconde partie du *Traité de la Vie et de la Mort* nous offre un modèle impérissable. Les travaux de Dupuytren, de Laennec, de plusieurs de nos contemporains sur l'anatomie pathologique furent dirigés dans le même esprit que ceux qu'avait exposés Bichat dans le dernier de ses cours; et, comme si son influence devait se faire sentir, même dans ce que la mort l'avait obligé de laisser inachevé, la thérapeutique médicale, sur laquelle il n'a laissé aucune recherche, fut complètement négligée dans le quart de siècle qui le suivit.

Cependant cette domination exclusive devait avoir un terme; comme tous les chefs d'école long-temps incontestés, ses idées rencontrèrent une opposition dans la génération qu'il n'avait pas directement formée; la science se fraya des voies nouvelles et, subissant à son tour l'influence de la société au milieu de laquelle elle progresse, elle renoua la chaîne interrompue des temps et rentra en relations pacifiques et régulières avec le reste de l'Europe. De ce jour, la postérité a commencé pour Bichat; mais si l'importance de ses travaux a cessé de nous masquer la science du passé et la science contemporaine, l'étendue de ses services n'a point paru diminuée; il reste par ses tendances, par ses productions, par son style, la personnification, dans les sciences anatomiques et médicales de l'époque féconde où il a vécu, et c'est lui que reconnaissait pour chef cette partie de l'école française qui a laissé le plus de travaux d'observation, le plus d'inductions rigoureuses, et qui compte, disciples bien dignes d'honorer le maître, des hommes comme Laennec, Broussais et Dupuytren.

Cependant, si de l'œuvre, si grande par elle-même, nous portons nos yeux sur l'homme, et que nous nous rappelions que cette domination scientifique, qui est devenue européenne, a été conquise par Bichat avant sa trente-deuxième année, notre admiration redouble et il grandit à nos yeux de toute la hauteur où le place le juste sentiment de ce qu'il aurait été, si la mort ne l'eût arrêté dans sa carrière.

Plusieurs de ceux qui furent ses condisciples, et qu'il n'avait pas devancés d'un seul jour dans la vie, assistent à cette solennité. Qui peut les voir, ces hommes respectables, sans penser que Bichat pourrait être vivant au milieu de nous? Cette réflexion mêle la douleur des funérailles à l'éclat du triomphe. Toutefois, dans ce spectacle de contemporains rassemblés autour de la statue que la reconnaissance nationale élève à celui qui fut leur camarade, n'y a-t-il pas la manifestation de l'esprit de justice qui anime la génération présente. C'est un caractère que la postérité ne refusera pas de lui reconnaître; elle n'a repoussé aucune des gloires de la France; elle a consacré par des monuments le souvenir de tous les grands hommes qui ont créé sa littérature et ses arts, et tandis que d'une main elle répare l'oubli que lui ont légué les générations passées, elle élève des monuments aux hommes supérieurs qui ont vécu au milieu d'elles.

Cette justice qui n'attend pas des siècles pour se manifester, doit être féconde en résultats; elle anime tous ceux qui peuvent servir et honorer leur pays, car elle leur apprend que, si le mérite de leurs travaux était méconnu pendant leur vie, leur famille, leurs amis, tous ceux qui leur sont chers, pourraient encore quelques années après leur mort jouir de leur triomphe.

Discours de M. Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg.

Messieurs,

Celui de qui les traits brillent au fronton du Temple de la Patrie, — celui de qui le nom fut inscrit par la main d'un héros, au portique de l'Hôtel-Dieu, — celui-là devait avoir une statue sous le ciel qui l'a vu naître.

Un grand homme est la gloire d'une nation; il est de plus l'orgueil du sol natal.

Si nous devons un tel hommage au guerrier dont le lustre jaillit de l'art de détruire, à plus forte raison le devons-nous au savant qui consacra sa vie à conjurer les maux de l'humanité.

De celui-ci l'auréole est sans tache aux yeux même de la rigide philosophie.

Eh! quelle gloire fut plus pure que celle de l'homme qui vécut tout juste assez pour s'assurer l'immortalité; qui cessa de vivre au moment où, brûlant encore d'un chaste amour pour ce qui est beau, l'âme n'a pas fléchi sous le vent des ambitions mondaines.

En face de cette noble effigie on peut se demander ce qu'il fût devenu, ce messie de la science, moissonné à trente-deux ans, comme l'autre messie.

Sans doute, il eût été le premier médecin du monde, lui que le monde a placé plus haut que le médecin illustre auquel on écrivait des confins de l'Asie: « Au grand *Boerhaave*, en Europe. » Mais peut-être aussi fût-il devenu plus ambitieux d'honneurs que de savante renommée; peut-être enfin eût-on pu dire de lui:

« Et combien de héros ont vécu trop d'un jour. »

Que cette pensée nous console de la brièveté d'une vie si simple et si glorieusement remplie.

Si Bichat nous fut ravi, nous lui devons Broussais, Dupuytren et tant d'autres illustrations; nous lui devons tout ce que l'arbre de la science produit et produira de fruits substantiels.

Car il organisa les doctrines positives, celles dont les rudiments ont germé chez Haller et Morgagni.

Il cimenta l'alliance désormais indissoluble des divers éléments de l'organisation: des solides et des humeurs, de l'esprit et de la matière.

Toute création un peu viable repose nécessairement aujourd'hui sur les vastes fondements jetés par l'immortel auteur de l'anatomie générale.

Et son nom ne sera plus qu'un faible écho transmis à travers les siècles, que l'œuvre de son génie vivifiera toujours, même à leur propre insu; l'œuvre des générations futures

« De même que la main divine
» S'enveloppe dans ses bienfaits. »

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL BEAUJON. — M. Louis.

Pneumonie dans le cours d'une dysenterie. Tartre stibié à haute dose. Guérison complète et rapide.

B... René, âgé de vingt-huit ans, maréchal, est d'une taille assez élevée, d'une constitution médiocrement forte; ses cheveux sont châtain foncé; ses yeux bruns, sa peau basanée. Il est habituellement maigre; sa nourriture a toujours été suffisante et de bonne qualité; il affirme ne jamais faire d'excès de vin ni d'eau-de-vie. Il a eu la rougeole dans son enfance. Plus tard, à deux reprises différentes, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé. La dernière fois qu'il en fut atteint, il y a de cela dix-huit mois, il fut alité pendant quatre semaines, et saigné du bras à deux ou trois reprises. A part les maladies indiquées, il ne fut jamais malade à garder le lit. Rhumes assez fréquents, ce qu'il attribue aux brusques transitions du froid au chaud, auxquelles son état l'expose. Jamais il n'a craché de sang, même en filets; et d'après les renseignements détaillés qu'il donne, on peut considérer comme certain qu'il n'a jamais été atteint d'une affection grave de la poitrine, telle qu'une pleurésie ou une pneumonie.

Le 23 décembre 1842, sans cause connue, sans avoir fait excès d'aliments ou de boissons, il fut pris d'un peu de dévoiement, lequel persista pendant huit jours sans autre accident. Au bout de ce temps, ayant continué de manger à peu près autant qu'en bonne santé, il fut pris de malaise général, céphalalgie, coliques assez intenses, envies fréquentes d'aller à la garderobe, avec cuisson à l'anus. Les matières rendues chaque fois étaient le plus souvent peu abondantes, glaireuses, sanguinolentes. Dès lors le malade garda le lit, s'affaiblit beaucoup, conserva un certain appétit qu'il satisfaisait le plus souvent, et les accidents indiqués persistèrent jusqu'au 23 janvier.

A cette époque, c'est-à-dire un mois après le début de la maladie, n'ayant pris que des boissons acidules et quelques lavements pour tout traitement, il se fit apporter sur un brancard à l'hôpital Beaujon.

Le 24, à la visite du matin, on constate une grande maigreur, une faiblesse et un allanguissement remarquables. La céphalalgie est très légère. Les sens sont intacts, l'intelligence médiocre. Langue nette, humide; soif médiocre; appétit. Abdomen peu volumineux, un peu douloureux partout, spontanément et à la pression, surtout au voisinage du nombril. Quelques coliques assez vives par intervalles; plusieurs selles liquides, peu abondantes dans la nuit. Rien d'anormal à l'exploration des poumons et du cœur; ni toux, ni dyspnée; pouls lent, régulier, étroit, 60. Peau riche, sans chaleur anormale. Riz, sirop gomm.; 1/4 lavem. avec 10 goutt. laudan.; potion gomm. avec 0,05 extr. gomm. opium; diète absolue.

Les jours suivants, jusqu'au 2 février, tous les accidents s'améliorent d'une manière assez notable; les forces sont moins déprimées, les coliques plus rares et peu intenses, et les selles qui sont encore liquides et au nombre de deux ou trois par vingt-quatre heures, ne contiennent plus de sang. Le malade ne peut encore quitter le lit. La prescription précédente est continuée chaque jour.

Le 2 février, dans la soirée, un peu de malaise, de chaleur, d'accélération dans le pouls; pas de frisson.

Le 3, au matin, décubitus dorsal, malaise général, accablement extrême; figure anxieuse, abattue, peu colorée; voix faible, toux sèche, assez fréquente, depuis la nuit dernière seulement; respiration un peu haute et accélérée. Aucune douleur dans la poitrine, qui est d'ailleurs bien conformée. Percussion bien sonore sous les deux clavicules, surtout sous celle du côté *gauche*, avec une respiration pure, vésiculaire, un

peu plus forte à *droite*. En arrière et à *droite*, rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion ; mais à *gauche*, dans les trois quarts inférieurs de la poitrine, le son est obscur, avec respiration bronchique, bronchophonie, sans râles, même après la toux. Soif assez vive, inappétence, lèvres sèches, langue collante ; deux selles liquides peu abondantes la nuit dernière. Chaleur sèche de la peau ; pouls de 104 à 108, régulier, assez plein. Riz, sirop de coings, deux pots ; potion gomm. avec 3 décigrammes de tartre stibié. Diète absolue.

Le 4, la potion stibiée, administrée par cuillerées d'heure en heure, n'a été commencée que hier soir à cinq heures. Elle a été prise en totalité. Dans la nuit, il y a eu trois selles liquides et quatre vomissements médiocrement abondants de matières verdâtres et amères. Actuellement la figure du malade est meilleure, bien qu'il dise n'être pas mieux que la veille ; il se met assez rapidement à son séant. Pouls médiocrement fréquent ; quelques crachats légèrement visqueux, blanchâtres, avec quelques parcelles jaunâtres et mi-transparentes, plongées au milieu d'un liquide mousseux. Le son est encore obscur en arrière à *gauche* du thorax dans l'étendue indiquée, mais la respiration bronchique a presque entièrement disparu et est remplacée par un râle crépitant ou sous crépitant, surtout abondant dans l'inspiration qui précède et accompagne la toux. Langue encore peu humide ; abdomen un peu douloureux partout. Chaleur un peu élevée, sèche. Pouls à 100, régulier, étroit. Prescription, *ut suprà* en tout point.

Le 5, pas de vomissements depuis hier. Une selle liquide dans la nuit ; moins d'abattement ; langue bien humide ; à peine quelques rares coliques. Toux et expectoration comme hier. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont aussi les mêmes, sauf que la respiration bronchique existe à peine et dans un point fort limité à la partie moyenne de l'espace où existe l'obscurité du son qui, elle-même, est moindre qu'auparavant. Chaleur naturelle ; pouls à 86, régulier, étroit. Même prescription.

Le 6, ni vomissements ni selles ; l'état général s'améliore de plus en plus. Toux rare ; expectoration blanchâtre, peu abondante, sans traces de crachats rouillés. Respiration ni haute ni accélérée. En arrière, *à gauche*, l'obscurité du son diminue ; la respiration bronchique a complètement disparu, et l'on n'y entend plus qu'un râle sous crépitant assez abondant, surtout après les efforts de la toux. Aucune chaleur. Même prescription.

Les jours suivants, le malade continue d'aller de mieux en mieux.

Le 7, on prescrivit 2 décigrammes d'émétique au lieu de 3, dans la potion.

Le 9, la potion stibiée est supprimée.

Le 10, figure bonne ; langue nette, humide ; appétit, soif ; abdomen souple, indolent ; une selle demi-liquide dans la nuit. Toux presque nulle. La percussion est, à peu de chose près, également sonore en arrière des deux côtés. A gauche, la respiration est un peu faible dans les deux tiers inférieurs, avec quelques bulles de râle sous-crépitant qui ne s'entendent qu'après avoir fait tousser le malade. Pouls à 76, régulier, médiocrement plein ; chaleur naturelle. Sirop de groseille ; potion gommeuse ; deux bouillons.

Dès lors la convalescence marche rapidement, et les aliments sont graduellement augmentés.

Le 20, le malade mange trois portions ; et le 25, il sort complétement guéri de l'hôpital, ayant repris un certain embonpoint.

— Des faits nombreux établissent la fréquence de la pneumonie chez les sujets qui, à la suite d'affections plus ou moins graves, offrent une dépression considérable des forces. N'est-ce pas à la même cause que l'on doit rapporter le développement de la pneumonie chez le sujet dont on vient de lire l'observation, et qui, ainsi qu'on l'a vu, était si profondément débilité ? Quoi qu'il en soit, l'inflammation du poumon une fois constatée, il s'agissait de la combattre, il fallait agir ; son étendue, sa marche rapide ne permettaient pas l'expectation. Mais le choix du traitement était singulièrement difficile. En effet, le sujet était si amaigri et si faible, le pouls si misérable, que l'on devait repousser l'emploi des saignées générales. Quant aux saignées locales, employées avec timidité, elles eussent été insuffisantes ; tandis que si par leur moyen on eût retiré une quantité notable de sang, on retombait dans l'inconvénient qui avait fait repousser les saignées générales.

Si les émissions sanguines paraissaient donc formellement contre-indiquées, l'émétique à haute dose ne l'était pas moins au premier abord. Le selles n'étaient plus sanguinolentes à la vérité, mais elles étaient encore liquides, assez nombreuses, s'accompagnaient de coliques parfois assez vives ; or, ne devait-on pas craindre de voir ces symptômes s'aggraver sous l'influence de l'émétique. Cependant ce dernier médicament fut administré, et l'on a vu combien les craintes étaient exagérées, et combien les résultats ont été en désaccord avec ce qu'indiquait la théorie. Qu'arriva-t-il ? Le premier jour de l'administration de la potion stibiée, il y a eu quelques vomissements de matières bilieuses, trois selles liquides et des douleurs abdominales peu intenses. Dès le deuxième jour la tolérance est établie, et en même temps que l'on voit la pneumonie marcher si rapidement vers la guérison, les symptômes abdominaux, loin de s'aggraver ou de rester stationnaires, présentent aussitôt une amélioration notable, et qui s'accroît de jour en jour jusqu'à leur disparition complète.

De pareils faits ne sont ni nouveaux, ni exceptionnels ; ils sont seulement peut-être trop peu connus. Laënnec avait déjà combattu avec succès, par l'émétique à haute dose, des pneumonies chez des sujets qui offraient des complications du côté de l'intestin ; telles que douleurs abdominales, dévoiement abondant avec ténesme, etc. Plus tard, M. Grisolle a recueilli pour son compte des exemples assez nombreux et en tout pareils, et qui sont entièrement favorables à la pratique de Laënnec.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 août. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Pariset, désigné par l'Académie pour la représenter à la cérémonie de l'inauguration de la statue de Bichat, communique le discours qu'il a prononcé dans cette circonstance.

Cette lecture est suivie d'une explosion d'applaudissements.

— Quelques membres demandent communication du discours prononcé par M. Royer-Collard au nom et comme représentant de la Faculté de médecine de Paris.

M. Royer-Collard se rend à ce désir, et lit son discours, qui obtient aussi les applaudissements de l'assemblée.

— *M. Londe* propose que ce discours soit imprimé dans les fascicules de l'assemblée ; ce qui est accordé.

— *M. J. Hahn* (de Strasbourg), docteur en médecine, chirurgien aide-major au 69e de ligne, présente un mémoire ayant pour titre : *De l'Influence du séjour antérieur et actuel sur la production de la phthisie dans les localités marécageuses.* Il combat des opinions récemment émises sur la pathologie de Strasbourg et de l'Alsace en général, et s'arrête aux conclusions suivantes :

1° Les fièvres intermittentes ne sont pas, comme la phthisie et la fièvre typhoïde, endémiques dans l'Alsace en général, et particulièrement à Strasbourg. Elles sont au contraire très rares, pour ne pas dire inconnues, dans une grande partie du Haut-Rhin ; à proximité de Strasbourg, elles se montrent le plus ordinairement à la Robertsau ; à la citadelle, au polygone, localités beaucoup moins élevées que la ville, et conséquemment exposées aux inondations du Rhin ;

2° L'endémicité des fièvres intermittentes dans une localité, paraît subordonnée, comme l'a établi M. Boudin, à la latitude géographique, à la nature du sol, à des conditions hygrométriques et de température ;

3° Les effets de l'intoxication miasmatique peuvent se manifester ou se reproduire long-temps après que l'on a quitté les lieux où l'on a été exposé aux émanations marécageuses.

4° L'endémicité des fièvres intermittentes paraît exclure la phthisie ; ce qui ne veut pas dire que les deux affections ne peuvent se rencontrer simultanément et momentanément dans des proportions égales. L'antagonisme ne réside pas dans une cause exclusive de celles de la phthisie ; mais dans des causes dépendant de la nature du sol, d'autant plus générales et plus invariables dans la manifestation de leurs effets, qu'elles sont plus intenses et plus durables ; il paraît se corroborer de ce fait que dans toutes les grandes villes construites sur un terrain marécageux ; la phthisie et la fièvre typhoïde ont succédé, comme formes endémiques, aux fièvres intermittentes, à mesure que la civilisation et l'hygiène y ont fait disparaître ou modifié les causes d'insalubrité inhérentes au sol.

Ces conclusions sont basées sur des chiffres pris dans la pathologie médicale du 69e régiment d'infanterie de ligne, et sur la proportion relative de ces chiffres, suivant les circonstances de temps et de lieux.

— *M. Bousquet* lit un travail intitulé : *De l'inoculation du vaccin à la vache.* Ce travail est une réponse à une note adressée à l'Académie des sciences par M. James, dans laquelle on trouve ce passage : « A partir de la première jusqu'à la dixième ou douzième transmission sur l'espèce humaine, le vaccin agit trop énergiquement ; d'une autre part, après la vingtième transmission on peut le considérer comme usé ; de sorte que lorsqu'on l'a au degré d'énergie nécessaire, il faut, pour l'y maintenir, le transporter successivement de la vache à l'homme et de l'homme à la vache. »

Cette idée du transport du vaccin de l'homme à la vache est la première qui se présenta aux expérimentateurs. Mais, soit par défaut de précautions, soit par toute autre raison elle ne produisit aucun résultat. Dans l'espoir de parvenir à régénérer le virus vaccin et de lui donner une activité nouvelle, M. Bousquet a tenté de nombreuses expériences de transmission de virus de l'homme à la vache. Ces expériences ont réussi, c'est-à-dire que de belles pustules se sont développées sur les trayons des vaches inoculées ; mais le vaccin pris sur ces pustules et retransporté sur l'homme, n'a présenté ni une énergie nouvelle ni une vertu préservatrice plus sûre et plus longue. En un mot, la vache a rendu le vaccin tel qu'elle l'avait reçu. Ceux qui disent le contraire se font illusion, et ces résultats, M. Bousquet les a vus avec une vive douleur et une profonde affliction.

M. Bousquet dit quelques mots en passant sur l'énergie beaucoup plus grande du vaccin retrouvé en 1836, vaccin avec lequel se pratiquent aujourd'hui toutes les vaccinations à l'Académie, lui, M. Bousquet, ayant laissé perdre l'ancien vaccin qui, par transmissions successives, nous venait de Jenner.

M. Rochoux. Veut-on dire que le nouveau vaccin, celui retrouvé sur la vache, en 1836, détermine une phlogose plus intense et produit de plus belles pustules ? J'en conviens. Veut-on dire qu'il a une vertu préservatrice plus forte ? Je ne puis l'accorder. Ces deux propriétés ne sont pas parallèles, et la présence de l'une ne doit pas faire conclure à la présence de l'autre. L'ancien vaccin préserve tout aussi bien que le nouveau, quoiqu'il ne donne pas lieu à des phénomènes locaux aussi intenses.

M. Emery. Ceci n'est pas tout à fait exact, et il importe d'établir encore des différences. Pour les premières vaccinations, l'opinion de M. Rochoux peut être admise ; mais pour les revaccinations, et ceci résulte d'expériences pratiquées par moi sur plus de 1400 personnes, le nouveau vaccin de la vache réussit incontestablement mieux ; et ces revaccinations avec le nouveau virus, sont d'autant plus efficaces que les sujets sont plus éloignés de l'époque de la première vaccination.

M. Moreau. J'entends beaucoup parler d'ancien et de nouveau vaccin ; je demanderai comment on peut être certain que tel virus est nouveau et tel autre ancien. Pour mon compte, je ne crois pas que cette certitude puisse être acquise. Ce que vient de dire M. Emery sur la réussite mieux assurée des revaccinations en rapport avec l'âge des sujets, n'est pas conforme à ma propre expérience. J'ai revacciné des adultes, des enfants, des personnes inoculées et même variolées, j'ai obtenu des pustules dans toutes ces circonstances, non pas dans tous les cas, mais un nombre suffisant de fois pour me faire admettre que l'âge et l'époque plus ou moins rapprochée de la première vaccination n'ont pas d'influence sur le succès des revaccinations. Du reste, je suis loin d'être convaincu que les revaccinations soient une chose utile.

M. Husson (s'adressant à M. Bousquet). Je ne conçois pas que vous ayez vu avec une *affliction profonde* et une *vive douleur* l'insuccès de vos expériences sur l'inoculation des vaches ; car enfin, quels résultats en attendiez-vous ?

M. Bousquet. Peut-être y a-t-il un peu d'exagération dans les expressions de ma pensée ; mais ayant entrepris ces expériences dans l'espoir de redonner à l'ancien vaccin une énergie et une vertu préservatrice plus grandes que celles qu'il possède, j'ai dû voir avec douleur que cet espoir n'était pas réalisé.

M. Emery croit en effet que si cet espoir s'était réalisé, M. Bousquet aurait bien mérité de la science, et qu'il a bien fait de tenter ces expériences.

M. Bousquet répondant à l'argumentation de M. Rochoux, dit que le temps seul peut apprendre si le nouveau vaccin a une vertu préservatrice plus durable que l'ancien. M. Rochoux n'en sait rien, à coup sûr, lui-même. M. Moreau croit qu'il est indifférent de revacciner ; M. Bousquet cite à cet égard le fait de l'épidémie du collége de Sorrèze qui eut lieu l'an passé. Aussitôt que le médecin de l'établissement eut pratiqué la revaccination des élèves, l'épidémie ne trouva plus d'aliment et s'éteignit.

M. Dupuy rappelle les opinions de Jenner sur la maladie des chevaux connue sous le nom d'*eaux aux jambes*, qui serait l'origine véritable du vaccin. Les palefreniers qui soignent les chevaux atteints de cette maladie, sont sujets à une maladie de la peau des mains, qu'ils transmettent aux vaches en les trayant.

M. Rochoux. L'activité du vaccin, c'est-à-dire les phénomènes inflammatoires qu'il présente, et sa vertu préservatrice, sont deux choses bien différentes. Il y a maintenant, en France, plusieurs millions de vaccinés par les deux méthodes ; on n'aperçoit chez eux aucune différence.

M. Gauthier de Claubry croit qu'il est impossible de savoir quel virus on emploie. L'intensité des phénomènes locaux déterminés par la vaccine ne prouve rien pour sa vertu préservatrice. Une varioloïde très légère et très bénigne préserve tout aussi bien qu'une variole très intense. La vertu préservatrice dépend des dispositions particulières de l'individu, et non du vaccin lui-même. Un enfant fut vacciné au bras droit avec le nouveau vaccin, au bras gauche avec l'ancien ; les pustules furent très belles, plus belles cependant du côté du nouveau vaccin. Deux ans et deux mois après, cet enfant eut une varioloïde assez intense. Pour conclusion, il admet que, quelle que soit l'origine du vaccin, sa vertu préservatrice est la même.

M. Moreau trouve un grand danger dans ces discussions, qui ont toujours un grand retentissement et qui effraient la population.

M. Bousquet répond à M. Dupuy que Jenner renonça plus tard à son opinion sur l'origine de la vaccine dans la maladie des chevaux.

MM. Barthélemy, Emery et Moreau prennent tour à tour la parole. Aucun argument nouveau n'est produit par les orateurs.

— M. le docteur *Valleix* présente son ouvrage, intitulé : *Traité des Névralgies*, pour être admis au concours du prix Itard.

— *M. Bouvier* représente le malade qu'il avait présenté à l'avant-dernière séance, malade affecté de déviation latérale de l'épine. Il cherche à prouver par un procédé nouveau d'examen, que la déviation n'est pas produite par la rétraction musculaire.

M. Jules Guérin annonce que dans une prochaine lecture il répondra à ce nouvel argument de M. Bouvier.

— M. le docteur *Léon Rattier* présente de nouveaux instruments destinés à remédier aux rétrécissements du canal de l'urètre. (Nous en donnerons la description dans le prochain numéro.)

— La séance est levée après cinq heures.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

A la lecture de l'incroyable réplique dont M. Guérin vous a gratifié, je ne saurais dire de quel profond sentiment de douleur et de pitié j'ai été saisi en voyant cet homme d'un si beau talent, d'un esprit si distingué, descendre à de si tristes moyens pour une justification probablement impossible. Ce n'est pas là le résultat qu'il espérait, sans doute ; tout était calculé pour produire une impression toute autre ; pour me pousser, par une irritation presque inévitable, hors du calme et de la modération que je me suis imposés ; M. Guérin sera déçu dans son espérance. Je n'irai pas faire descendre le débat de la hauteur à laquelle je l'ai placé, aux mesquines proportions d'une querelle personnelle. Quant aux petites personnalités dont j'ai été l'objet, j'ai trouvé, comme vous le verrez tout à l'heure, un allié tout à fait inattendu, et qui répondra pour moi.

M. Guérin se plaint qu'on l'a calomnié. J'ai écrit, en ce qui me concerne, *qu'il était question dans le public de revers graves dont il n'est fait aucune mention dans le relevé* ; et je citais comme exemple un fait qui m'avait été communiqué par M. Velpeau. Qui ne sait la façon dont M. Guérin a traité à cette occasion M. Velpeau ? A l'entendre crier au mensonge et à la calomnie, qui n'eût cru que le récit de M. Velpeau était une fable ? Or, le récit était vrai ; l'opéré avait perdu la vue sous le couteau de M. Guérin ; et maintenant que le sujet a été retrouvé, que j'ai recueilli l'observation, que j'ai proposé à M. Guérin de la publier, il ne songe plus à la nier ; tous ces grands bruits de mensonge et de calomnie se sont évanouis ; seulement il triomphe parce que l'œil a été perdu dans sa pratique particulière, et non à sa consultation : circonstance tout à fait consolante et pour l'opérateur et pour l'opéré.

Ainsi donc, ce premier bruit me venait d'assez bonne source : M. Guérin s'en tient aujourd'hui pour satisfait ; mais il veut savoir d'où viennent les autres. Est-il possible qu'il ignore à ce point ce qui se dit dans Paris ? Pour moi, j'ai reçu de toutes parts de ces sortes de communications ; élèves, médecins français et étrangers, professeurs de la Faculté ; et si M. Guérin veut savoir pourquoi je n'ai cité qu'un seul fait, je vais le lui dire. C'est que, craignant de commettre quelque erreur involontaire, je ne voulais citer que sur autorité ; c'est que je n'ai trouvé qu'un seul homme qui ait eu le courage de m'autoriser à le nommer ; c'est que les autres ont reculé devant la terreur au petit-pied que fait M. Guérin avec son journal, et qu'en voyant les indignités adressées par la *Gazette Médicale* à M. Velpeau, ils se sont félicités devant moi de leur réserve. Et après tout, c'est que la vraie question n'était pas de constater de nouveaux revers. La question, que M. Guérin cherche vainement à déplacer, était de constater la véracité de son tableau, l'authenticité de ses guérisons ; elle est encore là toute entière ; je ne m'en laisserai point détourner ; je ne permettrai pas qu'on en détourne le public ; et toujours, et sans relâche, tant que la vérité ne sera point satisfaite, je ramènerai M. Guérin à ces deux questions fondamentales : *Le relevé est-il exact ? Les guérisons sont-elles réelles ?*

Sans doute, la première question est jusqu'à un certain point renfermée dans la seconde ; car si les guérisons annoncées ne sont pas réelles, le relevé n'est point exact. Mais ce n'est pas seulement en ce point que pèche le relevé. J'ai dit qu'il tenait compte de malades qui n'ont point existé, qu'il n'avait point été fait d'après des observations, mais d'après un récolement très superficiel des registres de l'hôpital. A quoi M. Guérin répond que les malades ont existé, et qu'il en possède les observations. M. Guérin ne s'aperçoit il pas qu'il ne fait que répéter ses premières assertions, qui étaient précisément en question, et qu'il n'aborde pas la preuve ? S'il veut prouver quelque chose, qu'il publie les noms des 134 malades de l'hôpital ; ou seulement puisque j'ai donné le mouvement de son service année par année, qu'il indique à quelle année appartiennent les trois malades qu'il s'attribue. Je vérifierai et tout sera dit. Mais je le prédis en toute assurance, la preuve ne sera pas faite ; le tableau ne sera pas publié ; des assertions et des injures, nous en aurons à pleines mains ; ce que nous n'aurons pas, c'est la preuve.

Une autre preuve que M. Guérin ne paraît nullement disposé à nous donner, c'est celle de la réalité de ses guérisons. J'ai cherché avec le soin le plus scrupuleux à me mettre sur la voie de ces malades guéris, que M. Guérin cache au monde avec une modestie bien surprenante ; je me suis adressé à lui trois fois ; et en désespoir de cause j'ai recouru à ses pancartes. Quoi donc ! s'écrie-t-il, ajouter foi à des pancartes ! — Pas tout à fait, et j'ai pris soin de le dire. Mais cherchant à voir des guérisons, et n'ayant d'autres ressources que ces pancartes, que pouvais-je faire ? Fallait-il choisir les sujets déclarés morts ou non guéris ? J'en ai trouvé des morts, j'en ai vu des non guéris ; j'ai bien vu que ce n'était pas à ces portes-là qu'il fallait frapper. Alors, et avec toute réserve, je me suis acheminé vers ceux que les pancartes déclaraient guéris ; de guérison, je n'en ai vu aucune. Maintenant expliquons-nous, et sur les 131 ou 134 malades traités à l'hôpital, qu'on nous dise où sont les guérisons. Que l'on en montre une d'abord, je dis *une seule !* Oui, nous avons blâmé M. Maisonabe parce qu'il les

niait en masse et *à priori;* et moi, maintenant, après un travail *inconcevable*, comme dit M. Guérin, et j'accepte le mot, j'ai cherché par tout Paris, et je n'en ai pas trouvé une seule. Praticiens qui m'écoutez et qui êtes juges, auriez-vous pensé que sur 131 malades, devant donner dans la proportion du relevé au moins 35 guérisons, il serait impossible d'en découvrir une?

Cependant je n'ai pas eu la main constamment malheureuse; il y a deux malades que M. Guérin reconnaît; deux guérisons, deux guérisons *complètes*. Or le lecteur sait déjà que ces deux guérisons complètes ne sont pas des guérisons; M. Guérin en fait l'aveu; mais comment! mais avec quels ambages! — *Dans l'une comme dans l'autre*, dit-il, *les rédacteurs de notre relevé avaient vu une guérison de la difformité*. M. Guérin ne se doute pas de la portée de cet aveu. Si ses rédacteurs ont pris des améliorations aussi imparfaites pour des guérisons complètes, quelle foi méritent de pareils témoignages? Qui nous répond qu'ils n'auront pas été, comment dirai-je? aussi faciles, aussi complaisants pour toutes les autres guérisons? *Nous pourrions maintenir leur appréciation*, dit M. Guérin, *et cela par de très bonnes raisons*. Triste et fatal expédient! Mais non, Monsieur, vous ne le pouvez pas, sans donner un démenti aux malades, aux parents, aux voisins, à tous ceux qui ont vu la première malade revenir de votre hôpital avec son torticolis. Vous le pouvez encore bien moins pour l'autre, puisque vous, vous-même, vous la traitiez encore quand vous avez publié votre relevé, puisque vous la traitez encore en ce moment, puisque vous ne la guérirez jamais; je vous en porte le défi solennel! Vous ne le pouvez ni pour l'une ni pour l'autre, puisque vous déclarez que *pour simplifier les choses* vous préférez *m'accorder qu'il n'y avait qu'une forte amélioration*. Or d'abord pour la dernière, je n'admets point cette *forte* amélioration; et ensuite, Monsieur, avec cette manière expéditive de *simplifier les choses*, que devient donc la réalité de l'art?

Au total cependant, je commence par prendre acte de la concession; et si, toujours *pour simplifier les choses*, M. Guérin m'en accorde autant à l'occasion de chacune de ses 377 guérisons, je me déclarerai satisfait, et la vraisemblance de son relevé deviendra pour moi tout à fait hors de doute.

Assez sur ce point; mais entre M. Guérin et moi, il en reste un autre à débattre.

J'avais dit en commençant mon article, que je remplissais un triste et rigoureux devoir, et ces paroles ont trouvé de l'écho dans le public et dans la presse. Sans passion, sans colère, sans intérêt autre que celui de la dignité et de la moralité de l'art, je me suis vu accuser de *calomnie*, de *mauvaise action*, de *persécution;* quels mots, grands Dieux! et sous quelle plume!

Mais en vérité, sommes-nous donc venus jusqu'à cette heure sans que le droit sacré d'une juste critique ait été reconnu, sans que la nécessité d'user de ce droit dans toute son étendue ait frappé des esprits honnêtes et courageux; sans que quelque grand exemple de justice scientifique ait vengé la science et la vérité outragées? Il n'y a pas vingt ans qu'un homme de génie, emporté par de trop fortes illusions, annonça en preuve de la supériorité de sa doctrine, des résultats à peu près comparables à ceux que M. Guérin n'a pas craint de publier. Il se refusait à toute vérification; malgré lui, et à travers des obstacles bien plus grands que ceux que j'ai eus à vaincre, ses cahiers de visite furent fouillés, l'erreur fut démasquée, la réalité mise au grand jour; et dès cette heure, c'en fut fait de l'école physiologique.

Toute la médecine française applaudit alors; M. Guérin lui même, un peu trop oublieux aujourd'hui de ses précédents, battit des mains à ce grand exemple, et plus tard il eut l'insigne honneur de l'imiter. Broussais, dans un aveuglement inconcevable, prétendait qu'il guérissait 5 cholériques sur 6. M. Guérin se procura l'état officiel du mouvement des cholériques au Val-de-Grâce, et jusqu'au mouvement particulier de chaque service; et il apporta tout triomphant dans la discussion les chiffres victorieux que lui avaient fourni ses recherches.

Il fallait voir alors comment l'habile, mais encore bien jeune créateur de la *Gazette médicale* traitait le vieil athlète du Val-de-Grâce. *Nous le disons hautement*, s'écriait-il, *sans le respect qu'on doit au nom d'un homme qui a rempli l'Europe du bruit de ses travaux, nous ne saurions comment qualifier les moyens qu'il a employés pour tromper le public... S'il s'était borné à dire à son auditoire ce qu'il a fait répéter par tous les journaux de Paris, nous aurions laissé à chacun le soin d'apprécier au lit du malade l'exactitude de ses assertions. Mais il a répandu dans toute la France les assurances les plus positives de succès qu'il n'avait pas obtenus. Nous avons cru, pour l'honneur de nos confrères, et dans l'intérêt de la science et de l'humanité, devoir protester contre de semblables assertions, afin d'éclairer les praticiens sur la valeur d'une méthode que nous regardons comme pernicieuse..... Nous savons que nous avons pleinement réussi dans cette* LOUABLE ENTREPRISE QUI N'ÉTAIT QU'UN ACTE DE JUSTICE; *et loin de nous en repentir, nous serons prêts à recommencer toutes les fois que l'occasion s'en présentera.*

C'était là un langage hautain et superbe, qu'il n'est pas donné à tous d'imiter; pour moi je n'ai pas pensé que la vérité eut besoin de grands éclats, et je veux espérer encore qu'il n'y aura pas lieu de retourner contre M. Guérin ses cruelles paroles.

Que répondait cependant M. Broussais? Il criait à la *calomnie*, à la *persécution;* il accusait son adversaire d'*indignes insinuations* et de *mauvaise action*. Le langage des passions irritées est partout le même. M. Guérin lui renvoya une petite phrase très juste, très nette, très correcte, et que cette fois nous nous croyons parfaitement en droit de prendre à notre usage.

« Nous ne devons pas exiger de M. Broussais des remerciements pour cette dissertation *ad hominem;* mais la modération, qui convient à ceux qui ont tort, et surtout la justice, qui est un devoir pour tout le monde. »

Agréez, etc.

MALGAIGNE.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du traitement anti-hémorrhoidal dans un cas de tumeur du scrotum et du testicule; observation recueillie par M. le docteur REINFELDT, de Mittau.

Richter a fait observer déjà, dans son *Manuel de chirurgie*, que les tumeurs des testicules et du scrotum sont quelquefois dues à l'existence d'une diarrhée hémorrhoïdale, particularité à laquelle on fait généralement trop peu d'attention chez nous. Le fait suivant vient à l'appui de la proposition émise par le savant professeur de Goettingue.

Un officier âgé de vingt-huit ans, d'une constitution assez forte, s'adressa à M. le docteur Reinfeldt pour une tumeur du testicule gauche qu'il prétendait avoir vu se développer à la suite d'un coup de crosse de fusil: une douleur très forte s'était fait sentir immédiatement après le coup, et, à mesure que cette douleur s'était dissipée, la tumeur s'était manifestée. M. Reinfeldt, à sa première visite, trouva que le testicule et l'épididyme étaient le siége de beaucoup de chaleur et de sensibilité, et que ces organes étaient doublés de volume.

Comme il ne croyait à l'existence d'aucune diathèse, il prescrivit successivement a l'intérieur le nitrate de potasse, le calomel, le sublimé corrosif, les sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, l'arrête-bœuf, le camphre, les antimoniaux, l'extrait de ciguë, l'hydrolat de laurier-cerise; à l'extérieur, des sangsues, des applications froides, des frictions mercurielles, des emplâtres résolutifs, des vapeurs d'acétate d'ammoniaque, des cataplasmes et des emplâtres nacotiques. Il y interposa l'administration de la poudre de Dower, de purgatifs et de lavements; il prescrivit en outre un régime sévère. Mais toutes ces médications diverses restèrent impuissantes, et le mal, loin de diminuer, continua toujours à s'accroître, à ce point que le malade lui-même, auquel on avait laissé entrevoir la probabilité d'une demi-castration, fut le premier à demander cette opération. Cependant, l'apparence squirrheuse du testicule et du cordon spermatique correspondant, faisait redouter les suites de l'ablation de l'organe, et d'un autre côté, une circonstance nouvelle, qui parut digne d'être prise en considération, vint aussi militer en faveur d'un nouveau traitement rationnel. En effet, le malade se plaignit de chaleur et d'épreintes dans le rectum; et, en examinant cet intestin, le chirurgien constata la présence de quelques petites tumeurs hémorrhoïdales. Dès lors, l'indication parut précise, et M. Reinfeldt crut n'avoir rien de mieux à faire que de combattre cette complication évidente, ce qui pouvait amener le sujet à une condition meilleure pour tenter l'opération.

En conséquence, il prescrivit une application de douze sangsues à l'anus, et l'usage interne du lait de soufre avec addition de crème de tartre et d'*oléo-saccharum* de fenouil. Ce traitement eut pour résultat des évacuations alvines plus fréquentes; la tension du cordon et les douleurs du testicule diminuèrent manifestement; le malade devint plus gai; l'appétit et le sommeil se rétablirent.

Toutefois, comme l'emploi de ces moyens ne pouvait être continué long-temps sans donner lieu à des selles liquides, et que, d'un autre côté, en les suspendant, la constipation reparaissait, M. Reinfeldt crut devoir recourir aux moyens dont l'action s'exerce plus spécialement sur la veine-porte et sur les plexus abdominaux: il prescrivit donc, dans ce but, l'usage soutenu de pilules composées avec l'asa-fœtida, l'extrait aqueux d'aloès, l'extrait de chélidoine, le savon et la fleur de soufre. En même temps, le testicule fut enveloppé dans une peau de lièvre.

Sous l'influence de ce traitement, qui détermina tous les jours quelques selles féculentes assez bien liées, la tumeur disparut peu à peu, de telle sorte qu'au bout de cinq semaines le cordon était déjà revenu à son état normal; plus tard le testicule lui-même reprit son volume premier.

Quatre ans après la fin du traitement, M. Reinfeldt eut l'occasion de revoir son ancien malade, et il apprit de lui que la guérison ne s'était pas démentie un instant. (*Zeitschrift fuer die gesam. Medicin.*)

Sur l'éléphantiasis; par M. le docteur REGO.

L'éléphantiasis, dit M. Rego, est très fréquent à Rio-de-Janeiro; mais il y affecte plus souvent le caractère chronique que l'aigu. Il résulte, du reste, des observations d'un grand nombre de praticiens, que dans ce dernier cas, lors même que le mal est très intense, les émissions sanguines générales sont plutôt pernicieuses qu'utiles. On ne doit pas non plus perdre de vue la maladie, quelques rares que soient ces attaques, et quelques légers que paraissent ces symptômes, car c'est souvent alors que l'éléphantiasis se complique d'une fièvre intermittente pernicieuse dont le caractère est trompeur et insidieux, et qui emporte le malade au milieu d'un accès. Cette complication, qui paraît propre à l'éléphantiasis du Brésil, est d'autant plus dangereuse, qu'elle n'est en général annoncée par aucun symptôme précurseur.

Un éléphantiasis du scrotum, d'une dimension prodigieuse, fut extirpé, le 25 juin, par M. le docteur Souts Amaral. La tumeur pesait soixante-onze kilogrammes et demie; la durée de l'opération fut de vingt et une minutes. M. Amaral s'était proposé de ménager les testicules; mais l'apparition d'accidents imprévus l'obligea de recourir en même temps à l'ablation de ces organes.

Le 31 juin, le malade ainsi que la granulation se trouvaient dans un état parfait.

Ce cas d'éléphantiasis est déjà le quatrième que M. Amaral a opéré avec succès, et il est à la veille d'en opérer encore six autres, parmi lesquels un éléphantiasis de l'une des grandes lèvres (la droite), dont les proportions sont telles que la tumeur descend jusqu'à terre, lors même que la malade se tient debout. (*Revista medica fluminense.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Mayer vient de dresser un tableau des revaccinations opérées en 1840 dans le grand duché de Bade. On y voit que, sur plus du quart des revaccinés, il apparut des pustules aptes à reproduire la vaccine; ce qui, suivant l'auteur, démontre jusqu'à l'évidence l'utilité et la nécessité des revaccinations.

Il résulte aussi de ce tableau que les hommes revaccinés avaient un peu plus de réceptivité pour la vaccine secondaire que pour le vaccin primitif.

Beaucoup de revaccinés, tant parmi ceux chez lesquels le résultat fut complet, que parmi ceux chez lesquels il fut modifié, éprouvèrent de la fièvre, avec endolorissement et gonflement des glandes axillaires.

En 1840, cinq cas de varioloïde eurent lieu dans l'armée; aucun des soldats qui les offrirent n'avait été revacciné.

Personne, durant cette année, n'est mort de la variole ni de la varioloïde dans l'armée badoise.

Le gouvernement s'occupe en ce moment de rendre la revaccination obligatoire dans toute l'étendue du grand-duché, où la vaccination l'est déjà.

— M. le professeur Mayor vient de passer à Paris, pour se rendre au Congrès scientifique à Angers. Il se propose, à son retour, de faire la démonstration de ses principes et procédés tachytomiques. — Nous aurons soin de faire connaître l'amphithéâtre et le jour où cette exposition aura lieu.

— M. EDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, ouvrira, le 1er septembre, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils seront terminés le 16 octobre, et auront lieu tous les jours, rue de La Harpe, 90, le dimanche et le jeudi exceptés. Le Cours de chimie sera commencé à une heure, celui de physique à deux heures, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur déduit, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

Deux cours de mathématiques, sur des branches différentes, seront commencés le même jour.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 104. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 31 AOUT 1843.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BICHAT A BOURG

(Suite du numéro précédent.)

Discours de M. Royer-Collard, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

Parmi les hommes qui ont glorieusement servi la science, illustré leur pays et honoré l'humanité, Bichat s'est placé au premier rang. Sa vie à peine commencée venait de s'éteindre, que déjà ses contemporains, ses émules, ses amis, parlaient de lui comme d'un ancien, tant son nom, dès-lors, était mûr pour la postérité, et maintenant, quarante ans seulement après sa mort, lorsqu'au milieu des acclamations publiques, un monument s'élève pour lui sur le sol qui l'a vu naître, il semble que nous ne fassions ici que reprendre et achever enfin une pensée qui datait de plusieurs siècles.

Cette supériorité incontestée du génie, cette consécration aussi anticipée d'une renommée si éclatante, voilà, messieurs, ce qui justifie, ce qui relève la fête populaire que nous célébrons aujourd'hui ; ce qui lui donne un caractère particulier de gravité, de dignité même, trop souvent absentes dans de semblables solennités.

La Faculté de médecine de Paris a compris et partagé le sentiment qui vous anime. Bichat a vu le jour dans vos contrées ; mais c'est dans l'Ecole de Paris qu'il s'est formé, qu'il a grandi, qu'il a formé à jamais son immortel édifice. Aussi, la Faculté a-t-elle voulu paraître en ce jour auprès de vous dans la personne d'un de ses membres. Vous regretterez sans doute qu'elle n'ait pu choisir un plus digne représentant ; nul autre, du moins, n'eût apporté dans cette honorable mission un plus sincère attachement pour la mémoire de Bichat, une connaissance plus intime de ses travaux, une admiration plus sérieuse et plus profondément sentie.

Bichat, messieurs, marque à lui seul une période toute entière dans l'histoire de la médecine. C'est-à-dire que pour apprécier ce qu'il a été et ce qu'il a mis dans la science, il faut comparer cette époque, qui lui est propre, avec celles qui l'ont précédée et qui l'ont suivie.

Au moment où Bichat parut, la France avait rompu avec le reste du monde ; elle prétendait, non-seulement changer, mais inventer, en quelque façon, la société humaine ; et, dans cet étourdissement passager où son audace avait jeté les peuples, elle put croire un instant qu'elle était seule en possession de la raison et de la vérité. Il en était alors dans les sciences comme dans la politique, et particulièrement dans la science médicale. C'était le même isolement, j'oserai dire la même ignorance ; en vain Haller en Suisse, J. Hunter en Angleterre, Reil en Allemagne, venaient de constituer la physiologie sur la base éternelle de l'observation et de l'expérience ; l'un avec son prodigieux savoir et son incomparable bon sens ; les deux autres avec cette hauteur de vues et cette sagacité qui brillent dans toutes leurs œuvres. Ces progrès étaient presque perdus pour nous. La physiologie n'existait pas encore dans le pays qui avait donné Vicq-d'Azir à l'anatomie, Baillou et Fernel à la médecine, Paré et J.-L. Petit à la chirurgie. A la vérité, la célèbre Ecole de Montpellier, suivant de loin les pas de Stahl avait essayé de ramener à l'unité du principe vital tous les phénomènes de l'organisme. Mais ni le grand esprit de Bordeu, ni l'ingénieuse habileté de Grimaud et Barthez, ne pouvaient suffire à créer une science uniquement avec des doctrines. Si les doctrines sont l'âme de la science, elle ne s'organise, elle ne prend de corps, elle n'est réellement que par l'étude patiente et laborieuse des détails.

Lorsque Bichat vint à Paris, il se destinait, à la pratique de la chirurgie militaire. Cette circonstance mérite d'être notée, en ce qu'elle influa puissamment sur le développement de ses idées et la conduite de ses travaux. De là, en effet, ces fortes études académiques auxquelles il se livra avec tant d'ardeur, et qui n'étaient point alors jugées nécessaires dans la carrière de la médecine. D'autres vous diront ses premiers débuts, ses succès rapides, et surtout cette belle et touchante amitié de Desault, non moins glorieuse pour le maître que pour le disciple. Je parle ici au nom de la science et je m'attache surtout à rappeler ce que Bichat a fait pour elle :

Comme il était entré dans la médecine par l'anatomie, ce fut aussi l'anatomie qui le conduisit pour ainsi dire pas à pas dans cette vaste route où la mort devait seule l'arrêter.

Il y a, Messieurs, une anatomie toute matérielle qui se borne à connaître toutes les parties du corps humain, sans s'inquiéter de leur mécanisme ; elle voit, pèse, mesure, décrit tout, mais ne comprend rien et ne demande pas à comprendre. Bichat pouvait-il se renfermer dans ces exercices vulgaires de l'amphithéâtre ? Pouvait-il n'être qu'un de ces manœuvres dont l'adresse consiste à tailler savamment les pierres que feront mouvoir les architectes ? « Vils artistes, comme les appelle Montesquieu, qui ont vu une fois et n'ont peut-être jamais pensé. » Vainement l'eût-il tenté, il se fût bientôt échappé à lui-même, car on ne fait pas ainsi sa part ; l'homme de génie appartient à son génie. L'anatomie, sachons-le bien, n'a été pour Bichat que ce qu'a été la géométrie pour Leibnitz et pour Newton, un moyen et non un but ; il y a puisé comme à pleines mains les matériaux les plus précieux ; et ainsi cette étude accessoire devenue essentielle et fondamentale, a été dans ses mains le principal instrument de ses investigations scientifiques.

Cette considération nous explique Bichat tout entier. Elle nous fait voir comment sa découverte des membranes synoviales donna naissance au premier mémoire, qui devint plus tard le Traité des membranes ; comment ses expérimentations sur les animaux vivants produisirent les recherches sur la vie et la mort ; comment de tous ces travaux réunis sortit ce grand ouvrage de l'Anatomie générale, dans lequel se rassemblent et se coordonnent si admirablement les résultats de la plus riche observation, fécondés et vivifiés par la plus rare intelligence. Là se complète véritablement le physiologiste ; les faits sont réduits en lois, et la science est soumise à des vues générales et systématiques : la France, à compter de ce jour, a sa physiologie comme sa chirurgie et sa médecine. Arrêtons-nous, Messieurs, pour contempler l'œuvre de Bichat.

Il y faut distinguer trois choses : des faits, une méthode et une doctrine.

A ne regarder que les faits en eux-mêmes, on est confondu, on est effrayé, le dirai-je ? de cette multitude infinie de remarques neuves et originales, faites en si peu de temps et par un seul homme. On ne comprend pas comment l'œil a suffi à voir, la mémoire à retenir, la réflexion à élaborer et à classer tant de détails. Haller, sans doute est plus savant encore, mais il a dépouillé et passé au tamis tous les écrits anciens et modernes ; son érudition lui fait une grande partie de ses trésors ; tandis que Bichat a peu lu, il en convient lui-même, et a tout tiré de son propre fonds. Et si maintenant nous ajoutons que ces faits, malgré leur prodigieuse variété, sont restés presque tous dans la science, qu'ils sont cités tous les jours et le seront éternellement, parce que l'observation ultérieure n'a fait que leur donner plus de certitude, ne serons-nous pas fondés à dire que Bichat, n'eût-il pas d'autres titres à notre reconnaissance, serait encore l'un des hommes qui ont rendu à la médecine les plus éclatants services ?

La méthode de Bichat n'est pas moins digne d'attention. Telle que je vous l'ai montrée déjà dans la succession générale de ses travaux, telle nous la retrouvons dans chacune des parties de cet ensemble. C'est toujours l'expérience précédant le raisonnement et lui servant de guide, l'interprétation des phénomènes par les phénomènes, la théorie puisée dans la pratique ; en un mot, la méthode inductive dans sa plus sévère application. En cela, Bichat est de son siècle. Comme lui et à côté de lui, Laplace, Cuvier, Pinel, Jussieu, suivaient la même marche et obéissaient à la même impulsion. Barthez lui-même célébrait par de pompeux éloges cette méthode qu'il violait avec tant d'assurance. Remarquons, toutefois, que Bichat, à quelque époque qu'il eût vécu, eût été instinctivement conduit dans cette voie par la rectitude naturelle de son jugement.

S'il est une science qui ne puisse se passer d'une telle méthode, c'est sans contredit la science de l'organisme, si obscure, si compliquée, dans laquelle tout se tient et s'enchaîne, sans souffrir la moindre interruption. Mais cette rigueur même n'est pas encore une garantie suffisante contre l'illusion des systèmes. Il vient un moment où l'esprit le mieux fait veut tirer parti de ce qu'il possède. Enivré de ses conquêtes, abusé par le sentiment de sa force, confiant d'ailleurs dans l'excellence de ses procédés, il s'imagine toucher au terme, et se croit en droit d'imposer à la nature les limites de sa propre conception. Viennent alors les conclusions prématurées, et qu'on appelle les doctrines, c'est-à-dire qu'au lieu de partir des hypothèses pour en venir aux faits, on commence par les faits, mais on finit par les hypothèses. Bichat lui-même, disons-le franchement, est tombé dans le piége. Il n'a pas su se défendre entièrement de cette prétention d'avoir trouvé le dernier mot du problème, d'avoir assigné aux choses leur juste valeur, et à la science sa véritable mesure ; prétention toujours trompée, et dont l'homme ne se corrigera jamais.

Certes, en admettant dans les corps vivants des propriétés qui manquent aux corps inertes, Bichat énonce une vérité incontestable dans sa généralité : nul ne saurait dire que la pierre sente ou se contracte. Mais est-il bien sûr que ces propriétés ne puissent être décomposées à leur tour et ramenées à des propriétés d'une nature plus simple ? La matière inorganique n'offre rien non plus qui ressemble à un muscle, à un nerf, et pourtant ceux-ci ne sont formés, en définitive, que d'un assemblage de diverses substances inorganiques. Ont-ils d'ailleurs en eux-mêmes le principe de leur action ? N'ont-ils pas besoin, pour qu'elle s'exerce, d'être mis en jeu par des influences étrangères ? Une fois qu'ils ont subi ces influences, ne sont-ils pas forcés de leur obéir ? Comment donc affirmer qu'une analyse plus profonde et plus exacte n'arrivera pas à saisir ces rapports du monde extérieur avec les éléments de nos organes, et à expliquer, par ces rapports même, ce qui semble d'abord inexplicable ? Combien déjà de découvertes, que Bichat n'avait pu prévenir, autorisent une telle espérance ! Dès-lors, la doctrine des propriétés vitales n'a plus les avantages scientifiques qu'il lui attribuait. Elle exprime un fait, un fait réel ; mais ce fait, c'est précisément l'objet de nos études, et le mot qui le désigne n'apprend rien que leur existence. De deux choses l'une : ou bien les propriétés vitales ne sont que des états des organes vivants sous telle ou telle forme ; dans ce cas leur intervention est inutile ; elle peut même devenir nuisible en ce qu'elle arrête et emprisonne la science dans des bornes trop restreintes ; ou bien ces propriétés sont distinctes des organes. Ce sont des forces actives, causales, indépendantes des phénomènes qu'elles produisent ; mais qui ne voit alors qu'il s'agit là d'êtres purement imaginaires, et qu'on retombe aussi dans ces archées des siècles passés, dans ce paganisme physiologique dont une saine philosophie a fait justice ?

Vous le voyez, messieurs, je combats ouvertement la doctrine de Bichat. Est-ce à dire que je veuille diminuer sa gloire ? A Dieu ne plaise ! N'est-ce pas encore lui rendre hommage que de signaler des erreurs qui attestent elles-mêmes la puissance de son génie ? Laissons donc d'indignes ménagements ; admirons les grands hommes, mais admirons davantage l'esprit humain.

Messieurs, je n'ai jugé jusqu'ici Bichat qu'avec mes opinions personnelles. Le plus infaillible de tous les juges, le temps, s'est aussi prononcé ; et de nos jours, les idées vivent assez vite, pour qu'il soit bientôt facile de les apprécier par leurs résultats. Quelle a donc été l'influence de Bichat sur la médecine, et qu'en reste-t-il aujourd'hui ?

C'est le propre des doctrines générales d'imposer d'abord quelque temps à la multitude, toujours éprise de la force, et disposée à s'abriter sous la pensée d'autrui. Aussi la doctrine des propriétés vitales a-t-elle régné pendant plusieurs années, non-seulement dans la physiologie, mais dans la pathologie et dans la thérapeutique ! Les propriétés vitales étaient altérées dans la maladie, les médicaments n'agissaient que sur les propriétés vitales. Maintenant, il faut bien le dire, leur nom même a disparu.

Cependant si la doctrine de Bichat a dû perdre une partie de son importance, il n'en est pas moins demeuré le maître des générations qui lui ont succédé, et comme le promoteur de tout ce qui s'est fait d'important en France depuis quarante ans. L'école de Paris, je m'honore de le proclamer, n'a fait que marcher sur ses traces ; il enseigne encore dans nos chaires ; il observe dans nos hôpitaux ; il dirige nos dissections et nos expériences dans les amphithéâtres : par lui, enfin, l'anatomie, autrefois laissée aux chirurgiens et aux savants de profession, est actuellement la base première de toute éducation médicale. Voudrions-nous, en effet, caractériser l'école de Paris, en indiquant sa tendance scientifique, et l'esprit particulier qui la distingue ? Nous dirions que c'est une école essentiellement anatomique. En physiologie, elle étudie les fonctions dans les organes ; en pathologie, elle cherche les maladies dans les parties qui peuvent être lésées ; en hygiène, elle veut pénétrer le mode d'influence des agents externes sur la substance vivante ; en thérapeutique, elle s'applique à découvrir l'action des moyens curatifs sur les tissus, sur le sang, sur le système nerveux ; en un mot, sans perdre de vue, comme on le lui reproche quelquefois ailleurs, l'harmonie des actes vitaux et l'unité de l'organisme, elle demande à voir et à toucher d'abord ; et là où elle ne peut ni toucher ni voir, elle a érigé en principe, et mis constamment en pratique l'observation patiente des phénomènes et la recherche expérimentale des causes dans les effets. Eh bien, en tout cela, elle est véritablement la fille de Bichat ! Mais comment l'a-t-il ainsi enfantée à la science ? Comment l'a-t-il faite ce qu'elle est ? Il est temps de le dire ; c'est principalement par sa méthode. C'est elle qui nous inspire et nous anime ; c'est elle qui préside à tous nos efforts. Voilà, messieurs, ce que j'avais à cœur de démontrer ici, et cette vérité une fois établie, tout s'explique, tout devient clair ; nous pouvons apprécier justement la part immense qu'a prise Bichat dans le progrès de la médecine moderne.

Messieurs, il m'a semblé que je ne pouvais mieux honorer Bichat, dans cette solennité qui nous rassemble, qu'en soumettant à une critique libre et sérieuse, ces travaux qui font sa gloire, et qui excitent à si bons droits notre reconnaissance. On ne loue pas un homme de science comme on loue un prince ou un capitaine, avec des fleurs de rhétorique et des phrases toutes faites ; il faut un jugement, et ce jugement ne peut être porté que par la science elle même. En me réservant ici cette part, la plus ingrate peut-être et assurément la plus difficile, j'ai cru que la gravité de ma position et celle du corps savant que je représente, me commandaient ce sacrifice. Combien j'eusse aimé à n'écouter et à n'exprimer devant vous que les sentiments dont je suis si vivement pénétré ! Au lieu d'une froide analyse, qui ne s'adresse qu'à la raison, avec quelle émotion j'eusse parlé à votre esprit, à votre cœur, en retraçant sous vos yeux ces événements d'une vie si courte, mais si pleine et en même temps si animée, si dramatique !

Là, je vous eusse montré ce Bichat que vous connaissez, et dont nous ont si souvent entretenus nos pères et nos maîtres, sa jeunesse, son ardeur, son amour passionné pour la science, son incroyable activité qui s'emparait à la fois de toutes les parties de la médecine, et n'en laissait dormir aucune.

Prenant ensuite l'un après l'autre chacun de ses ouvrages, vous l'eussiez vu, dans celui-ci, établir cette distinction des deux vies, qui a éclairé la physiologie d'une si vive lumière ; dans celui-là, dégager l'anatomie des minutieux détails dont elle était inutilement surchargée, et donner à la description des organes tout l'attrait d'une histoire. Dans cet autre enfin, mettre au jour, pour la première fois, et développer avec tant de bonheur sa division des tissus du corps humain. Création admirable qui suffirait à immortaliser son nom, et dans laquelle il a commencé avec le scalpel ce que nous poursuivons aujourd'hui avec les réactifs chimiques, la pile voltaïque et le microscope !

Dans tous ces ouvrages, dans les moindres lignes sorties de la plume de Bichat, n'eussions-nous pas aussi remarqué la clarté qui le distingue à un si haut degré, l'abondance des idées qui débordent de toutes parts, une verve entraînante, et parfois même une force d'éloquence naturelle qui, selon l'expression de Bossuet, « suivait comme la servante non recherchée avec soin, mais attirée par les choses même. »

Ne m'eussiez-vous pas encore écouté avec intérêt quand je vous aurais fait voir, parmi les continuateurs de son œuvre, ceux de ses amis ou de ses disciples qui vivent encore pour l'honneur de notre profession et de notre pays, ceux qui sont morts surtout Bayle, Legallois, Nysten, Laënnec, Broussais, Larrey, Dupuytren, Beclard, et tant d'autres qui, rappelés à ma voix, seraient venus se grouper en quelque sorte autour de lui, et recevoir ici leur part de nos hommages ?

Enfin, après avoir célébré dans Bichat le génie qui a renouvelé la face de la science, il ne nous fût plus resté qu'à parler de l'homme, et à répéter les éloges touchants que lui ont donnés ses contemporains. Leur témoignage est unanime. Tous s'accordent à vanter sa bonté, sa modestie, sa générosité, son âme simple et candide. Le souvenir de ces aimables qualités s'est conservé jusqu'à nous. Son nom même respire quelque chose de doux et d'honnête qui nous charme et nous fait ressentir pour lui comme une tendre et respectueuse affection.

Tel j'eusse voulu vous représenter Bichat ; et, comme dernier trait, j'eusse ajouté qu'arrivé à Paris en 1793 pour y terminer ses études, il était mort neuf ans après, âgé seulement de trente et un ans.

Mais pourquoi regretterais-je de vaines paroles ? Quels tableaux ne languiraient devant le spectacle que vous nous offrez, Messieurs, en présence surtout de cette vivante image dans laquelle Bichat vous est rendu ; noble ouvrage d'un noble artiste, et plus éloquent cent fois que tous nos discours ! Non loin de ces lieux s'élève une autre statue, celle d'un jeune héros (1) atteint d'une balle ennemie en combattant pour son pays. Sans doute, il est beau de consacrer ainsi la gloire des armes qui parle si haut aux âmes généreuses ; mais il est plus beau peut-être, vous l'avez senti, de rappeler à l'admiration des hommes ceux qui se sont dévoués à les servir par leur travail, et qui sont tombés aussi, comme le disait Corvisart, « sur un champ de bataille qui compte plus d'une victime. » Par là, Messieurs, vous donnez à vos concitoyens une grande et salutaire leçon. Bichat restera désormais au milieu de vous. Sa vue excitera parmi vos enfants l'amour de l'étude et l'ambition d'une juste renommée. Déjà la Faculté de Paris vous a dû deux de ses plus savants professeurs (2) ; d'autres encore (3) qui croissent dans nos rangs, et que nous suivons des yeux, promettent d'égaler bientôt leurs illustres devanciers. Nous comptons sur vous, Messieurs ; la patrie de Bichat ne laissera point périr l'héritage de ce grand homme.

Discours de M. Brachet, président de la Société de Lyon.

Messieurs,

Bichat est mort depuis plus de quarante ans, et son nom retentit dans toutes les bouches comme au premier jour de deuil où la science fit une perte aussi grande.

Par son génie et par ses travaux il appartient à l'univers entier, il est l'homme de tous les pays et de tous les siècles ; cependant trois localités peuvent plus particulièrement se disputer, ou plutôt se partager l'honneur d'avoir fait ce grand homme. Le département de l'Ain doit, à juste titre, se glorifier de lui avoir donné le jour ; Paris s'enorgueillira toujours d'avoir été le théâtre sur lequel vinrent éclore les

(1) Le général Joubert, mort à Novi en 1799.
(2) MM. les professeurs Richerand et Récamier.
(3) MM. Maissiat, Beau, etc.

merveilles de l'une des puissances intellectuelles les plus étonnantes, et Lyon revendiquera avec fierté l'honneur d'avoir été le berceau scientifique d'un aussi rare talent. Ce fut à Lyon, en effet, qu'il fit ses premières études médicales. Là, sous un maître habile, le célèbre M.-A. Petit, et avec des émules dignes de son amitié, les Parat, les Viricel, les deux Martin et tant d'autres, il sut mettre à profit les facilités que l'école de Lyon seule offrait aux élèves pour apprendre l'anatomie. Au moyen des dissections, il apprit à comparer les actes de chaque tissu avec leurs instruments, et il emporta de Lyon cet esprit studieux et analytique qui, en lui frayant la route des découvertes, devait produire des fruits si précoces; il devint l'élève favori de Desault.

Il n'avait pas fini ses études que, passant les jours dans son amphithéâtre et les nuits à écrire, il préludait dans la science par des Mémoires remplis d'intérêt sur différents sujets d'anatomie et de physiologie. A vingt-huit ans, il publia ses Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort; ouvrage immortel, chef-d'œuvre peut-être unique de l'esprit humain, qui, en créant une physiologie nouvelle, éleva Bichat au-dessus de tous les physiologistes. Ce livre est aujourd'hui ce qu'il était à son apparition, et il sera toujours le même, toujours admiré, parce qu'il repose sur l'observation et sur l'expérience, parce que les faits et les raisonnements y sont coordonnés et enchaînés avec tant d'art qu'il ne serait guère possible d'en rien retrancher, ni d'y rien ajouter sans en détruire l'harmonie. Il est le plus bel héritage que notre époque puisse léguer aux générations futures.

Mais ce n'était pas assez pour Bichat d'avoir créé une physiologie. Scrutateur de plus en plus profond de la nature vivante, il l'étudia dans toutes ses phases, en santé comme en maladie. Alors il comprit le premier que l'anatomie, la physiologie et la pathologie ne devaient plus faire des sciences distinctes et séparées, parce qu'elles sont réunies par des liens indissolubles. Il conçut le projet d'établir cette association, et, pour y parvenir, il jeta les bases dans une science nouvelle qu'il créa encore sous le nom d'anatomie générale, et qu'il renferma dans un des beaux monuments scientifiques que nous possédions. Cette production, dont on trouve à peine une trace dans ses prédécesseurs, sortit de son cerveau comme une nouvelle Minerve pour venir nous révéler des mystères inconnus et mettre le sceau à la gloire de son auteur. Malgré ses lacunes et quelques corollaires anticipés, cet ouvrage sera toujours une mine précieuse où l'on trouvera des richesses immenses, toutes les fois qu'on voudra la fouiller.

Ce fut à l'aide d'expériences nombreuses que Bichat s'élança dans le champ des découvertes; il saisit d'un coup-d'œil l'ensemble de l'économie et des lois qui la régissent, et il les classa en deux ordres; division qui durera, parce qu'elle est juste. Il en fit des propriétés, il est vrai, et cependant il devina qu'elles dépendaient de l'action de deux systèmes nouveaux, puisqu'il les plaça sous leur influence directe. Cette distinction des deux ordres d'actes fonctionnels dominera toujours la science, parce qu'elle émane de l'observation des faits, contre lesquels les théories et les systèmes ne prévaudront jamais.

Pourrait-on accuser Bichat d'avoir créé une dualité dans l'homme, d'avoir créé deux puissances étrangères et opposées, lorsqu'on le voit établir l'association indispensable du cerveau, du cœur et du poumon; pour constituer une sorte de trépied vital, lorsqu'on le voit dans ses articles, des Sympathies, démontrer la liaison et l'harmonie de toutes ses fonctions, et l'influence des organes les uns sur les autres? Plus on étudiera sa doctrine, plus on se convaincra de sa supériorité. Malheur au médecin qui, dans des ouvrages aussi lumineux et aussi profonds, s'attachera à quelques taches légères qui les déparent! Sa froide intelligence ne sera jamais échauffée par de grandes conceptions, elle ne s'élèvera jamais à la hauteur sublime de l'art de guérir.

Quand on songe que Bichat avait mis fin à ces travaux, et qu'il n'avait pas trente ans, on est saisi d'admiration; quand on songe que, dans sa généreuse audace, il aspirait à l'honneur de reconstruire l'édifice médical, en étendant à la pathologie la révolution qu'il avait opérée dans la physiologie. On déplore amèrement la mort prématurée qui vint nous le ravir dans la trente et unième année de sa vie, de cette vie, hélas! si courte, et pourtant si féconde et utile à la science. Cependant ses œuvres ont porté leurs fruits, et sa doctrine plus ou moins modifiée dirige les études médicales dans l'appréciation des lésions des organes, des tissus et des fonctions.

Aussi la gloire de Bichat est impérissable. Il n'avait pas besoin d'un bronze pour passer à la postérité. Mais ses contemporains avaient besoin de lui rendre un témoignage éclatant de leur vénération; ils avaient besoin de dire aux siècles à venir qu'ils avaient compris l'homme de leur époque, et qu'ils avaient su rendre à son vaste génie les hommages qui lui étaient dus.

Honneur donc au département de l'Ain! Honneur à la ville de Bourg et à la Société royale d'émulation qui, en érigeant cette statue, ont voulu entourer son inauguration de toute la pompe d'une grande cérémonie, en y faisant pour ainsi dire assister la science en personne par les députations des corps savants. Cette fête restera gravée dans nos cœurs, et nous en emporterons l'idée flatteuse que ceux qui savent ainsi honorer les grands hommes, le sont eux-mêmes ou méritent de l'être.

Discours de M. Martin jeune, président honoraire de la Société de médecine de Lyon.

Messieurs,

Les œuvres du génie ont plus de durée que le marbre et l'airain. Suivant la belle pensée d'Horace, *Monumentum ære perennius!* Elles portent le nom de leurs auteurs à travers les siècles, et le préservent de ces fléaux destructeurs qui renversent les empires et les dominations, de ces révolutions qui ensevelissent les cités, les monuments des arts, et les prodiges des civilisations.

Telle sera sans doute la destinée des conceptions sublimes et des importants travaux du savant dont nous solennisons aujourd'hui la mémoire.

Compatriote, condisciple et ami de Bichat, j'ai cru qu'il était de mon devoir, comme médecin lyonnais, en exprimant devant sa statue ma profonde vénération pour les hautes facultés qui le distinguèrent, de réclamer comme témoin oculaire, en faveur de la ville de Lyon, berceau de ses études, une modique part de l'honneur qui se rattache à la célébrité de ce grand médecin.

Si le département de l'Ain se glorifie d'avoir vu naître Bichat, la médecine lyonnaise s'énorgueillit de lui avoir donné les premiers principes de l'art qu'il a tant illustré, c'est dans son sein qu'il puisa le germe de la science que son génie a si grandement fécondée. C'est l'école lyonnaise surtout qui lui inspira le goût passionné de l'anatomie et de la physiologie, dont il a tant grandi le domaine par des études et des découvertes nouvelles, qui ont fait faire d'immenses progrès à la médecine moderne.

Nous félicitons les magistrats et les savants de la ville de Bourg d'avoir enfin réalisé la noble et généreuse idée d'élever dans leurs murs une statue à l'illustre Bichat. Par ce témoignage éclatant de la reconnaissance publique, ils ont acquitté une dette nationale envers le plus grand physiologiste du dix-huitième siècle, et mérité la gratitude de tous les médecins français; en les remerciant au nom de ceux de la ville de Lyon, j'ose prédire avec assurance que le nom de Bichat, riche d'une réputation européenne, réfléchira quelques rayons de sa gloire sur la métropole du département de l'Ain, qui a si justement et si dignement célébré sa mémoire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Scarlatine insidieuse avec miliaire. Conjonctivite. Gastrite concomitante. Guérison.

Au n° 30 de la salle Saint-Antoine est couchée la nommée Scholastique Foucher, âgée de vingt et un ans, domestique, demeurant à La Chapelle, née dans le département du Loiret, entrée le 22 juillet 1843.

D'une constitution assez robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, habituellement bien portante. Elle dit n'avoir jamais été gravement malade. Cependant l'année dernière elle fut prise d'une angine tonsillaire qui dura près de quinze jours, et qui guérit sous l'influence d'une application de sangsues et de boissons émollientes. Depuis lors elle s'est toujours bien portée. Vaccinée dans son enfance, non variolée. Elle ne se rappelle avoir eu ni la rougeole, ni la scarlatine. Réglée à seize ans pour la première fois; depuis, toujours bien réglée. Pas de leucorrhée habituelle, ni essoufflements, ni palpitations quand elle marche vite ou monte les escaliers. Actuellement malade depuis douze jours environ. Elle soignait depuis quelque temps dans la maison où elle est domestique un enfant affecté de scarlatine, et c'est à cette cause qu'elle rapporte la maladie actuelle.

Voici l'état que présente la malade le jour de son entrée :

Visage animé, rouge aux pommettes, sans aucune trace d'irruption, et sans coloration anormale de la peau. Peau chaude, sèche. Pouls à 128, petit, peu développé, non redoublé. Céphalalgie très intense, sans étourdissement, à moins que la malade ne se mette à son séant. Incohérence des idées, un peu de délire pendant la nuit. Insomnie.

La muqueuse de l'arrière-gorge est le siége d'une vive rougeur, tirant un peu sur le violacé. Quelques concrétions sur le voile du palais, blanches, caséiformes. Il n'y a rien sur les amygdales. Les mains présentent des plaques d'un rouge uniforme, couleur jus de framboise. On observe les mêmes taches appartenant évidemment à l'irruption scarlatineuse sur les avant-bras, la partie inférieure du cou. On n'en constate pas sur les autres parties du corps, dont la peau parfaitement saine ne présente aucune altération anormale.

Douleur assez vive de la gorge, avec difficulté de la déglutition. Langue rouge, lisse; un vomissement avant la visite; diarrhée abondante depuis deux ou trois jours. Urines libres. Ventre indolent, même à la pression. Respiration à 70 par minute. Dyspnée extrême. Expectoration muqueuse jaunâtre. Douleur de côté, mais peu intense et siégeant peut-être dans les muscles des parois de la poitrine. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. Les bruits du cœur sont masqués par le murmure vésiculaire, qui est fort, un peu rude, mais sans râle d'aucune espèce. En arrière, respiration libre, peut-être un peu soufflante au sommet, mais sans râles. Saignée de 300 grammes; mauve sucrée; diète.

Le 23 juillet, le sang présente un caillot peu riche, sans aucune trace de couenne, noirâtre, sans consistance.

L'agitation est un peu moins forte qu'hier. Agitation pendant la nuit, mais sans délire. Le matin, l'intelligence est parfaitement nette. Pouls à 120, comme la veille. La respiration est à 32 seulement par minute. Dyspnée beaucoup moindre. La malade peut rester bien plus facilement couchée dans son lit, où elle était la veille assise sur son séant. L'éruption est un peu plus marquée, et commence à se montrer aux cuisses et sur la partie inférieure du tronc. La langue est toujours rouge, couleur jus de framboise. La douleur de gorge toujours très vive. Une selle cette nuit. Ni nausées, ni vomissements. Douleur de tête moins vive. Sentiment de malaise général et de brisement dans les membres. Un peu de sommeil. Même état de la poitrine pour la résonnance et la respiration. Mauve sucrée; julep gommeux; diète.

Le 24 juillet, paupières pulvérulentes. Dents sèches. Teinte un peu jaune terreuse de la face et de la peau du reste du corps. Bouche sèche, sans amertume cependant. Il n'y a pas eu de vomissement pendant la journée d'hier. Douleur à l'épigastre par la pression. Pas de diarrhée. Peau de chaleur moins brûlante que les jours précédents, sans sueur. Pouls à 92-96, assez développé, peut-être un peu redoublé. Pas de battements ni de bruits anormaux du cœur; un peu de souffle au premier temps. Toux assez fréquente; expectoration abondante. Pas de douleur dans la poitrine. Respiration à 21. Persistance des concrétions diphthéritiques au voile du palais. Prostration. Pas d'épistaxis, ni délire, ni soubresauts des tendons. Les règles, que la malade attendait vers le 26 ou le 28, ont paru hier. Mauve gommée; gargarisme albuminé; diète; cataplasme au cou.

Le 26 juillet, depuis deux jours la malade se trouve sensiblement mieux. La fièvre a encore diminué. Le pouls est à 88 seulement. L'éruption commence à pâlir. Les bras, les avant-bras, le cou sont recouverts d'une éruption confluente de vésicules miliaires remplies d'un liquide trouble, séro-purulent. Même état de la langue et des voies digestives. Langue rouge, soif vive, anorexie; pas de nausées ni de vomissements. Un peu de douleur à l'épigastre.

L'œil gauche est depuis hier le siége d'une congestion inflammatoire assez intense, probablement déterminée par l'impression de l'air froid. Collyre d'acétate de plomb; diète.

Le 28 juillet. De mieux en mieux; l'éruption a presque complètement disparu et est remplacée dans quelques points signalés plus haut par une éruption miliaire confluente. Peau de chaleur normale; sans sueur ni sécheresse, ni nausées ni vomissements. La douleur de gorge et la rougeur de la muqueuse sensiblement diminuées. Résonnance et respiration normales. Respiration à 20-24. Souffle au premier temps du cœur, dépendant très probablement de l'état anémique du sujet. Rougeur vive de la conjonctivite avec un peu d'écoulement purulent. Même traitement. Un bouillon coupé.

Le 1er août, la malade se trouve dans un état très satisfaisant, demande à manger. Soif très modérée. Pas de douleur de ventre; encore un peu de sensibilité à l'épigastre. Du reste, très bien. L'éruption scarlatineuse a tout à fait disparu. L'éruption miliaire commence à se dessécher. Sommeil pendant la nuit, assez calme. Ni agitation, ni délire. La douleur de gorge nulle. Deux bouillons.

La convalescence depuis ce moment se soutient très bien, et la malade sort parfaitement guérie le 14 avril.

— Quelques points principaux doivent fixer l'attention dans le fait qui précède, et qui n'est point sans importance, tant sous le rapport des complications observées, que sous celui du traitement et de la marche de la maladie.

M. Rostan a cru pouvoir donner à cette scarlatine le nom d'insidieuse, à cause des symptômes qui se sont montrés dès le début et de la marche peu ordinaire qu'elle a suivie. Ainsi la période d'incubation aurait duré près de huit à dix jours, puisque ce n'était guère que deux ou trois jours avant son entrée que la malade s'aperçut de l'apparition de taches éruptives appartenant à la scarlatine. Or, il est excessivement rare que l'incubation, dans les cas ordinaires, dure plus de deux, trois ou quatre jours. C'est donc là une première anomalie qui mérite d'être signalée.

Une fois la maladie bien développée, et nous ferons remarquer en passant qu'elle ne fut partielle et n'envahit que le tiers environ de la surface totale du corps, les symptômes dont elle fut accompagnée méritent aussi d'être mentionnés séparément. Et pour en finir avec les symptômes locaux, disons d'abord qu'une angine des plus graves vint la compliquer. Rougeur intense et même comme violacée de la membrane muqueuse, difficulté extrême de la déglutition, et, de plus, concrétions membraniformes et pultacées. Cette dernière complication s'observe très fréquemment dans la scarlatine simple intense, mais plus souvent quand la fièvre éruptive suit une marche anormale comme celle dont nous avons raconté l'histoire, ou dans la forme dite *maligne* des auteurs.

En même temps que l'on observait des symptômes alarmants du côté de la gorge, ceux que présentait l'appareil respiratoire n'étaient pas moins intenses. La respiration, le jour de l'entrée, était à 70 par minute; dyspnée des plus rares et des plus inquiétantes, qui ne se rencontre le plus habituellement que dans les moments de l'agonie. L'auscultation et la percussion, pratiquées avec le plus grand soin, n'éclairèrent que faiblement les recherches que l'on fit pour s'assurer de la cause d'une fréquence aussi extrême de la respiration. En effet, la résonnance était bonne, et la respiration, presque partout pure, n'était accompagnée ni de souffle, ni de râles d'aucune espèce. Cette dyspnée dépendait-elle en partie d'une cause nerveuse? et, dans ce cas, quel en avait été le point de départ? C'est une question qui ne nous semble pas susceptible d'être résolue actuellement.

Les caractères fournis et par l'exploration du pouls et par l'examen du sang ont été d'accord avec ceux que les auteurs nous indiquent comme étant habituels dans la scarlatine. Ainsi un caillot sans couenne, un peu noirâtre, diffluent même en quelque sorte; un pouls assez mou, dépressible, un peu redoublé, au moins a-t-il été constaté ainsi à l'une des visites, ces caractères n'indiquent-ils pas une altération profonde du système circulatoire, altération qui a quelques points d'analogie avec celle que l'on observe dans les affections typhoïdes. Et, disons en passant, à ce propos, sans vouloir entrer dans plus de détails sur cette question toutefois secondaire ici, et hors de notre sujet, que peut-être n'y a-t-il pas entre la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, autant de différences que l'on pourrait se l'imaginer au premier coup-d'œil, tant sous le rapport des symptômes et de la marche que sous celui de l'étiologie et de causes déterminantes.

Une complication bien importante, que l'on a été à même d'observer dans ce fait, et qui est d'autant plus remarquable qu'elle est plus rare, c'est une coïncidence de gastrite ou tout au moins, sinon d'inflammation franche, d'irritation vive et prolongée de la muqueuse de l'estomac. M. Rostan, d'après les symptômes notés dans l'observation, pense avoir eu affaire à une gastrite aiguë franche, non exempte de complication, mais ayant offert tous les symptômes qui peuvent caractériser cette affection, rougeur et sécheresse de la langue, nausées et vomissements, douleur épigastrique, etc. Nous avons dit que la complication de gastrite était rare, et nous avons pour soutenir cette assertion deux raisons qui nous paraissent assez plausibles : 1° La gastrite pure et simple est en elle-même une chose assez rare. Peu connue avant les travaux d'un illustre réformateur qui eut peut-être, lui, le tort de la voir un peu trop partout, même là où elle n'était pas, la gastrite est une affection en elle-même, nous le répétons, assez peu commune; 2° considérée comme complication d'une fièvre éruptive, elle accompagne beaucoup plus fréquemment la variole que la scarlatine ou la rougeole, la première étant habituellement accompagnée d'angine, la seconde de l'inflammation de la membrane muqueuse bronchique.

On voit donc que sous bien des rapports, l'observation que nous avons détaillée plus haut mérite la plus sérieuse attention, et présente à considérer des faits de la plus haute importance.

La complication de miliaire décrite ici n'est pas aussi rare que l'on pourrait le croire. La scarlatine présente, relativement à la forme de l'éruption, un certain nombre de variétés. Tantôt uniformément répandue sur toute la surface du corps, elle est quelquefois disséminée par larges plaques d'un rouge piqueté. D'autres fois elle est partielle et bornée, comme dans ce cas-ci, à la moitié du tronc, aux cuisses et aux bras. Quelquefois enfin, et notre malade a offert ce phénomène, on observe au milieu de la rougeur qui revêt les téguments, mais surtout vers les parties latérales du cou, sur la poitrine, les bras et les cuisses, un pointillé saillant, rouge d'abord, bientôt après vésiculeux, dont chaque point se convertit en peu de temps en une vésicule plus ou moins volumineuse, rarement plus grosse qu'un grain de millet, remplie d'un liquide

séreux, opalin, rapidement purulent. Ce sont les vésicules miliaires, irruption ordinairement assez bénigne et qui n'entraîne pas d'accidents sérieux à sa suite.

Enfin, pour achever ce qui a trait aux nombreuses complications qu'a présentées la maladie dans le cas particulier qui nous occupe, notre malade fut prise d'une conjonctivite de médiocre intensité, probablement due à un refroidissement subit qui céda promptement à un traitement par les lotions astringentes.

Le traitement employé se ressentit un peu de la marche anormale et irrégulière de l'affection. Quoique M. Rostan, comme nous avons eu occasion de le dire dans un article précédent, n'aime pas à employer les émissions sanguines dans les fièvres éruptives, cependant la fréquence du pouls et de la respiration, et plus encore que tout cela, la violence des accidents inflammatoires survenus du côté de la membrane muqueuse pharyngienne le déterminèrent à faire pratiquer une saignée générale de 300 grammes le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, saignée sous l'influence de laquelle se prononcèrent quelques symptômes d'amélioration. Les émollients, les astringents pour l'affection inflammatoire de la muqueuse buccale et pharyngienne, tels que gargarismes émollients, les cataplasmes autour du cou, suffirent pour opérer la guérison de cette complication. Enfin les astringents pour la conjonctivite, tel fut tout le traitement qui, on le voit, n'a pas été très compliqué, malgré le nombre et la diversité des affections concomitantes.

HOPITAL BEAUJON. — M. Martin-Solon.

Pleurésie aiguë simple du côté droit ; marche rapide ; délire. Mort. Nécropsie.

Chastang (Jean), âgé de vingt-sept ans, commissionnaire, né dans l'Auvergne, à Paris depuis douze ans, est un homme d'une haute stature, d'une constitution musculaire très développée, a les cheveux noirs, la peau obscure. Il assure mener une vie sobre, très régulière et ne commettre aucun excès. Il habite une chambre à un étage élevé et dont les murs ne sont jamais humides; il ne se rappelle avoir fait d'autre maladie qu'une seule, il y a quatre ans, pour laquelle il passa deux mois à l'hôpital, éprouvant de la douleur à l'hypogastre, mais n'ayant point de diarrhée; urinant aisément et sans douleur ni cuisson. Il ne peut donner d'autres détails sur cette affection. Des sangsues furent appliquées *loco dolenti*, et il ignore ce qui fut ajouté à ce mode de traitement.

Depuis, il jouissait d'une parfaite santé, ne toussait pas habituellement, quand, dans la nuit du 12 au 13 janvier 1843, après avoir travaillé tout le jour, comme de coutume, sans qu'il eût fait excès de fatigue, sans qu'il eût usé des alcooliques outre mesure, sans qu'il se fût refroidi, il se sentit pris d'un point de côté à droite; en même temps, il survint de la toux et bientôt de la fièvre. Il n'y eut de frisson ni au début, ni dans la suite. Le matin, il y eut des vomissements et une épistaxis, qui ne se renouvelèrent pas. Il ne put se lever et resta alité depuis. La toux et la fièvre continuèrent sans relâche; il n'y eut pas de crachats colorés en rouge ou en jaune. Le point de côté ne fit qu'augmenter. Aucun traitement ne fut administré, et le malade se décida à entrer, le 16 janvier, à l'hôpital Beaujon, où il fut reçu n° 3, dans la division de M. Martin Solon. Le 17, nous le trouvons dans l'état suivant: faciès très coloré, très animé; œil vif, étincelant; pupilles égales, très larges; regard très mobile, un peu égaré. Beaucoup de loquacité, de volubilité; réparties justes, néanmoins. Pas de céphalalgie, pas de trouble de la vue ni de l'audition; pas de bourdonnement d'oreilles. Langue nette, humide; soif vive, inappétence. Abdomen à l'état normal, traces de piqûres anciennes de sangsues à la région hyppogastrique.

Toux fréquente; expectoration liquide, grisâtre, transparente, avec quelques crachats spumeux, remplissant environ le quart du crachoir. Douleur vive dans le côté droit de la poitrine augmentant pendant les quintes de toux. Sentiment très prononcé de gêne dans la respiration : 48 inspirations très courtes, mais égales et régulières. Le thorax se dilate peu, et moins encore à droite qu'à gauche; à droite, il est un peu plus développé qu'à gauche; les espaces intercostaux y semblent un peu élargis. A droite et au côté, matité prononcée depuis le creux axillaire jusqu'en bas; percussion très douloureuse. En avant, au-dessous de la clavicule, dans une hauteur de 6 centimètres environ, percussion sonore; mais au-dessous elle devient mate. La respiration est complétement nulle dans toute l'étendue correspondant à la matité, tant au côté qu'en avant; voix lointaine, très faible. En arrière, dans toute la hauteur, moins la fosse sus-épineuse ou à peu près, même matité. Dans toute cette étendue, respiration bronchique légère, un peu plus légère au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et dans la portion de gouttière vertébrale correspondante; dans les mêmes points, bronchophonie, dont l'intensité varie comme celle de la respiration bronchique, suivant les régions. Pas de frémissement vocal dans tout le côté.

A gauche, percussion très sonore en avant comme en arrière, au sommet comme à la base; expansion vésiculaire très pure, mais exagérée. Le cœur n'a rien offert de particulier à noter.

Le malade est dans le décubitus dorsal qu'il préfère. Il pourrait se coucher sur le côté droit, mais très difficilement sur le côté gauche, la gêne de la respiration se trouvant alors augmentée. Pouls de 102 à 104, large, dur, régulier; peau médiocrement chaude. Un peu de sommeil la nuit, et plus que les nuits précédentes. Prescription : pectorale, julep béchique; saignée; huit ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine. Diète.

Le 18, la saignée a fourni 440 grammes de sang; caillot dense, très ferme, rétracté et relevé en cupule sur ses bords; couenne de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, très consistante, sérum abondant. Les ventouses ont fourni 300 grammes de sang qui offre les mêmes caractères que celui de la saignée. Une autre saignée, pratiquée le soir, a fourni 360 grammes de sang; le caillot est plus large que celui du matin, couenneux; sérum moins abondant.

Même aspect de la physionomie; cependant coloration de la face un peu moins vive. Même état des facultés intellectuelles. Langue recouverte d'un très léger enduit blanchâtre, humide. Même gêne de la respiration, qui se fait surtout par le diaphragme. 48 inspirations comme la veille. Douleur de côté diminuée, mais toujours exaspérée par la toux très sensiblement. Expectoration médiocrement abondante, liquide, transparente.

Thorax. Percussion encore douloureuse, surtout au niveau des dernières fausses côtes droites. Elle donne la même matité que la veille dans les régions indiquées. En arrière, à la base, et du même côté, respiration faiblement bronchique; elle devient nulle plus haut; dans toute la hauteur, résonnance de la voix n'allant pas jusqu'à la bronchophonie. En avant et en côté, mêmes phénomènes d'auscultation que le jour précédent, et de plus absence d'expansion vésiculaire sous la clavicule. A gauche, pas de modifications appréciables ni à l'auscultation, ni à la percussion. Pouls à 120, large, dur, régulier; peau de chaleur assez élevée: un peu de sueur seulement au visage. Agitation la nuit; sommeil troublé par des rêvasseries. Pector. 5 pots; jul. béch.; 20 sangsues sur le côté droit du thorax; deux catapl. sinap. aux membres inférieurs; diète.

Le 19, face vultueuse, animée, plus colorée que la veille. Même vivacité du regard. Délire la nuit; on a été obligé d'appliquer la camisole. Réponses brusques, très brèves, mais justes. Pupilles très dilatées, égales, contractiles. Langue humide, du reste comme la veille; ventre indolent; pas de garde-robes depuis son entrée. Un peu moins de toux; expectoration facile, de même nature. Plus de douleur de côté. Respiration toujours fréquente.

Thorax. Percussion non douloureuse; même altération de la sonoréité de la voix et du bruit respiratoire. Pouls à 116, large, vibrant; peau chaude. Sel de Sedlitz, 35 grammes; 10 sangsues au-dessous de chaque oreille; glace sur la tête: le reste comme la veille.

Le 20, le délire augmentant dans la journée, on a pratiqué une saignée de 440 grammes: le caillot en est médiocrement large, consistant, et offre une couenne dense, d'un à deux millimètres d'épaisseur; sérum médiocrement abondant.

Le délire s'accompagne de beaucoup d'agitation et de fureur. Le malade ne répond que par des paroles incohérentes. La face est pâle, l'œil toujours vif, très mobile; papilles et langue telles que le 19. La sensibilité est obtuse sur tous les points de la surface du corps; les forces musculaires sont très développées. Toux modérée; même expectoration; même état de la respiration en avant. On ne peut ausculter en arrière le malade refusant de rester à son séant. Pouls à 108, faible et dépressible, régulier. Peau chaude, modérée. Le purgatif a produit plusieurs évacuations alvines liquides, rendues au lit, ainsi que les urines. Vésicatoire sur le côté droit; un autre sur la cuisse gauche; 40 grammes de sel de Sedlitz; 0,05 d'émétique dans une pinte d'eau. Le reste, *idem*.

L'état qui vient d'être décrit persiste tout le jour, une partie de la nuit, et le 21, vers le matin, le malade s'affaisse et succombe à cinq heures.

Autopsie, vingt-neuf heures après la mort.

Rigidité cadavérique prononcée; quelques taches livides à la partie postérieure du cou, aux lombes et aux fesses.

Tête. L'arachnoïde pariétale n'adhère point à l'arachnoïde viscérale; après avoir incisé sur la dure mère, il ne s'écoule pas de liquide de la cavité de la séreuse. Cette membrane, sur la partie moyenne de la convexité, autour des glandes de Pacchioni et au niveau de quelques anfractuosités seulement, offre, ainsi qu'à la base, au niveau de l'espace interpédonculaire, un aspect légèrement laiteux, qui diminue de moitié sa transparence; mais elle n'est point épaissie; sa consistance est à peine supérieure dans ces divers points à celle des parties saines, et elle est saine, c'est-à-dire transparente, consistante, etc., dans tout le reste de son étendue. Les glandes de Pacchioni sont très développées. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'est point infiltré de sérosité, pas même dans les parties correspondantes à la demi-opacité de l'arachnoïde. Quant à la pie-mère, elle n'adhère en aucun point à la surface du cerveau, et s'en détache, avec la plus grande facilité, sans enlever le plus petit fragment de substance corticale. Un immense réseau formé de vaisseaux très fins et d'autres plus volumineux parcourt toute la surface de l'encéphale: ils sont notablement injectés.

La substance grise des circonvolutions offre partout une teinte d'un rose tendre et uniforme. Un piqueté ou sablé rouge très prononcé se voit à la surface des coupes pratiquées dans l'épaisseur des hémisphères, et couvre la substance blanche du centre ovale de nombreuses gouttelettes de sang. On y remarque aussi des marbrures linéaires d'un rose violacé très léger et formées par des vaisseaux injectés. Ces marbrures et le pointillé rouge vont en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'approche de la base du cerveau. Du reste, les deux substances ont une consistance très marquée. Dans chaque ventricule latéral, une cuillerée à café seulement de sérosité limpide et transparente; les vaisseaux en sont un peu injectés, et la membrane ventriculaire est à l'état naturel. Toutes les autres parties du cerveau sont parfaitement saines.

La substance grise du cervelet est généralement rosée; la substance blanche piquetée; l'une et l'autre très consistantes.

Poitrine. Dans le côté droit, au moins un litre de sérosité trouble, lactescente; quelques flocons albumineux blanchâtres nagent dans le liquide. Toute la surface du poumon est tapissée par une fausse-membrane, lisse, uniforme, d'une épaisseur d'un millimètre environ, mais qui peut varier du plus au moins, suivant les points. La face interne de la paroi thoracique est elle-même recouverte, dans toute son étendue, par une couche pseudo-membraneuse semblable.

La surface libre de cette production laisse apercevoir un commencement d'organisation dans plusieurs endroits, lequel est indiqué par la présence de quelques vaisseaux et par une coloration rosée. La face pleurale est d'un rouge foncé et adhère fortement à la membrane séreuse; mais comme la fausse-membrane est assez dense, on peut la détacher de la plèvre par des lambeaux de plusieurs centimètres. La plèvre elle-même, pulmonaire et costale, est d'un rouge intense; sur la paroi thoracique, où on pouvait l'enlever, elle ne paraît pas trop épaissie, est très consistante. Le tissu cellulaire sous-pleural est injecté, sans épaississement appréciable.

Le poumon droit est refoulé contre la colonne vertébrale; il est réduit à la moitié environ de son volume normal; son tissu est sensiblement condensé, ne présente aucune trace de phlegmasie, crépite et surnage à l'eau.

Le poumon gauche est complétement à l'état normal, libre d'adhérences; pas d'épanchement dans le côté correspondant.

Il n'y a pas un seul tubercule au sommet des deux poumons, examinés avec tout le soin nécessaire, non plus que dans les fausses-membranes mentionnées.

Cœur d'un volume proportionné à la stature de l'individu, sans aucune altération. Caillots fibrineux et volumineux dans les cavités droites. Le péricarde ne présente rien de morbide.

Abdomen. L'estomac contient une petite quantité de liquide grisâtre. Muqueuse de couleur normale, un peu ramollie.

L'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale, présente une arborisation très prononcée formée par des vaisseaux injectés, et s'élevant jusqu'à 12 ou 15 centimètres. Partout la muqueuse est très consistante, dans cet intestin comme dans le gros. L'un et l'autre contiennent une matière demi-liquide, jaunâtre.

Rate assez volumineuse, excessivement molle, de couleur lie de vin.

Le foie, les reins et la vessie n'offrent rien qui soit digne de remarque.

Une bonne et forte constitution ne préserve pas toujours des maladies graves et promptement mortelles. Au contraire, on voit souvent des sujets dans ces conditions, pris de maladies aiguës, périr bien plus rapidement que des individus, non pas d'une constitution chétive, mais très ordinaire. Il semble que, chez eux, la maladie y trouve plus de prise, et que l'inflammation en particulier y trouve plus d'éléments.

Chastang était un homme vigoureux, d'une santé parfaite habituellement. Il fut pris d'une pleurésie, et malgré les questions les plus assidues on n'a pu en découvrir la cause, même présumable. Ce cas n'est pas unique; il se présente journellement: ni la constitution, ni l'examen des influences extérieures ne peuvent éclairer sur l'étiologie, et l'on est surpris de voir une maladie se déclarer quelquefois subitement et sans savoir pourquoi, au milieu du bien-être le plus parfait. Bien plus, la pleurésie, la pneumonie se déclarent souvent la nuit, pendant le sommeil même, alors que le sujet s'est livré tout le jour à ses occupations accoutumées, ou bien même est resté dans le repos. Il faut donc, de toute nécessité, admettre une cause existant dans l'être lui-même, et dont on ne saurait découvrir l'essence.

Pour revenir à notre point de départ, Chastang comptait quatre jours de maladie quand il fut soumis à notre observation. A cet égard ses réponses furent positives, et il était bien capable de rendre parfaitement compte de son état. Mais déjà presque tout le côté droit de la poitrine était le siége d'un épanchement, et il l'avait envahi en totalité dès le lendemain. La marche de l'affection avait donc été rapide, puisqu'en cinq jours tout un côté du thorax était rempli de liquide. C'était un état sur-aigu, état qui par lui-même pouvait encore n'avoir rien de fâcheux s'il n'y eût eu complication; et en effet, dès le jour du premier examen, le regard animé, la brusquerie de la parole, et la loquacité, semblaient être les précurseurs d'un trouble des facultés intellectuelles, et deux jours plus tard il était survenu du délire.

Un traitement très actif avait été mis en usage. Saignées générales et locales, rien n'avait été négligé. La pleurésie avait augmenté d'étendue; seulement le point de côté avait cédé à l'application des ventouses et des sangsues sur le côté douloureux, suivant en cela sa marche ordinaire. Quant au délire, on ne pouvait avancer s'il dépendait de quelques lésions matérielles de l'organe encéphalique, ou s'il était purement sympathique. On sait qu'il est des sujets chez lesquels il se manifeste avec une extrême facilité, et alors il n'a rien de grave. Mais il n'est pas toujours facile de le distinguer d'un délire symptômatique d'une affection cérébrale, et dans le cas présent, l'agitation, l'exaltation générale, la fréquence du pouls, jointes à ce symptôme, ne laissaient pas que d'inspirer quelques inquiétudes. Quoi qu'il en soit, M. Martin-Solon supposa une méningite, et ordonna l'application de glace sur la tête, de dix sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde, et prescrivit en outre un purgatif. Aucun amendement ne s'en suivit. Le délire continua, et l'affection thoracique ne présenta pas de modification bien notable. Cependant la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, vinrent augmenter les inquiétudes déjà conçues. Aux purgatifs, on joignit l'application d'un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, et un autre à la cuisse gauche. Le malade s'affaiblit peu à peu, et il succomba au commencement du neuvième jour de la maladie.

A l'autopsie, on n'a rien trouvé qui ait prouvé l'existence d'une méningite; car on ne saurait considérer comme caractère de cette affection une légère opalinité de l'arachnoïde de la base et des parties circonvoisines des glandes de Pacchioni, ce qui est assez fréquent et s'observe chez des sujets qui n'ont présenté pendant la vie aucun trouble des facultés intellec-

tuelles. Du côté du cerveau, au contraire, existait un sablé rouge très abondant, une coloration rosée des circonvolutions. Pour quelques médecins, cela suffirait pour indiquer une encéphalite diffuse et générale; mais la substance cérébrale était trop consistante, trop saine du reste sous tous les rapports, et mieux vaudrait admettre qu'il y avait en pendant la vie une congestion cérébrale considérable. Or, il ne serait point impossible que ce ne fût là le prélude de l'encéphalite plutôt que l'encéphalite elle-même: c'est peut-être la seule concession que l'on peut faire à ceux qui l'admettraient positivement. Doit-on, maintenant, rapporter le délire à la congestion? Oui, si elle est le premier degré de l'encéphalite; sinon, la question est plus difficile à résoudre: si quelquefois la congestion cérébrale peut être portée au point de causer quelques-uns des symptômes de l'apoplexie, plus légère, elle peut se borner à produire le coma ou seulement la stupeur. Mais pour le délire, un délire agité surtout, il semblerait qu'il dût être l'effet contraire de la congestion: néanmoins on le voit exister souvent, alors que l'autopsie démontre l'injection des vaisseaux de l'encéphale; et d'après cette considération, on serait presque tenté de ne lui reconnaître d'autre cause, ou bien force serait de le considérer comme sympathique et phénomène de coïncidence.

Tout le côté droit du thorax était rempli de liquide, et le poumon était refoulé vers la colonne vertébrale; double fait qui avait été soupçonné pendant la vie, et qui explique les phénomènes d'auscultation et de percussion: absence d'expansion vésiculaire et matité complète dans toutes les régions du côté indiqué. Notons, toutefois, qu'un très faible souffle bronchique avait été entendu en arrière à la base, l'avant-veille de la mort, ce qui indiquait que le poumon n'était pas encore par trop éloigné de l'oreille dans cette région; mais peut-être avait-il disparu le jour suivant: alors on n'ausculta pas en arrière.

Un autre fait encore remarquable, c'est l'étendue des fausses membranes et leur état de vascularisation déjà prononcé après huit jours de maladie. La marche des lésions anatomiques avait donc été bien rapide; les phénomènes s'étaient donc succédé coup sur coup: en huit jours la maladie avait donné lieu aux altérations pathologiques qui exigent quelquefois, pour se produire, trois ou quatre septénaires.

Enfin cette observation se recommande sous un autre titre, qui est des plus importants à considérer: nous voulons parler de l'absence des tubercules dans les poumons, spécialement dans le poumon droit, et de la terminaison fatale quand même. Il n'eût point été étonnant qu'une pleurésie déterminée par la phthisie eût eu une issue funeste; mais on n'ignore pas que la pleurésie simple est très rarement mortelle, et cependant voilà un cas terminé par la mort. Aussi appelons-nous l'attention sur cette circonstance.

De la rareté relative de la phthisie et de la fièvre typhoïde dans les localités marécageuses; par le docteur BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

« E pur si muove. »

On se rappelle que M. le docteur Chassinat a démontré récemment que la phthisie fait beaucoup plus de ravages à Toulon qu'à Rochefort, et que les victimes de cette maladie parmi les condamnés du bagne de Brest, sont neuf fois plus nombreuses que parmi ceux du bagne de Rochefort.

Cette influence du sol marécageux une fois mise hors de doute pour le département de la Charente-Inférieure, j'ai voulu me fixer également sur la fréquence de la phthisie et de la fièvre typhoïde dans les localités marécageuses du département de l'Ain; dans ce but je me suis adressé à plusieurs médecins. Voici la réponse de l'honorable docteur Nepple.

Lyon, le 26 juillet 1843.

« J'avais oublié la remarque que j'avais faite, dans mon Traité des fièvres, de la rareté de la phthisie dans le centre du pays d'étangs du département de l'Ain, quand votre ouvrage, si plein de vues nouvelles, est venu me la rappeler. C'est moi-même qui fut chargé d'en rendre compte à la Société de médecine de Lyon, et je signalai l'opinion de *l'antagonisme* comme un nouveau champ à exploiter et comme digne de fixer l'attention des médecins. J'insistai beaucoup sur vos expérimentations thérapeutiques concernant l'arsenic que je n'ai eu l'occasion de répéter moi-même que trop rarement, il est vrai, mais avec succès, seulement en portant la dose à 1/25 de grain. »

Une seule observation: je me suis renfermé pendant très long-temps dans la dose *d'un centième de grain* d'acide arsénieux, parce que cette dose m'avait réussi pendant dix-huit mois sur plusieurs centaines, pour ne pas dire sur plusieurs milliers de fiévreux, qui, de tous les points du globe, affluaient dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Cette dose, qui avait suffi très souvent pour couper des fièvres rebelles à la quinine, avait été d'ailleurs expérimentée avec succès par plusieurs de mes collègues civils et militaires, parmi lesquels je citerai M. Hutin, chirurgien principal à l'armée d'Afrique, et MM. les docteurs Cardaillac et Despréaux, chirurgiens militaires à Marseille. Cependant, dès 1842, ayant rencontré dans le 49e de ligne arrivant de Corse à Marseille, beaucoup de fièvres rebelles non-seulement à cette dose d'arsenic, mais encore aux doses ordinaires de quinine, je n'hésitai pas un instant à porter la dose d'acide arsénieux à *un* vingt-cinquième de grain, souvent même à *deux* vingt-cinquièmes, ou à 2 et à 4 *milligrammes*. J'ai employé cette nouvelle posologie à Versailles depuis trois mois, sur environ 300 fièvres intermittentes provenant en très grande majorité de la *citadelle* de Strasbourg, et, je puis le dire, avec le succès le plus complet. Dans certains cas rebelles à l'arsenic et à la quinine, j'ai réussi en donnant quatre milligrammes d'arsenic dans une solution de trois décigrammes de sulfate de quinine.

« Pour moi, continue M. Nepple, le fait de la rareté de la phthisie dans les localités très marécageuses n'est pas douteux, et cette rareté m'a toujours paru en rapport direct avec les éléments d'impaludation et diminuer avec eux. De telle sorte que si dans les communes situées au centre du pays d'étangs, on n'observe plus un seul phthisique indigène, on en retrouve un nombre qui va toujours croissant, à mesure qu'on s'en éloigne. D'où il résulte qu'à une certaine limite on trouve réunis et les tubercules et les fièvres intermittentes; mais dans ces dernières circonstances l'endémie fébrile est peu intense.

» Ainsi, à Montreuil, les phthisies ne sont rien moins que rares, bien que la fièvre intermittente y règne annuellement; mais les miasmes qui produisent cette dernière n'arrivent par la ville qu'après un trajet d'un quart de lieue; leur influence est faible, superficielle, instantanée et purement fébrifère. L'organisme entier n'en subit aucune modification durable et susceptible de s'opposer au travail de la tuberculisation. Il en est tout autrement dans le centre des marais.

» En ce qui concerne la fièvre typhoïde, je regrette de n'être pas en mesure de répondre à votre appel scientifique. Je vous expose le peu que je sais avec empressement et bonne foi, faisant des vœux pour que vous acheviez une œuvre que vous avez commencée avec conviction.

» *Signé*: NEPPLE. »

L'honorable docteur Nepple n'a pas voulu s'en tenir à son observation personnelle, il a consulté ses anciens confrères de la Bresse. Jusqu'ici le docteur Picoud, de Bourg, lui a seul répondu. Voici un extrait de sa lettre:

Bourg, 3 juin 1843.

» Depuis plus de quarante-cinq ans d'exercice dans la Bresse, je n'ai pas rencontré un seul fait en opposition avec vos observations. A une époque déjà éloignée, ma clientelle s'étendait au loin dans le pays d'étangs; j'ai vainement consulté et mes souvenirs et mes notes, je n'ai pu y trouver aucune trace d'affection tuberculeuse.

» Prenant cette question au sérieux, je n'ai pas voulu m'en rapporter à moi seul, et j'ai consulté plusieurs de mes confrères, bons observateurs, et notamment le docteur Hudellet père, depuis long-temps médecin de l'hôpital, et très souvent appelé du côté de Villars, Marlieux, ces communes situées au centre des étangs. Il ne s'est pas rappelé un seul exemple de phthisie.

» Une remarque que je tire de mon propre fonds, c'est que les enfants de familles riches, qui pour leur éducation sont envoyés au-dehors, perdent le bénéfice des pays paludeux, etc., etc.

» *Signé*: docteur PACOUD. »

Ces déclarations sont d'autant plus importantes, qu'elles émanent d'hommes supérieurement placés pour l'observation des faits relatifs à notre question. Elles méritent une attention d'autant plus sérieuse, qu'elles confirment d'une manière péremptoire la loi de l'*antagonisme* non pas telle que l'on feint de la comprendre, mais telle que nous l'avons formulée, c'est-à-dire *avec immunité graduée selon le degré d'empaludation*.

Voici comment je me suis exprimé:

« Cet antagonisme se présente à des degrés divers, et dont la progression est en raison directe de l'intensité d'expression à laquelle atteignent les formes pathologiques prédominantes dans ce pays. » (*Géographie médicale*, p. 77)

En ce qui concerne l'immunité contre la fièvre typhoïde que j'avais observée sur plusieurs régiments arrivant de localités marécageuses, à Marseille, pendant qu'une épidémie d'entérites folliculeuses sévissait dans la garnison, je disais (*Op. cit.*, p. 103):

« Cette immunité, loin d'être la même pour tous, observe au contraire *divers degrés*. Sa puissance se montre ordinairement en raison composée de la durée du séjour extérieur dans une contrée marécageuse et de de l'intensité d'expression des maladies caractéristiques de ce genre de localités. » (Fièvres et maladies du gros intestin.)

Mes adversaires ont trouvé jusqu'ici beaucoup plus commode de me défigurer, au lieu de me réfuter. Il en est de cette tactique comme de l'air de Basile: « il en reste toujours quelque chose. » Ils se sont escrimés à démontrer que des fièvres d'accès peuvent se rencontrer dans le même hôpital, dans lequel on trouve des phthisies; ce qui n'était nullement la question. L'un, pour prouver la *fréquence* et l'*endémicité* des fièvres intermittentes à Strasbourg, rapporte 335 cas de ces pyrexies observés en 331 *semaines*, c'est-à-dire UNE fièvre par semaine dans une ville de 70 *mille habitants!* L'autre, pour démontrer le même principe à Bordeaux, s'appuie sur une moyenne de *trois* fièvres intermittentes fournies tous les *cinq* jours par une population de 541,899 habitants! Mais la foule n'y regarde pas de si près, et « *les preux n'en passent pas moins pour avoir gagné leurs éperons dans l'arène d'une observation scrupuleuse et sevère.* »

BOUDIN.

NOUVELLES.

L'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, décernera, dans sa séance publique du mois d'août 1844, une médaille d'or de la valeur de trois cents francs, au meilleur mémoire inédit sur le sujet suivant:

Quel est l'état de la consommation du cidre et des différentes liqueurs alcooliques, à Rouen, comparativement aux vingt-cinq dernières années?

» Quelle influence les varations que cette consommation a pu subir ont-elles exercée sur l'hygiène publique, sur l'agriculture et sur le commerce?

» Indiquer les moyens les plus efficaces de remédier aux inconvénients qui auraient pu en résulter, ou d'améliorer cette branche d'économie publique.

» Examiner s'il ne serait pas utile et possible de trouver un moyen d'apprécier, à l'entrée, la valeur des cidres et des vins, comme l'alcoomètre l'a fait pour les esprits. »

Les mémoires, disposés d'après les usages académiques, devront être adressés, francs de port, avant le 1er janvier 1844, terme de rigueur, à M. Lévy, secrétaire perpétuel de l'Académie pour la classe des sciences, rue Saint Patrice, 36, à Rouen.

Les académiciens résidants sont seuls exclus du concours.

— Le personnel de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans, est composé ainsi qu'il suit:

Chimie et pharmacie, M. Petit; histoire naturelle médicale et matière médicale, M. Corbin, anatomie et physiologie, M. Debrou; clinique interne, M. Jallon; pathologie interne, M. Ranque; clinique externe, M. Vallet; pathologie externe, M. Danoix; accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Payen; suppléants, MM. Rochoux, Lofraine et Lepage; directeur de l'école, M. Jallon; chef des travaux anatomiques, M. Rochoux.

— Dernièrement, les médecins qui exercent à Sheffield et aux environs de cette ville se sont réunis pour offrir à sir Arnold James Knight, à l'occasion de la retraite de ce praticien après trente-huit ans d'exercice, une magnifique soucoupe d'argent, en témoignage de la profonde estime qu'ils professent tous pour son honorable caractère et pour sa haute capacité. Cette soucoupe, enrichie de ciselures d'un grand prix, porte une inscription qui indique son origine et la circonstance à l'occasion de laquelle elle a été offerte.

— Une source d'eau thermale vient d'être découverte d'une manière fort singulière à Bébénacq, près Gan (Basses-Pyrénées). Des pêcheurs de truites éprouvaient, chaque fois qu'ils arrivaient à un certain point du lit du ruisseau, une sensation de chaleur, et ils avaient même pris l'habitude de venir y réchauffer leurs membres refroidis par les eaux des autres parties du ruisseau. En recherchant la cause de ce phénomène, on finit par découvrir qu'une source d'eau thermale existait dans le lit et sous les eaux du Néez, à trente pas de la route royale qui traverse le village.

— Nous avons reçu une réponse de M. Guérin à la lettre de M. Malgaigne. Nous la publierons dans le prochain numéro.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Fractures du col du fémur. Si nous nous sommes appesantis longuement sur les fractures du corps de l'os de la cuisse, sur les traitements qu'on leur avait successivement appliqués, et sur celui qui nous paraissait le plus rationnel, c'est que d'abord ces fractures nous ont paru mériter toute l'importance que nous leur avons donnée; et ensuite c'est qu'un assez grand nombre des appareils dont nous avons donné la description pour le corps, ont été appliqués au traitement des fractures du col, ce qui nous évitera des répétitions inutiles.

Les détails dans lesquels il nous paraît surtout intéressant d'entrer à propos de ces dernières, sont principalement ceux qui peuvent éclairer tout ce qui a trait à leurs espèces, à leurs symptômes et à leurs dangers. Dans ces détails mêmes, il est quelques points d'un intérêt pratique, qui nous paraissent devoir être envisagés autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, et ne nous semblent pas suffisamment connus, bien qu'ils s'offrent assez fréquemment à l'observation des praticiens. Nous allons développer ces considérations.

Si, dans l'histoire des fractures du col du fémur, il est une assertion bien établie, c'est à coup sûr celle-ci, à savoir : que ces fractures sont une maladie de la vieillesse. Tout le monde est d'accord sur ce sujet; mais, sans nier ce qui précède, quelques chirurgiens pensent qu'on peut aussi observer cette fracture chez les jeunes sujets; quelques-uns ont été plus loin : ils ont admis même qu'ils avaient constaté la fracture du col du fémur chez des enfants. On a dit que chez ces derniers le col se brisait dans la ligne qui réunit la tête de l'os au col; qu'on voyait chez eux une véritable séparation de l'épiphyse. Cette séparation a-t-elle été observée? M. Velpeau n'en connaît pas d'exemple bien constaté. Sans doute on en parle; mais il croit qu'il n'existe pas dans la science de faits qui le démontrent sans réplique; pas de dissection qui soit venue lever les doutes à cet égard.

Du reste, si l'on examine avec quelque attention la conformation de la tête et du col du fémur dans l'enfance, on arrive à s'expliquer comment la fracture de l'os doit être très difficile en cet endroit, avant que les sujets aient atteint une époque plus avancée de la vie. En effet, le col du fémur est d'abord très court, et de plus, il est fort important de remarquer que chez les jeunes sujets la tête de l'os est presque dans la même direction que la diaphyse; de telle sorte que leurs deux axes diffèrent beaucoup moins, chez eux, qu'on ne l'observe à un âge plus avancé. En tenant compte de cette disposition dans l'étude du mécanisme de la fracture du col du fémur, on voit qu'il en doit nécessairement résulter qu'elle doit être très difficile à se produire tant que l'âge du sujet n'est pas venu modifier la conformation de l'os. Comment se produit ordinairement cette fracture? On sait que généralement la cause qu'elle reconnaît est une chute sur la hanche, ou bien encore sur les pieds ou les genoux. Or, la fracture survenue sous l'influence de ces causes ne s'effectue qu'en vertu d'une force considérable dont la source est le poids du corps augmenté par la vitesse de la chute. Le choc reçu par le fémur, directement dans la chute sur la hanche, indirectement lors de la chute sur les pieds ou les genoux, au moment où ces parties rencontrent le sol ou un corps résistant quelconque, est de toute nécessité transmis dans la partie où l'os se coude, et c'est dans ce lieu qu'arrive la fracture; mais si, comme cela a lieu chez les enfants, le coude est peu saillant, peu manifeste, le mouvement continue sa marche et va se décomposer dans d'autres parties du squelette. Il est donc évident que la forme de l'os lui-même est déjà un obstacle à la production de la fracture du col du fémur chez les enfants. Si l'on réfléchit ensuite qu'une grande partie de la force qui devient la cause de la fracture est constituée par le poids du corps, comme l'enfant est beaucoup plus léger que l'adulte, bien que l'on puisse invoquer que les os sont aussi moins résistants, il n'en sera pas moins vrai que, toutes choses égales, la force du choc sera beaucoup moins considérable d'ailleurs, en vertu de sa légèreté même, l'enfant tombera plus rarement précisément sur les pieds.

Théoriquemend donc, on se rend compte de la difficulté qu'ont à se produire les fractures du fémur dans le jeune âge; et d'ailleurs l'observation vient ici à l'appui du raisonnement, puisque, ainsi que nous l'avons dit, les exemples authentiques en sont rares, tellement rares, que le fameux praticien Astley Cooper, qui fut pendant long-temps le chirurgien le plus occupé de la Grande-Bretagne, dit n'en avoir pas vu, pendant toute la durée de sa longue carrière chirurgicale. Deux cas seulement ont été signalés par lui chez des sujets n'ayant pas atteint l'âge de cinquante ans; et non-seulement il n'en a pas été vu chez les enfants, mais il faut citer comme des cas peu communs deux exemples observés, l'un chez un sujet de quarante-deux ans, et l'autre chez un sujet qui n'en avait que trente-huit.

Nous n'ignorons pas que quelques praticiens ont cependant parlé de ces fractures du col du fémur chez des jeunes sujets, et ont même prétendu en avoir observé; mais la manière dont ils en parlent est tellement vague, leur description est si peu précise, qu'il est impossible d'accepter leur dire sans restriction. Du reste, l'examen des pièces, c'est-à-dire la seule preuve irréfragable, manque constamment pour lever les doutes qu'on ne peut s'empêcher de concevoir. D'autre part, les chirurgiens de notre époque, parmi ceux qui observent avec le plus de soin, disent n'avoir jamais rencontré de cas semblables.

Cependant, il y a trois ou quatre ans, on disait avoir observé la fracture du col chez un enfant de douze à quinze ans; le fait fut constaté par un chirurgien de Versailles, mais c'est là un exemple qui n'est que très peu concluant. Non-seulement la fracture ne fut pas constatée par l'autopsie, mais il y eut dissidence d'opinion sur le fait lui-même; car on avança que c'était là un cas de luxation, et il fut publié un article dans la *Gazette des Hôpitaux*, qui penchait à reconnaître une fracture.

On a cité encore, il y a deux ou trois ans, un exemple qui a fait le plus grand bruit : il s'agissait d'un personnage très haut placé qui se fractura, dit-on, le col du fémur. Mais que peut-il y avoir d'authentique dans ce fait? quelle valeur peut-il avoir contre l'opinion que nous discutons ici? Les détails en ont été données par les feuilles publiques et non par les chirurgiens; pour nous, cet exemple ne prouve absolument rien.

De tout ce qui précède, on peut donc raisonnablement conclure que la fracture du col du fémur est au moins très rare chez les jeunes sujets; nous disons très rare et non impossible, car M. Velpeau se rappelle en avoir vu un exemple chez une jeune fille âgée seulement de dix-sept ans et extrêmement jolie. Sous l'impression de peines morales, elle se jeta d'un troisième ou d'un quatrième étage dans la rue, et se brisa plusieurs membres; elle alla bien pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, mais bientôt des inflammations violentes survinrent : elle succomba le vingt et unième jour. A l'autopsie, on constata une fracture du col du fémur qui n'était pas consolidée. Certes, voilà un fait qui ne permet pas le doute; mais prouve-t-il la possibilité de la fracture du col du fémur chez les jeunes sujets? Non, comme on l'entend ordinairement. Quand un individu fait une chute semblable, tous les os peuvent se briser, et de la manière la plus bizarre, la plus insolite; mais qui pourrait soutenir qu'il n'y a pas une grande différence entre une fracture ainsi produite et la fracture que nous pourrions appeler fracture classique du col du fémur. Il n'y a entre ces deux espèces aucune véritable analogie. Toutes les fois qu'on parle d'une fracture du col du fémur, on entend une brisure de l'os en cet endroit, reconnaissant pour cause une chute sur la hanche, de sa hauteur, par exemple; ou bien sur les pieds ou les genoux d'une hauteur assez modérée pour que tous les os ne soient pas plus ou moins broyés, en un mot une fracture dans les conditions ordinaires.

M. Velpeau pense donc qu'en général on n'observe pas les fractures du col du fémur chez des sujets qui soient au-dessous de l'âge de quarante ou quarante-cinq ans. Ainsi, il y a en ce moment un malade couché au numéro 21 de la salle Sainte-Agnès : c'est un homme fort, vigoureux; il est entré pour une fracture de la cuisse. On rencontre chez lui plusieurs des caractères qui accompagnent les fractures du col du fémur, et cependant M. Velpeau ne croit pas à l'existence de cette dernière, par cela seul que le sujet n'a pas encore quarante ans. Nous pensons donc avoir suffisamment établi que les fractures du col du fémur sont, comme nous l'avons dit en commençant, une maladie de la vieillesse.

Si nous examinons maintenant la classification adoptée pour ces fractures, nous sommes forcés de modifier ce qui est généralement reçu aujourd'hui sur ce sujet. Au point où en est leur étude, il est besoin de créer une classification plus complète, ou du moins de compléter celle qui existe actuellement. Jusqu'à présent on a divisé les fractures du col du fémur en fractures intra-capsulaires et fractures extra-capsulaires, espèces qui n'ont pas besoin de définition, leur nom les expliquant suffisamment. Cette distinction, qui n'existait pas avant Boyer, a déjà de la valeur sans aucun doute, puisqu'elle permet de comprendre tout ce qui a été dit sur la possibilité ou l'impossibilité de la consolidation. En effet, des chirurgiens ont soutenu que les fractures du col du fémur ne pouvaient jamais guérir; d'autres, qu'elles guérissaient toujours. Il est aisé de se rendre compte de cette diversité d'opinion par la division que nous venons de rappeler. Ceux qui ont avancé qu'elles guérissaient toujours ont eu raison, en n'envisageant que les fractures extra-capsulaires; ils ont eu tort pour les

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Inauguration de la statue de Bichat. — Une Faculté s'abstient. — Réaction de la Faculté de Paris. — Pauvreté des séances académiques. — Les Eaux minérales. — Les Medecins-Inspecteurs. — Mystification arrivée à l'un d'eux. — Exercice illégal de la médecine. — Talleyrand à Bourbon-l'Archambault.

Nous pouvons l'appeler avec raison semaine littéraire celle qui vient de s'écouler. Et j'espère que la *Gazette des Hôpitaux* a été fidèle à ses habitudes de célérité et d'impartialité et même de débonnaireté, car elle vous a tout donné, heureux lecteurs, et il vous a été loisible de choisir celui de ces nombreux discours qui était le plus à votre convenance. Pour mon compte je les adopte tous, et je ne répéterai pas les méchants propos qu'à droite et à gauche j'ai pu entendre dire. Chacun a fait de son mieux, c'est évident, pour honorer la mémoire de Bichat, celui-là avec le cœur, celui-ci avec l'intelligence, tous avec un vif sentiment de reconnaissance et de respect pour les beaux travaux de cet illustre médecin. Ne gâtons pas cette belle fête par des critiques de détail qui n'auraient ni opportunité, ni convenance. Regrettons même tout bas qu'à cette manifestation populaire et presque nationale, une certaine Faculté de médecine n'ait pas envoyé un seul de ses représentants; triste et mesquine bouderie, indigne d'une école qui fut jadis célèbre, et qu'elle n'aurait pas montrée, si le grand et noble esprit des Bordeu et des Barthez présidait encore à ses destinées. Heureusement que la fête n'en a pas été moins éclatante, parce qu'une fraction minime du corps enseignant a cru devoir s'abstenir de rendre hommage à une de nos gloires nationales. L'école de Paris — et pour qui connaît nos tendances cet éloge ne sera pas suspect — a mieux compris ce qu'elle devait à la justice et à l'opinion publique. Son représentant, je me hâte de le dire et je le dis avec plaisir, a tenu un langage digne, élevé, courageux même; car, à cette époque de réaction religieuse et dévote où nous vivons, alors que dans le sein même de cette Faculté, de jeunes néocatholiques dédient leur thèse à saint Luc, alors que certains hommes prêchent l'abnégation de la raison devant l'autorité, et réveillent par tous les moyens possibles les mauvaises passions d'une époque que l'on pouvait croire oubliée sans retour, il était convenable et courageux de rappeler le grand et imperscriptible principe de libre examen et de liberté philosophique dont il n'est au pouvoir d'aucune réaction d'éteindre l'influence. C'est ce que M. Royer-Collard a fait avec beaucoup de bonheur et ce dont tous les esprits indépendants devront lui tenir compte, alors même qu'on n'adopterait pas dans toute leur rigueur les opinions philosophiques de ce professeur.

Du reste, l'inauguration de la statue de Bichat a été le seul événement public de la semaine. La Faculté a fermé ses portes après une session assez triste et ne les ouvrira que pour les luttes émouvantes du concours de la chaire de physique. Les Académies sont dans un état de langueur déplorable, c'est à grand'peine qu'elles peuvent fournir un ordre du jour un peu sortable et depuis plusieurs semaines l'Académie de médecine clot ses séances avant quatre heures. C'est que la plupart de nos célébrités académiques, comme les heureux du siècle et les hommes de loisir, ont quitté la capitale. Paris, à cette heure, n'est plus renfermé dans l'enceinte tracée par Louis XV, il est un peu partout, et nos illustres confrères suivent Paris dans ses pérégrinations. Les eaux minérales surtout ont reçu cette année de nombreuses visites médicales. D'elles nous arrivent en effet plusieurs anecdotes qui défraieront mes causeries; car à cette époque de l'année il pleut ordinairement des eaux minérales, j'entends des notices, des précis et autres opuscules, en général fringants et coquets, plus ou moins illustrés de vues, de sites, de rochers et de cascades, avec l'analyse chimique obligée, et surtout avec la longue énumération des propriétés médicales de ces eaux bienfaisantes. Cette année la pluie est abondante et j'en suis inondé. Voilà sur mon bureau deux, trois, quatre brochures jonquille, beurre frais ou vert-pomme qui voudraient bien, les coquettes, que je vous parle d'elles. Pourquoi ce luxe typographique et artistique? Ce ne peut-être, assurément, pour charmer les yeux d'un journaliste comme moi habitué au papier gris et aux têtes de clous de nos éditeurs économes. Je soupçonne que ces élégants opuscules sont destinés à un autre monde encore qu'au monde médical, et qu'on doit les rencontrer tout aussi bien dans le boudoir des jolies femmes que dans le cabinet des médecins. Que voulez-vous? En fait d'eaux minérales, comme en tant d'autres choses, ce sont les jolies femmes qui font leur réputation, et vers les sources où le désir et le caprice les dirigent, elles attirent la foule bien plus encore que leurs propriétés médicales. Ceci n'est du reste que la paraphrase honnête du brutal et cynique aphorisme de Guy Patin que je ne vous dirai pas, car vous le connaissez, sans doute, et si non je ne veux pas que vous médisiez des jolies femmes et des eaux. A ce sujet je me souviens d'avoir entendu raconter à un médecin, homme d'esprit, qu'il fut un jour consulté par une jolie femme, fort peu malade du reste, sur le choix des eaux minérales pour la saison prochaine. Or, ce médecin était l'ami intime du mari de cette dame, et cette dame avait donné quelques sujets d'*inquiétude* à son mari. Le spirituel et charitable confrère formula ainsi son ordonnance : « La santé de madame.... exige impérieusement les eaux de Plombières, de Néris, de Vichy et de Luchon pour la saison prochaine. Mais pour retirer de ces eaux tout le parti possible, madame ne doit rester que huit jours à chacune de ces sources. » — Le lendemain, billet du mari qui, fort surpris de l'ordonnance, demande explication : « Mon cher ami, répondit le confrère — Guy-Patin, un de nos anciens, a écrit ceci (Ici était l'aphorisme) : à bon entendeur salut. » Cette prescription coûta mille louis et n'empêcha rien, ajoutait le confrère.

Mais je reviens à mes anecdotes. Cependant un seul petit mot pour messieurs les médecins inspecteurs.

Il y aurait beaucoup à dire en général sur leur compte, et je crois bien qu'ils auraient besoin à leur tour d'une petite inspection; mais ce n'est pas mon affaire. Je veux insinuer seulement que je ne suis pas tellement buveur d'eau que je prenne pour argent comptant leurs séduisantes promesses et leurs miraculeuses cures. Ces messieurs ont de bonnes raisons pour dire ainsi; il faut bien faire venir l'eau à son

fractures dans la capsule.

Mais il existe une troisième catégorie fort importante à connaître; nous voulons parler de fractures mixtes, c'est-à-dire de celles qui sont à la fois en dehors et en dedans de la capsule; et cette catégorie peut, ainsi qu'on le comprend facilement, présenter elle-même diverses variétés.

Outre ces trois classes que l'observation démontre, il en est d'autres encore qu'il faut signaler. Ainsi, on en connaît aujourd'hui une espèce appelée par pénétration, dont on ne s'était pas occupé avant que M. Voillemier n'ait appelé l'attention des chirurgiens sur celle du même genre qu'on observe pour le radius. On rencontre, en effet, au col du fémur une véritable fracture par pénétration dont il faut distinguer deux variétés : tantôt c'est le col du fémur qui pénètre dans la tête de l'os, tantôt dans le grand trochanter.

Il y a donc en réalité cinq espèces de fractures du fémur; puis il peut y avoir un assez grand nombre de variétés et de sous-variétés.

On a décrit encore une maladie assez singulière : le *morbus coxæ senilis*, dont Bell et M. Smith ont parlé : elle est signalée dans une excellente thèse de M. Chassaignac ou dans les archives. M. Smith dit que les vieillards sont sujets à une affection dans laquelle on observe le raccourcissement d'un des membres pelviens, la torsion du pied en dehors, des douleurs vives dans la hanche, de sorte qu'après une chute on rencontre tous les signes de la fracture du col du fémur, bien qu'elle n'existe pas, il n'y a pas non plus de luxation, mais le raccourcissement est évident. Cela s'explique, dit M. Smith, par une sorte d'absorption interstitielle : il a publié des planches dans lesquelles il montre plusieurs exemples de ce fait. A cette occasion, M. Velpeau dit n'être pas très convaincu que les malades de M. Smith n'aient pas eu des fractures par enfoncement, car l'affection qu'il décrit ne s'accompagne pas de crépitation; elle permet aux malades de détacher le talon du matelas sur lequel il est posé, ils peuvent même marcher avant le temps ordinaire de la consolidation, et tous ces symptômes qui seraient insolites dans une fracture ordinaire du col du fémur s'expliquent parfaitement dans la supposition d'une fracture par pénétration. Dans cette espèce, n'est-il pas évident qu'il n'y a pas à proprement parler de solution de continuité; le col représente ici un clou enfoncé dans une des deux autres parties de l'os, la tête ou le trochanter; les choses doivent se passer dans ce cas ainsi que le décrit M. Smith.

M. Velpeau pense donc qu'il y a lieu d'émettre un doute sur la question soulevée par M. Smith, d'autant plus que les fractures par pénétration n'ayant pas encore été signalées quand il publia ces observations, c'est un point qui demande à être revu pour s'éclaircir.

Nous venons de distinguer cinq espèces de fractures du col du fémur; la question qui se présente maintenant tout naturellement est celle-ci : est-il possible de les différencier les unes des autres? Nous reviendrons sur cette question.

Lorsqu'on approche d'un malade soupçonné de fracture du col du fémur, si cette fracture existe, en effet, on la reconnaîtra aux signes suivants :

1° Le membre fracturé sera raccourci;

2° Le pied sera plus ou moins tourné en dehors;

3° On pourra percevoir dans certains cas la crépitation;

4° Le grand trochanter sera plus rapproché de la crête iliaque du côté malade que du côté sain;

5° En imprimant des mouvements de rotation au grand trochanter, il ne décrira pas un arc de cercle;

6° Le talon ne pourra pas être détaché du plan sur lequel il sera posé;

7° Le malade éprouvera dans l'aine une douleur plus ou moins vive.

Examinons successivement la valeur respective de chacun de ces signes.

Le raccourcissement ne prouve pas toujours qu'il y a fracture, puisque chacun sait que dans la luxation c'est un signe qui est souvent observé; mais le raccourcissement résultant de la fracture se distinguera de celui de la luxation, en ce que le premier diminue en exerçant des tractions sur le membre; tandis que dans la luxation, en tirant modérément sur la jambe, on n'obtient aucun résultat. L'erreur sera donc possible à éviter sur ce point.

La rotation du pied en dehors est un symptôme presque constant de la fracture du col du fémur; pourtant quelques faits rares sont venus prouver que cette rotation pouvait avoir lieu en dedans. Cette anomalie a de tous temps beaucoup occupé les praticiens. L'exemple cité par Paré, celui de Petit, de Desault ont soulevé des doutes. La rotation du pied en dehors s'explique très bien par le nombre considérable de muscles dont l'action tend à porter le pied dans cette direction; tandis qu'on n'en voit véritablement pas dont la puissance l'emporte sur ceux-là pour forcer le pied à tourner en dedans. Si l'on ne possédait que les faits cités ci-dessus, on pourrait penser qu'il y a eu erreur; mais Sanson dit en avoir observé un cas, Dupuytren deux, M. Bérard un à Bicêtre, MM. Syme, Stanley, Mercier, Hervez de Chégoin quelques-uns. On en trouverait, en tout, une douzaine peut-être qui ont été bien constatés. Quoi qu'il en soit, il est permis d'établir que la rotation du pied en dehors est la règle, et que la rotation en dedans ne doit être considérée que comme une rare exception; aussi M. Velpeau conclut-il que la rotation du pied dans le premier sens a lieu quarante-neuf fois sur cinquante. Il a observé pourtant, chez un malade couché au n° 39, une fracture dont il possède la pièce anatomique, chez lequel le pied n'était nullement tourné en dehors et qui pouvait soulever le talon.

La crépitation est un signe que l'on voit manquer souvent dans les fractures du col du fémur; et quand on l'entendrait manifestement, ce ne serait point encore une raison pour conclure avec certitude que la fracture du col existe, puisque les fractures du bassin donnent lieu à ce même bruit, et que d'ailleurs la tête du fémur ou la cavité cotyloïde peuvent avoir perdu leur poli, être devenues rugueuses et produire une sorte de crépitation susceptible d'induire en erreur. On a proposé d'appliquer l'auscultation au diagnostic de ces fractures, mais M. Velpeau considère ce moyen comme inutile; car, dit-il, la difficulté ne consiste pas à entendre le bruit produit par le frottement des fragments osseux, mais la difficulté gît dans la production de ce bruit, dans la manière de le provoquer. Quand la crépitation existe, on l'entend sans peine, ou la sent avec beaucoup de facilité. Il en est de la crépitation dans ces fractures, comme du bruit produit par la sonde qui frappe un calcul; quand le bruit est produit, rien n'est plus aisé que de le percevoir, mais le difficile est de produire ce bruit. Si l'on n'entend pas la crépitation dans les fractures du col, c'est que le frottement des fragments est impossible, soit parce que la fracture est de celles qu'on appelle par pénétration, soit parce que le fragment est remonté très loin. Qu'y peut faire l'auscultation?

Le rapprochement du grand trochanter, par rapport à la crête iliaque, a une véritable valeur qui se comprend bien du reste; mais c'est un signe difficile à constater, et surtout chez les sujets pourvus de beaucoup d'embonpoint. Malgré les précautions les plus scrupuleuses, les mesures prises avec un soin extrême, il n'est que trop aisé de s'en laisser imposer, et de trouver un centimètre de plus ou de moins alors qu'il n'existe aucune différence. D'ailleurs, on doit être prévenu que ce signe peut se rapporter à une fracture du bassin ou à une luxation.

La rotation en arc de cercle du grand trochanter n'a pas la valeur que lui assignait Boyer. Il arrive, en effet, assez souvent que le fragment externe restant appuyé sur le fragment interne, il y a une véritable rotation avec arc de cercle, malgré la solution de continuité; d'ailleurs, chez certains sujets la gorge du fémur est peu marquée.

L'impossibilité de soulever le talon ne permet pas plus que les signes précédents, quand ils sont isolés, d'affirmer qu'elle reconnaît pour cause une fracture du col du fémur. On s'explique, quand cette fracture a lieu, comment il se fait que le malade ne puisse soulever le talon du plan sur lequel il a été placé. Pour que l'action des muscles destinés à ce mouvement puisse s'effectuer, il faut de toute nécessité que le levier soit entier; autrement le point d'appui leur manque, et ils ne peuvent transmettre à la partie à soulever qu'une force nulle, puisqu'elle ne s'exerce que sur deux points mobiles, le levier étant rompu. Mais ici encore se présente une difficulté; un malade qui ressent une douleur très vive dans la hanche ne peut, lui non plus, lever le talon à cause de l'augmentation de la douleur. Comment distinguer ces deux cas? D'un autre côté, quand le fragment inférieur se trouve devant le fragment supérieur et s'appuie sur lui, le fragment devenu antérieur ne trouve-t-il pas sur l'autre un point d'appui tel que les muscles peuvent agir alors et le malade détacher le talon du sol. Et encore, dans les fractures par pénétration, cela ne peut-il pas arriver fort souvent. Cela s'observe en effet.

Quant à la douleur inguinale, c'est un signe sur lequel nous ne nous étendrons pas; il faut remarquer seulement que très souvent il y a, dans les fractures du col, disparition de la rainure inguinale qui se trouve remplie par une sorte de bourrelet.

Pris isolément, tous les signes que nous venons de passer en revue ne donnent donc pas le droit de diagnostiquer avec certitude la fracture du col du fémur; mais quand on constate un certain nombre d'entre eux chez un individu, quand par exemple un sujet âgé de plus de cinquante ans, qui a fait une chute sur la hanche, ou sur les pieds ou sur les genoux, présente un raccourcissement brusque qui disparaît en tirant sur le membre, qui se reproduit du moment où cessent les tractions, que, de plus, le pied est tourné en dehors; rien que sur ces deux signes d'une si grande valeur et les commémoratifs, il est permis de croire que l'on a affaire à une fracture du col du fémur. Le rapprochement du grand trochanter, par rapport à la crête iliaque et les autres signes, sont utiles; mais ils sont plus accessoires que ceux-là.

Le diagnostic étant établi, passons au pronostic et au traitement de ces fractures.

Le pronostic des fractures du col du fémur est grave, et a toujours été regardé comme grave. Cette gravité doit être rapportée à deux causes différentes; 1° à la fracture elle-même, 2° aux individus chez lesquels elle survient. A la fracture elle-même, car ces fractures se trouvant extrêmement près de l'extrémité de l'os, on ne peut agir que sur l'un des fragments; il est donc difficile d'obtenir une guérison exempte de difformité. Aux individus chez lesquels elle survient; car puisque cette fracture ne s'observe que sur des sujets âgés, elle devient la cause première de diverses affections qu'amène chez eux le séjour au lit prolongé pendant deux ou trois mois. Les digestions ne tardent pas à se troubler, des escharres se forment en arrière, l'adynamie survient sous l'influence de l'immobilité, que les vieillards sont contraints à garder. Et cela est porté au point que sur vingt sujets atteints de fractures du col du fémur, il y en a au moins cinq ou six qui deviennent malades, et deux ou trois, peut-être plus, qui succombent. D'ailleurs, quelques accidents semblables s'observent également chez les adultes.

On s'est demandé encore s'il était possible que ces fractures se consolidassent, et comme nous l'avons dit déjà, les opinions ont été partagées; les uns ont répondu négativement, se fondant sur ce que la tête de l'os ne tenant à la cavité cotyloïde que par un ligament, demeurant, comme elle l'est, étrangère à la capsule et aux tissus voisins; ce seul lien, ce ligament rond, ainsi appelé parce qu'il est triangulaire, comme le disait Chaussier, devient insuffisant pour fournir à ce fragment les éléments nécessaires à la consolidation. D'autres ont pensé que cette consolidation pouvait néanmoins s'effectuer. Puis a surgi une opinion mixte, avançant que quelques-unes de ces fractures se consolidaient, et que quelques autres n'arrivaient jamais à la consolidation. Selon M. Velpeau, cette dernière assertion est la seule vraie. On comprend, dit-il, que certaines variétés de ces fractures ne puissent se consolider, toutes les fois, par exemple, que la brisure de l'os aura lieu très près de la tête; comme il ne restera rien d'organique sur cette tête, sauf le ligament rond; chez un vieillard, le col ne pourra évidemment pas venir de ce seul ligament, l'observation est d'ailleurs d'accord avec cette théorie. Au contraire, quand la fracture s'est produite très près du grand trochanter, l'épanouissement du périoste subvient suffisamment au cal; l'observation le prouve encore.

Mais quand on parle de consolidation, il faut s'entendre, il y en a plusieurs espèces qui ont été parfaitement étudiées dans le mémoire de M. Smith, et dans des notes, et la très belle thèse de M. Chassaignac, dont nous avons déjà parlé.

On reconnaît une consolidation dite par invagination, qui consiste dans certains cas en des sortes de stalactites osseuses, des lames qui vont d'un fragment à l'autre en les emboîtant; d'autres fois, c'est la capsule elle-même qui s'ossifie. M. Velpeau possède la pièce d'une fracture transversale et intra-capsulaire, sur laquelle on ne voit pas de consolidation véritable; cependant le malade avait pu marcher; il s'était établi des productions osseuses confondues avec le fémur au niveau du petit trochanter; une bride partait du fragment du grand trochanter et se rendait à la tête de l'os; on en observait de semblables entre les deux fragments eux-mêmes. Il y avait avec ces végétations un peu de cette consolidation qui arrive dans les fractures extra-capsulaires.

Les divers modes de consolidation peuvent donc être classés de la manière suivante :

1° Consolidation par gaîne osseuse;

2° Stalactites dans la capsule même;

3° Inégalités, prolongements osseux servant de points d'appui à la tête, ou fausse consolidation;

4° Consolidation réelle.

Dans la première espèce, il est évident que le périoste du col se ressoude, qu'il se fait un suintement de lymphe plastique, une hypertrophie qui finit par constituer un véritable cal provisoire; c'est à cela qu'il faut rapporter tout ce qu'a dit Dupuytren du cal provisoire et du cal définitif. Dans la seconde espèce, les deux surfaces bourgeonnent, et une lymphe organisable s'épanche entre les deux fragments; cette consolida-

---

moulin. Ceci me rappelle qu'un médecin de mes amis, très bon diable au fond, mais aussi inexpert en fait d'eaux minérales que vous et .... bien d'autres, sollicita et obtint, il y a quelques années, l'inspection des eaux de..... Il n'avait certainement jamais vu, ni goûté, ni bien moins analysé les eaux qu'il allait être chargé d'administrer. Cela ne l'empêcha pas de publier avant son départ une foule d'élégantes brochures où l'aspect des lieux, la vertu des eaux, le confort de l'établissement, etc., étaient dépeints sous les couleurs les plus riantes; ces eaux guérissaient tout et beaucoup d'autres choses. La saison arrive, et mon ami s'en va. Il faut vous dire que la ville, le village ou le bourg où sont situées les eaux de..... porte un nom qui se répète fréquemment sur la carte de France. Or, mon pauvre inspecteur prit le premier nom venu, et fit ce que ferait, par exemple, un voyageur qui, voulant aller à Châlons sur-Marne prendrait la voiture de Châlons-sur-Saône. Le voilà donc à Châlons-sur-Saône, je suppose. C'était l'époque d'une foire célèbre dans le pays. Sa première question à l'hôtel fut : — Eh bien! est-il arrivé beaucoup de monde? — Oh! monsieur, tout est plein, répond l'hôtesse. — Là-dessus mon inspecteur soupe galment, se couche et s'endort en rêvant de ses sources qui vont pour lui se changer en Pactole. Le matin, sa première visite doit être pour M. le maire, et, muni de sa commission ministérielle, il se fait conduire chez le magistrat. Il se trouve entouré d'un arracheur de dents, d'un vendeur d'élixir, d'un redresseur de côtes et de cette foule turbulente et bohémienne qui s'abat sur les foires et qui venait solliciter l'indispensable *par permission de M. le maire*. Là le plus étrange et le plus bouffant quiproquo attendait mon pauvre inspecteur, qui eut toutes les peines du monde à faire comprendre au magistrat rural, qui s'obstinait à le traiter de la sorte, qu'il n'était pas un charlatan ambulant, venu à la foire pour vendre *ses eaux*. Après une très longue et très comique explication, l'inspecteur apprit enfin qu'il venait de faire cent lieues vers l'ouest au lieu de les faire vers le sud, et qu'il s'était mystifié lui-même de la plus singulière façon.

Mais voici qui est plus récent. Un de nos confrères, parfaitement connu chez les jeunes baronnes de la rue du Helder, a été invité à accompagner une de ses clientes aux eaux de...., en pays étranger. Là, grâce à ses bonnes manières, à son esprit distingué, grâce surtout au zèle chaleureux de sa cliente, notre confrère parisien devint en peu de jours le médecin à la mode des eaux de.... Les baigneurs et surtout les baigneuses ne voulaient entendre parler que de l'aimable médecin français. Aussi les consultations allaient grand train. Mais, voici le déplaisir. Les médecins du pays voyant leur cabinet presque entièrement abandonné, se sont avisés de porter plainte contre leur confrère français, en exercice illégal de la médecine. La loi du pays veut en effet que les seuls médecins reçus par une université de l'état, soient aptes à exercer la médecine, et elle punit de peines fort sévères, un long emprisonnement et une forte amende, quiconque transgresse la loi. Le fait était patent, le délit notoire, notre confrère ne pouvait arguer que de sa bonne foi; mais il n'a pas voulu tenter de fléchir les robes noires de l'endroit, et par une belle nuit des derniers jours d'août il quitta incognito ces eaux inhospitalières, riant de sa mésaventure qui, après tout, avait eu des résultats très fructueux.

Je terminerai par un bon mot sur les eaux minérales, le dernier que la tradition nous ait laissé d'un homme célèbre, qui était riche à cet endroit.

C'est à Bourbon-l'Archambault que le prince et le Nestor des diplomates, M. de Talleyrand, a passé quelques mois pendant les trente dernières années de sa vie. Le pays est plein des souvenirs de cet homme célèbre, et il s'y débite sur son compte un grand nombre d'anecdotes et de bons mots. J'ai entendu raconter que la dernière année, le vieillard pressentant peut être sa fin prochaine, répondit au moment de monter en voiture, à la personne qui lui disait, A l'année prochaine : « C'est fini; tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse. » Elle se cassa en effet.

Je dis que je viens de vider la mienne sans trop remplir la vôtre. Que voulez-vous? Sans être trop sceptique à l'endroit des eaux minérales, y chercher quelques bonnes et incontestables vérités thérapeutiques, c'est, je le crains, pêcher en eau trouble. Jean RAYMOND.

P. S. MM. les inspecteurs et propriétaires d'eaux minérales sont priés de me faire parvenir *les bois, cuivres et clichés* qui ornent leurs brochures; je promets de les utiliser dans mon prochain article. Le besoin d'un *feuilleton illustré* se fait généralement sentir.

tion a lieu ordinairement chez les sujets les moins âgés, c'est une des meilleures espèces. Les fractures par pénétration se consolident directement ; ceci n'a pas besoin d'explication. Il est inutile d'entrer dans le détail des deux autres espèces. Telles sont les idées qu'on doit se faire de la consolidation dans les fractures du col du fémur.

Avant de passer à l'examen des moyens thérapeutiques, examinons en peu de mots s'il est possible de reconnaître à quelle espèce de fracture du col on a affaire ; question qui n'a été qu'énoncée à propos du diagnostic.

On soupçonne une fracture extra-capsulaire toutes les fois que le grand trochanter parcourt encore un arc de cercle quand on fait exécuter au membre un mouvement de rotation, s'il y a une douleur vive dans la région trochantérienne, et tout à fait en dehors de l'aine, s'il se rencontre une ecchymose dans la région externe du membre ; enfin lorsque la crépitation est facile à percevoir.

Quant au raccourcissement et à la rotation du pied, ils sont à peu près les mêmes ; on a dit, il est vrai, que le raccourcissement était plus considérable alors ; mais Boyer et Cooper ont émis une opinion opposée ; il est donc raisonnable d'adopter une opinion mixte. D'ailleurs, l'anatomie ne démontre pas pourquoi le raccourcissement serait plus considérable dans un cas que dans l'autre. Cela dépend de mille circonstances qui peuvent se rencontrer dans les deux espèces.

Si, au contraire, il s'agit d'une femme âgée tombée de sa hauteur, qu'il n'y ait pas d'ecchymose, pas de douleur, pas de crépitation, une grande mobilité du membre ; on peut soupçonner une fracture intra capsulaire. Mais, il faut noter que tous ces signes ne permettent guère d'acquérir une certitude complète.

Les fractures mixtes laisseront absolument dans le doute.

Nous traiterons de la thérapeutique applicable à ces fractures, dans un prochain numéro.

Dr PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. HUSSON.

Observation de dégénérescence cancéreuse du rein droit, compliquée d'oblitération de la veine cave inférieure au niveau de son origine, avec dilatation dans tout le reste de son étendue jusqu'au diaphragme. Les veines rénales sont également dilatées, et de plus remplies, comme la veine cave inférieure, d'une matière analogue à celle qui a été trouvée dans la substance des reins; par M. DEMARQUAY, interne des hôpitaux et aide d'anatomie.

Barbier, âgé de soixante-seize ans, entra, il y a dix-huit mois, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 60, pour s'y faire traiter d'un œdème des membres inférieurs, d'une ascite et d'un catarrhe pulmonaire. Cet homme, fort et bien constitué, a toujours eu une santé parfaite ; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'un catarrhe pulmonaire remontant déjà à une quinzaine d'années ; encore ce dernier ne le tourmentait-il que dans les hivers humides et dans les temps de brouillards. Toutes ses fonctions étaient régulières et normales ; pas de constipation ni de gêne dans l'émission des urines.

Il y a dix-huit mois, Barbier s'aperçut que ses jambes étaient plus grosses que d'habitude ; la gêne qu'il en ressentait se faisait surtout remarquer le soir. D'abord peu marqué, cet œdème des membres inférieurs alla en augmentant, tellement que les cuisses, les parties génitales et le ventre acquirent un volume tel, que le malade ne pouvait plus se mouvoir, il était condamné à garder le lit.

Lors donc de son entrée à l'hôpital, il y a dix-huit mois, ce malade avait un œdème très prononcé des membres inférieurs et une ascite.

Pendant les dix-huit mois qu'il passa à l'Hôtel-Dieu, Barbier eut des alternatives de bien et de mal. Tantôt l'œdème et l'ascite diminuaient d'une manière notable pendant quelques temps seulement, et bientôt elles reparaissaient d'une manière subite presque aussi intense qu'au moment de son entrée. Ses urines furent examinées à plusieurs reprises, et ne précipitèrent jamais, par l'acide nitrique, autre chose que quelques petites paillettes blanchâtres et que ne dissolvait point un excès d'acide ; la chaleur ne les précipitait point davantage.

Au mois de septembre 1842, il eut une hématurie assez intense qui dura huit jours au moins, mais sans douleur dans la région rénale. Pour tout traitement il prit des substances diurétiques et des tisanes pectorales.

Au commencement de janvier dernier, le malade présentait l'état suivant : décubitus dorsal, peu d'amaigrissement, parole un peu brève et enrouée, toux peu fréquente ; à l'auscultation, on entend du râle muqueux à grosses bulles dans toute l'étendue des poumons ; la sonorité est normale, rien du côté du cœur, la respiration n'est pas très gênée ; le ventre est développé, un peu ballonné ; sonorité très marquée au niveau de l'ombilic ; une percussion légère sur les parois latérales du ventre fait reconnaître la présence d'un liquide dans le péritoine. Les veines des parois abdominales forment un réseau très marqué. L'œdème des bourses et des cuisses est peu considérable, celle des jambes et des pieds est notable. Le foie ne déborde point les fausses côtes.

Pendant les quinze premiers jours de janvier, le malade alla assez bien ; il mangeait deux portions, et ne se plaignait d'aucune douleur. Craignant avoir affaire à une affection des reins ou du foie, nous l'avons examiné avec soin ; mais rien ne put nous amener à reconnaître aucune des deux affections que nous soupçonnions. L'examen des urines ne nous donnait rien de précis.

Vers le 15 janvier, l'œdème des membres inférieurs ayant augmenté ainsi que l'ascite, le malade ne pouvait se mouvoir qu'avec peine ; sa respiration devint bruyante et fréquente ; il respirait de 36 à 40 fois par minute ; ses crachats étaient rendus avec difficulté ; ils étaient visqueux et adhérents au vase ; puis on entendit, un peu en arrière surtout, un peu de crépitation fine et humide ; le pouls, d'ailleurs, était assez développé, se maintenait toujours à 80-84 pulsations.

Il survint enfin un peu de constipation ; mais les urines étaient toujours rendues avec facilité ; enfin, les phénomènes allaient toujours en augmentant.

Le 3 février, la veille de sa mort, ce malade éprouvait une gêne extrême de la respiration ; il respirait de 44 à 48 fois par minute ; le ventre avait acquis un volume considérable ; le pouls était petit, mais fréquent (128 pulsations) ; le nez était effilé, l'œil cave, intelligence nette, mais impossibilité de parler, par suite de la gêne extrême de la respiration. La poitrine ne peut être examinée en arrière, vu l'impossibilité de mettre le malade à son séant.

Mort le 4 au matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Le cerveau n'est point examiné.

La poitrine. Le cœur et l'aorte ne présente rien de notable. Les poumons sont un peu adhérents aux parois de la poitrine ; ils sont pesants ; si on les coupe, il s'en écoule une assez grande quantité de sérosité spumeuse.

On trouve en outre quelques petits points pneumoniques, mais bien circonscrits ; les bronches renferment du mucus, et sont injectées.

Abdomen. La cavité abdominale renferme de un à deux litres de sérosité un peu louche, point de flocons albumineux. Les intestins sont blancs, remplis par des gaz. La rate ne présente rien. Le foie a perdu de son volume normal ; il est un peu revenu sur lui-même ; il offre une densité plus que normale. La surface en est brune, foncée ; si on l'incise, il s'écoule un peu de sang, et la substance du foie, à l'intérieur, est aussi brune qu'à l'extérieur. A la déchirure, il présente le même aspect granuleux que dans l'état sain. On ne trouve aucune tumeur dans l'intérieur de cet organe.

Le rein gauche est dans l'état normal, à part un peu d'injection. Le rein droit, au contraire, a le double de son volume normal. Au moment de l'autopsie, la membrane fibreuse étant enlevée, on remarque sur sa surface externe des bosselures, les unes brunâtres et les autres jaunâtres. Si on incise superficiellement sur ces bosselures, les brunes renferment une matière lie de vin contenue dans une petite cavité ; les jaunes, au contraire, sont formées par une matière jaunâtre tomenteuse. Le rein incisé suivant son grand diamètre, laisse écouler une ou deux cuillerées d'une boue liquide que je ne puis mieux comparer qu'à la boue splénique. Si l'on fait tomber un filet d'eau sur cette incision prolongée jusqu'au bassinet, on remarque que la substance corticale n'a point augmenté de volume, et qu'elle renferme dans son intérieur une foule de petits points jaunes, les uns petits et les autres gros comme un gros pois ; ces points sont formés de la même substance jaune dont j'ai parlé plus haut.

La substance tuberculeuse du rein est transformée en une matière saine dans des points, et noirs dans d'autres. Cette matière est comme tomenteuse et fébrillaire ; elle s'écrase facilement sous le doigt. Le filet d'eau ne l'entraîne point ; il fait voir, au contraire, la texture fébrillaire de cette substance. Si on presse sur chaque cône ainsi dégénéré, on en fait sortir ce liquide épais, lie de vin, inodore, dont j'ai parlé tout à l'heure ; et on remarque que chaque cône est formé d'un mélange de matière jaune et brune imbibée du liquide mentionné plus haut. Le bassinet renferme de la matière liquide contenue dans les substances du rein. L'uretère, au contraire, ne renferme rien et a son volume normal. Les veines rénales sont augmentées de volume, grosses comme le petit doigt, réunies entre elles par du tissu cellulaire serré ; elles sont remplies de matière analogue à celle que nous avons trouvée dans la veine cave et que nous allons décrire.

Cette dernière, examinée avec soin, se présentait avec les caractères suivants :

Elle était oblitérée complètement, dans sa partie inférieure, dans l'étendue de cinq à six centimètres. Cette partie oblitérée est revenue sur elle-même, et se trouve moins volumineuse que la veine iliaque. Cette partie renferme en outre, dans sa cavité, un caillot très bien organisé formé de fibres longitudinales adhérentes aux parois de la veine, desquelles, toutefois, on peut le détacher en tirant modérément.

Les parois de la veine m'ont paru épaissies en ce point ; tout le reste de la veine cave, jusqu'au diaphragme, est notablement dilaté dans toute son étendue ; plus cependant dans certains points que dans d'autres, surtout un peu au-dessus des veines rénales. Dans ce point, en effet, la veine peut bien avoir un diamètre de six centimètres. A l'incision, il s'écoule une matière liquide, incolore, violacée, en tout point comparable à celle que j'avais trouvée dans la substance du rein. La quantité de cette matière pouvait être évaluée à trois ou quatre cuillerées. En entraînant cette dernière par un filet d'eau, on s'aperçoit qu'elle est contenue dans une autre matière plus épaisse, jaunâtre à la circonférence, mais noirâtre à l'intérieur ; matière que l'on déchire avec facilité, mais qui ne se liquéfie pas par la pression ni au contact de l'air. Elle adhère, de plus, à l'intérieur de la veine dans toute sa circonférence ; elle forme un second tube dans le tube de cette dernière ; elle se détache avec assez de facilité de la surface veineuse sans se rompre. Les parois de la veine cave inférieure, dans les points dilatés, ne présentent point d'autre altération qu'un peu d'épaississement, surtout de la membrane moyenne. Les cavités droites du cœur sont remplies de caillots sanguins et fibrineux.

Les veines iliaques me paraissent normales jusqu'à leur embouchure dans la veine cave ; elles sont remplies de caillots sanguins. Il me semble que la veine iliaque droite a un volume moins considérable que la gauche, et que ses parois sont un peu épaisses ; mais ces altérations sont peu marquées.

La vessie est normale.

Là a dû se borner notre examen. Nous aurions voulu examiner la prostate, le cerveau et les veines rachidiennes ; mais le sujet était réclamé, et nous ne pouvions pousser plus loin notre observation.

Les altérations pathologiques que présente cette observation portent sur trois organes importants : les poumons, le rein droit et la veine cave inférieure.

Les altérations des poumons étant bien connues et bien communes, ne nous arrêtons pas ; j'arrive tout de suite à celles du rein droit et de la veine cave inférieure.

Et d'abord, quelle était la nature de cette altération du rein droit ; elle nous a paru cancéreuse et de nature encéphaloïde. L'opinion des personnes auxquelles nous avons fait voir les pièces pathologiques, est unanime sur ce point. Cette altération cancéreuse a sans doute été le point de départ de l'affection complexe que nous avons décrite ; plus tard, ce cancer encéphaloïde étant venu à se ramollir, il se sera fait dans son intérieur des épanchements sanguins qui, en ramollissant et en délayant en quelque sorte la matière cancéreuse, aura produit ce liquide lie de vin dont nous avons parlé.

Mais d'où vient l'altération veineuse ? Il est probable que la matière encéphaloïde délayée aura été entraînée dans la veine cave ; que là elle y aura déterminé une phlébite adhésive ; de là l'oblitération de la veine. La matière cancéreuse étant sans cesse entraînée dans la veine cave, elle sera venue se mêler aux caillots sanguins que cette dernière devait renfermer ; de là accumulation de la matière cancéreuse dans cette dernière. Ce qui me porte à adopter cette opinion, c'est que la matière solide trouvée dans l'intérieur de la veine, quoique ayant quelques rapports avec la matière trouvée dans la substance du rein, m'a paru néanmoins être des caillots de fibrine altérée et imbibée de matière encéphaloïde délayée par le sang et entraînés dans la circulation veineuse rénale.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre de M. Malgaigne insérée dans votre dernier numéro, pourrait se passer de réponse. Elle ne change rien, en effet, à ce que je crois avoir établi par ma première réplique, à savoir, que M. Malgaigne n'a pu produire aucun fait, aucune preuve à l'appui de son imputation.

Mais fidèle à la tactique qui est le fond de sa manière habituelle, M. Malgaigne s'est efforcé de substituer une question nouvelle à la question en litige, et il a espéré donner ainsi le change à vos lecteurs. Vous me permettrez donc, après avoir rappelé les véritables termes de la discussion, d'indiquer à l'aide de quel subterfuge on espère en changer le caractère.

M. Malgaigne avait accusé le relevé de mon service d'inexactitude et d'infidélité. En preuve, il avait cité le cas particulier suggéré par M. Velpeau, et il avait allégué, d'une manière générale, de prétendus *revers graves* dont il était question *dans le public*. J'ai prouvé sans réplique que ni le cas particulier, ni l'allégation générale n'avaient le moindre fondement. En effet, le strabique cité n'appartenait pas à ma pratique de l'hôpital et l'allégation de revers graves s'est trouvée ne reposer sur *aucun fait*. Je ne parle pas des pancartes que M. Malgaigne a eu le bon esprit de ne plus remettre en jeu, et il me permettra de ne pas regarder comme plus sérieuses « les *prétendues révélations » qui lui auraient été faites par des élèves, des médecins, des pro» fesseurs* qui, au dire de M. Malgaigne, *n'ont pas eu le courage de » se laisser nommer...»* Ici, je ne puis m'empêcher de faire une simple remarque. Pourquoi ces personnes n'ont-elles pas indiqué à M. Malgaigne *les faits* sur lesquels reposaient leurs assertions. Nous n'aurions pas eu besoin de savoir comment et par qui ces revers graves fussent venus à sa connaissance, mais si ces revers existaient et où ils étaient. Cela aurait mieux valu que des allégations vagues et ténébreuses, et mon adversaire n'en eût pas été réduit aux malencontreuses ressources des pancartes. Voilà donc à quoi ont abouti tous les efforts de M. Malgaigne, c'est-à-dire, à une imputation restée sans le moindre fondement ni preuve.

J'ai dit que M. Malgaigne n'ayant pu soutenir la discussion sur le terrain où il l'avait placée, a cherché à la porter ailleurs, et à en changer le caractère. Voici, en effet, comment M. Malgaigne parle et raisonne.

J'ai avancé que votre relevé n'est pas exact, qu'il est contredit par des revers graves ; je n'ai pas pu prouver cette assertion ; mais vous, vous n'avez pas prouvé non plus l'exactitude de votre relevé ; donc, j'ai eu raison de dire que ce relevé n'est pas exact.

Pareille objection m'avait été faite déjà par un autre adversaire ; M. Malgaigne n'en a même pas la priorité. J'y ai répondu par de simples raisons qui, pour avoir servi, n'en conservent pas moins toute leur autorité.

1° Ce n'est pas moi qui ai rédigé le relevé ; les trois médecins qui ont bien voulu, dans cette circonstance, me prêter le concours de leur talent, ont maintenu la parfaite exactitude de ce document. On n'a opposé à leur déclaration que des dénégations sans fondement.

2° Je ne me suis pas cru obligé de me mettre en frais de démonstration pour me défendre des calomnies du premier venu ; c'était à ceux qui ont accusé mon relevé d'inexactitude ou de mensonge, à prouver la vérité de leur imputation. Avec une doctrine contraire, toute science serait impossible ; ainsi, dans l'espèce, comment aurais-je pu *démontrer* l'exactitude d'un relevé portant sur 1394 malades ? et comment cette exactitude, parfaitement établie aux yeux de la vérité, aurait-elle pu se défendre contre les dénégations intéressées : cela ne s'est-il pas vu dans une circonstance analogue ?

Je le dis et le proclame hautement, la vérification des résultats scientifiques ne s'établit point par des enquêtes passionnées ; le temps et l'expérience en sont les seuls et vrais juges. Ce principe, je le sais, révoltera les hommes qui ne veulent pas à toute condition que l'on franchisse le cercle où la nature les a parqués, et qui sont toujours disposés à crier au mensonge ; quand et toutefois on fait ce qu'ils n'ont pu faire. Mais la science et la vérité ne tiennent aucun compte de ces prétentions intéressées. Pour ce qui me concerne, je ne trouve à M. Malgaigne, ni à qui que ce soit, mission ni caractère pour m'obliger, sous peine d'être mis au pilori de la science, de consumer ma vie en démonstrations qui ne parviendraient jamais à les convaincre.

M. Malgaigne termine sa lettre en rappelant un mémorable exemple de critique qu'il n'a pas compris, sans doute, mais qu'il aurait bien fait de suivre. En effet, lorsque mes amis et moi sommes parvenus à convaincre une certaine doctrine d'inexactitude et d'infidélité, nous ne nous sommes pas bornés à des allégations gratuites ; ce n'est pas sur des ouï dire ou des bruits de carrefours que nous nous sommes crus autorisés à l'accuser de mensonge, et, à défaut de preuves, nous n'avons pas dit à notre adversaire : *Vous mentez ; prouvez nous que vous ne mentez pas.* Nous lui avons opposé des preuves authentiques, des documents officiels, irrécusables et non récusés. Je ne sache pas que l'allégation de M. Velpeau et les pancartes de M. Malgaigne, que les prétendues assertions des élèves et des médecins qui ont eu peur d'être nommés, aient le moins du monde ce caractère.

Agréez, etc.,

JULES GUÉRIN.

Paris, 1er septembre 1843.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA. (Avril, mai et juin 1843.)

I. *Considérations pathologico-cliniques, tendant à concilier la médecine organique et la médecine dynamique;* par M. le docteur ANSELME CENTOMO, de Vicence.

Dans ce travail, divisé en deux parties, l'auteur s'appuie sur les principes professés par M. le docteur Medici pour établir que l'excitation ne doit pas être prise comme base unique de la thérapeutique, parce qu'elle ne peut être considérée comme l'unique cause des maladies. Nous avons la preuve de cette seconde proposition dans les affections si nombreuses qui parcourent toutes leurs phases sans qu'on puisse y observer rien de particulier par rapport à l'excitation; et d'ailleurs, si beaucoup d'autres maladies se présentent avec des indices évidents de modifications éprouvées par cette faculté, il ne s'ensuit pas qu'il doive en être de même dans tous les cas. En effet, dit M. Centomo, l'organisation peut être lésée soit sous le rapport de la qualité, soit sous celui de la quantité de ses principes, tant par suite de la nature des aliments et des boissons, que par toutes les autres choses qui agissent sur nous et qui peuvent même pénétrer dans notre intérieur. L'excitation peut aussi se trouver altérée par l'effet des changements qu'a éprouvés l'assimilation organique; dans ce cas, elle ne l'est donc que consécutivement, et par conséquent on ne peut la ramener à son rithme normal sans avoir préalablement remédié aux troubles de la fonction d'assimilation. Si le stimulus augmente l'excitation, si ensuite le sang circule avec plus de rapidité, et si cette rapidité de l'afflux du sang dans les organes y détermine des engorgements, des congestions, on ne peut cependant dire que l'excitation augmentée soit la cause première de l'inflammation; elle n'est que la cause la plus prochaine; mais cette inflammation une fois commencée, elle ne progresse plus en vertu de l'excitation générale, elle ne s'augmente plus par suite de la cause première du stimulus. Elle a, dit l'auteur, une existence qui lui est propre, et, à l'instar d'une plante qui enfonce ses racines par dessus celles d'un autre végétal, elle s'entretient aux dépens des autres parties; c'est la végétation morbide, la nutrition exubérante anormale qui l'entretient. Pour combattre fructueusement cette inflammation, il convient d'appauvrir la masse des humeurs de tout ce qu'elle a de trop, de tout ce qui donne lieu à cette nutrition exubérante. Il faut enfin, si l'organisation pêche par défaut, par changement d'état ou par excès, la la corriger d'abord sous celui de ces trois rapports qui se présente, pour pouvoir guérir, et c'est ce qui ne pourrait être fait si le praticien portait ses regards exclusivement sur l'excitation.

II. *Compte-rendu des maladies traitées à Cortone;* par M. le docteur B. BUFALINI.

Ce compte-rendu, qui est la suite d'un article paru précédemment, n'est pas encore terminé, et doit avoir une autre suite. Dans la portion de son travail que nous avons aujourd'hui sous les yeux, l'auteur passe successivement en revue les cas de fièvres rhumatiques, de fièvres intermittentes et pernicieuses, de maladies de la bouche, d'angines gutturales et tonsillaires, d'indigestion et de choléra sporadique, de gastrites aiguës et chroniques, de gastralgies, de coliques, d'entérites, de diarrhée, de dysenterie et d'helmintiase qui se sont présentées à son observation. Nous ne le suivrons pas dans le détail de ces diverses observations; nous nous bornerons à faire connaître les déductions qu'il a tirées par rapport aux fièvres, à l'iléus et à l'entérite.

M. Bufalini se demande quelles sont les fièvres qui méritent d'être admises parmi celles appelées du nom impropre d'*essentielles*, quel est leur siége et en quoi consiste leur nature?

Suivant lui, toutes les fièvres essentielles des auteurs, c'est-à-dire celles qui parcourent leurs périodes indépendamment d'un état phlegmasique quelconque, doivent être réduites aux fièvres inflammatoires, typhoïdes, rhumatiques, périodiques simples, pernicieuses et nerveuses sub-intrantes. Les fièvres gastriques, les bilieuses, les adéno-méningées, etc., ne sont que des variétés de ces fièvres essentielles, ou encore des effets immédiats d'une condition inflammatoire.

La fièvre inflammatoire, dit-il, est produite par une diathèse du sang, que l'on peut désigner par l'épithète de *phlogistique*. Mais en quoi consiste spécialement cette diathèse; c'est ce que les expériences et l'observation n'ont pas encore fait découvrir.

La fièvre typhoïde est une maladie complexe, accompagnée d'une phlogose ulcéreuse de l'iléon, de diverses fluxions ou congestions sanguines, d'une altération du sang, d'un trouble notable des fonctions nerveuses, etc. Après l'altération du sang, la phlogose des follicules de l'iléon et du cœcum est la lésion la plus constante et la plus remarquable.

La fièvre rhumatique est un effet immédiat de la transpiration: elle peut être considérée comme une augmentation de mouvement dans le système circulatoire, par suite de la présence, dans les vaisseaux, de principes qui auraient dû être éliminés du sang.

C'est une erreur de dire que la fièvre intermittente simple tire son origine de l'inflammation Elle consiste en une affection spécifique du système nerveux, curables par ces spécifiques, par le quinquina en particulier. Cette affection, en se prolongeant, soit par la persistance d'action des causes morbifiques, soit par suite d'un traitement mal dirigé, produit facilement le gonflement de la rate et du foie, la prédominance du système veineux, la tendance aux épanchements séreux, ou même aux fluxions et aux congestions sanguines.

La fièvre pernicieuse est analogue par sa nature à la fièvre intermittente simple; mais elle en diffère parce qu'elle est toujours associée à quelque épiphénomène de l'état fébrile.

La fièvre nerveuse sub-intrante est aussi d'une nature identique avec les fièvres périodiques.

Par rapport à l'iléus, M. Bufalini pense:

1° Que, bien que certains faits recueillis par Abercrombie démontrent que l'iléus peut exister sans phlogose, et qu'il dépend véritablement de la dilatation d'une portion d'intestin, tandis que la portion située immédiatement au-dessous est rétrécie; cependant la phlogose en est la cause principale dans le plus grand nombre des cas, ou du moins en est une complication très fréquente dans l'étranglement interne ou dans l'invagination.

2° Que par conséquent, dans cette affection, la méthode antiphlogistique mérite la préférence sur tout autre mode de traitement.

3° Que les lavements de tabac, recommandés par quelques praticiens, ne doivent être employés qu'avec une très grande prudence, et seulement à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme de feuilles en infusion dans 200 centigrammes environ d'eau bouillante; encore, tout en recourant à ce moyen, faut-il administrer de temps en temps un purgatif doux, et persister dans l'emploi des antiphlogistiques.

4° Que le mercure coulant peut aussi être donné par la bouche, mais toujours avec beaucoup de précaution;

5° Enfin, que les applications froides, comme celles de glace, sont généralement d'un grand avantage dans les cas de ce genre.

Quant à l'entérite, il résulte des observations faites par l'auteur:

1° Qu'une grave inflammation peut exister sans être accompagnée de fièvre;

2° Que la cessation de la douleur avec la mollesse du pouls, la faiblesse et le refroidissement de tout le corps, bien qu'indiquant presque toujours la gangrène, peuvent cependant survenir sans être accompagnés de cette redoutable terminaison;

3° Que l'entérite peut être mortelle, même sans être accompagnée d'une constipation opiniâtre;

4° Que cette phlogose peut être dangereuse par son étendue, bien que paraissant modérée, ou par son intensité, ou par sa terminaison, indépendamment de l'étendue elle-même;

5° Que, dans le traitement, comme l'impression de la saignée se prolonge, il convient après la première émission sanguine générale, de recourir à de nombreuses saignées locales faites presque coup sur coup;

6° Enfin, que les purgatifs drastiques, et en général tous ceux que les contro-stimulistes appellent *déprimants positifs*, sont habituellement d'un effet très préjudiciable.

III. *Cas d'empoisonnement par des champignons;* par M. le docteur USIGLIO.

Dans ce mémoire, qui a été lu à la Société médico-pharmaceutique, l'auteur donne la relation d'un empoisonnement survenu chez cinq des membres d'une même famille, après avoir mangé des champignons d'abord, puis ensuite différentes herbes récoltées dans les bois. Trois des sujets affectés succombèrent à l'empoisonnement. L'autopsie fut pratiquée, mais n'éclaira aucunement sur la véritable cause de la mort, et il n'est pas certain que les champignons aient été réellement la cause des accidents observés; une des personnes qui ont survécu, la mère des trois individus morts, soutenait même que ce n'était pas parmi les champignons, mais seulement parmi les herbes mangées ensuite que devait s'être trouvée la substance toxique.

IV. *Relevé statistique des malades traités dans l'hôpital civil de Venise pendant le second semestre de* 1843; par M. le docteur TROIS, directeur de cet établissement.

Ce travail, qui donne un aperçu détaillé des malades (hommes et femmes), qui ont été traités dans les services de médecine et de chirurgie, du nombre des guéris, du nombre des morts et de celui des sujets restés en traitement, pendant les mois de mars et d'avril de cette année, n'est pas susceptible d'analyse.

V. *Observations et histoires des fièvres périodiques de Ravenne;* par le docteur FARINI.

Cet article est la continuation d'un travail dont le commencement a été publié dans un numéro précédent et dont la suite paraîtra plus tard: il est exclusivement consacré à l'exposition du traitement de ces fièvres, et nous n'avons rien à en extraire ici.

VI. *Quelques considérations sur la cure de l'entropion au moyen de la myotomie sous-cutanée;* par le Dr CAFELLETTI, de Trieste.

Après avoir établi que les mouvements de la paupière sont dus exclusivement aux muscles orbiculaire et élévateur, l'auteur déclare que dans l'entropion et dans l'ectropion, lorsqu'il n'existe pas de causes organiques, la direction anormale ne peut être attribuée qu'à l'effet de l'action musculaire augmentée, et qu'en conséquence il lui paraît plus juste de placer la cause prochaine de ces affections dans l'action pervertie des muscles que dans le relâchement supposé ou dans ou dans la faiblesse des téguments externes.

Il examine ensuite les différents modes opératoires qui ont été proposés, il décrit avec détail la méthode de MM. Cunier et Pétrequin, la méthode de M. Neumann, puis il en fait connaître une nouvelle qui lui est propre, et il termine par la relation de deux cas dans lesquels il en a fait l'application avec un plein succès.

VII. *Etudes sur la chlorose;* par M. le docteur USIGLIO.

Cet article est la continuation d'un travail dont le commencement a été publié dans un numéro antérieur du même journal, et dont la suite sera donnée plus tard.

VIII. *Sommaire des sujets chirurgicaux traités dans la quatrième réunion des savants italiens.*

Cet article ne comporte pas d'analyse, parce qu'il ne consiste lui-même qu'en des indications excessivement succinctes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 septembre 1843. — Présidence de M. SERRES.

M. Alex. Rodier, médecin, écrit à l'Académie qu'affecté de bégaiement, et après avoir inutilement suivi un autre traitement, il a été guéri par M. Jourdant.

— Les autres communications ont été étrangères aux sciences médicales.

NOUVELLES.

Décidément l'administration des hôpitaux veut vivre et régner sous le régime de l'absolutisme et du bon plaisir. Nous signalions dernièrement les infractions faites journellement au règlement à l'occasion du remplacement temporaire des chefs de service dans les hôpitaux par les médecins et chirurgiens du bureau central, choisis, non par rang d'ancienneté, mais par la faveur et sur le désir des chefs de service. Aujourd'hui nous avons à faire connaître un fait beaucoup plus grave, et à l'occasion duquel les médecins des hôpitaux, nous assure-t-on, sont sur le point de présenter une protestation. Voici de quoi il s'agit:

Par absence ou par empêchement d'un très grand nombre de chefs de service, il paraît que tous les médecins du bureau central ont dans ce moment un service. Un médecin titulaire est venu à s'absenter à l'Hôtel-Dieu annexe. L'administration des hôpitaux au lieu de charger, comme le veut le réglement, un des médecins de cet hôpital de ce double service, tous les médecins du bureau central étant occupés, l'administration a investi de ce service un médecin complètement étranger aux hôpitaux.

Cette infraction aux règlements, ce mépris des droits de tous a vivement ému les médecins des hôpitaux, qui s'assemblent, dit-on, à cette heure, pour libeller une protestation.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Ranque a été nommé à la chaire de pathologie interne nouvellement instituée à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Orléans.

— On lit dans le *Journal de Maine-et-Loire* du 1er septembre: Le congrès scientifique de France se réunit aujourd'hui vendredi, à midi, dans les salles de la préfecture. Déjà un grand nombre d'étrangers sont arrivés dans nos murs. On peut calculer, dès à présent, que les adhérents au congrès atteindront au moins le chiffre de 600 à 700.

Addition à la séance de l'Académie de médecine du 29 août.

M. Léon Rattier présente un nouvel urétrotome. Cet instrument se compose d'une canule graduée ouverte à ses deux extrémités, largement fendue dans toute sa longueur, et recourbée de manière à faciliter le cathétérisme. Dans cette canule se meuvent deux stylets superposés, et dont l'élasticité permet de suivre la courbure de l'instrument. Le stylet supérieur se termine par une lame de près d'un centimètre de longueur, et d'une largeur un peu moindre que la hauteur du diamètre de la canule; le stylet inférieur porte à son extrémité un cône renversé, taillé à sa partie supérieure en bec de flûte, et qui présente une canelure pour servir de conducteur à la lame du stylet supérieur.

Ces deux stylets peuvent se mouvoir ensemble ou bien à part, comme aussi chacun d'eux peut être fixé séparément à l'aide d'une vis.

L'urétrotome de M. Léon Rattier permet tous les genres d'incision ou de scarification; on peut diviser un rétrécissement d'avant en arrière, d'arrière en avant, suivant la perpendiculaire, comme on l'a proposé pour le débridement des hernies, et ces différentes manœuvres s'exécutent avec la plus grande facilité sans qu'on soit obligé de déplacer la canule une fois qu'elle a été convenablement disposée.

L'application de l'instrument est très simple. Lorsque les extrémités des stylets sont mises en rapport, la lame se trouve placée au point le plus élevé de la canelure dans laquelle elle glisse, et par conséquent elle offre sa plus grande saillie hors de la canule; il suffit, au contraire, de la ramener à quelques millimètres en arrière pour qu'elle disparaisse en vertu de la réaction élastique du stylet qu'elle termine. On voit, par conséquent, que pour faire saillir la lame, on peut la pousser en avant jusqu'au sommet du cone qui termine le stylet inférieur, ou bien ramener celui-ci au-dessous d'elle.

Il résulte en même temps de cette disposition, qu'en donnant plus ou moins de longueur au stylet porte-lame on lui permet de s'élever proportionnellement dans la canelure, et que l'on peut limiter ainsi la saillie du tranchant suivant les indications.

Si l'on veut inciser d'arrière en avant, dès que le rétrécissement, dont on a d'avance mesuré la profondeur, se trouve franchi, on pousse le stylet porte-lame, le tranchant s'élève en arrière de la coarctation, et, ramené dans cette position par le retrait simultané des deux stylets, il divise l'obstacle qu'il rencontre en son chemin rétrograde. On repousse alors le cône à l'extrémité de la canule, et la lame n'étant plus soutenue disparaît: on peut alors répéter la même manœuvre pour pratiquer de nouvelles incisions.

Pour diviser un rétrécissement suivant la perpendiculaire, on fixe la lame dans le point indiqué par le chiffre gravé sur la canule, et que l'on a fait correspondre à la profondeur connue de l'obstacle; puis on ramène le cône sous la lame autant de fois que l'on veut pratiquer d'incisions. Si le rétrécissement ne peut être franchi, et qu'il faille inciser d'avant en arrière, on retire le stylet inférieur que l'on remplace par un bout de sonde conique qui vient s'adapter à l'extrémité de la canule, et qui, ouvert comme elle, la constitue en véritable sonde cannelée; on engage alors l'instrument aussi profondément que possible dans le rétrécissement, puis l'on débride en poussant en avant le stylet porte-lame, qui se trouve dirigé avec certitude en suivant la cannelure.

Cette manœuvre, successivement répétée, permet toujours de pénétrer en une seule séance aussi profondément qu'on le juge convenable.

Après cette communication, M. Léon Rattier signale à l'attention de l'Académie le nouveau procédé à l'aide duquel, profitant de la transparence de nos tissus, il est parvenu à voir distinctement les altérations qui peuvent se rencontrer dans l'urètre, dans la vessie, sur le trajet de certaines fistules superficielles, ou bien dans l'étendue de toute cavité sous-cutanée.

M. Léon Rattier se sert à cet effet d'une canule droite du volume d'une sonde de moyenne grosseur; elle offre un large pavillon, et son extrémité se trouve taillée en bec de flûte. Cet instrument une fois introduit dans la cavité que l'on veut explorer, le mode d'éclairage varie en raison de la situation des parties.

Pour l'urètre, il suffit de faire arriver sur la peau qui revêt sa portion ordinaire, un faisceau de rayon solaire, ou bien seulement la lumière qui provient de la flamme d'une lampe, d'une bougie; et la muqueuse offrant un aspect rose velouté lorsqu'elle est à l'état normal, vient successivement se montrer dans toute son étendue à l'extrémité de la canule à mesure qu'on l'enfonce ou qu'on la retire. On reconnaît avec la plus grande facilité la coloration rouge plus ou moins intense, qui est due à un état inflammatoire partiel ou général.

Pour explorer la vessie chez la femme, après avoir introduit un spéculum à valves dans le vagin, on dirige la lumière directe ou concentrée sur la paroi vésico-vaginale, et chez l'homme à l'aide du spéculum ani, sur la paroi recto-vésicale. Enfin pour les trajets fistuleux, les cavités sous-cutanées, on éclaire directement la peau qui les recouvre; si l'on veut explorer une cavité contenant un liquide, l'extrémité de la canule doit être fermée par une lame de verre simple ou bien donnant un certain grossissement.

M. Léon Rattier insiste sur ce point, qu'il faut toujours que l'extrémité de l'instrument soit immédiatement appliquée avec une certaine pression sur le point que l'on veut examiner.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 6 SEPTEMBRE 1843.

COUR D'ASSISES DE LA HAUTE-LOIRE. — *Empoisonnement. — Question importante de médecine légale.*

La Cour d'assises de la Haute-Loire vient de se trouver saisie d'une affaire d'empoisonnement qui a soulevé des questions de médecine légale du plus haut intérêt. Ces questions ayant été résolues en sens contraire par M. Barse, chimiste à Riom, et par Dupasquier, professeur de chimie à Lyon, la Cour a mandé M. Orfila pour départager ces experts. Voici le résumé des faits sur lesquels s'est fondée l'accusation.

Jean-Jacques Pouchon, cultivateur, veuf et père de plusieurs enfants, épousa, il y a vingt ans, Marie-Agnès Camus, alors âgée de dix-sept ans. Ils eurent huit enfants, dont trois seulement vivent encore. Des relations adultères s'étaient établies depuis douze ans et avaient continué presque sans interruption entre la femme Pouchon et André Rocher, teinturier, qui, de son côté, vivait séparé de sa femme et de ses trois enfants. Cette passion criminelle et devenue publique semblait prendre de jour en jour plus d'empire sur Marie Camus qui, depuis plusieurs années, ne dissimulait plus la répugnance que lui inspirait son mari, et ne craignait même point d'exprimer, en présence de témoins, la joie que sa mort lui ferait éprouver. Cependant, Pouchon, qui était depuis long-temps affecté d'une lésion cancéreuse de l'estomac, voyait sa santé aller en s'affaiblissant de plus en plus; bientôt des symptômes graves et alarmants se produisirent; des coliques, des vomissements, des douleurs d'entrailles se succédèrent avec une violence extrême, et, le 13 juillet 1842, le malheureux Pouchon s'alita pour ne plus se relever. Lorsqu'il rendit le dernier soupir, ses membres et ses doigts étaient tordus et contournés, signes manifestes des souffrances horribles qu'il avait endurées. Toutes ces circonstances, jointes à l'insensibilité révoltante de sa veuve, éveillèrent les soupçons, et à peine Pouchon eut-il fermé les yeux, que l'opinion publique murmura le mot d'empoisonnement et signala deux coupables, Marie Camus et André Rocher: tous deux furent arrêtés, et une instruction minutieuse commença.

Des perquisitions, faites au domicile des deux inculpés, amenèrent la saisie de divers objets parmi lesquels se trouvait une partie des matières vomies par Pouchon. Le cadavre fut exhumé, et deux hommes de l'art, M. Reynaud et Porral procédèrent à son autopsie. Rien dans les organes du défunt n'indiquait la présence ou le séjour d'un poison irritant; aussi les médecins émirent-ils l'opinion que, s'il y avait eu empoisonnement, il avait dû s'effectuer à l'aide d'un toxique dont la nature est d'agir par absorption. Du reste, en l'absence de toute lésion récente, ils reconnurent formellement l'impossibilité d'attribuer la mort de Pouchon à son ancienne maladie.

Les mêmes médecins furent appelés plus tard à procéder, conjointement avec M. Barse, chimiste à Riom, à l'analyse des matières organiques extraites du cadavre, des matières vomies par Pouchon et recueillies dans son domicile, de divers ingrédients saisis au domicile de Rocher et dont il faisait usage dans sa profession de teinturier. Ces opérations ont eu pour résultat la découverte d'une quantité notable de plomb dans les organes de Pouchon et dans les matières vomies par lui. Or, les préparations de plomb données à des doses plus ou moins fortes étant toutes vénéneuses, les trois experts ont déclaré que la mort devait être attribuée à un empoisonnement par l'une de ces substances, et leur rapport, corroboré par divers indices très graves, a décidé la mise en accusation de Marie Camus et de Rocher, celui-ci comme ayant fourni la substance vénéneuse, celle-là comme l'ayant administrée.

Devant la Cour, MM. Barse, Reynaud et Porral ont rendu compte des opérations dont ils ont été chargés, des expériences qu'ils ont faites pour s'éclairer, et ils ont déclaré persister dans les conclusions de leur rapport.

M. le docteur Dupasquier a contesté ces conclusions et les a fortement combattues. Ce savant distingué, qui, sur les questions délicates que soulève ce procès, a rédigé un mémoire tout à fait remarquable, a établi qu'il est dangereux de conclure à un empoisonnement par cela seul que l'on a trouvé du plomb dans les organes et les matières vomies par Pouchon, et que l'on a observé chez cet individu quelques-uns des symptômes qui se présentent dans les cas d'empoisonnement. A l'aide de recherches scientifiques fort étendues, il a prouvé que toutes les préparations de plomb ne sont pas vénéneuses; que le plomb trouvé par les premiers experts peut provenir de la potasse qu'ils ont employée dans leurs expériences, ou de plusieurs causes qu'il a énumérées. Il a soutenu que les symptômes observés pendant la maladie de Pouchon, s'ils sont ceux de l'empoisonnement sont aussi ceux d'une foule de maladies; que conclure à un empoisonnement à cause de ces symptômes, c'est conclure témérairement, et qu'il ne pourrait s'associer à une pareille opinion.

M. Orfila, ne connaissant que d'une manière vague les circonstances qui ont précédé et suivi la mort de Pouchon, a commencé par prier M. le président de vouloir bien lui faire connaître, en abrégé, les opinions émises par les divers experts déjà entendus, ainsi que les observations présentées par M. Dupasquier. Après avoir reçu ces renseignements, il s'est exprimé en ces termes:

« Appelé par le ministère public pour donner mon avis dans une affaire grave, où des experts habiles sont en dissidence, j'ai attentivement écouté leurs dépositions, et je puis parler de l'impression qu'elles ont produite sur moi. MM. Reynaud, Porral et Barse, chargés de l'analyse de plusieurs matières suspectes et des organes de Pouchon, après avoir vainement cherché des substances vénéneuses végétales et des préparations arsenicales, disent avoir retiré du plomb soit des organes du cadavre, soit des matières vomies par le malade. Leur travail ne laisse rien à désirer sous ce rapport et les résultats ne sauraient en être contestés, s'il est bien établi que le plomb obtenu ne provient pas des réactifs qu'ils ont employés. Mais il ne suffit pas d'avoir trouvé un composé de plomb dans les organes d'un cadavre et même dans les liquides vomis pour affirmer que la mort a été nécessairement occasionnée par ce composé. En effet, indépendamment de ce que je viens de dire concernant les réactifs, il ne serait pas impossible qu'un sel de plomb insoluble et non vénéneux eût été introduit dans l'estomac quelque temps avant la mort, ou que l'on eût administré comme médicament, et à une dose cependant incapable de développer des accidents fâcheux, un sel de plomb vénéneux. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'un savant estimable et consciencieux ait prêté à la défense l'appui de son talent et de son nom dans la cause qui fait l'objet de ces débats. Dans une affaire de cette gravité, c'est remplir une mission utile et honorable que de fournir à la justice et à MM. les jurés des éléments scientifiques qui amèneront nécessairement un examen plus approfondi de la question.

» Les circonstances qui ont précédé la mort de Pouchon sont-elles de nature à nous éclairer sur sa cause, et peuvent-elles, avec le concours des analyses faites au Puy, nous autoriser à conclure, avec MM. Reynaud, Porral et Barse, que cet homme a succombé à un empoisonnement par un composé de plomb? Pour arriver à la solution de cet important problème, je vais raisonner dans ces deux seules hypothèses qu'il soit possible d'adopter: 1° La mort de Pouchon est le résultat de la maladie à laquelle il était sujet depuis plusieurs années, et le plomb retiré de ses organes n'a contribué en rien à la produire; 2° Pouchon est mort empoisonné par une préparation de plomb. En suivant cette marche, je me trouverai naturellement conduit à examiner les objections de M. Dupasquier.

Première hypothèse. — La mort de Pouchon est le résultat de la maladie à laquelle il était sujet depuis plusieurs années, et le plomb dont on a constaté la présence dans les organes du cadavre et dans la matière des vomissements, peut provenir, soit de celui qui existe naturellement dans le corps de l'homme, soit d'une préparation de ce genre que l'on aurait ingérée après la mort, ou d'un médicament plombique administré au malade, soit d'un sel insoluble et non vénéneux qui aurait pu être introduit par mégarde dans l'estomac, soit enfin de quelques-uns des réactifs employés par les experts.

» Nous savons qu'au moment de sa mort cet homme était malade depuis quatre ans environ, et qu'il éprouvait de temps à autre des douleurs d'estomac, des vomissements très fréquents et des selles souvent sanguinolentes; mais nous savons aussi que, lorsqu'il a été atteint de la maladie qui l'a conduit au tombeau, il était assez bien portant depuis un mois ou six semaines, qu'il semblait reprendre des forces, et que trois jours avant sa mort, après avoir mangé de la salade, il fut pris de douleurs vives à l'épigastre, de vomissements noirâtres et abondants, de déjections alvines sanguinolentes, de convulsions, de contractions dans les membres, dans les mains et à la face, tout en conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Si l'on doit reconnaître qu'à la rigueur ces divers symptômes peuvent être exclusivement produits par la maladie dont Pouchon était affecté, maladie qui se manifestait en quelque sorte par accès, et qui, dans cette hypothèse, aurait été réveillée par l'ingestion d'une salade qu'il n'aurait pas digérée, toujours est-il que l'on explique aussi bien, sinon mieux, leur développement, en admettant qu'une substance irritante vénéneuse avait été mêlée à la salade.

» D'ailleurs, comme on va le voir, en écartant toute idée d'empoisonnement, on ne se rend pas facilement compte de la présence du plomb dans les tissus du cadavre et dans la matière des vomissements.

» Ce métal proviendrait-il par hasard de celui qui existe naturellement dans le corps de l'homme? Il est impossible de soutenir une pareille opinion, quoique je sois convaincu que nos organes contiennent au moins, dans beaucoup de cas, des proportions en général infiniment petites de cuivre et de plomb, et j'ai acquis cette conviction, parce que j'ai obtenu ces métaux dans plusieurs de mes recherches, et je me préoccupe peu de publications récentes qui tendent à infirmer cette manière de voir, parce que quelques faits négatifs, en supposant même exactes les expériences qui ont servi à les établir, ce que je ne crois pas, ne prouvent rien contre tant de faits positifs acquis à la science. Mais aussi, je sais qu'on n'obtient jamais à l'état métallique le cuivre et le plomb naturellement contenus dans le corps de l'homme en suivant le procédé qui a fourni une quantité notable du dernier de ces métaux aux experts du Puy. Il est d'ailleurs évident, dès que l'on a trouvé du plomb dans la matière des vomissements, que ce corps avait dû être ingéré. D'où il suit qu'il faut renoncer à expliquer la présence de ce métal dans les organes de Pouchon et dans les matières vomies par lui par le plomb dit *normal*.

» Serait-il plus raisonnable d'admettre qu'il faisait partie d'un composé plombique qui aurait été ingéré après la mort? Non, certes. Indépendamment des difficultés de plus d'un genre que l'on éprouve à introduire une substance vénéneuse dans le canal digestif d'un cadavre, n'est-il pas évident que l'on aurait dû trouver à l'ouverture du corps l'estomac ou le gros intestin remplis d'une dissolution plombique, ou tapissés par une grande quantité de sel de plomb vénéneux, si celui-ci eût été employé à l'état solide? Or, c'est ce qui n'a pas eu lieu. J'ajouterai encore qu'à coup sûr MM. Reynaud et Porral eussent été frappés de l'énorme différence d'aspect et de consistance qu'auraient présentée les divers organes de l'abdomen, et surtout les diverses parties du canal digestif, si une pareille ingestion eût été faite. Je répéterai d'ailleurs ce que je viens de dire à l'occasion du plomb naturellement contenu dans le corps de l'homme, savoir, que l'existence du plomb dans la matière des vomissements est une preuve certaine de l'introduction d'un composé plombique pendant la vie.

» Le plomb obtenu par les experts du Puy aurait-il été administré à Pouchon sous forme de médicament? S'il en était ainsi, cet homme, dira-t-on, pourrait n'être pas mort empoisonné, et la médication plombique expliquerait à elle seule tous les résultats chimiques de l'expertise. Mais cette hypothèse ne soutient pas le plus léger examen. Quel serait en effet l'homme, et surtout le médecin, capable de garder un silence coupable en présence de deux accusés qu'un seul mot arracherait probablement aux poursuites dont ils sont l'objet?

» Le plomb, a-t-on dit, peut provenir d'un sel de ce métal, insoluble et non vénéneux, qui aurait été mêlé par mégarde à la salade ou à tout autre mets mangé par Pouchon; dans ce cas, on conçoit que le malade ait succombé à l'affection dont il était atteint, et que le plomb retiré provienne, non pas d'un poison plombique qui aurait été donné dans le dessein de déterminer la mort, mais bien d'un composé de plomb inerte qui se serait trouvé accidentellement mêlé aux aliments.

» Quelque invraisemblable que soit ce fait, je suis obligé d'en admettre la possibilité, et de reconnaître qu'il constitue une objection sérieuse contre les conclusions affirmatives des experts du Puy. Je dis que le fait est invraisemblable, parce que les sels de plomb non vénéneux et non susceptibles de le devenir dans l'estomac, à l'exception du chromate et de l'iodure qui sont jaunes, et du sulfate, ne se débitent pas dans le commerce, et ne se trouvent même pas dans les pharmacies, attendu qu'ils ne sont employés ni dans les arts, ni en médecine. Mais, dira-t-on, peu importe l'invraisemblance dès que la chose est possible, et si la science ne peut pas résoudre cette difficulté, l'avantage doit en être acquis à la défense.

» Pour éclairer cette question difficile, j'établirai d'abord que les composés de plomb insolubles non vénéneux sont de deux ordres: les uns ne subissent point d'altération sensible dans le canal digestif, ne sont point absorbés, ou ne le sont que très difficilement, et sont à peu près inertes; les autres sont altérés par les sucs de l'estomac, et transformés en sels solubles qui sont absorbés et agissent à la manière des poisons. Je ne trouve dans le rapport des experts du Puy aucun moyen de déterminer à laquelle de ces deux catégories aurait pu appartenir la préparation insoluble; il m'est dès-lors impossible de me prononcer sur la valeur de l'objection. Peut-être pourrait-on lever tout doute à cet égard en analysant de nouveau, et par d'autres moyens que ceux qui ont été mis en usage, ce qui reste de la matière des vomissements; peut-être si cette matière n'a pas subi, depuis le temps qu'elle est conservée, une altération grave dans sa nature qui ait modifié le composé plombique qu'elle renferme, parviendrait-on à savoir si la préparation de plomb ingérée était ou non vénéneuse.

» Quoi qu'il en soit, je le répète, dans l'état de la question, tout en regardant l'opinion émise par le docteur Dupasquier comme peu vraisemblable, je dois cependant me tenir dans une sage réserve, et ne pas affirmer qu'elle est erronée. Je me demanderai enfin si le plomb obtenu par les experts du Puy n'aurait pas fait partie de quelques-uns des réactifs employés par eux, et notamment de la potasse qui en contient quelquefois. Tout porte à croire qu'il n'en est pas ainsi, ces messieurs n'ayant pu découvrir la moindre trace de ce métal en opérant de la même manière, et avec les mêmes réactifs, sur les organes d'un individu qui n'était pas évidemment mort empoisonné. Ici une expérience fort simple dissipera tous les doutes, puisqu'une partie des mêmes réactifs a été déposée entre les mains du ministère public.

» Quelle conséquence tirer de tout ce qui précède quant à la première hypothèse? C'est que si Pouchon a succombé à la maladie dont il était atteint, il faut nécessairement admettre que le plomb provenait des réactifs, ou bien que Pouchon avait avalé un de ces sels insolubles de plomb qui ne sont pas vénéneux, qui ne le deviennent pas dans le canal digestif, et qui sont tellement rares qu'on n'en trouve même pas dans les laboratoires des chimistes. MM. les jurés verront si cela est probable; pour moi, je ne le pense pas.

Deuxième hypothèse. — Pouchon est mort empoisonné par une préparation de plomb.

» On sait que les émanations saturnines et divers composés de plomb employés à petites doses, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, donnent lieu à des maladies graves différentes de celle que paraît avoir éprouvé Pouchon, telles que la colique des peintres, l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalopathie. Mais il est également avéré qu'à fortes doses, les sels solubles de plomb déterminent des douleurs vives, des évacuations abondantes par haut et par bas, et d'autres symptômes analogues à ceux qui ont été observés dans l'espèce. Cela étant, quoi de plus facile à expliquer que la mort de cet homme et les diverses circonstances qui l'ont accompagnée ou suivie? Supposons, en effet, que l'on ait mêlé à la salade de l'acétate de plomb, sel que l'on se procure avec la plus grande facilité. Pouchon, qui depuis quelque temps était assez bien portant, mais qui cependant était assez prédisposé à éprouver des accidents gastriques, aura tout à coup ressenti les funestes effets du poison ingéré: la matière des vomissements aura dû contenir de l'acétate de plomb, une portion de ce sel aura été absorbée, et, après la mort, on aura dû retirer du plomb, soit du canal digestif, soit des organes où le sel avait été porté pendant la vie. C'est précisément ce qui a eu lieu dans l'espèce.

» M. Dupasquier, s'appuyant sur un travail que j'ai publié en 1838, a objecté que si la mort eût été occasionnée par un sel de plomb soluble et vénéneux, les médecins chargés de l'ouverture du cadavre auraient trouvé dans l'estomac une série de points d'un blanc mat, tantôt réunis dans le sens de la longueur et formant des espèces de traînées sur les plis de la membrane, tantôt disséminés sur toute la surface du tissu; et il a conclu, de ce qu'il n'en avait pas été fait mention, qu'ils n'existaient pas, et dès lors qu'il n'y avait pas eu empoisonnement par un sel plombique. Assurément, je ne viendrai pas ici donner un démenti à une opinion que j'ai déjà émise d'après des expériences exactes; loin de là, je soutiendrais que l'altération dont il s'agit est un fait constant dans l'intoxication plombique. Mais, Messieurs, j'ai ajouté que, lorsque la mort n'était arrivée qu'au quatrième jour, ces points blancs étaient moins nombreux, et qu'on ne pouvait les voir qu'à l'aide d'une loupe; ou bien qu'il fallait, pour en constater la présence, arroser la surface interne de l'estomac avec de l'acide sulfhydrique. Ces points blancs, ai-je dit, sont décomposés ou absorbés avec le temps, et finissent par ne plus laisser de traces de leur existence.

» Serait-il donc extraordinaire que chez Pouchon, qui n'est mort qu'à la fin du troisième jour, lorsque déjà ces points blancs pouvaient avoir été en grande partie décomposés ou absorbés par un acte vital, il n'y eût aucun vestige de cette altération visible à l'œil nu? Je ne saurais, par conséquent, trouver dans l'absence de cet état granuleux un argument sérieux contre l'empoisonnement par un sel plombique.

» En résumé, s'il m'était démontré que les réactifs employés ne contenaient pas de plomb, et que Pouchon n'avait pas pris un sel de plomb insoluble, non vénéneux, et ne pouvant pas le devenir dans le canal digestif, j'affirmerais qu'il est mort empoisonné.

» Les dépositions que je viens d'entendre n'ayant pas levé tous mes doutes à cet égard, ma conclusion ne saurait être affirmative.

» Toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit, le fait de l'ingestion d'un sel de plomb non vénéneux et non susceptible de le devenir dans l'estomac, étant on ne peut plus invraisemblable, je regarderai l'empoisonnement comme étant excessivement probable, si le plomb n'a pas été fourni par les réactifs.

» La science, en allant au-delà, pourrait être taxée d'imprévoyance et de témérité; en restant dans les bornes que je viens de lui assigner, elle fournit aux débats un élément important dont la portée n'échappera pas à MM. les jurés. »

Après cette déposition, les questions suivantes ont été adressées à M. Orfila.

« *M. le Président.* Il paraîtrait qu'en février 1841, dix-huit mois avant la mort de Pouchon, le docteur Porral aurait prescrit à cet homme plusieurs lavements contenant des quantités notables d'acétate de plomb : pensez-vous que le plomb trouvé par les experts après la mort de Pouchon puisse provenir de l'acétate pris sous forme de lavement à l'époque indiquée?

» *M. Orfila.* Non, monsieur le président. Voici ce qui a dû se passer : une grande partie des lavements a été rejetée presque immédiatement par les selles; j'admets qu'une autre portion ait été absorbée, et même qu'une partie ait été combinée avec les tissus des intestins. Nous savons, à ne pas en douter, que les poisons absorbés ou combinés avec nos tissus ne tardent pas plus de quelques jours à être éliminés par les voies excrémentitielles, et notamment par l'urine. Il est donc certain qu'au bout de quinze ou vingt jours, il ne devait plus rester aucune trace du plomb introduit sous forme de lavement; à plus forte raison, ne devait-il pas en rester dix-huit mois après. Mais j'irai plus loin, et je supposerai, ce qui est inadmissible, qu'à l'époque de la dernière maladie de Pouchon, le canal digestif contînt encore une partie de plomb qui entrait dans la composition des lavements, à coup sûr le plomb trouvé dans la matière des vomissements ne pouvait pas provenir de ces lavements, car on ne vomit jamais un poison absorbé ou combiné avec nos tissus. Je sais qu'on a dit que, dans certains cas, les matières fécales étaient vomies, et que par conséquent, dans l'espèce, le plomb vomi pouvait bien provenir de celui qui avait été donné en lavement; mais on aurait dû savoir que les matières contenues dans les intestins ne sont vomies que dans certaines affections qui n'existaient pas chez Pouchon; ces affections sont : la hernie étranglée, l'iléus et l'étranglement interne. D'ailleurs, en admettant encore que, par des motifs inconnus, une partie du lavement eût été rejetée par le vomissement, c'eût été en février 1841, peu après avoir pris le lavement, que ce vomissement aurait eu lieu, et non dix-huit mois après.

» *Me Richond.* Si, plusieurs jours avant sa mort, Pouchon eût pris des doses faibles d'acétate de plomb, ne pourrait-on pas expliquer par là tous les faits de la cause?

» *M. Orfila.* Sans doute, j'ai dit dans ma déposition qu'il serait impossible de reconnaître, dans l'espèce, si l'acétate de plomb avait été donné en une seule fois et à forte dose, ou comme poison, ou bien s'il avait été administré à plusieurs reprises et à des doses faibles comme médicament; mais j'ai dit aussi combien il était difficile d'admettre qu'un médecin eût fait usage d'un médicament plombique sans qu'on en eût connaissance.

» *M. Dupasquier.* M. Orfila n'a-t-il pas dit dans son Mémoire publié en 1838, que les sels de plomb se combinaient avec les tissus, et formaient un composé d'un blanc grisâtre, que les médecins chargés de faire l'ouverture du cadavre auraient dû apercevoir, et dont pourtant ils n'ont fait aucune mention? Or, ce composé persiste pendant plusieurs jours, et s'il n'a pas été vu par les docteurs Reynaud et Porral, c'est qu'il n'existait pas.

» *M. Orfila.* En effet, j'ai donné comme un fait constant de l'empoisonnement par les sels de plomb, l'altération granuleuse dont parle M. Dupasquier; mais j'ai ajouté que cette altération disparaissait au bout de quelques jours, et que, dans les expériences, elle n'était plus visible à l'œil nu quatre jours après l'ingestion du sel de plomb. Or, Pouchon a vécu au moins trois jours, et ne voit-on pas que déjà, à l'époque où il est mort, l'altération granuleuse dont il s'agit pouvait avoir disparu en entier? On ne saurait donc argumenter de l'absence de cette altération pour établir que l'empoisonnement n'a pas eu lieu. »

Conformément à la proposition faite par M. Orfila, la Cour a ordonné que MM. Reynaud, Porral, Barse, Dupasquier et Orfila, seraient chargés de vérifier si la potasse employée par les experts du Puy contient du plomb, et de déterminer si la matière des vomissements renferme un sel de plomb soluble. L'examen analytique de ces substances terminé, M. Orfila a fait connaître les résultats obtenus; il a déclaré que les matières vomies par Pouchon contenaient du plomb en assez grande quantité; toutefois, il a été impossible, vu l'état de ces matières, de décider si ce plomb avait été pris à l'état de sel soluble ou de corps insoluble.

M. le président lui ayant demandé de faire connaître, en rapprochant les données scientifiques des faits du procès, les conclusions que l'on peut tirer de l'existence de ce plomb dans les organes de Pouchon et les matières vomies, il a répondu qu'il concluait, de la manière la plus affirmative, que l'empoisonnement de Pouchon est un fait excessivement vraisemblable, et il a ajouté qu'il se servirait d'un terme plus expressif encore s'il le connaissait.

Les autres experts, successivement appelés, ont adopté les conclusions de M. Orfila, à l'exception cependant de M. Dupasquier, qui, moins affirmatif que ses collègues, a maintenu ses conclusions, en soutenant que, quoique l'empoisonnement soit vraisemblable, il n'est pas néanmoins scientifiquement constaté.

Après le réquisitoire de M. le procureur du roi, les plaidoieries des défenseurs et le résumé de M. le président, le jury a rendu un verdict affirmatif sur toutes les questions qui lui ont été soumises.

En conséquence, les deux prévenus ont été condamnés à la peine de mort.

La *Gazette des Tribunaux*, à laquelle nous empruntons tous ces détails, a soin d'embellir son récit de fades adulations pour M. Orfila, et cherche à le poser de nouveau comme un *prince de la science*, ainsi que d'autres plumes courtisanesques l'avaient fait dans une circonstance judiciaire dont personne n'a encore oublié les dramatiques incidents. Mais nous, qui nous faisons un point d'honneur d'être vrais avant tout, et de ne flagorner personne, nous devons déclarer que nous voyons avec peine le ton d'assurance et de positivisme qu'a pris M. Orfila dans une question aussi ardue que celle dont il s'agit ici, alors qu'il y avait deux têtes mises en jeu, et qu'un homme aussi grave et aussi distingué en chimie que l'est M. le docteur Dupasquier, lui donnait l'exemple de s'arrêter dans le doute.

Il serait temps que les tribunaux ouvrissent les yeux sur le danger des expertises de ce genre, où une foi aveugle dans les lumières d'un seul homme peut amener de déplorables résultats. Attendra-t-on qu'une erreur judiciaire bien démontrée donnât lieu à d'irréparables regrets, pour se garder de cet entraînement de commande qui, dans l'espèce, devient véritablement criminel. La vie d'un homme ne devrait en aucun cas dépendre de la langue dorée d'un courtisan; il y a assez de *prince* partout pour que l'on puisse se dispenser d'en créer dans la science, et surtout dans la *médecine légale!!!*

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Entéro-colite. Dysenterie légère. Quelques symptômes douteux de fièvre typhoïde. Bronchite.

Au nº 11 de la salle Saint-Jean, est entré, le 15 avril, un enfant âgé de neuf ans, le nommé Célestin Lefèvre, né à Paris.

D'une assez faible constitution, cet enfant est cependant ordinairement bien portant; vacciné, non variolé; il a été atteint de la rougeole il y a deux ans environ; cette affection a été bénigne et ne paraît pas avoir duré long-temps. Il est actuellement malade depuis quinze jours environ. Il a été pris, sans cause connue, d'une diarrhée peu abondante d'abord, qui a depuis été toujours en augmentant. Sentiment de faiblesse, de courbature; malaise général. Quelques étourdissements. Ni nausées, ni vomissements. Ventre un peu douloureux depuis le commencement de la maladie. Le malade, sans observer une diète complète, a cependant réduit considérablement la quantité de ses aliments.

Etat du malade le jour de l'entrée à l'hôpital :

Visage assez pâle, un peu défait. Peau de chaleur un peu plus que normale, sans sueur ni sécheresse anormales. Pouls à 92-96, peu développé, non redoublé. Céphalalgie peu intense, sans étourdissements ni tournoiements de tête. Pas d'épistaxis. La diarrhée continue, trois à quatre selles par jour, liquides. Ventre douloureux à la pression dans le flanc gauche, où l'on détermine un gargouillement bien manifeste. Ni taches, ni sudamina sur la peau du thorax ou de l'abdomen. Pas d'appétit; soif assez vive. Langue blanche, saburrale, piquetée de rouge à son milieu. Eau de riz; sirop de coings; lavements amylacés, diète; cataplasmes sur le ventre.

Le 17 avril, à peu près même état que la veille. Langue toujours saburrale, un peu rouge à la pointe et sur les bords. Anorexie. Soif assez modérée. Persistance de la diarrhée, et des douleurs abdominales, mais seulement à la pression. Ni taches, ni sudamina. Pouls toujours à 92, petit, non redoublé; peau chaude, sèche. Lavements émollients amylacés; cataplasmes sur le ventre; diète.

Le 19, le petit malade va beaucoup mieux. Le dévoiement est presque complétement arrêté. Les douleurs de ventre ont également diminué, sans que cependant le ventre cesse d'être un peu sensible à la pression du flanc gauche, où l'on constate encore un peu de gargouillement. Même état de la langue. Inappétence. Soif modérée. Ni nausées, ni vomissements. Même traitement. Deux bouillons; lavements laudanisés.

Le 21, la diarrhée est complétement arrêtée, et le malade ne va plus à la selle qu'une fois dans les vingt-quatre heures. Le ventre continue à être toujours douloureux à la pression, non-seulement dans la région de l'S iliaque du colon, mais encore dans la région iléo-cœcale. Un peu de céphalalgie; le malade dit se sentir un peu étourdi quand il se met à son séant. Pas d'appétit. *Idem.* Diète.

Du 21 au 26, il ne survient pas beaucoup de changements dans l'état du malade, chez lequel persistent toujours à peu près les mêmes symptômes. Mais le 26, les douleurs de la région iléo cœcale augmentent; les étourdissements, la céphalalgie redoublent; anorexie; soif vive; peau chaude, sèche; pouls à 96 100, non redoublé, petit, peu développé. Pas d'épistaxis. La diarrhée n'a pas reparu. Cataplasmes; lavements émollients; diète.

Le 28, insomnie et un peu d'agitation, sans délire cependant. Peau chaude, sèche. Pouls à 100-104. Langue sèche, blanche à la base, rouge à la pointe et sur ses bords. Persistance de la douleur de ventre dans les points indiqués plus haut, plus forte à la pression. Pas de taches ni de sudamina. *Ut suprà.* Diète.

Le 29, l'état du malade n'a pas sensiblement changé depuis hier. Mais il tousse un peu depuis la nuit dernière. Pas de mal de gorge. Résonnance et respiration bonnes en avant dans toute l'étendue de la poitrine. En arrière, la résonnance est également bonne, mais la respiration est accompagnée d'un râle sibilant et sonore grave plus fort au sommet du poumon qu'à la base. On entend plutôt à la base quelques bulles de râle muqueux disséminées, peu abondantes. Pouls toujours à 104, non redoublé, petit, peu développé. *Ut suprà.* Cataplasmes sur le ventre. Julep gommeux. Diète.

Le 1er mai, le petit malade dit se sentir mieux, quant aux douleurs de tête et de ventre. Persistance des étourdissements et de la céphalalgie. Un peu d'agitation sans délire. Pouls à 96-100. Peau de chaleur à peu près normale, un peu moite. Un peu de toux sans expectoration. Résonnance et respiration comme avant hier. Solution de sirop de gomme. Deux bouillons. Cataplasmes.

Le 3, l'amélioration a fait encore des progrès depuis deux jours. Le ventre est presque indolent à une pression modérée. La diarrhée n'a pas reparu depuis long-temps déjà. L'appétit commence à revenir un peu. Soif très modérée. Chaleur de la peau normale. Pouls à 80-84. Un peu de toux encore, mais sans expectoration. Résonnance et respiration bonnes partout. Mêmes boissons. Deux bouillons. Un potage.

A partir de cette époque, la convalescence marche très rapidement. En moins de huit jours, l'enfant auquel on a progressivement augmenté la dose des aliments, commence à reprendre quelques forces. Le visage est moins pâle que lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Pas de toux. Respiration bien libre. Guérison complète.

— Cette observation nous a semblé pouvoir donner lieu à quelques remarques assez intéressantes sous le rapport de la marche de la maladie, de la complication de quelques symptômes douteux qui ont fait craindre pendant quelques jours le développement d'une fièvre typhoïde, enfin sous celui du traitement, qui a dû, vu les circonstances du cas, être tout à fait différent de celui qui eût été mis en usage si le sujet se fût trouvé dans d'autres conditions.

L'affection par laquelle a débuté la maladie n'était autre chose qu'une entéro colite, comme on a pu s'en convaincre par l'examen des phénomènes que l'on a été à même d'observer. Une diarrhée qui a duré plus de quinze jours, et qui au moment de l'entrée de l'enfant à l'hôpital l'avait réduit à un état inquiétant de faiblesse et de maigreur, est le principal symptôme auquel on a pu tout d'abord reconnaître l'existence d'une inflammation du gros intestin. Si, dans quelques cas, la fièvre typhoïde commence par de la diarrhée, c'est que probablement alors, à l'inflammation de la muqueuse intestinale de la dernière portion de l'iléon, et aux autres altérations soit générales, comme l'altération du sang, soit locales, qui peuvent déterminer la production des phénomènes typhoïdes, probablement alors à ces lésions principales vient s'en ajouter une autre, l'inflammation de la muqueuse qui tapisse le gros intestin; dans le cas particulier qui nous occupe, ce n'a pas été au moins début la colite qui a été la complication; c'était elle au contraire qui constituait la maladie principale.

Ce n'est que les jours suivants, lorsque déjà la diarrhée fut arrêtée depuis quelque temps, et que le malade semblait devoir reprendre ses forces et marcher vers une convalescence rapide, que des symptômes sont survenus du côté de l'abdomen et des fonctions digestives, qui ont pu faire craindre pendant quelques jours qu'une fièvre typhoïde ne se développât et ne vînt aggraver beaucoup l'état de l'enfant, vu les conditions peu favorables dans lesquelles il se trouvait. Ainsi, la douleur abdominale qui pendant les premiers jours avait été fixée dans le flanc gauche, et correspondait à la région de l'S iliaque du colon, douleur qui, pour le dire en passant, n'existait aussi qu'à une assez forte pression, et ne tourmentait pas le malade d'une manière trop intense, la douleur abdominale devint de plus en plus violente, se fixa dans les deux flancs, particulièrement dans la région iléo-cœcale. Le gargouillement qui avait été assez léger pendant les premiers jours, devint plus distinct, plus étendu. C'est, du reste, un signe qu'il ne faudrait pas toujours considérer comme exclusivement propre à la fièvre typhoïde et caractéristique de cette affection. Il peut très bien se rencontrer chez les individus affectés d'une simple entéro-colite, et même chez ceux qui, n'ayant aucune lésion morbide du côté de l'intestin, ont pris un lavement quelque temps avant le moment où l'on fait l'exploration. Aussi, est-il toujours nécessaire quand on pratique l'examen d'un malade, et que l'on constate du gargouillement dans l'un des deux flancs, de s'informer si l'on ne trouve que ce symptôme sans douleur à la pression de la région correspondante; de s'informer, dis-je, si le malade n'a pas pris de lavement depuis quelque temps; cas auquel on pourrait être induit en erreur, et attribuer à l'affection intestinale un phénomène qui en serait tout à fait indépendant.

Il n'y eut, pendant toute la durée de l'affection, ni nausées, ni vomissements, symptômes assez fréquents au début de l'affection typhoïde, mais dont l'absence s'explique facilement par la forme dysentérique par laquelle elle débuta. Or, si les nausées et les vomissements sont des symptômes desquels on doive tenir compte, leur absence est un signe négatif que l'on doit prendre en considération, sans que nous voulions cependant leur attribuer une valeur plus grande qu'on ne doit raisonnablement le faire. Nous expliquerons de même, par la forme d'entéro-colite pure et simple qui se montra la première dans le cas qui nous occupe, l'absence des étourdissements et des tournoiements de tête, des bourdonnements et des tintements d'oreilles, qui ne furent notés que dans les derniers temps, à une époque où l'affection primitive avait cédé la place à celle que nous avons cru devoir désigner sous le nom de symptômes douteux de fièvre typhoïde. Il en fut de même enfin des épistaxis, qui ne furent observés à aucune époque de la maladie.

Les taches et les sudamina méritent une attention particulière. Les sudamina, quoiqu'en aient pensé certains auteurs des plus recommandables, ne paraissent que dans les affections où les malades ont éprouvé des sueurs abondantes. Elles sont le résultat, non d'une affection particulière, non d'une forme particulière de telle ou telle maladie, mais d'un symptôme, l'état sudoral, commun à beaucoup d'affections diverses. La chose est si vraie, que l'on observe des sudamina chez les rhumatisants, chez les pneumoniques, tout comme chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, dès qu'ils ont éprouvé des sueurs abondantes et long-temps prolongées. Or, dans le cas particulier dont nous avons plus haut donné l'histoire, on a toujours trouvé la peau sèche, ou du moins d'une très légère moiteur, soit que la chaleur fût normale, ce qui est arrivé le plus souvent, soit qu'elle fût un peu plus que normale, sans cependant être excessive.

On n'a trouvé sur la peau de l'abdomen et sur celle de la base de la poitrine, ni taches rosées lenticulaires, ni papules, éruptions qui se rencontrent souvent dans l'affection typhoïde. Mais nous ferons observer que ces taches et papules ne se développent jamais au commencement des maladies de ce genre; ce n'est guère qu'au moment où commence la seconde période, et surtout à la fin de la seconde et au commencement de la troisième que l'on peut constater cette éruption. Or, dans ce cas, les symptômes typhoïdes ont été si peu intenses et ont eu une durée si courte, que l'on s'explique facilement l'absence de l'éruption caractéristique.

Encore un mot sur les symptômes avant de nous occuper du traitement. Le pouls était peu fréquent, 92, le jour de l'entrée et les deux jours qui ont suivi; mais il était petit, peu développé, par suite de l'état d'épuisement dans lequel avaient jeté l'enfant quinze jours de maladie. Ce ne fut qu'au moment où, la diarrhée étant complétement arrêtée, survinrent les phénomènes abdominaux qui firent craindre le développement de l'affection typhoïde, que le pouls s'éleva, mais sans jamais dépasser le chiffre de 104-108 par minute; il ne fut non plus redoublé comme il l'est souvent dans les affections de ce genre. Disons ici, en passant, que nous avons rarement trouvé le pouls redoublé chez les enfants; cette disposition paraît être beaucoup plus commune chez l'adulte, en supposant que l'on fasse les recherches chez des individus jeunes ou adultes affectés de maladies semblables.

Pendant les premiers jours, l'on n'avait rien observé du côté des voies respiratoires. Ce ne fut que plus tard que la toux survint; la résonnance resta bonne, mais la respiration s'accompagna de râles sibilants et muqueux dans presque toute l'étendue des deux poumons en arrière. La complication d'une bronchite eût pu devenir une chose grave, si l'affection du tube digestif eût suivi elle-même une marche inquiétante. On sait en effet que, souvent, dans les cas qui se terminent d'une manière funeste, c'est presque autant par le poumon que succombe l'individu que par la maladie principale, et l'altération du sang, si manifeste dans la fièvre typhoïde, n'est pas une des

causes qui agissent le moins sur la marche de l'inflammation de la muqueuse bronchique, en l'aggravant par la congestion qu'elle détermine forcément, ou du moins qu'elle favorise dans l'appareil respiratoire. Dans le cas qui fait le sujet de cet article, la phlegmasie bronchique fut peu intense, et céda promptement à l'emploi d'un régime doux et de boissons émollientes.

Quel est le traitement qui fut mis en usage ? Il fut extrêmement simple, comme on a pu le voir. On se borna, dans le traitement de l'entéro-colite, à employer en boissons l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coings, l'un des astringents les plus doux et les plus innocents, et la diarrhée au bout de quelques jours de l'emploi de cette tisane finit par céder. Des cataplasmes de farine de lin sur l'abdomen, des lavements amylacés d'abord, puis laudanisés, telle fut toute la thérapeutique à l'aide de laquelle on combattit et avec succès l'inflammation de la muqueuse du gros intestin.

Quand, plus tard, survinrent les symptômes typhoïdes, quelle devait être la médication indiquée? La méthode antiphlogistique était ici tout à fait hors de cause pour plusieurs raisons. D'abord la réaction inflammatoire générale était trop peu de chose pour que l'on pût songer à des saignées générales ; les phénomènes locaux n'étaient pas non plus assez intenses pour nécessiter l'emploi des ventouses ou des sangsues. Puis, le sujet était trop affaibli, trop détérioré par la maladie pour que l'on pût y recourir, lors même qu'on les aurait jugées nécessaires.

Les purgatifs étaient également contre-indiqués, la crainte subsistant toujours de voir reparaître la diarrhée si l'on mettait en contact avec la muqueuse de l'intestin la moindre substance irritante. Et l'on peut se figurer, d'après l'état d'affaiblissement dans lequel se présenta le sujet à notre observation, quels eussent été les désordres produits si l'on eût employé des moyens qui l'eussent fait reparaître.

Les toniques semblaient aussi devoir être rejetés, puisque les conditions d'adynamie et de septicité auxquelles ils sont ordinairement opposés, n'existaient point dans le cas actuel. Il fallait donc, et c'est ce qui fut fait, se réduire à la médication expectante, à un traitement négatif, qui, par cela même qu'il consiste en boissons délayantes et en cataplasmes, se rapproche un peu du taaitement antiphlogistique, si par ce mot nous entendons un traitement à l'aide duquel on combat l'état inflammatoire des parties malades. Du reste, nous devons dire, et la lecture de l'observation l'a prouvé bien manifestement, que ce traitement fut suivi d'un succès rapide, dû sans doute un peu aussi au défaut d'intensité très grande de la maladie.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Colique saturnine; ictère; guérison prompte par les lavements purgatifs. Anémie pendant la convalescence.

Joseph Hecquet, âgé de trente et un ans, peintre en bâtiments, grand, bien musclé, cheveux châtains, peau blanche, jouit habituellement d'une bonne santé, n'a jamais eu qu'une seule maladie qui survint il y a six ans, après un refroidissement, le corps étant en sueur; mais dont il a oublié toutes les particularités. Alité dans le principe, une saignée au début, plusieurs purgatifs; amaigrissement, santé chancelante pendant un an; puis enfin toute indisposition disparut, et l'embonpoint revint.

Peintre depuis quatre ans, cet homme n'a jamais eu d'affection saturnine. Il assure mener une vie régulière, ne pas s'adonner aux excès alcooliques; se nourrit convenablement, se lave soigneusement les mains avant chaque repas, la bouche et le visage une fois au moins par jour.

Les 4 et 5 juillet 1843, il travaillait au milieu d'une atmosphère de poussière provenant de grattages exercés sur des murailles peintes au blanc de céruse.

Le 6, céphalalgie, diminution de l'appétit, malaise général, courbature.

Le 8, anorexie, constipation; sentiment de brisement dans tous les membres, enfin quelques légères coliques. Il reste néanmoins à l'œuvre jusqu'à la fin du jour. La nuit, augmentation des douleurs; pas de sommeil.

Le 9, il prend un purgatif à l'huile de ricin, qui est rendu par le vomissement, et ne provoque pas de garderobes. Deux lavements de têtes de pavots restent sans effet.

Entré le 10 à l'hôpital Beaujon, nº 6, service de M. Martin-Solon.

Le 11, le malade se trouve dans l'état suivant :

Décubitus dorsal; très légère teinte ictérine à la face, avec coloration rosée sur les joues; peau blanche sur toutes les autres parties du corps. Sclérotiques faiblement colorées en jaune. Physionomie triste, exprimant la douleur; anxiété. Ni céphalalgie, ni étourdissements. Tous les sens à l'état normal. Langue grise, liseré bleuâtre, peu marqué seulement sur le bord des gencives qui correspondent à la canine droite supérieure et à la deuxième incisive supérieure gauche. Bouche amère, sèche, sécrétion salivaire diminuée; haleine fétide, soif vive; anorexie. Pas de nausées, pas de vomissements. Ventre de forme normale; constipation depuis le 7. Douleur sourde, continue, occupant les régions hypogastrique et épigastrique; mais plus vive dans la première, s'exaspérant fréquemment, et se traduisant alors par une sensation de chaleur brûlante, qui s'étend de l'hypogastre à l'épigastre. En même temps que les exacerbations, autre douleur qui descendant le long des aines et suivant le trajet des cordons spermatiques, s'étend jusqu'aux testicules, et ne peut être définie par le malade autrement que par l'expression de *sensation de besoin d'uriner*. Les exacerbations sont plus fréquentes, plus intenses la nuit que le jour; elles causent une grande agitation, de changements fréquents de position. Le malade se soulage en se comprimant l'abdomen avec les mains, en se couchant à plat-ventre. Dans les intervalles, au contraire, toute espèce de pression est douloureuse; légère ou forte, exercée avec l'extrémité des doigts ou avec la main.

Testicules et verge flasques. Pas de cuisson lors de l'émission des urines; celles-ci, acides, légèrement orangées, déposant une faible proportion d'acide rosacique.

Palpitations nulles; mais il y en eut le 7 et le 8. Pas de bruit anormal à la région précordiale, ni dans les carotides, ni dans les sous-clavières. Pouls à 68, régulier, consistant; chaleur naturelle. Insomnie.

Aucune douleur dans les membres; sentiment de courbature moindre que les jours précédents. Limonade sulfurique, deux lavements purgatifs, composés; diète.

Le 12, face très-calme; gaieté; coliques à peine notables; exacerbations peu dignes d'être mentionnées; ventre presque insensible à la pression; pas de selles. La douleur qui suit le cordon spermatique ne dépasse pas l'anneau inguinal. Quelques palpitations; battements du cœur irréguliers, inégaux; pouls de même, tantôt faible, tantôt fort, tantôt à 74, tantôt à 64, puis à 60 pulsations; sommeil satisfaisant. Trois lavements purgatifs composés; bain sulfureux; cataplasme sur le ventre. Le reste idem.

Le 13, le bain n'a produit sur la peau qu'une très légère couche de sulfure de plomb.

Coliques à peu près nulles; pas d'exacerbations; une garderobe liquide. L'appétit venait; palpitations assez fortes lors des mouvements au lit, et surtout quand le malade se lève. Toujours absence de bruit de souffle à la région précordiale et dans les artères. Même irrégularité, même inégalité dans les battements du cœur et les pulsations artérielles. Deux lavements purgatifs; bain alcalin; deux potages.

Le 14, ventre indolent, même à la pression; deux selles féculentes; urine citrine, jumenteuse, sans dépôt d'acide rosacique.

Sentiment de faiblesse générale assez prononcée; un peu de pesanteur de tête, mais sans battements aux tempes. Bruit du cœur nets et réguliers; bruit de souffle couvrant le premier bruit artériel, très-fort dans la sous-clavière gauche, d'intensité modérée dans la carotide du même côté; dans les mêmes artères à droite, premier bruit seulement un peu obscur. Trois lavements purgatifs, deux potages.

Le 15, deux garde robes; pas de palpitations; susurrus très-fort, intermittent, dans les artères carotides et sous-clavières gauches; très-léger souffle au premier bruit dans ces artères à droite; battements du cœur irréguliers; pouls variant dans le même rapport : 68, 64, puis 56 pulsations. Deux lavements purgatifs, demi-portion.

Le 16, quelques légères coliques la nuit; trois garde-robes liquides; pouls à 64, très-régulier; susurrus et souffle artériel moins prononcés. Même prescription.

Le 17, la face est très-légèrement colorée en rose, et a perdu sa teinte jaune, ainsi que les sclérotiques; encore un peu de faiblesse, mais néanmoins bien-être général. De temps en temps, palpitations lorsque le malade monte les escaliers; très-faible souffle dans les deux carotides, pendant le premier bruit à gauche, à droite avant ce bruit qui semble décomposé en deux temps, par un très-petit silence entre le bruit de souffle et le bruit normal, presque nul dans la sous-clavière droite; c'est un véritable bruit de forge dans la sous clavière gauche; pouls et battements du cœur comme la veille.

Le malade demande à quitter l'hôpital.

Réflexions. — Il est difficile de dire si, chez ce malade, l'intoxication saturnine ne se fit que du moment où il fut exposé aux poussières du blanc de céruse. On conçoit du moins que cette circonstance était plus favorable pour l'empoisonnement que le simple usage des peintures qu'il employait chaque jour à ses travaux, et il n'est pas impossible que ce seul fait ait suffi pour déterminer chez lui les phénomènes d'intoxication; car ils se sont développés plus d'une fois chez des individus qui n'avaient été exposés aux miasmes saturnins que d'une manière très-passagère.

Ici nous avions des signes évidents d'intoxication : ictère, liseré bleuâtre des gencives. Les coliques, malgré leur intensité, ne s'accompagnèrent pas de phénomènes remarquables; tels que vomissements, hoquet, etc. Elles cédèrent presque complètement à l'administration de deux lavements purgatifs, dès le premier jour : traitement très simple dont se loue beaucoup M. Martin-Solon, et qui joint à sa simplicité même l'avantage de rendre les selles liquides immédiatement, sauf de rares exceptions, et de calmer très promptement les douleurs intestinales. Mais celles-ci avaient à peine cédé chez ce malade, qu'il se manifesta une phénomène qui prouve combien est grande l'influence, sur l'économie, de l'absorption des émanations saturnines. Un bruit de souffle dans les artères carotides et sous-clavières annonçait manifestement que le sang avait subi quelque altération. Des palpitations, un sentiment de faiblesse générale, venaient encore démontrer l'existence d'un état anémique. Ces symptômes sont fréquents chez les individus affectés de maladies de plomb, et, quoique M. Tanquerel dise n'avoir jamais observé de souffle, de susurrus dans les artères, non-seulement ces bruits existent souvent, mais quelquefois aussi on perçoit un bruit de souffle à la région précordiale, et même il peut exister de l'œdème aux membres inférieurs. Les premiers bruits sont très inconstants dans leur forme; variables d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre. On doit donc admettre une anémie saturnine. On peut ainsi expliquer, au moins en partie, la cause de ce teint blême que conservent si long-temps certains malades; ce fut même cette circonstance qui nous conduisit à ausculter les artères, et depuis notre remarque, M. Martin-Solon a administré avec succès les préparations ferrugineuses.

Mais l'atteinte portée à l'économie par l'intoxication saturnine ne se borne pas à altérer le sang; elle réagit souvent, comme tout le monde le sait d'ailleurs, sur le système nerveux, et peut laisser à jamais des traces indélébiles de sa funeste influence. Le résumé d'une observation qui réunit les affections suivantes, va nous le démontrer.

Paralysie saturnine. Colique. Tremblement. Arthralgie. Anémie.

Joseph Fébvre, âgé de trente-cinq ans, peintre en bâtiments; grand, très musclé; cheveux châtains; peau brune. Aucune privation; nourri convenablement; quelques excès de vin; très propre.

A l'age de douze ans, cet homme fit une maladie de trois mois, sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement. A Paris depuis deux ans, il y a éprouvé de temps en temps de légères indispositions, telles que des courbatures, auxquelles il n'était pas sujet auparavant.

En 1826 ou 27, il eut une colique de plomb qui dura trois semaines, et une autre en décembre 1842, qui fut intense, mais bientôt dissipée par des lavements purgatifs. Pendant la convalescence, paralysie des muscles extenseurs de l'avant-bras droit. M. Martin-Solon, qui traitait le malade dans son service, fit appliquer sur la partie moyenne de la face dorsale de l'avant-bras, un vésicatoire que l'on pansa avec la strychnine. Guérison. Mais peu de jours après la sortie de l'hôpital, retour de la paralysie; nécessité d'un nouveau traitement Quatre vésicatoires sont appliqués, un sur la face dorsale de la main, trois sur la partie antérieure de l'avant-bras. Pansement simple. Séjour de vingt-sept jours à l'Hôtel-Dieu. La paralysie se dissipe; mais cependant l'extension complète du doigt annulaire est depuis restée impossible. Les excès alcooliques, l'exercice du membre pendant deux ou trois heures, y excitent un tremblement considérable, une faiblesse telle, qu'il devient alors impropre au travail. Un léger tremblement se manifeste aussi quelquefois au membre supérieur gauche dans les mêmes circonstances.

Atteint le 23 mai 1843 d'une nouvelle colique qui sévit avec violence pendant cinq jours, les potions et lavements purgatifs, les bains sulfureux, la limonade sulfurique, sont mis en usage. Vingt-cinq jours passés à la Charité, Fébvre quitte cet hôpital, conservant quelques coliques très légères et intermittentes. Le lendemain, douleurs à la plante des pieds, aux jambes, aux genoux, aux bras et avant-bras; selles difficiles. Il entre le 24 juin à l'hôpital Beaujon, nº 6.

Le 25, état suivant :

Face normale, colorée en rose; sclérotiques blanches. Pas de céphalalgie, mais pesanteur de tête; parfois vertiges, éblouissements, trouble de la vue. Pupilles normales. Très léger liseré bleuâtre sur le bord de quelques gencives qui, au-dessous, sont blanchâtres. Langue normale. Anorexie; pas de soif; haleine peu fétide. Pas de coliques; pas de garderobes depuis huit jours. Insomnie.

Par intervalles, picotements à la plante des pieds, spontanés à la pression, et principalement quand ils reposent sur le sol. Crampes fréquentes aux mollets; douleur contusive si on les comprime. Même douleur sous l'un et l'autre creux poplité; aucune enfin sur la longueur des muscles spinaux, ni le long du rachis.

Membres supérieurs tremblottants. Ce phénomène s'accroît notablement dès que les mains, surtout la droite, saisissent quelque objet. Les forces musculaires sont très affaiblies.

Mouvements d'extension des pieds très bornés, difficiles. De temps en temps, tremblement des membres inférieurs, durant quelques minutes, soit pendant le repos, soit pendant l'action.

Engourdissement dans tous les membres, tant supérieurs qu'inférieurs.

Pas de palpitations. Battements du cœur peu énergiques; bruits nets. Pouls régulier, égal, faible, à 58. Susurrus intermittent dans les artères carotides et sous-clavières, plus fort dans celles du côté gauche. Limonade sulfurique; deux lavements purgatifs; deux potages.

Le 26, une garderobe molle. Appétit. Même état, du reste. Bain sulfureux; un lavement purgatif. Demi-portion.

Le 27, pas de sulfure de plomb sur la peau. Deux ou trois selles presque liquides. Limonade sulfurique; une portion.

Le 28, les douleurs, l'engourdissement des membres ont diminué. Les forces repaissent. Même pouls; mêmes bruits artériels. Deux portions.

Le 30, l'amélioration marche progressivement. Cessation des douleurs. Selles normales. Souffle continu, faible, au premier bruit dans la carotide et la sous-clavière droites; nul à gauche. Bain sulfureux; quatre portions.

Le 2 juillet, encore un peu d'engourdissement dans les membres; un peu de faiblesse, un peu de gêne dans leurs mouvements. Tremblement léger des avant-bras, dont l'état, du reste, est tel qu'avant le début de l'affection. Souffle des artères droites du cou moins prononcé.

Le malade sort.

Réflexions. — Ainsi cet homme, après avoir été guéri d'une deuxième colique saturnine, fut pris de paralysie des muscles extenseurs de l'avant-bras droit. Les moyens les plus rationnels n'ont pu rendre au membre la totalité de ses mouvements. Le système musculaire en général est resté sensiblement affaibli; et quand ce malade, guéri encore d'une nouvelle colique de plomb, vient, au bout de quelques jours, à être pris d'arthralgie, de faiblesse et de tremblement, on voit que le traitement n'a fait que calmer des symptômes, mais n'a point détruit la cause qui les avait déterminés; de sorte qu'un malade ne doit être assuré de sa guérison qu'après un certain temps, surtout quand persistent et des phénomènes nerveux, et des signes d'anémie saturnine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 septembre. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Ayant lu, dit-il, dans le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux*, que le tombeau de Bichat était dans un état d'abandon déplorable, j'ai voulu vérifier le fait, et hier je me suis rendu sur les lieux où reposent les restes

de ce grand homme. J'aurais eu beaucoup de peine à trouver cette place, si je n'avais été accompagné par trois personnes qui avaient assisté à l'inhumation de Bichat, et qui me conduisirent à l'endroit où il fut enterré. Rien, en effet, n'indique cet endroit, qu'une simple et plus que modeste pierre adossée au mur de l'ancien cimetière Sainte-Catherine, ou Clamart. Tandis qu'à côté les officiers de Pichegru ont fait élever un monument à leur général, une pierre indigne, portant à demi effacés les noms de Xavier Bichat, est le seul indice de la tombe de cet homme célèbre.

Il y a plus. Messieurs, dans un temps peu éloigné, la ville de Paris va faire exproprier ce cimetière, de sorte que si des précautions ne sont prises, les restes de Bichat pourront être jetés dans la fosse commune. Je viens demander à l'Académie s'il ne serait pas convenable pour elle d'intervenir auprès de l'autorité afin d'obtenir au Père Lachaise un terrain à perpétuité sur lequel on pût élever un modeste monument surmonté du buste de Bichat.

M. Devilliers. Il y a plus de dix ans que j'ai déposé sur le bureau de l'Académie une note dans laquelle j'avertissais mes collègues de l'état des choses que M. Londe vient de signaler. La pierre actuelle, adossée au mur, a été érigée par les soins de notre honorable collègue, secrétaire perpétuel, M. Pariset. Il est à remarquer que les historiens de Paris, et le plus récent, Dulaure, qui ont signalé avec soin les tombeaux des hommes célèbres qui se trouvent dans les cimetières de Paris, n'ont pas indiqué celui de Bichat; car ils n'avaient pu être frappés de la pierre adossée contre un mur, le seul indice du lieu où il fut enterré. Je me joins à M. Londe pour que l'Académie intervienne.

M. Pariset. A la cérémonie où j'ai représenté l'Académie, j'ai averti les médecins de Bourg et les parents de Bichat de ce qui se passe, et j'ai manifesté le désir que ces restes précieux fussent déposés sous le monument qui vient d'être érigé à Bichat.

M. Londe. Aucun doute ne peut s'élever sur l'identité des restes de Bichat; trois témoins oculaires m'ont conduit à la place où ils furent déposés, et l'ont parfaitement reconnue. On les trouvera donc au lieu indiqué, moins la tête, qui est conservée dans le cabinet de l'un de nos honorables collègues (1).

La proposition de M. Londe est prise en considération et renvoyée au conseil d'administration.

— *M. Gauthier de Claubry* commence la lecture d'un travail intitulé : Quelques mots sur la vaccine.

Dans cette première partie, l'auteur soutient la non-dégénérescence du virus-vaccin, et l'identité complète du virus ancien avec celui de 1836.

— *M. le docteur Bonnafont* donne lecture d'une observation de surdité guérie par la perforation de la membrane du tympan, selon sa méthode.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. N° d'août 1843.

Observations et remarques sur la cure spontanée du polype utérin; par M. MARCHAL (de Calvi).

Ce mémoire se compose de vingt-six *observations* et de *remarques*. Les observations, hormis les deux dernières, ont toutes pour objet des cas d'élimination spontanée de polypes utérins. Les deux observations exceptées sont relatives à des faits douteux, intéressants, au point de vue diagnostique. En somme, le mémoire de M. Marchal présente donc une masse de vingt-quatre cas de polypes utérins spontanément éliminés. De ces vingt-quatre cas, dix-sept étaient plus ou moins connus, et sept sont nouveaux. Parmi ceux qui étaient acquis à la science, plusieurs avaient été perdus de vue, et, par exemple, personne n'avait encore cité l'observation de Franck. Tous ces faits sont critiqués par M. Marchal, qui montre que le cas de M. Hue, cité sans restriction par les auteurs français, est équivoque, et qu'un grand nombre d'observations de polypes utérins en général manquent de détails anatomiques. Ce vice, dit M. Marchal, se fait sentir non-seulement dans la question que je me suis donné pour tâche d'examiner, mais encore dans celle de la classification des polypes. Je parle de la classification *anatomique;* j'accepte pleinement la classification *physiologique* de M. Vidal (de Cassis).

Elimination spontanée est le terme générique dont M. Marchal se sert pour désigner l'acte par lequel un polype est spontanément détruit ou séparé de son siége, n'importe le mode suivant lequel la destruction ou la séparation a lieu. L'auteur explique la différence qu'il fait entre l'*expulsion* et le *détachement* des polypes utérins. Dans l'*expulsion*, ce qui frappe, c'est l'action expultrice de l'utérus. Il y a proprement accouchement d'un polype. Dans le détachement, c'est le pédicule du corps anormal qui, pressé par le col utérin, s'atrophie, s'ulcère ou se gangrène, ou bien c'est ce même pédicule qui s'alonge et s'amincit jusqu'à se rompre.

M. Marchal entre ensuite dans les détails relatifs aux modes d'élimination spontanée des polypes utérins, et se résume ainsi :

« Il y a donc six modes d'élimination de ces polypes : 1° Par destruction gangréneuse sur place ; 2° par accouchement du polype, ou expulsion; 3° par ulcération, gangrène ou atrophie du pédicule ; 4° par élongation, amincissement et rupture du pédicule; 5° par suite du travail de l'accouchement; 6° enfin par éradication soudaine. »

On voit que la question s'est agrandie entre les mains de M. Marchal. Les réflexions par lesquelles il entre en matière témoignent du progrès que les idées synthétiques font parmi nous. La vingtième observation, qui est propre à l'auteur, est doublement curieuse; elle montre un polype déraciné par un effort, et en outre ce polype était *entièrement* formé de tissu utérin.

De la rupture ou de l'écrasement sous-cutané des tumeurs en général, des tumeurs sanguines en particulier; par M. VELPEAU.

Voici d'abord comment M. Velpeau décrit le manuel de l'écrasement : « On place la partie sur un plan solide. Le chirurgien applique ensuite, soit l'éminence thénar, soit le pouce, sur un des points de la circonférence du kyste ; il pèse alors de toute sa force et d'une manière brusque sur la tumeur, de telle sorte que le mouvement se transmette latéralement, plutôt encore que perpendiculairement. Souvent il est utile d'appliquer ainsi les deux mains ou les deux pouces l'un sur l'autre. Quand en pressant comme je viens de le dire on n'a pas réussi, il convient d'appliquer les éminences thénar en plein sur la tumeur et de la presser directement ou perpendiculairement. Si une pression continue et régulière échoue, on en vient à une pression par saccade, par secousse ; on peut aussi, ayant appliqué une plaque de bois blanc ou de tout autre corps solide sur le kyste, opérer l'écrasement d'un coup de poing ou par l'intermède d'un maillet. » La tumeur disparaît, et il se forme de petites bosselures dans le voisinage; ces bosselures sont écrasées à leur tour. On applique ensuite sur le lieu de la tumeur des compresses résolutives et un bandage modérément compressif. Il n'y a pas de réaction. Le malade n'a besoin de rester couché que s'il s'agit du membre inférieur.

M. Velpeau a guéri par ce procédé des tumeurs sanguines de date et de volume très différents. Le grand avantage de l'écrasement, c'est de guérir instantanément. M. Velpeau compare ce moyen aux *injections*, à l'*incision sous-cutanée*, à l'*incision simple*, et lui donne avec raison la préférence. L'auteur consacre un paragraphe à l'étude des conditions favorables à l'écrasement : 1° la tumeur doit reposer sur un plan solide, os ou aponévrose résistante, telle que celle d'enveloppe de la cuisse ; 2° il faut que la tumeur n'excède pas le volume du poing ; 3° elle ne doit pas être trop ancienne, la solidité des parois du kyste étant en rapport avec l'ancienneté de la lésion ; 4° l'écrasement est plus facile, toutes choses égales, dans les cavités accidentelles que dans les cavités naturelles, celles-ci étant préexistantes à la lésion et leurs parois étant plus solides. Le but de l'écrasement est de faire passer une collection enkystée à l'*état d'infiltration*, dans lequel le sang sera bien plus facile à résorber : c'est ce qui est bien cathégoriquement expliqué dans un paragraphe spécial de la note de M. Velpeau. Un autre paragraphe est consacré aux contre-indications : il ne faut pas opérer s'il y a une escharre qui pourrait mettre le foyer à nu par son détachement en suite de la pression. L'introduction de l'air dans le foyer sanguin aurait pour effet la formation d'un abcès. Si la peau est enflammée, désorganisée, on ne doit pas recourir à l'écrasement, de peur de donner naissance à un érysipèle phlegmoneux.

M. Velpeau termine par quelques mots sur l'écrasement appliqué à d'autres tumeurs que les collections sanguines : 1° Dans les kystes synoviaux (ganglions) ou séreux (hydrocèle, etc.), l'écrasement est généralement suivi de récidive. 2° Le mélicérès est tout à fait réfractaire à l'écrasement, *la matière qui le forme n'étant pas susceptible d'être absorbée* (ceci est contestable) ; 3° Il est possible que le stéatome guérisse par l'écrasement, mais seulement s'il est peu volumineux ; du reste, des personnes qui s'étaient heurtées involontairement des stéatomes de la tête contre des corps durs, ont été prises d'érysipèle, de suppuration ; 4° On a appliqué l'écrasement aux ganglions lymphatiques engorgés ; mais la guérison est l'exception.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Quelques mots sur l'emploi thérapeutique de l'iodure de fer dans le traitement de la maladie de Bright; par M. le dr GUTBROD.

M. Gutbrod ayant remarqué à la clinique de l'hôpital général de Vienne, que de tous les moyens employés pour combattre la néphrite albumineuse, l'iode avait procuré les meilleurs résultats, eut l'idée de prescrire l'iodure de fer dans un cas de cette affection. Il s'agissait d'un sujet atteint à la fois d'une albuminurie et d'une dégénérescence lardacée du foie et de la rate, avec ascite consécutive considérable et œdème des extrémités inférieures. L'urine était rare, trouble et d'une teinte rouge-brune foncée; elle laissait déposer un sédiment abondant et contenait une grande proportion d'albumine. L'iodure de fer fut administré, et le succès dépassa toute attente ; la diurèse fut augmentée à ce point, qu'il fut rendu dans les vingt-quatre heures trois à quatre litres d'une urine claire et de couleur jaune pâle ; l'hydropisie céda peu à peu, et il ne resta plus qu'un peu de sérosité dans la cavité abdominale ; la quantité de l'albumine renfermée dans l'urine diminue jusqu'à son minimum.

On fut souvent obligé de suspendre la médication en raison de circonstances purement individuelles; et toutes les fois qu'on y revint, l'augmentation de la sécrétion urinaire fut très marquée.

L'état général et l'aspect du malade devinrent en peu de temps meilleurs qu'ils n'avaient jamais été, sans cependant que le foie et la rate eussent subi une diminution notable dans leur volume.

Un second cas, absolument semblable au précédent, a été observé dans la pratique de M. le docteur Heine; mais, chez ce second malade, la guérison fut plus rapidement encore obtenue; car elle était complète après deux mois à peine de traitement.

M. Gutbrod mentionne encore un troisième cas.

(*Medicinisches Correspondentz-Blatt des Wurtemb.*)

Ces succès, bien que peu nombreux, nous paraissent cependant de nature à mériter l'attention des praticiens, et en effet l'albuminurie est une affection assez rebelle aux divers traitements proposés jusqu'à ce jour, pour qu'on ne doive négliger aucun des moyens nouveaux qui sont conseillés par des hommes avantageusement connus dans la science.

Nouvel exemple d'inhumation précipitée.

Nous empruntons au *Journal de la Haute-Saône* le fait suivant qui vient augmenter le nombre déjà beaucoup trop considérable des inhumations précipitées que l'on a signalées jusqu'ici.

Dans les premiers jours de ce mois (juin), on portait en terre un habitant de l'une des communes de l'arrondissement de Vesoul. Au moment où l'on arrivait au cimetière, un bruit parti du cercueil fit arrêter le convoi. La bière fut ouverte immédiatement, et l'on reconnut que le prétendu mort venait de s'agiter, et qu'en lui tout signe de vie n'avait pas entièrement disparu. Malheureusement l'espoir que l'on avait conçu d'abord ne s'est point réalisé : trop de temps s'était écoulé pour que les secours de l'art pussent obtenir du succès; et, le lendemain, on dut procéder de nouveau à l'enterrement.

Si de pareils faits sont impuissants à faire décider chez nous la création d'établissements mortuaires, mesure si sage et que certaines villes d'Allemagne ont prise depuis long-temps, ils sont au moins de nature à faire sentir à messieurs les maires combien sont importantes les prescriptions de l'article 77 du Code civil.

NOUVELLES.

M. le docteur Sestier, professeur agrégé, auquel la Faculté a confié l'une des deux cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, a commencé son service le 21 du mois dernier. La visite a lieu à huit heures précises dans les salles Sainte-Agnès et Saint-Bernard. M. le docteur Sestier se fait spécialement un devoir de guider MM. les élèves dans l'étude de l'auscultation des malades.

— Le conseil de censure de la Société médico-chirurgicale de Bologne a choisi la question suivante pour sujet d'un prix à décerner en 1844.

« Exposer les faits et les raisonnements les plus convaincants pour » établir si l'action prophylactique de la vaccine vraie est temporaire » ou continue; et, dans le cas où l'on conclurait pour la première de » ces deux qualités, démontrer par le raisonnement et par les faits à » quel laps de temps se trouve limitée cette action. »

Le prix est de la valeur de 100 écus romains effectifs (soit 527 francs, monnaie de France).

Les membres du conseil de censure sont seuls exclus du concours.

Les mémoires, écrits en latin, en italien ou en français, devront être envoyés, franc de port et dans les formes académiques accoutumées, à M. le docteur Clodoveo Biagi, secrétaire de la Société, à Bologne : ils devront être rendus à destination le 31 décembre prochain, terme de rigueur. Il n'en sera pas reçu qui ait été déjà imprimé ou présenté à une autre académie. Ces mémoires, couronnés ou non, seront déposés aux archives de la Société dont ils deviendront la propriété, et les auteurs pourront seulement en faire prendre des copies à leurs frais.

Ceux d'entre eux qui auront été jugés dignes du prix ou seulement d'une mention honorable, seront publiés dans les Mémoires de la Société, et il en sera tiré à part cinquante exemplaires pour les auteurs.

— L'*Observateur Grec* (n° du 29 avril 1843), contient la note suivante :

La Société royale de médecine d'Athènes propose, pour sujet d'un prix à décerner en 1845, les questions ci-dessous :

1° Le moment où l'on administre le sulfate de quinine exerce-t-il quelque influence sur la vertu fébrifuge de ce médicament ?

2° Quel est le mode le plus convenable et le temps le plus opportun pour l'administration du sulfate de quinine ?

3° Quelle peut être l'influence exercée par la quantité et par la forme de ce médicament sur son efficacité ?

4° Quelles sont la dose et la forme qui conviennent le mieux ?

5° Quelle est la méthode, tant diététique que thérapeutique la plus certaine pour prévenir les récidives des fièvres intermittentes ?

Les mémoires ne devront pas dépasser l'étendue de quatre feuilles typographiques, et ne seront reçus que jusqu'au 31 mars 1844 inclusivement. Le jugement qu'en portera la Société sera publié le 1er août 1844.

Les conditions et formalités du concours sont celles qui sont adoptées en pareille circonstance par toutes les sociétés et réunions académiques.

Les mémoires, écrits en langue grecque ancienne, ou en grec moderne, ou encore en latin, devront être adressés, franc de port, à M. le docteur A. Boitelos, secrétaire de la Société, à Athènes.

Le prix qui sera décerné à l'auteur du mémoire couronné, consistera :

1° En une médaille d'or offrant, d'un côté, l'effigie du roi des Grecs, et de l'autre, le nom de l'auteur;

2° En un diplôme de membre honoraire de la Société.

(1) M. Roux.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 107. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 SEPTEMBRE 1843.

Sur le Rapport fait au Conseil général des Hospices dans la séance du 10 mai 1843, par la Commission médicale de 1841 et 1842.

Ce Rapport est le huitième que depuis 1830 et en vertu du réglement adopté à cette époque, la Commission médicale adresse à l'Administration des hôpitaux. Cette Commission était ainsi composée : MM. Fouquier, médecin de l'hôpital de la Charité, président; Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu; Bazin, médecin de l'hôpital de Lourcine; Gerdy, chirurgien de l'hôpital de la Charité; Monod, chirurgien de la Maison royale de Santé; Quesveune, pharmacien de l'hôpital de la Charité, et Horteloup, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), rapporteur.

Remarquons d'abord que l'Administration, qui avait fait imprimer à ses frais le Rapport de 1840, n'a pas cru, cette année, devoir rester fidèle à cet antécédent. Le Rapport de 1841 et 1842 a été imprimé aux frais des médecins des hôpitaux, et par délibération prise en assemblée générale.

Nous allons suivre ce Rapport dans les détails nombreux qu'il embrasse; nous le comparerons ensuite à celui de 1838, pour indiquer les améliorations demandées à cette époque et obtenues depuis ou à obtenir encore, et nous terminerons par des réflexions que suggère ce sujet vaste et grave.

Régime alimentaire. — Depuis quelques mois l'Administration a repris l'usage du *beurre* salé qu'elle avait abandonné, sur les réclamations des précédentes Commissions, pour le beurre frais. La Commission actuelle sollicite avec instance que la fourniture du beurre frais ne soit plus interrompue.

La manutention du *pain* a fait de notables progrès. Il ne reste plus qu'à exiger dans la fourniture de la farine des qualités semblables, afin de ne pas voir la quantité de pain varier d'un jour à l'autre.

Aucune modification n'a encore été portée à la fourniture du *vin*, dont les précédentes Commissions ont signalé les graves inconvénients. Les marchés passés s'y sont opposé jusqu'ici. Le Conseil, dit le Rapport, a la ferme intention d'apporter de notables améliorations à cet état de choses.

Le *lait* est chaque année l'objet de vives et incessantes réclamations. La Commission propose surtout d'établir une vacherie à la ferme Sainte-Anne qui appartient aux hôpitaux.

Bouillon. Après de nombreux essais, dit le Rapport, on est parvenu à obtenir du bouillon d'une qualité convenable dans les hôpitaux, et bien certainement les résultats seraient encore supérieurs si les marmites étaient partout demi-sphériques et de moins grande capacité (de 50 à 60 litres au lieu de 150). Mais ce qui serait bien désirable, ce serait qu'on put faire dans chaque hôpital la totalité de bouillon nécessaire au service des malades qu'il contient.

On conçoit que beaucoup de malades étant au bouillon, aux soupes ou aux potages seulement, la quantité de viande bouillie est trop considérable pour les besoins de la maison et serait perdue, ou bien il faudrait ne donner aux malades qui commencent à manger que du bœuf bouilli ou en faire la nourriture exclusive des gens de service, ce qui n'est pas possible. Pour obvier à ces difficultés, l'administration achète une certaine quantité de bouillon préparé par la compagnie hollandaise; mais le transport le décompose, altère ses propriétés et il arrive dans les établissements de l'Administration dans un état d'aigreur d'autant plus grand que l'éloignement de la compagnie hollandaise est plus considérable et la chaleur atmosphérique plus élevée. Nous avons goûté ce bouillon à dix heures du matin à l'Hôtel-Dieu et à Beaujon, en été; il était acide et d'une saveur désagréable. Les malades alors le prenaient avec répugnance, et le plus souvent le refusent dans la crainte de se faire du mal : la dépense est faite en pure perte. Ne serait-il pas possible à l'Administration des hôpitaux de céder ou de vendre l'excédant de la viande cuite qui aurait servi à faire la quantité de bouillon nécessaire dans chaque hôpital, soit par la Préfecture de police pour les prisons, soit pour tout autre établissement public ?

La substitution du caramel à l'oignon brulé, proposée par raison d'économie, ne peut être admise.

Chauffage. — La Commission propose qu'on n'attende pas telle ou telle époque de l'année pour faire du feu dans les salles, mais qu'on se règle sur le thermomètre.

Il paraît que plusieurs directeurs, sollicités cette année de faire monter ou réparer les poëles dans les salles, ont refusé d'obtempérer à cette demande, faite trois ou quatre semaines plus tôt que ne le veut le règlement de l'administration. L'opportunité du feu dans les salles doit être laissée à la discrétion des chefs de service. Pour montrer l'influence du chauffage sur la mortalité à la Salpêtrière, la Commission se borne à exposer qu'en 1837, on comptait un décès sur 5-59e habitantes de l'hospice; et dans les premiers mois du 1842, un décès sur 15-23e. C'est en 1838 que l'on a commencé à chauffer les dortoirs.

Lingerie. — Le mauvais état du linge, dans un grand nombre d'établissements, a été signalé par plusieurs médecins des hôpitaux. D'année en année, les lingeries se dégarnissent. Ainsi, à la Salpêtrière, où, d'après le règlement, les chemises devraient être au nombre de 34,000, on n'en compte pas 16,000 en état de service, et il en faut 7,500 par semaine. Le change a dû être souvent retardé de huit jours au-delà du terme ordinaire pendant les hivers derniers. A Bicêtre, il s'est passé *trois semaines* sans qu'on pût opérer le change. Les taies d'oreiller, presque en totalité; les draps, au nombre de 8,000, sont en lambeaux, et les bras et les jambes des malades s'embarrassent dans les trous sans nombre dont ils sont criblés.

A côté de ce dénuement effrayant de certains établissements, d'autres regorgent de richesses en ce genre. La Commission, pour arriver à une égale et équitable répartition, propose l'établissement d'une lingerie centrale d'où l'on pourrait d'un seul coup-d'œil embrasser et les ressources et les nécessités, et porter le remède là où le mal serait le plus grave, égaliser enfin le bien-être sans laisser l'abondance d'un côté et la disette de l'autre.

Buanderie. — La Commission propose l'établissement d'une buanderie générale. Les abus attachés au système actuel sont évidents. Les établissements sont à la merci d'un blanchisseur qui n'apporte pas toujours le linge exactement, et qui en hiver le rapporte humide.

Eaux minérales. Sous ce rapport le service de la pharmacie centrale est l'objet des réclamations de *tous* les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Il ne se passe pas de semaine que, dans l'une ou l'autre des maisons hospitalières, les eaux minérales ne soient en défaut, tantôt l'eau de Seltz, tantôt l'eau de Sedlitz, l'eau de Vichy, etc. Dans l'état actuel des choses, chaque médecin dans son service n'a que trois bouteilles d'eaux minérales par jour. La Commission demande une augmentation considérable, mais nécessaire, sur ce chapitre.

Infirmiers. — De toutes parts, dit le rapport, il nous a été adressé des réclamations au sujet des infirmiers et des infirmières. Dans quelques hôpitaux, c'est sur le nombre trop peu considérable que portent les réclamations de nos confrères; dans tous, c'est sur leur qualité. La modicité des gages n'amène près des malades que des gens incapables d'avoir pour eux les égards et les soins que réclame leur état; aussi regardent-ils ces sortes de places comme un état transitoire. Pour augmenter leurs appointements, tous les moyens leur sont bons. Ce sont eux qui apportent et vendent aux malades des aliments et des boissons que les chefs du service de santé jugent convenable de leur refuser. Presque tous exigent, ou des pauvres malades ou de ceux qui viennent les visiter, des gratifications plus ou moins considérables. Le malheureux qui ne peut payer reste privé de soins. Dans les hospices spéciaux le mal est plus grave encore. A Bicêtre, ce sont des hommes du plus bas étage qui *battent* les pauvres aliénés. D'ailleurs, en général, ces gens ne font que passer dans les hospices et n'y acquièrent par conséquent aucune capacité.

Pour obvier à d'aussi graves désordres, l'élévation du salaire n'est pas le seul remède; peut-être, dit la Commission, faudrait-il, d'année en année, une augmentation que le Conseil déterminerait d'après les bons témoignages rendus sur le compte de chaque infirmier ou infirmière; établir des distinctions, des récompenses, leur assurer un asile après un service continu de vingt ans.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

De l'anévrisme poplité. (Suite et fin du n° du 1er juillet.)

Le 21 mai, la plaie est boursouflée, rouge violet et un peu saignante; il s'est développé une tumeur considérable avec empâtement de la peau au-dessus de la plaie même; on sent des battements assez évidents autour de la tumeur : ce sont des pulsations telles qu'on en observe dans les tumeurs anévrismales. Lorsqu'on comprime l'artère iliaque externe au-dessus de l'arcade crurale, la tumeur semble s'affaisser, et les battements indiqués disparaissent. On a voulu faire prolonger cette compression pendant tout le temps de la visite, pour avoir une idée plus exacte de l'effet qui en résulterait : le résultat en a été encore plus considérable.

Au milieu de ces phénomènes fâcheux de nouvelle date, la tumeur de la région poplitée est encore diminuée de volume.

Nous ne savons pas au juste, dit M. Roux, quelle est la cause véritable de ce changement imprévu, de cette nouvelle dilatation qui se présente au-dessus du point où on a placé les premières ligatures, par conséquent nous ne savons pas trop quel parti prendre pour y porter remède, et nous y réfléchirons sérieusement. Nous avons introduit le doigt dans le petit trou central de la plaie; nous sommes arrivé dans un espace fermé de toute part; nous avons très bien senti les battements de l'artère, sans nous apercevoir d'aucune solution de continuité dans ce vaisseau, sans y reconnaître un changement extraordinaire. Il y a conséquemment à espérer que l'hémorrhagie, sous le poids de laquelle le malade semble se trouver, ne se renouvellera pas, et que tout rentrera dans l'ordre à cet égard.

Toujours est-il qu'il faudra bien surveiller le malade, car nos espérances sont fondées, et aurons-nous peut-être besoin d'employer des moyens extrêmes pour parer à d'extrêmes dangers. Il est probable, si les accidents se renouvellent, que nous ayons besoin de recourir à la ligature de l'iliaque externe. Tout l'orage semble limité au ligament de Fallope, car en comprimant l'iliaque externe au-dessus de ce point, on sent le vaisseau avec ses dimensions et ses battements normaux, et on a quelques raisons pour croire qu'il est à l'état physiologique.

Le 23, nous pensons, reprend M. Roux, qu'il s'est formé probablement une éraillure à la part e supérieure de la fémorale, d'autant plus qu'elle était déjà dilatée et peut-être même malade à l'époque de la première opération. Il n'est pas probable qu'il se soit formé un nouvel anévrisme; c'est peut-être une petite crevasse survenue à l'artère, par laquelle le sang s'est épanché dans la membrane celluleuse, et même dans le tissu cellulaire ambiant, en formant ainsi une sorte de tumeur.

Ce matin la peau de l'aine est un peu érysipélateuse; la tumeur semble augmenter de plus en plus; il y a urgence d'agir, et nous avons décidé de pratiquer la ligature de l'iliaque externe, seule et unique ressource qui nous reste pour parer aux grands dangers dont notre malade est menacé.

L'opération en elle-même n'est pas plus difficile ni plus laborieuse que celle de la fémorale; mais elle est plus grave, à cause de l'interception du cours du sang dans un point plus rapproché du centre de la circulation, et à cause des accidents sérieux qui peuvent en résulter. Il y a, du reste, une circonstance assez favorable, c'est la dilatation des branches artérielles du membre, qui s'est faite peu à peu et de longue main, et qui facilitera beaucoup le rétablissement de la circulation dans le membre lui-même après la ligature de l'iliaque.

Cette espèce de ligature, c'est la première fois que nous avons occasion de la pratiquer; car, parmi les nombreuses ligatures de grosses artères que nous avons pratiquées dans notre carrière chirurgicale, chose singulière, nous n'avons jamais eu besoin de faire celle des iliaques. C'est au commencement de ce siècle que cette opération a été introduite dans l'art chirurgical. Elle fut pratiquée la première fois par un illustre chirurgien anglais, Abernethy. Il fut précédé dans ses vues théoriques par quelques faits anciens, desquels il résultait que le cours du sang pouvait être interrompu au pli de l'aine, sans que la vie du membre correspondant vînt à cesser.

Le mouvement imprimé par Abernethy fut bientôt suivi par tous les chirurgiens. Dans mon voyage d'Angleterre, en 1814, j'ai été témoin d'une de ces opérations exécutée par Astley Cooper. Elle fut pratiquée un grand nombre de fois en Amérique. On dirait que les anévrismes, surtout de la poplitée, sont plus fréquents dans ce pays qu'ailleurs; peut-être les grands et pénibles travaux que ce peuple entreprenant a exécutés et exécute, y ont-ils une influence marquée. Elle a été faite déjà une centaine de fois, et avec de nombreux succès. On est désormais généralement d'accord sur la nécessité de cette opération dans certaines circonstances, surtout dans les cas d'anévrisme poplité, quand la fémorale est malade et ne peut pas être liée avec probabilité de succès. Du reste, Scarpa a exagéré un peu l'altération organique des artères dans les cas d'anévrisme. Nous nous sommes déjà expliqué suffisamment à cet égard dans nos premières leçons sur la matière.

Dans les opérations de ligatures d'artères pour les cas d'anévrismes ou autres, il est de précepte de faire l'incision des tissus parallèlement à l'axe des artères mêmes; mais pour la ligature de l'iliaque, cette règle scrupuleusement observée, conduirait le bistouri dans la cavité abdominale, et exposerait l'opéré à des accidents plus ou moins graves. Abernethy avait suivi cette règle dans la première ligature qu'il fit de l'iliaque; mais il en sentit bientôt les inconvénients, et il vit la nécessité de l'éloigner plus ou moins du parallélisme avec l'artère. Depuis lui, tous les chirurgiens l'imitèrent; les uns firent une incision parallèle à l'arcade crurale, qui par conséquent coupait presque à angle droit l'artère à lier; d'autres la firent un peu oblique, c'est-à-dire à angle plus ou moins aigu avec l'artère. Astley Cooper fit une incision presque parallèle à l'arcade crurale; mais au lieu de la faire presque rectiligne, il crut lui donner une forme curviligne pour pouvoir découvrir ainsi l'artère dans une plus grande étendue. Quant à nous, quoique n'ayant jamais eu l'occasion de pratiquer cette opération

sur le vivant, nous pensons devoir faire une incision rectiligne faisant un angle aigu avec l'arcade fémorale; c'est, du reste, le procédé que nous avons enseigné il y a bien long-temps dans nos cours et dans notre Traité de médecine opératoire. Il importe surtout d'éviter l'épigastrique d'une part, et la circonflexe iliaque de l'autre; de même qu'il faut éviter les principales branches collatérales qui en partent; pourtant les Anglais ont un peu exagéré ce danger. Il faut, en un mot, faire la ligature au-dessus de l'origine ordinaire de l'artère épigastrique.

Dans cette opération, nous allons enfreindre une règle à laquelle nous nous sommes toujours soumis avec beaucoup d'avantages. Nous avions toujours suivi dans nos ligatures de grosses artères le procédé de Scarpa, consistant dans une double ligature accompagnée d'un petit cylindre de sparadrap, qu'on place au-dessous de la ligature même; c'est ainsi que nous avons agi dans la ligature de la fémorale pratiquée sur notre sujet. Mais pour la ligature de l'iliaque externe, nous modifions un peu notre conduite ordinaire. M. Maunoir, de Genève, a proposé depuis long-temps de lier l'artère dans deux points, et puis de la couper entre les deux ligatures; les raisons qu'il en a données sont assez plausibles, comme nous le dirons tout à l'heure.

Après ces remarques, M. Roux a procédé à l'opération qu'il s'était proposée, et qu'il a exécutée avec l'adresse qu'on lui connaît sans aucune espèce d'accident.

Le 24, l'opéré va assez bien. L'opération fut pratiquée comme le professeur l'avait indiqué; il s'est éloigné de l'artère épigastrique et de la circonflexe iliaque, de même que des autres collatérales autant qu'il a été possible. Pour cela, dit-il, on a de l'avantage à faire l'incision oblique à angle plus ou moins aigu avec l'arcade crurale. Nous avons pratiqué une incision droite; on aurait pu la faire courbe d'après le procédé d'Astley Cooper, car la forme de l'incision n'influe pas beaucoup sur le résultat de l'opération, et nous croyons que cette multitude de procédés qu'on a introduits depuis Abernethy en grande partie, n'en mérite pas le nom. Nous avons incisé les tissus couche par couche, et nous sommes arrivés ainsi au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux; nous avons mis à nu avec beaucoup de précaution l'artère et la veine, et avons passé le doigt au-dessous d'elles en rompant les adhérences qui existaient entre un vaisseau et l'autre; l'artère ainsi isolée, nous l'avons entourée de deux ligatures. M. Maunoir avait mis en avant ses idées à cet égard à une époque où la question, à l'ordre du jour, était de trouver le moyen le plus efficace pour prévenir les hémorrhagies consécutives aux ligatures d'artères. Ce chirurgien pensait que les artères ne sont pas composées de tissus inertes, mais au contraire d'éléments contractiles, c'est-à-dire de tissus aptes à se contracter, non-seulement dans le sens de la largeur, mais aussi dans celui de la longueur du vaisseau, surtout lorsqu'elles sont irritées d'une manière quelconque; en partant de cette idée, il pense qu'une artère liée et tendue pouvait en se contractant s'érailler dans quelques points, et donner lieu à des hémorrhagies; il en conclut qu'en coupant les artères entre deux ligatures, on mettait ces vaisseaux dans un état de relâchement dans lequel plus difficilement ils seraient exposés aux hémorrhagies. Cette idée n'a pas compté beaucoup de partisans, et est tombée presque dans l'oubli; cela devait être, car c'est une idée purement théorique dépourvue de l'appui de faits bien constatés. On se rend compte des hémorrhagies consécutives sans avoir besoin de recourir à l'hypothèse du chirurgien de Genève. On a même trouvé un inconvénient dans ce procédé; car, précisément à cause de cette contractilité des tissus constituant les artères, si une hémorrhagie arrivait, on serait fort embarrassé à y porter remède, les bouts de l'artère étant enfouis et perdus dans les tissus profonds qui l'environnent; tandis que si l'artère est laissée intacte, on la met facilement à découvert, et on peut voir d'où vient l'hémorrhagie. D'ailleurs, à l'époque surtout où on tenait beaucoup aux ligatures d'attente, on les aurait trouvées inutiles en admettant le procédé de M. Maunoir. Donc ce fut avec raison que ce procédé, comme procédé ordinaire dans toutes les ligatures d'artères, fut presque abandonné par les chirurgiens. Je blâme, en général, tous les procédés qu'on a imaginés par simple amour du changement. Quant à moi, j'ai adopté dès le commencement de ma carrière le procédé de Scarpa, et je lui suis resté fidèle, sans avoir eu jamais à m'en repentir. On comprend, de l'autre côté, pourquoi le procédé de M. Maunoir peut être utilement employé dans la ligature de l'iliaque externe. Cette artère est droite, et même un peu tendue lorsque le membre est dans l'état d'extension; il s'ensuit qu'elle serait exposée à des hémorrhagies consécutives d'après les idées de M. Maunoir, car la ligature qui l'embrasserait selon le procédé ordinaire en augmenterait la tension naturelle. C'est pour cela que nous avons adopté ce procédé dans ce cas spécial. Nous avons aussi omis l'emploi du petit cylindre de diachylum, parce qu'il aurait pu agir comme corps étranger et produire une inflammation phlegmoneuse dans le tissu cellulaire qui abonde dans cette région, avec fusées purulentes et autres accidents graves. J'ai dénudé l'artère dans la plus grande étendue possible, pour que les deux ligatures fussent aussi le plus loin possible l'une de l'autre; il y a à peu près un travers de doigt entre elles.

Déjà un changement notable est arrivé dans l'aine de notre opéré; la plaie ancienne a déjà changé d'aspect; de violacée, fongueuse et saignante qu'elle était, elle est devenue rouge vermeil, et a repris l'aspect d'une plaie en voie de cicatrisation. Au reste, les plaies dans lesquelles s'est faite ou se prépare une hémorrhagie ont une apparence toute particulière qu'il faut bien connaître; elles sont molles, fongueuses, comme infiltrées de liquides; les tissus environnants sont empâtés, etc.

L'aine de notre malade semble moins enflée, la rougeur érysipélateuse est bien diminuée; seulement il s'est fait de la plaie même un suintement sanguin. Il est, du reste, tout naturel que le sang épanché dans les tissus sort sous la forme d'une sérosité sanguinolente.

Le malade se trouve mieux et a dormi un peu; pourtant le pouls, sans être trop fort, est fréquent et élevé. Pour prévenir une réaction trop vive, nous ordonnons une saignée du bras. Il éprouve aussi un peu de gêne dans la respiration, et, en explorant la poitrine, on y trouve du râle muqueux çà et là; il a probablement une légère bronchite. Au reste, il a présenté les mêmes phénomènes thoraciques à l'époque de la première opération que nous avons pratiqué, et tout s'est dissipé peu de temps après; nous espérons qu'il en sera de même cette fois-ci. La température du membre est normale; la circulation a dû y être à peine un instant interrompue, et cela grâce à la dilatation qui s'est opérée dans les artères collatérales. Par l'effet de la première ligature, le sang probablement sera maintenant rapporté au membre par l'iliaque interne et ses divisions. L'artère épigastrique y a peut-être aussi sa part dans cette fonction.

Le 26, la position du malade est beaucoup moins favorable qu'il y a deux jours; il se trouve dans un état d'affaissement et de sub-delirium qui ne cesse d'être inquiétant; il a pourtant la conscience de son état. La plaie aussi ne présente pas un trop bon aspect. Les phénomènes physiques qu'on avait découverts dans l'organe respiratoire ont cessé.

Le 29. Hier a eu lieu une hémorrhagie dans la plaie de la première opération, et la perte de sang a été assez considérable. Déjà un suintement sanguin s'était manifesté dans la même plaie les jours derniers, et qui par sa continuité avait affaibli le malade qui maintenant se trouve encore plus affaissé. Le sang qui s'écoule devient de plus en plus clair, perd de sa plasticité, ce qui contribue à son tour à entretenir et à prolonger ces hémorrhagies mêmes; de sorte que la diminution de l'état fibrineux du sang est ici cause et effet à la fois des hémorrhagies de ce malheureux. La position du malade est par conséquent alarmante. L'hémorrhagie d'hier a été évaluée à une livre de sang. Il y a toute urgence d'agir pour prolonger la vie du malade autant qu'il sera en notre pouvoir. Nous nous proposons de mettre à découvert les vaisseaux fémoraux par une large incision depuis le ligament de Fallope, et même au-dessus, jusqu'à la plaie première. Nous supposons que la circulation des membres s'étant établie très promptement, le sang sera rapporté dans la fémorale par une des collatérales; peut-être l'épigastrique est-elle l'artère qui apporte ce sang. Il est probable aussi que la fémorale liée (il y a cinquante-cinq jours environ) ne s'est pas cicatrisée solidement, et qu'un des bouts s'étant ouvert, a fourni le sang de l'hémorrhagie.

Nous nous perdons en hypothèses, car il est impossible de connaître au juste le siége véritable et la cause de l'hémorrhagie.

Ces hémorrhagies consécutives au bout de deux mois environ sont assez rares. Nous en avons vu survenir au bout de trente-quatre jours, et avec une abondance telle qu'elles furent presque foudroyantes; mais après deux mois! En voyant notre malade au quarante-neuvième jour de la ligature, comment aurait-on pu prévoir ce qui allait arriver le lendemain? Au milieu de cette perplexité sur la cause et le siége véritable de l'hémorrhagie, comme elle vient de l'ouverture faite le long de la fémorale, et il est probable qu'elle doit siéger dans cette région, nous mettrons à nu ces vaisseaux pour voir lequel rapporte le sang de l'hémorrhagie et le lier; nous placerons deux ligatures, l'une au-dessus, et l'autre au-dessous du vaisseau fournissant l'hémorrhagie. Nous ne dissimulons pas les obstacles que nous allons rencontrer dans cette opération, devant agir au milieu de parties dont la texture a dû être modifiée, épaissie par la sub-inflammation qui a succédé à notre première ligature.

Après ces remarques, M. Roux exécuta l'opération telle qu'il l'avait indiquée; elle fut longue et laborieuse: il reviendra sur elle.

Le 31, l'opéré a succombé avant-hier sur les six heures du soir, huit heures après l'opération qu'on lui avait pratiqué le matin. Vous avez vu, dit M. Roux, qu'après avoir fait l'incision et mis à nu en partie les vaisseaux fémoraux, un flot de sang artériel s'était échappé rapidement de la plaie, et nous avons dû porter à la hâte les doigts dans le fond de la plaie pour arrêter l'hémorrhagie. Le moment était assez critique et embarrassant. Nous nous sommes hâté de lier en masse les vaisseaux au-dessous du point d'où venait l'hémorrhagie; nous avons cru avoir embrassé avec la ligature la fémorale profonde; l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. La mort est arrivée promptement. Est-ce l'épuisement suite des hémorrhagies répétées? est-ce l'ébranlement et la commotion profonde que le système nerveux a ressentis dans la dernière opération? Nous ne saurions le dire. Ce serait ici le lieu de vous entretenir d'une manière un peu détaillée sur ces hémorrhagies consécutives et de vous exposer mes idées pratiques sur ce sujet important; mais nous ne pouvons que dire ici quelques mots:

Il faut avant tout distinguer les hémorrhagies résultantes d'accidents ou causes particulières locales et qu'on appellerait *primitives*, et les hémorrhagies dépendantes d'une prédisposition, d'une espèce de diathèse générale qu'on nomme plus justement *secondaires*. Cette distinction bien établie, on peut expliquer beaucoup de phénomènes qui sembleraient autrement inexplicables. Pour vous citer un exemple sur cette matière: il y a quelques années un individu étant à la poursuite d'un autre individu qui se sauvait, en reçut un coup de couteau dans l'épaule; il y eut une hémorrhagie immédiate qui fut arrêtée au moment par le tamponnement de la plaie; l'hémorrhagie se reproduisit et le malade fut confié à nos soins. Nous pratiquâmes un nouveau tamponnement avec tout le soin possible; l'hémorrhagie s'arrêta; mais s'étant reproduite peu de temps après, nous avons dû lier l'axillaire; l'hémorrhagie ne s'arrêta pas pour cela et nous fumes obligés d'en venir à l'amputation du bras, parce que la gangrène s'y était déclarée: le malade succomba. Ainsi voilà un cas (et je pourrais vous en citer beaucoup d'autres analogues) dans lequel les hémorrhagies ne semblaient pas dues à une cause locale traumatique, mais plutôt à une prédisposition générale.

Souvent les premières hémorrhagies disposent pour ainsi dire à des hémorrhagies nouvelles; il en résulte une nouvelle manière d'être dans les individus qui les éprouvent en vertu de laquelle ils sont exposés aux hémorrhagies. Cette prédisposition peut exister avec toutes les apparences de la plus belle santé, car elle dépend d'un état particulier non seulement du sang, mais des vaisseaux mêmes dont les parois sont plus fragiles et plus perméables au sang que dans l'état normal.

Autopsie. L'aspect du cadavre ne présente rien de particulier; la figure en est calme; il y a les signes d'un amaigrissement général, mais pas encore bien avancé. On a commencé par l'examen des organes thoraciques et abdominaux. Les poumons sont à peu près à l'état normal; on n'y trouve pas même d'engouement. Le péricarde contenait une certaine quantité de sérosité claire. Le cœur est d'un volume un peu plus gros qu'à l'état physiologique, et à la surface externe il offre quelques traces d'ancienne péricardite. On ne l'a pas ouvert pour l'examiner en même temps que l'aorte et l'artère iliaque du membre anévrismatique. Le foie a la couleur et le volume normaux; il est seulement un peu moins consistant, car le doigt s'y enfonce avec facilité. Rien d'apparent dans le tube intestinal et dans les autres organes contenus dans la cavité abdominale.

Arrivés à l'examen du membre, siége de la maladie, qui fut fait par M. Roux lui-même, on commence par la dissection de la tumeur anévrismale de la région poplitée; la peau qui la couvrait était très amincie et au-dessus de l'enveloppe cutanée on voyait aussi une partie des muscles de la région profonde de la cuisse qui s'étalaient sur la tumeur sous la forme d'une membrane très mince. Le sac, bien isolé de parties environnantes, présente encore le volume d'un gros poing. On l'ouvre et on le trouve rempli d'un sang en partie coagulé et en partie demi-liquide; il avait vraiment l'apparence d'une confiture de groseille. La tumeur a précisément son siége au commencement de l'artère poplitée, ou, pour mieux dire, c'est là son point de départ. De ce point, en introduisant un stylet, on arrive dans l'artère crurale. Le développement de l'anévrisme, immédiatement au-dessus et en dedans du genou, au commencement de la poplitée est assez rare; pour ma part je l'ai vu très rarement; c'est plutôt dans le creux du jarret qu'il commence à se développer et de là il s'étend dans la partie interne du genou. Dans l'espace poplité, là où notre anévrisme semble se terminer, on trouve une certaine dilatation de l'artère qui fait suite et qu'on dirait déjà anévrismatique.

En mettant à découvert dans toute son étendue l'artère crurale on la trouve élargie dans la région de l'aine, là où on l'avait liée la première fois, ce qui permet d'expliquer les battements forts et étendus qu'elle présentait dans cette région pendant la vie: pourtant pas de traces de véritable anévrisme, comme on aurait pu le croire. Au reste, les vaisseaux, artère et veine fémorales, sont tellement unis ensemble et adhérents aux parties environnantes, l'inflammation les a tellement épaissis et mêlés tous ensemble, qu'il est difficile de les distinguer, et on ne peut pas bien reconnaître le point précis d'où venait la dernière hémorrhagie; seulement on distingue les deux bouts de l'artère crurale coupés par la première ligature, enfoncés et comme perdus dans les tissus ambiants. La fémorale profonde est liée dans un point, mais il n'est pas sûr qu'elle le soit dans l'autre, car un stylet, porté dans sa cavité, le parcourt au-delà de cette seconde ligature. Et pourtant l'hémorrhagie avait été arrêtée par cette ligature! Comment expliquer cela? L'iliaque externe ne présente rien de particulier; elle semble parfaitement saine, comme, du reste, M. Roux l'avait dit au moment de la lier: on voit les deux bouts de l'artère coupée entre les deux ligatures.

M. Roux, avant d'achever cet important sujet, fait encore quelques réflexions cliniques. Il se demande si, dans le cas dont il s'agit, et en voyant l'artère fémorale dilatée là où on pouvait la lier, on aurait mieux fait de lier tout de suite l'iliaque externe? Il répond négativement; car la dilatation de l'artère fémorale dans l'aine n'était pas encore portée au point de pouvoir la regarder comme anévrismatique. Il se demande, au contraire, si même dans le cas où on doit procéder comme opération définitive à la ligature de l'iliaque externe, il ne serait pas utile de commencer par lier la crurale, dans le but de préparer la dilatation des branches artérielles collatérales qui doivent rapporter le sang dans le membre, et si, de cette manière, la ligature de l'iliaque externe, pratiquée après, n'aurait pas plus de chances de succès que faite immédiatement? C'est une idée, dit M. Roux, qui se présente en ce moment à mon esprit; c'est un sujet de réflexion que je n'ai pas assez mûri pour pouvoir me prononcer d'une manière absolue, mais qui mériterait bien toute notre attention dans cette époque surtout où la méthode de Brasdor semble reprendre de la faveur. Cette méthode était tombée dans l'oubli, car on ne pouvait pas croire ni s'expliquer comment la ligature d'une artère faite au-dessous de la tumeur anévrismale et non pas entre celle-ci et le cœur peut arrêter la circulation dans cette tumeur même et guérir la maladie. C'est Wardrop, cet habile chirurgien anglais, qui a attaché son nom à beaucoup de bonnes choses dans notre art, qui l'a fait revivre et l'a étayée de quelques cas heureux. Plusieurs essais faits par les modernes sont venus confirmer les idées de Wardrop. D'après cela ne serait-on pas fondé à lier l'artère crurale au-dessous d'une tumeur anévrismale siégeant, par exemple, au niveau du ligament de Fallope, avant de procéder à la ligature de l'iliaque externe et dans le but que nous avons expliqué tout à l'heure? Et quand même cette ligature ne suffirait pas à guérir radicalement la maladie selon les idées de Brasdor et de Wardrop, n'aurait-on pas toujours l'avantage de préparer la dilatation

des artères collatérales et de favoriser ainsi le succès de la ligature de l'iliaque postérieurement ?

Je ne prétends pas poser ici des principes ; je ne vous donne même pas cela comme précisément ma manière de voir ; car, je le répète, je n'ai pas encore d'opinion arrêtée à cet égard ; mais je vous propose un sujet de réflexion dans lequel l'opinion affirmative présente beaucoup de probabilité et de vraisemblance.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

M. Ricord a modifié d'une manière très avantageuse le procédé qu'il employait pour opérer la circoncision.

Depuis l'année 1839, la suture de la peau de la verge et des lèvres de la muqueuse correspondante, lui avait fait quelquefois obtenir des réunions immédiates, ou bien des guérisons dans trois ou quatre jours ; mais cette méthode n'ayant pas encore été portée au point de régularité qu'elle a atteint aujourd'hui, n'était pas appliquée d'une manière générale, tandis qu'elle est maintenant suivie dans presque tous les cas.

Voici comment opère M. Ricord.

La verge étant soutenue de manière à ce que la peau demeure dans ses rapports normaux, on trace avec de l'encre une ligne qui suit dans toute sa circonférence la direction oblique de la base du gland, à cinq ou six millimètres de distance en avant de cette base.

Dans ce premier temps, qui a pour but de limiter la portion du prépuce que l'on doit retrancher, il est important de ne pas laisser impressionner la verge par le froid ou bien par toute autre cause accidentelle ; car sur un organe dont les dimensions varient souvent avec tant de facilité, dans de telles circonstances, on se trouverait exposé à couper trop ou pas assez, tandis que si on tient compte de ces préceptes, on obtiendra toujours un résultat convenable, et l'on ne sera jamais obligé, plus tard, de dilater ou d'inciser de nouveau.

Tout étant ainsi disposé, à l'aide d'une longue aiguille qui doit rester en place jusqu'à la fin de l'opération, on traverse vers la partie supérieure de la base du gland, et de dedans en dehors, la muqueuse et la peau, puis on saisit la portion de prépuce que l'on veut retrancher, et la ramenant en avant de manière à ce qu'elle vienne dépasser l'extrémité du gland, on la fixe au moyen d'une pince à pansement, dont les mors, parallèles et fenêtrés sur le côté dans toute leur longueur, sont appliqués de haut en bas, immédiatement en arrière de la ligne tracée à l'encre, dont ils suivent la direction oblique.

Cette pince, dont les anneaux se trouvent, d'après cette disposition, du côté de la face dorsale de la verge, doit être confiée à un aide.

Cela étant fait, avec une aiguille lancéolée armée d'un fil, on perfore le prépuce de part en part, à travers les ouvertures des mors de la pince, afin de disposer à distance convenable les fils séparés à l'aide desquels on doit pratiquer les points de suture ; puis, avec un bistouri droit, on enlève d'un seul coup la portion du prépuce qui est restée libre en avant des mors de la pince, il suffit pour cela de couper de haut en bas, entre la longue aiguille que l'on a placée dans le premier temps de l'opération, et la face antérieure de la pince, qui sert en quelque sorte de règle au tranchant de l'instrument ; il ne reste plus alors qu'à dégager la pince, et après avoir coupé à leur partie moyenne, qui correspond au gland, les fils destinés aux points de suture, on pratique de chaque côté la réunion de la muqueuse et de la peau.

L'opération ainsi terminée, on enveloppe la verge de compresses imbibées d'eau froide, et dans la majorité des cas le malade est guéri avant le cinquième ou le sixième jour.

Comme on le voit dans ce nouveau procédé, M. Ricord passe les fils destinés à pratiquer la suture, avant de couper le prépuce. La pince qu'il a inventée lui permet d'exécuter cette manœuvre avec la plus grande facilité ; et de plus, les fils, protégés par les mors à travers lesquels ils passent, ne sont pas exposés à être coupés pendant l'opération. Enfin, l'emploi de la longue aiguille, dont l'application a été proposée par M. Léon Rattier, permet de fixer les parties dans des rapports déterminés, et d'obtenir d'un seul trait la section de la peau et de la muqueuse.

Les résultats parfaitement réguliers que nous avons constatés dans les salles de l'hôpital des Vénériens, nous donnent la conviction que M. Ricord a été très heureusement inspiré en appliquant à la circoncision, à l'aide d'un nouvel instrument, le procédé de suture employé dernièrement par M. Vidal, et dont l'idée première appartient à M. Velpeau, qui l'a décrit à l'occasion du bourrelet des lèvres, dans le tome III de sa *Médecine opératoire.* Ainsi simplifiée, l'opération est bien plus rapide, occasionne bien moins de douleur, et toujours on place les parties dans les meilleures conditions de réunion.

Mais en terminant cette note, nous ne laisserons pas échapper l'occasion de prévenir les praticiens sur le point de vue de l'opérotion en général, contre les mécomptes qui pourraient leur arriver.

Ils sauront qu'à moins d'urgence absolue, il ne faut jamais faire la circoncision lorsqu'il existe des chancres à la période de progrès ; car le pus virulent ne manque jamais alors, comme l'a prouvé M. Ricord, d'inoculer les lèvres de l'incision, qu'il convertit en ulcère spécifique. Toute assertion contraire à ce fait, constaté par des observations irrécusables, ne saurait provenir que d'une erreur de diagnostic ou de circonstances tellement exceptionnelles, qu'il est plus que permis de les révoquer en doute.

A. R...

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

Observation recueillie par M. le docteur GROEBENSCHUETZ.

Le 27 avril dernier, le gouvernement prussien prescrivit d'expérimenter pendant un an avec une pâte phosphorée destinée à remplacer l'arsenic pour la destruction des rats, et il recommanda aux autorités des diverses provinces de recueillir les résultats obtenus, afin d'éclairer la question de savoir si l'on devait ou non en ordonner l'emploi exclusif par une ordonnance *ad hoc.* Dans cette instruction ministérielle, on lit que, si le phosphore n'offre guère moins de dangers comme poison, qu'on n'en trouve dans l'usage de l'arsenic, il a du moins sur ce dernier l'avantage de perdre ses propriétés toxiques dans l'espace de quelques jours seulement par suite de son oxidation. Le cas suivant démontre jusqu'à l'évidence combien cette opinion est loin de la vérité.

Les époux H... habitaient, avec la mère et le frère de la femme, une petite maison qui leur avait été vendue, à la condition d'y loger jusqu'à sa mort la fille de l'ancien propriétaire. Gênés par cette dernière condition, et désireux de se débarrasser promptement de cette fille, ils tentèrent à plusieurs reprises de l'empoisonner, d'abord avec le mercure métallique, puis avec de la pâte phosphorée contre les rats, qu'ils achetèrent le 5 mars 1843 ; mais ayant échoué dans ces tentatives, et la jeune fille se tenant sur ses gardes, ils résolurent d'en finir autrement, et, en conséquence, le frère de la femme H... alla la trouver dans un bois, où il la tua à coups de hache, le 14 mars. Cinq jours après le cadavre fut retrouvé, et des soupçons planant sur la mère et le frère de la femme H..., ces deux individus furent arrêtés. Dès l'instant de son entrée dans la prison, le jeune homme recommanda à sa sœur de lui apporter régulièrement la nourriture dont il avait besoin, la menaçant, si elle y manquait, de déclarer sa complicité et celle de son mari. D'un autre côté, la mère avait dit à une de ses voisines que son fils avait été accompagné par sa sœur lorsqu'il s'était rendu au bois. Tremblante par la crainte de se voir compromise, la femme H... conçut l'idée de se garantir de ce danger en empoisonnant à la fois sa mère et son frère, et en conséquence, le 20 mars, elle leur porta une soupe à la farine et au lait, dans laquelle elle avait mélangé la moitié environ de la pâte phosphorée achetée précédemment par son mari. Cette soupe, au moment où le jeune homme commença à en goûter lui parut si mauvaise, et il en éprouva une telle chaleur dans le gosier, qu'il n'en mangea que deux ou trois cuillerées au plus, disant qu'elle avait mauvaise odeur ; mais la mère, poussée par la faim, ne fit pas attention à cela, et mangea la presque totalité.

Une heure après ce repas, les deux prisonniers se sentirent mal à l'aise ; la mère se plaignait d'une forte distension de l'abdomen, d'anxiété, et plus tard, de chaleur et de tranchées dans les intestins ; en même temps elle se trouva tourmentée par une soif ardente, par des envies de vomir, et bientôt elle fut prise d'une diarrhée abondante qui persista toute la nuit du 20 au 21, et même encore pendant toute cette dernière journée.

Les douleurs intestinales qu'éprouva le jeune homme furent assez vives, mais néanmoins elles cédèrent après quelques évacuations diarrhéiques.

Dans la journée du lendemain, les accusés furent confrontés avec le cadavre de la jeune fille assassinée ; la mère avait alors le faciès misérable et décomposé, elle pouvait à peine se tenir sur ses jambes, et elle répondait d'une manière tout-à-fait incohérente aux questions qui lui étaient adressées ; elle tomba bientôt dans un délire tranquille entre-coupé de moments lucides ; mais à partir du 22, vers le milieu du jour elle ne reconnut plus personne ; l'anxiété et l'inquiétude allèrent en croissant, et la mort survint dans la nuit du 22 au 23.

Dès le 25, on voulait procéder à l'inhumation ; mais le jeune homme, dans un interrogatoire qu'il avait déjà subi, avait avoué son crime, et en même temps avait déclaré que sa mère était empoisonnée. Aussi l'autorité judiciaire ordonna-t-elle aussitôt l'arrestation de la femme H...., et en outre de procéder à l'examen cadavérique de la mère. La femme H..., elle-même, fit des aveux complets et indiqua l'endroit où elle avait caché ce qui restait encore du poison : on trouva en effet ce dernier, qui consistait en une pâte, dans un petit pot brun, déposé au milieu d'un bouquet de sapins.

L'autopsie fut pratiquée le 27 mars, et présenta les particularités suivantes :

Aspect extérieur du corps.— Rigidité cadavérique normale ; odeur cadavérique prononcée ; coloration verte des téguments de l'abdomen ; cavité abdominale légèrement distendue par un dégagement de gaz ; yeux légèrement renfoncés dans les orbites et circonscrits par un cercle bleuâtre ; veines cutanées fortement développées et paraissant à travers la peau comme de larges cordons d'une couleur bleu foncée ; surface antérieure du corps (surtout à la poitrine et à l'abdomen) couvertes de taches sanguines un peu saillantes, de la grosseur d'un grain de chènevis et d'une teinte rouge-claire (pétéchies ?), qui contenaient, ainsi qu'on le constatait facilement par l'incision, du sang liquide et rouge-clair, déposé entre l'épiderme et le derme ; ongles des doigts de nuance bleue-noirâtre, par suite de l'extravasation du sang.

Cavité abdominale.— L'ouverture des téguments donne lieu au dégagement d'une quantité assez considérable d'un gaz de mauvaise odeur, qui toutefois ne rappelle pas d'une manière bien évidente celle qui est propre à l'ail. — Le péritoine et l'épiploon sont d'une couleur rouge inflammatoire ; les veines épiploïques et mésentériques sont engorgées d'un sang foncé. — L'estomac est, à l'extérieur, coloré en gris sale tirant sur le rougeâtre ; le duodénum et le jéjunum, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, sont d'une teinte foncée rouge-brune et marqués çà et là de taches verdâtres ; le gros intestin est légèrement teint en rouge. — L'estomac, enlevé après l'application de ligatures, contenait environ soixante grammes d'une pâte liquide épaisse, de couleur grise verdâtre : sur sa paroi postérieure, à peu de distance de l'orifice pylorique, il existait deux ulcères gangréneux, qui avaient détruit la membrane muqueuse dans l'étendue d'une lentille environ ; les bords de ces ulcérations étaient formés par un boursouflement gris-noirâtre de la membrane muqueuse ; dans le grand cul-de-sac, on remarquait une troisième ulcération de la grandeur d'une pièce de quinze sous, et qui avait détruit toutes les membranes de l'estomac jusqu'à la tunique péritonéale. La membrane villeuse, depuis le cardia jusqu'à la paroi inférieure du viscère, était en partie d'une couleur grise-cendrée et rouge foncée, en partie boursouflée et ramollie. Les veines de l'estomac ressemblaient à des cordes épaisses. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, offrait les traces d'une rougeur inflammatoire foncée disposée en arborisation ; elle était épaissie, mais sans la moindre érosion. — La membrane muqueuse du gros intestin ne présentait rien d'anormal. — On ne découvrit, dans toute l'étendue du tube digestif, ni grains métalliques, ni autres substances suspectes ; on remarquait seulement, dans l'iléon et le gros intestin, quelques parcelles de matières fécales jaunes-verdâtres. — La portion du lobe gauche du foie (celle qui s'appuie sur la petite courbure de l'estomac) offrait plusieurs taches phlegmasiques de couleur rouge claire et arborisées. Du reste, le foie ne présentait rien de particulier sous le rapport du volume et de la texture. — Tous les autres organes contenus dans la cavité abdominale étaient à l'état normal. — La face supérieure et la face inférieure du diaphragme étaient enflammées dans l'étendue de trois à quatre centimètres, au côté droit de l'ouverture œsophagienne.

Cavité thoracique. — Les lobes supérieurs du poumon, de couleur gris-ardoisé marbré, étaient crépitants et ne contenaient pas de tubercules ; les lobes inférieurs, engorgés de sang veineux, étaient fermes au toucher et peu crépitants. Les cavités droites du cœur étaient remplies d'un sang liquide foncé en couleur. Les veines coronaires ressemblaient à des cordes épaisses et noires. — L'œsophage offrait des arborisations et une couleur rouge-foncé ; sa membrane muqueuse, rouge, enflammée, ramollie, offrait une teinte grise-foncé noirâtre au niveau du diaphragme, et il était facile de l'enlever par morceaux en la tirant avec les pinces à disséquer.

Cavité crânienne. — Les vaisseaux de la pie-mère, fortement développés, étaient gorgés de sang. Entre la pie-mère et l'arachnoïde, il existait un épanchement très étendu d'un liquide lymphatique, de couleur opaline blanc-jaunâtre, et de l'épaisseur d'une carte à jouer. Ce liquide, dans plusieurs points, agglutinait les deux membranes et les collait l'une à l'autre.

Le restant de la pâte ayant été soumis à l'analyse, il fut facile d'y reconnaître la présence du phosphore.

Le contenu de l'estomac et des intestins ayant été mis en contact avec le papier bleu de tournesol, ce dernier fut rougi, mais plus avec les matières de l'estomac qu'avec celles des intestins.

Des portions prises dans les divers points du canal intestinal furent placées sur une plaque de fer-blanc fortement chauffée, pour rechercher s'il ne s'y trouvait pas encore quelque parcelle de phosphore ; les portions se carbonisèrent en pétillant et en dégageant des vapeurs abondantes, mais sans décider la présence du phosphore. La même opération ayant été répétée avec un grand morceau de l'estomac, on vit, avant même que la carbonisation ne commençât, apparaître plusieurs (sept ou huit) petites flammes claires, de couleur-jaune blanchâtre, et pareilles à celles que fournit la combustion du phosphore.

Par la distillation d'une certaine partie du gros intestin, on obtint un liquide incolore, clair, d'une odeur très désagréable, ramenant au bleu le papier de tournesol rougi par un acide ; faisant effervescence par l'addition de l'acide nitrique, se troublant et fournissant par le nitrate d'argent un précipité gris-jaunâtre sale, soluble dans l'acide nitrique à un léger sédiment noirâtre gris qui se déposait au bout de quelque temps et présentait tous les caractères extérieurs du phosphite d'argent.

En réitérant l'opération avec les intestins grêles et l'addition d'une certaine quantité d'eau distillée, on obtint des résultats identiques, moins tranchés cependant que dans le cas précédent, en raison de l'eau ajoutée.

En examinant la quantité de pâte qui restait, et en la comparant avec ce qui avait été mélangé par la femme H... à la soupe préparée par elle, M. Groebenschuetz estime que la dose de phosphore qui a été ingérée peut être approximativement fixée de 30 à 45 centigrammes, dose qui aurait donné lieu à des accidents beaucoup plus graves et aurait amené plus promptement la mort sans la présence de la soupe qui lui servait d'excipient.

L'auteur fait observer que le développement des pétéchies dans l'empoisonnement par le phosphore n'avait pas encore été signalé jusqu'ici, et il remarque en outre que, dans ce cas, les taches étaient d'un rouge clair, tandis que celles qui surviennent chez les sujets empoisonnés par l'arsenic sont d'un bleu foncé.

(*Medicinische Zeitung.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Août 1843.

Note sur l'emploi des bains dans les maladies squirrheuses et cancéreuses de l'estomac.

Ce travail anonyme peut se résumer ainsi : tant que la maladie n'est point arrivée à un degré avancé, que les forces n'ont pas subi une atteinte profonde, et que les symptômes du mal commandent d'ailleurs l'emploi de ce moyen, les bains peuvent être employés avec avantage chez des individus atteints de squirrhe ou de cancer de l'estomac, ou de l'intestin. Mais il n'en est plus de même quand les malades se trouvent placés dans les conditions inverses. Dans ce cas surtout, une hématémèse, une hémorrhagie intestinale avec la forme particulière que ces accidents revêtent dans ces affections, peuvent survenir et précipiter rapidement les malades vers la terminaison fatale.

Quelques considérations sur la blennorrhagie en général et sur le traitement particulier de la balano-posthite et de l'urétrite blennorrhagique ; par M. RICORD.

La cause la plus puissante de la blennorrhagie, et dont le mode d'action et les effets mal jugés ont pu faire croire à l'existence d'un virus particulier ou identique à celui de la syphilis, c'est le produit morbide d'une muqueuse enflammée appliqué sur une muqueuse saine. Aussi voit-on la fréquence de la blennorrhagie urétrale chez l'homme se trouver en rapport avec la fréquence du catarrhe utérin dans certaines localités et dans Paris en particulier. M. Ricord affirme, pour l'avoir vérifié, que sur cinq blennorrhagies chez l'homme, quatre sont dues au catarrhe utérin. La blennorrhagie produite par l'abus des rapports sexuels entre deux individus sains, est bien plus commun chez l'homme que chez la femme. La femme malade communique bien plus souvent sa maladie que l'homme. Les écoulements des muqueuses génitales chez la femme sont plus souvent produits par les causes communes des inflammations que par le résultat des rapports réputés contagieux. La blennorrhagie urétrale, dans les deux sexes, semble au contraire nécessiter le plus ordinairement l'action d'une cause directe. Les femmes en général rendent plus de chaudepisses qu'on ne leur en donne ; mais elles sont moins souvent que les hommes sciemment capables de celles qu'elles communiquent. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'admettre une identité de cause pour la blennorrhagie et le chancre. Le pus du chancre peut bien produire la blennorrhagie comme matière irritante ; mais jamais le muco-pus blennorrhagique ne pourra donner lieu à un ulcère syphilitique.

Traitement de la blennorrhagie externe (balanite, posthite, balano-posthite). — Lorsque le gland peut être mis à découvert, que l'inflammation est légère et sans trop de desquammation de l'épithélium, de simples lotions avec l'eau blanche, l'interposition d'un linge fin et sec entre le gland et le prépuce, suffisent pour guérir en quelques jours. Quand la maladie est un peu plus intense, que la sécrétion mucoso-purulente est abondante, qu'il existe ou non des excoriations, on fait deux fois par jour des lotions avec la solution suivante :

Eau distillée,	200 grammes.
Azotate d'argent,	2 grammes.

Puis on place un linge sec entre le gland et le prépuce.

Quant au traitement de l'*urétrite*, M. Ricord a adopté maintenant la méthode de M. Debeney que nous avons exposée dans un des derniers numéros, et qui consiste à faire des injections avec l'azotate d'argent à haute dose. Il y joint quelquefois l'emploi du copahu et du cubèbe.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mémoire sur l'extase religieuse épidémique qui régnait en Suède en 1841 et 1842 ; par M. le docteur C.-V. SONDEN, médecin de l'hôpital des aliénés, à Stockolm.

Cette maladie doit être considérée comme une des éruptions partielles, faible, et reparaissant encore de temps à autre, de l'épidémie qui, sous le nom de danse de Saint-Jean, ou *chorea Sancti-Viti,* fit des ravages terribles à l'époque du moyen-âge. En général, cette forme de maladie singulière et épidémique se distinguait essentiellement par deux symptômes saillants et remarquables ; l'un, physique, et consistant en une attaque spasmodique, des contractions involontaires, des contorsions, etc. ; l'autre, physique (mental), consistant en une extase plus ou moins involontaire, pendant laquelle le malade croit voir ou entendre des choses divines, surnaturelles, et est forcé d'en parler, ou, comme on le dit parmi le peuple, de prêcher, bien que l'un et l'autre symptômes varient un peu dans des cas particuliers. Le spasme consistait principalement dans des tressaillements convulsifs, des contorsions hideuses ou ridiculement défigurantes des muscles du visage,

du corps, surtout des extrémités, le plus souvent des épaules ; quelque fois des bonds et des sauts, souvent si impétueux, que le malade ne pouvait se tenir assis sur une chaise, ni rester dans son lit. Il n'y avait cependant aucune manie de danse ni des symptômes de paralysie. Tout ce qui affectait d'une manière désagréable l'esprit ou la fantaisie du malade, provoquait ou augmentait singulièrement ces contorsions. Du reste, elles arrivaient à des intervalles irréguliers. Aucun malade ne s'est plaint de douleur. Le peuple envisageait le spasme comme un signe infaillible de la présence du saint Esprit dans le corps du malade, et comme une preuve de la difformité du péché.

Le symptôme psychique est caractérisé par une suspension ou une altération plus ou moins complète de l'usage habituel des sens, dont le malade est attaqué par accès dans l'état de la veille, par le manque d'idée claire de son existence et de volonté personnelle ; en sorte que l'enchaînement naturel des fonctions de l'âme est interrompu, tandis que l'activité de l'imagination se trouve exaltée à un degré extraordinaire ou du moins exclusif, ce qui est cause que le malade croit vivre dans une autre sphère que celle qui l'entoure. Cette activité se manifeste par une loquacité irrésistible et par une manie constante à vouloir prêcher la parole de Dieu, par des visions et des prophéties. Cet accès prenait également à des intervalles irréguliers, et était le plus souvent précédé, accompagné et suivi des symptômes de spasme. Les discours ou sermons roulaient toujours sur des sujets religieux, ainsi que l'indique la dénomination devenue populaire de *maladie de prédications ;* c'étaient des exhortations aux pécheurs à se convertir, des condamnations lancées contre toute espèce d'immoralité, ou bien contre des plaisirs tels que le jeu, la danse, ou bien encore contre des objets de parure. Les malades parlaient de visions, faisaient des prédictions. Pendant les paroxysmes, les yeux des malades brillaient d'un éclat extraordinaire, mêlé souvent d'égarement ; les gestes les plus singuliers accompagnaient la déclamation ; le débit était d'un pathétique original. Du reste, les fonctions naturelles s'exécutaient normalement ; mais les accès laissaient après eux beaucoup de faiblesse et d'épuisement.

Dans la plupart des cas l'accès prenait subitement, tantôt il était précédé de prodrômes qui consistaient en une forte sensation d'inquiétude et de repentir, une oppression ou douleur légère dans la tête et les membres, une respiration difficile, peu d'appétit, etc.

La maladie attaquait communément des jeunes gens de seize à trente ans ; souvent aussi des enfants de six à seize ans, et même quelques personnes âgées. La majeure partie était des femmes. La plupart des malades appartenaient à la classe du peuple. Tous gagnaient la maladie par ce que l'on pourrait appeler une contagion psychique, c'est-à-dire en regardant ou en écoutant quelque femme atteinte de la maladie de prédication, à l'exception de la première qui en fut atteinte, et dont on pourrait dire qu'elle l'avait gagnée à force de lire des livres religieux. Pendant une année que cette épidémie mentale a régné, plusieurs milliers de personnes en ont été attaquées, et il est à présumer que beaucoup d'autres le seront encore.

Parmi les causes morales de cette épidémie, l'auteur range au premier rang l'ignorance et la crédulité du peuple qui disposent au fanatisme et à l'enthousiasme religieux. Pour les causes physiques il énumère la consommation de l'eau-de-vie et l'ivrognerie qui en résulte, et les vivres de mauvaise qualité.

Correspondance.

On nous prie d'insérer la lettre suivante :

Lettre à M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

M. Guérin qui a besoin de se défendre contre les attaques auxquelles l'exposent depuis quelque temps, et la position exceptionnelle qu'il occupe dans le service des hôpitaux, et l'inconcevable statistique qu'il a rendu publique, M. Guérin qui est propriétaire d'un journal et qui sait si bien faire ouvrir à ses articles les colonnes des autres journaux, n'a qu'un tort dans la polémique qu'il soutient, c'est de ne pas employer envers ses adversaires la justice qu'il réclame pour lui ; déplaçant les questions, s'appliquant ce qui ne s'adresse nullement à sa personne, il se pose en victime et réclame la récompense de son martyre. Il ne nous est pas possible de lui laisser prendre la position qu'il cherche à se faire dans la lettre qu'il a écrite au Conseil général des hospices le 16 août dernier, et dans le feuilleton de son journal de samedi ; nous allons donc livrer à une discussion sérieuse cette lettre qui, selon nous, porte atteinte aux droits le plus légitimement acquis, et qui tend à étouffer la liberté d'examen qui est non-seulement un droit, mais aussi un devoir pour quiconque s'occupe de pratique et d'enseignement, et veut, dans l'intérêt de la science, connaître toute la vérité.

Dans cette discussion, nous ne prenons que la responsabilité de nos actes ; mais nous la prenons toute entière. Nous sommes de ceux qui, dans la presse politique, avons élevé la voix contre la création illégale de services de chirurgie confiés à des hommes qui ne sont pas chirurgiens des hôpitaux ; qui avons dévoilé les prétentions incessantes de ces mêmes hommes à un envahissement devenu scandaleux ; qui avons signalé l'illégalité, l'injustice, l'immoralité de ces intrusions, et une partie des abus nombreux qu'elles amènent après elles. Personne, que nous sachions, n'a répondu à cette partie de nos justes réclamations. M. Guérin, lui-même, nous paraît avoir mis de côté les droits acquis des autres, pour ne s'occuper que de ses intérêts personnels, affectant, dans sa lettre au Conseil, de ne voir dans l'opposition que l'on fait à ses prétentions extrà-réglementaires, que *des inductions offensantes, des imputations odieuses ou calomnieuses*, venant d'ennemis intéressés. Mais en réalité, qu'avons-nous dit qui fût plus particulièrement personnel à M. Guérin qu'à tout autre entré par la même porte que lui dans le service des hôpitaux : dans les journaux politiques comme dans ceux de médecine, c'est un principe que nous avons défendu contre ceux qui l'attaquent. Hommes du concours, nous veillons à maintenir les droits que nous tenons du concours, et nous le ferons tant qu'il sera inscrit dans le réglement des hôpitaux, *que nul ne peut être admis comme chirurgien d'hôpital sans avoir appartenu au bureau central, et que nul ne peut être admis au bureau central sans concours ;* après tout, c'est notre droit ; car pour arriver dans les hôpitaux, nous avons suivi la voie légale tracée par les réglements ; car nous croyons plus que jamais, qu'un concours dans lequel un médecin ou un chirurgien fait ses preuves par devant un jury non choisi, mais tiré au sort parmi un grand nombre d'hommes compétents, est la seule garantie suffisante pour l'aspirant, pour l'administration qui nomme, et pour le pauvre malade qui n'a pas le choix de son médecin. Est-ce notre faute à nous si M. Guérin se trouve placé dans les hôpitaux, non pas en vertu, mais en dehors du réglement ? Y a-t-il *imputations odieuses* ou *calomnieuses* à défendre contre des prétentions et des envahissements sans pudeur, nos droits ou ceux de nos collègues, quand ces droits sont consacrés par la justice, la légalité et les intérêts bien entendus de la science et de l'humanité ?

Voilà en partie ce que nous avons dit déjà et ce que nous sommes encore disposés à dire tout haut et partout de manière à être entendu de tout le monde. Nous savons bien que cette publicité n'est pas du goût de M. Guérin, et qu'il voudrait bien garder pour son usage personnel des moyens qu'il semble blâmer chez les autres ; c'est du moins ce qui nous paraît ressortir d'une phrase de sa lettre où il dit *que les attaques dirigées contre lui se sont fait jour par toutes les voies de la presse.* Comme si le rapport de M. Guerin ne s'était pas fait jour par toutes ces mêmes voies et par d'autres encore ! (*Voy.* Journal des Débats, Constitutionnel, Courrier français, Gazette médicale, etc.)

Serait-ce dans la critique que nous avons faite de la trop fameuse statistique du service orthopédique de l'hôpital des Enfants, que nous aurions commis quelqu'une de ces énormités qui, dans le vocabulaire de M. Guérin, mériteraient d'être qualifiées d'*imputations odieuses et calomnieuses ?* Mais, s'il nous en souvient bien, la responsabilité de cette pièce fut réclamée par MM. Kunh, Dechambre et Brochin, et M. Guérin n'a pas pu être atteint par nos coups ; car, il faut qu'on le sache, M. Guérin veut bien accepter le bénéfice de son rapport près du Conseil des hospices, mais lorsque dans la presse médicale ce rapport a été mis en discussion, d'autres en ont revendiqué la responsabilité. C'est là une façon d'agir que chacun peut apprécier à son gré. Au reste, en lisant la lettre de ces messieurs et nos observations, on verra de quel côté sont les *imputations*, si *imputations* il y a.

Nous savons bien de quoi nous sommes coupables aux yeux de M. Guérin, c'est de n'avoir pas accepté sur parole tout ce qu'il a avancé dans son rapport. Mais en présence de faits si extraordinaires, ce n'est point seulement un droit, c'est un devoir pour tous les chirurgiens d'examiner les faits sous toutes leurs faces et dans tout leur jour avant que de les admettre, surtout quand parmi ces faits il s'en trouve qui sont en opposition flagrante avec la pratique de tout le monde, comme ceux qui ont trait aux abcès par congestion, au redressement des cals vicieux, etc. Maintenant, qu'au lieu de répondre à nos objections, et qu'au lieu de nous mettre à même de connaître la vérité, M. Guérin se pose en victime et crie qu'il est en butte à des *imputations calomnieuses*, il peut le faire, car cela lui est sans doute plus facile que de répondre ; mais cela n'est pas juste.

Arrivons à la conclusion de la lettre écrite au Conseil des hospices. M. Guérin y provoque la nomination d'une commission, et, séance tenante, une commission lui a été nommée. Disons ici toute notre pensée sur cette mesure que nous déclarons irrégulière. Il n'est pas encore arrivé, à notre connaissance du moins, que l'administration ait été obligée de nommer une commission spéciale pour examiner les résultats et vérifier les faits publiés par un de ses médecins ou chirurgiens institués selon les formes légales. Il est des renommées, nous le savons, qui font surtout leur chemin à coup de commissions ; il leur en faut partout et de bon choix. Celle que le Conseil général des hôpitaux vient de nommer à M. Guérin ne se compose que de noms honorables, car il serait difficile, nous le croyons, d'en trouver dans le personnel médical des hôpitaux qui ne le fussent pas. Cette commission est composée de six membres et d'un président, qui est M. le doyen de l'Ecole de médecine. C'est par inadvertance sans doute, mais par une inadvertance qu'il faut signaler, qu'on ne voit figurer dans cette commission aucun des chefs de service de l'hôpital des Enfants, hôpital où M. Guérin a pratiqué ses opérations ; c'est cependant dans les salles de quelques-uns de ces médecins qu'ont dû succomber à des scarlatines ou à d'autres affections intercurrentes, ainsi que nous l'a appris M. Guérin, quelques-uns des malades confiés à ses soins chirurgicaux, et sur lesquels on n'aura pas laissé échapper l'occasion de constater des faits d'anatomie pathologique importants. C'est de plus à l'hôpital des enfants que la commission devra se rendre pendant un an pour suivre les opérations que pratiquera M. Guérin. Or, il n'échappe à personne que nul ne se trouve dans des conditions aussi favorables pour tout voir, pour suivre quotidiennement et ne laisser passer aucune occasion propre à mettre en relief la vérité que les chefs de service de l'hôpital des enfants, puisqu'ils passent chaque jour plusieurs heures dans cet établissement.

Nous venons de signaler une omission qui nous paraît grave dans la composition de la commission ; il ne nous appartient pas de connaître quel a été son mode de nomination (et nous devons croire qu'elle a été faite par le sort) ; mais nous pouvons jeter un coup d'œil rapide sur ses attributions et sur l'importance que veut lui donner M. Guérin.

Est-ce de la valeur de l'orthopédie qu'elle s'occupera, et cette branche de la chirurgie serait-elle toute entière en cause dans la personne de M. Guérin ? Une phrase quelque peu prétentieuse de la lettre de ce médecin au conseil peut faire supposer que c'est là le but qu'il se propose ; mais personne ne s'y laissera prendre. Le Conseil des hôpitaux lui-même sait parfaitement à quoi s'en tenir sur ce point, lui qui, cédant à des demandes que nous regardons comme irrégulières aussi, a créé, pour faire un contre-poids à M. Guérin, deux services d'orthopédie, l'un pour M. Duval et l'autre pour M. Bouvier, déjà pourvu, mais régulièrement, d'un service de médecine dans les hôpitaux. Ce même Conseil sait en outre qu'il a accordé des appareils orthopédiques à un grand nombre d'établissements et que des opérations ont été faites par les chirurgiens de ces établissements, qui lui en ont fait connaître les résultats. L'orthopédie n'est donc point en cause dans la personne de M. Guérin, et, à ce point de vue, la commission devient tout à fait inutile.

Sera-ce l'homme scientifique que la commission aura à examiner pour régulariser dans les hôpitaux sa position extrà-réglementaire ? La chose n'est pas possible ; car c'est après un concours que l'administration nomme ses chirurgiens. Pour cela, elle institue un jury d'après les formes prescrites par ses réglements ; ce jury lui désigne le plus digne, et elle le nomme. La commission ne peut pas être un jury.

Aura-t-elle enfin le caractère d'une commission d'enquête ? Alors elle devra s'occuper de deux ordres de faits ; d'abord de ceux dont les résultats ont été rendus publics. Eh bien, pour ceux-là, tout médecin a, comme la commission, le droit de connaître, d'examiner, de juger ; car ces faits sont aujourd'hui dans le domaine public, et il ne dépend pas de M. Guérin de n'en livrer l'examen qu'à une commission dont il a provoqué la nomination ; aujourd'hui surtout que ces faits ont soulevé des doutes et des contradictions. La commission pourra peut-être ajouter au jugement du public médical, mais elle ne pourra lui servir de règle. Dans ce sens donc, l'action de la commission est, sinon inutile, au moins très limitée.

Pour les faits du second ordre, ceux qu'il s'agit de suivre et de surveiller dans le courant de l'année prochaine, nous croyons que, dans l'intérêt de tout le monde, il eût été préférable que l'administration ne dérogeât pas à son habitude si sage de renvoyer cette surveillance à la commission qu'elle a établi en permanence pour l'examen de ces sortes de questions ; cette commission est depuis long temps nommée, et par conséquent en dehors de toute passion, et elle a déjà examiné les prétentions et les titres d'ophthalmologistes et d'accoucheurs qui étaient dans le même cas que M. Guérin. Pourquoi cet orthopédiste échapperait-il à la règle ordinaire du conseil ? Pourquoi nommera-t-on pour lui seul une commission quand on ne l'a pas fait pour d'autres ? Nous le déclarons franchement à nos collègues, à ce point de vue, la nouvelle commission qu'ils forment ne nous paraît être qu'une superfétation.

Plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 12 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 108. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Deux cas de méningite terminés par la mort. Quelques réflexions sur les altérations cadavériques et sur le traitement.

Première observation. — Le 30 juin 1843, est entré à la Charité le nommé Chilon René, menuisier, âgé de vingt-cinq ans. Il a été couché au n° 10 de la salle Saint-Ferdinand. C'est un homme qui paraît d'une assez bonne constitution, dont la santé a été habituellement excellente. Depuis trois mois seulement il a été pris de douleurs de tête assez vives, accompagnées, dit-il, d'un affaissement tellement considérable qu'elles le mettaient dans l'impossibilité complète de travailler. Cependant la douleur calmée, il reprenait ses occupations jusqu'à ce qu'une nouvelle atteinte vînt le forcer à les abandonner de nouveau. Depuis quelque temps ces souffrances sont devenues continuelles.

A son entrée, la céphalalgie est toujours intense, le pouls est lent, mais fort, la respiration est peu modifiée; il y a de l'affaissement; le malade y voit bien; l'intelligence paraît dans toute son intégrité. Tisane ordinaire; diète; saignée.

Jusqu'au 8 juillet, aucun changement manifeste ne s'opère dans l'état du malade. Deux autres saignées lui ont été pratiquées, et jusqu'au 7 le traitement n'a paru avoir aucune influence sur la marche de la maladie. La situation de cet homme est restée presque la même.

Le 8, les symptômes prennent une redoutable gravité; le délire est survenu pendant la nuit; le malade a voulu se lever et sortir. On a été obligé de lui mettre la camisole de force et de l'attacher solidement dans son lit. Le matin, à la visite, il est calme; l'expression de la face est tranquille, abattue même; le pouls est toujours lent (55 à 60 pulsations), mais très dur, très sec. Toute l'attitude du corps est parfaitement en rapport avec le visage; l'affaissement général est porté à un très haut degré, au point qu'il retombe comme une masse quand on veut le faire asseoir sur son lit. Les yeux sont convulsés en haut par moments, et présentent un sentiment extatique. On observe quelques mouvements convulsifs dans les membres supérieurs, mais extrêmement légers et fugaces. L'intelligence n'a rien perdu de sa plénitude. Tisane ordinaire, deux pots; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 9 juillet, même état. L'intelligence est toujours nette. Sangsues derrière les oreilles. Eau de Sedlitz. Glace sur la tête le soir.

Le 10, la langue, les lèvres et les gencives sont couvertes d'un enduit fuligineux. Il a craché une assez grande quantité de sang, mais qui ne paraît venir que de la bouche et non de la poitrine. On le fait expectorer; il n'y a plus de sang dans les crachats. Le pouls a augmenté de fréquence d'une manière très manifeste: il est à 85-90 à peu près. Le malade est dans un assoupissement plus considérable que nous ne l'avions observé encore. De plus, il se plaint vivement du ventre. Du reste, la connaissance est toujours parfaite. Il nomme chaque chose et distingue bien les personnes.

Pendant que nous sommes à l'examiner, tout à coup il étend les bras en avant, tous les muscles sont contractés; une expression indéfinissable de souffrance passe sur sa face; les muscles du visage sont comme crispés, les yeux sont fortement convulsés en haut; il semble que cet homme va expirer. L'accès dure à peu près vingt à trente secondes; c'est le premier qu'il a de cette espèce. Sitôt qu'il a cessé, les membres retombent dans l'affaissement complet. La sensibilité est conservée. Il a crié hier pendant tout le temps que la glace a été maintenue sur sa tête. Douze sangsues à la nuque; eau de Sedlitz; lavement émollient.

Le 11 juillet, le malade est dans un état désespéré; il a poussé toute la nuit des cris épouvantables. Ce matin, à la visite, la respiration est embarrassée, trachéale; pouls petit; carphologie; crocidisme continuels. Mort prochaine. Sinapismes aux jambes.

Mort le 11 dans la journée.

On a trouvé à l'autopsie du cadavre les meninges injectées, la substance cérébrale un peu moins consistante qu'à l'ordinaire; du pus infiltré en petite quantité à la base du cerveau, et deux cuillerées de sérosité environ dans les ventricules. L'abdomen, où il accusait de la douleur, a été examiné avec soin, sans rien présenter de particulier.

Deuxième observation. — Un nommé Hortal (François), âgé de vingt-un ans, a été apporté à la Charité le 11 juillet; il a été couché au n° 11 de la même salle. Il est commis chez un bijoutier. C'est le soir qu'il est arrivé à l'hôpital. Il paraissait en délire; il voulait se lever de son lit. Il ne poussait aucun cri.

Le matin, 12 juillet, à la visite, nous le trouvons dans l'état suivant: il est couché sur le dos; la tête est constamment tournée à droite; l'intelligence est paresseuse, mais nette; il répond aux questions qu'on lui adresse. La tête, dit-il, lui fait mal depuis plusieurs jours; il attribue sa maladie à un courant d'air auquel il est resté assez long-temps exposé; et, selon lui, il y aurait bien quinze jours qu'il ne serait plus dans son état de santé ordinaire. Le pouls est d'une lenteur et d'une régularité remarquables. La langue est blanche et un peu sèche. On essaie de lui faire tourner la tête à gauche, il se défend en disant que cela le fait souffrir. Les membres paraissent dans un état ordinaire; cependant le bras gauche semble plus affaissé que le droit; la sensibilité et la motilité sont conservées. Interrogé si la vue est aussi bonne qu'elle l'est habituellement, il répond qu'il n'y voit pas. Le cahier de visite lui est mis sous les yeux, il regarde et ne peut lire. Les doigts rapprochés vivement de ses yeux produisent néanmoins un clignement vif qui annonce que la vision est en grande partie maintenue. On veut le faire lever; il lui est complètement impossible de se tenir debout, et s'il n'était soutenu par un infirmier et un élève, il tomberait sur le plancher. Après s'être recouché, M. Cruveilhier lui dit de s'asseoir dans son lit; ce n'est qu'avec grande peine qu'il y parvient. La face est plus colorée qu'à l'état habituel. Il y a des instants où l'on ne peut en obtenir de réponse. Les yeux présentent une légère déviation, comme un strabisme, mais peu manifeste. La respiration est un peu inégale.

A son entrée, hier au soir, vingt sangsues lui ont été appliquées derrière les oreilles, et on lui a administré un lavement purgatif.

Ce matin on va appliquer des ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, un vésicatoire de vingt centimètres sur six dans la même région. Le malade prendra 64 grammes d'huile de ricin, un lavement, des sinapismes sur les membres inférieurs.

Le 13, le malade est dans une sorte de coma; il est plongé dans un assoupissement continuel dont rien ne paraît le tirer complètement. Le pouls est sec, fort et assez lent, 80 pulsations à peu près. La respiration est accélérée. Le strabisme est devenu manifeste. L'intelligence est complètement abolie. La sensibilité est conservée dans tous les membres, mais elle est un peu obtuse. Pour nous, la température de la tête n'est pas élevée. Le malade paraît dans un état désespéré. Ventouses sur la colonne vertébrale, 250 grammes de sang.

Le 14, les symptômes ne se sont point aggravés; ils sont restés presque les mêmes, de telle sorte que l'état général est presque complètement celui d'hier.

Le 15 juillet, il y a de l'amélioration dans la position du malade. L'intelligence a reparu, faible, cependant d'une manière sensible; ainsi il a parlé ce matin, ce qu'il ne faisait pas depuis deux jours; il s'est plaint que la tisane qu'on lui faisait boire était mauvaise. M. Cruveilhier lui fait donner à boire de nouveau; il avale bien, saisit même le gobelet de la main droite et paraît vouloir le porter à sa bouche; son bras hésite long-temps, il finit par y parvenir et boit seul quelques gorgées: il semble être altéré. On lui demande si cette tisane-là est bonne; il répond d'une manière presque inintelligible: Pas trop. On veut lui faire montrer sa langue; il semble ne pas comprendre d'abord, mais bientôt il la fait sortir hors de sa bouche. Il y a lieu de croire que la vision est troublée. Outre que le strabisme persiste, différentes expériences nous apprennent qu'il ne voit que très incomplètement. Il y a de la rigidité à la région cervicale, mais peu marquée. Il a eu de nombreuses selles; n'ayant pas l'intelligence nécessaire pour demander un bassin, les matières stercorales ont été rendues dans le lit. Nous remarquons que le strabisme est convergent, surtout quand il regarde à gauche. La journée d'hier s'est passée sans cris. Le pouls est à 100 pulsations; la respiration toujours difficile. La bouche demeure constamment ouverte; les membres, le gauche supérieur surtout, sont dans un état d'affaissement très marqué; la motilité et la sensibilité sont conservées.

Comme on n'avait pas osé appliquer les ventouses avant-hier, elles ont été prises hier; on a dû tirer 250 grammes de sang; de plus le malade a pris hier une potion avec 4 décagrammes de gomme gutte et sirop de nerprun 32 grammes. On la lui donnera de nouveau aujourd'hui. Deux vésicatoires aux cuisses; lavement purgatif. Il sucera des tranches d'orange dans la journée.

Le 16, état stationnaire; le malade est plutôt un peu moins bien.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Paris et la campagne. — Aventures de voyage. — Les Médecins ruraux. — Un solo de clarinette interrompu. — Nouveau signe des luxations du poignet. — Jean Raimond à l'Académie de médecine. — La tombe de Bichat. — Choix de médecines. — La médecine positive.

C'était lundi dernier; il faisait une chaleur étouffante, 27° à l'ombre, et je sortais de la séance de l'Académie des sciences. *O rus! quandò te ego aspiciam!* me disais-je en passant le pont des Arts, en suivant les méandres capricieux de la Seine et les ondulations des ravissantes collines qui entourent la vieille Lutèce de leur ceinture ombreuse et charmante. Triste destinée, ajoutais-je, à part moi! Avoir soif de grand air et de lumière, de fraîcheur et d'ombrages; sentir dans leur cage osseuse deux poumons qui ne demanderaient pas mieux que de se dilater au parfum balsamique des bois; aspirer aux fraîches émanations d'un ruisseau murmurant; et rentrer dans une triste rue au trottoir asphaltique, aux maisons humides et sombres; comparer l'offusquante et chaude lumière du gaz, à la douce lueur des étoiles, la poudreuse et maigre verdure des boulevards, à la riche et plantureuse végétation des forêts; Paris enfin, cette immense et sèche carrière de moellons, comparé à la luxuriante nature des campagnards. J'étais dans cette disposition d'esprit, maudissant le devoir qui m'enchaîne au silex de Paris, quand d'une voiture qui venait de s'arrêter, j'entendis crier: Jean Raimond, écoutez! — C'était un de mes bons confrères qui, sa consultation faite, allait dîner et coucher à sa délicieuse maison de campagne à quelques lieues (prononcez kilomètres) de Paris. — Je vous emmène, me dit-il. — Et les affaires? Et ceci? et cela? — Demain à dix heures nous serons à Paris; profitons de cette belle soirée. — Elle était superbe en effet; je me laissai tenter, et au soleil couchant, grâce à deux vigoureux chevaux, j'étais transporté au charmant village de .....

A ce préambule, vous vous attendez peut-être au récit de quelque grande aventure. Il n'en est rien. Seulement j'ai recueilli, dans ce petit voyage, deux petits laits assez drôlets, et c'est beaucoup. J'en connais qui ont fait le tour du monde, et qui n'avaient rien à dire au retour. J'ai à peine perdu de vue les tours de Notre-Dame, et je rapporte deux historiettes. J'espère qu'on me tiendra compte de ceci au jour de la nomination des médecins voyageurs. Je viens de me créer, en style de concours, des titres antérieurs.

Donc, après dîner, mon amphytrion avait une visite à rendre au médecin de l'endroit; il me propose de l'accompagner, ce que j'accepte de grand cœur. Et ici j'ai besoin de dire que je suis on ne peut plus éloigné de vouloir jeter du ridicule sur la classe nombreuse et si honorable de nos confrères ruraux. J'ai vu long-temps le médecin rural et j'ai connu son existence. En est-il de plus austère, de plus sublime et aussi de plus ingratement pénible? En voyant ce dévouement de tous les instants, ces jours sans repos et ces nuits sans sommeil; cette vie passée dans les fondrières des chemins vicinaux, ce courage à supporter les ardeurs de l'été et les rigueurs de l'hiver; en suivant dans une seule tournée ce modeste Hippocrate, qui, pour les malheureux souffrants, mal abrités sous un toit de chaume, va puiser les secours de l'art aux sources nombreuses et diverses de notre belle science, souvent je me suis dit: Voilà le médecin complet, parcourant dans un jour le cycle fatal des douleurs humaines, là auprès d'une fièvre typhoïde, ici auprès d'une fracture, plus loin auprès d'une femme en couche. Malgré soi, peut-on ne pas comparer cette existence qui, presque jamais n'aboutit à une aisance honnête, à celle de nos élégants spécialistes qui arrivent aux honneurs et à la fortune en maniant adroitement le cathéter ou le kératotome? Assurément on est révolté de voir la société aussi insoucieuse envers le médecin de campagne qui ne lui conserve pas pour ses vieux jours ce qu'elle donne au grelfier du juge de paix ou au garde champêtre du village.

Cela dit, et j'avais besoin de le dire, je m'achemine, de compagnie avec mon hôte, vers la demeure de notre confrère rural. Une gouvernante, d'un âge respectable (notre confrère est célibataire, et j'insiste sur l'âge) nous introduit dans son appartement d'où partait un solo de clarinette, sur deux seules notes, que l'exécutant poursuivait avec une ténacité digne d'un élève du Conservatoire. L'exécutant était notre confrère lui-même, et tellement actionné qu'il ne nous avait ni vus ni entendus. Quelle musique exécutai-il? Je vous le donne en mille. Sur un pupitre était un livre ouvert, et dans ce livre étaient gravées quelques notes de musique. Y êtes-vous? Je vois bien qu'il faut que je vous aide: c'était le *Traité des maladies du cœur* de M. Bouillaud, dans lequel le savant professeur a mis en musique les bruits de cet organe. Notre confrère prenait sur sa clarinette l'intonation physiologique et morbide des bruits musicaux de l'organe de la circulation. C'est dans cette occupation toute médicale que nous trouvâmes notre Hippocrate rural. Il prit gaîment son parti de notre malencontreuse visite à ce moment, et, avec tout l'esprit d'un habitant de Seine-et-Oise, il nous dit en riant: « Vous voyez bien qu'Esculape est toujours fils d'Apollon. »

Le lendemain nous revenions vers la poudreuse ville, et traversant le village de..... nous rencontrâmes à cheval, et courant à toute bride, un autre confrère du pays. — Où allez-vous donc si pressé, lui crie mon hôte? — Voir un malade porteur d'une luxation du poignet. — Diable! le cas est rare; et dans quel sens est la luxation? — Un peu dans tou les sens, s'écria-t-il en prenant le galop.

Je recommande ce nouveau signe à mon confrère et ami Voillemier.

J'arrivai à temps pour être témoin de mon triomphe. Oui, Jean Raimond a eu mardi dernier un grand succès, et cela devant l'Académie de médecine. Vous vous souvenez qu'il y a quinze jours je parlais de l'abandon déplorable dans lequel on laisse la tombe de Bichat. Je vous disais qu'il serait honteux, après avoir élevé un monument de bronze à la mémoire de cet illustre anatomiste, de laisser exproprier son tombeau et enfouir ses restes mortels dans la fosse commune. Mes paroles n'ont pas été perdues; recueillies par un homme de cœur, qu'on trouve toujours le premier en tête dans les actions généreuses, M. Londe, après avoir vérifié sur les lieux l'exactitude de mes renseignements, a proposé à l'Académie d'intervenir pour empêcher cette

Le 17, abattement général porté au plus haut degré. Enduit fuligineux sur les lèvres, les dents, les gencives. Ne répond plus du tout aux questions. Il a parlé seul pendant quelques instants ce matin. Le pouls s'est affaibli et a pris de la fréquence, la respiration est haletante. Les yeux sont convulsés en haut. La rigidité du col est toujours peu prononcée. La plante des pieds chatouillée vivement fait produire à peine quelques mouvements. La face est hyppocratique. Garde-robes nombreuses hier. Tout annonce une fin prochaine.

Mort à cinq heures et demie du soir.

On a trouvé, à l'autopsie, une injection médiocre du cerveau, un épaississement des méninges dans certains points, d'un blanc opalin à la convexité des hémisphères et au niveau de la scissure de Sylvius, de petites granulations dans l'épaisseur des membranes; la masse encéphalique était légèrement ramollie. La moelle, mise à nu, n'a rien présenté de particulier.

— Ainsi que le disait M. Cruveilhier : Dans les affections du cerveau, quand nous observons des symptômes de paralysie, nous marchons avec sécurité, à peu près, certains que nous sommes d'avoir affaire à telle ou telle lésion, mais que de difficultés, d'obscurité dans ces maladies de l'encépbale sàus paralysie.

C'est qu'en effet si l'on étudie ces deux observations, si l'on remarque surtout dans la dernière, quelles altérations ont causé la mort, quelles altérations ont donné lieu à des symptômes si graves, si variés; on ne peut se défendre de cette idée que ce que nous montre l'ouverture du cadavre n'est pas la maladie toute entière. Quand on a vu des sujets continuant à vivre long-temps encore avec des altérations très considérables soit du cerveau soit d'autres organes aussi essentiels à la vie, n'est-on pas disposé à se demander s'il n'y a pas dans les cas semblables à ceux que nous rapportons des altérations intimes qui échappent à notre observation.

Si véritablement les changements perceptibles à nos sens sont les seuls qu'amène la maladie, et si ces modifications dans l'organe cérébral et ses enveloppes sont en réalité incompatibles avec la vie; sans doute nous dirons avec M. le professeur Cruveilhier qu'il y a dans ce fait une idée consolante, puisqu'on pourra espérer, par un traitement convenable et surtout mis en usage à une certaine époque, c'est-à-dire dès le début de l'affection, on aura l'espérance d'arrêter des altérations si peu profondes en apparence. Mais de quelles craintes ne sera pas assailli le praticien, s'il songe que ces altérations que la maladie amène si vite, suffisent pour causer la mort.

Quand, à l'ouverture de sujets succombant à la méningite, on trouve des concrétions, des épanchements considérables, des pseudo membranes, dix onces de pus comme dans un cas cité par M. Guersant, de la sérosité en quantité variable, lactescente, trouble, verdâtre, sanguinolente, on admet avec raison qu'il y a là des altérations, des produits morbides plus que suffisants pour expliquer la fâcheuse terminaison de la maladie. Mais quand après une méningite aiguë, simple, on ne rencontre comme Abercrombie, par exemple, qu'une seule fausse membrane limitée à la portion de l'hémisphère cérébral qui repose sur l'orbite; quand on ne trouve après une méningite, qui a duré au moins sept à huit jours, dont les symptômes ont été le délire; le strabisme, la perte de l'intelligence, dont le résultat a été la mort; quand on ne trouve que quelques points de la pie-mère un peu épaissis, une injection modérée de l'encéphale, et peut-être une consistance un peu moindre (la putréfaction du cadavre étant fort avancée lors de l'autopsie), rien dans la moelle, n'est-on pas en droit de conclure que les altérations ne sont nullement en rapport avec la gravité des symptômes observés, ou plutôt, ce qui nous paraît plus logique, puisqu'un résultat, la mort, a eu lieu; que les altérations que nous voyons ne sont pas les seules qui existent; qu'il y a eu dans la composition intime de l'organe une modification qui le rend impropre à ses fonctions; modification qui nous échappe, et qu'on découvrira peut-être quelque jour.

Et qu'on ne nous oppose pas que c'est là une hypothèse toute gratuite et que rien ne justifie. S'il est prouvé, et cela l'a été pour nous, que certains malades vivent long-temps en portant dans le cerveau des altérations bien autrement considérables, pour nos sens du moins, que celles que nous a offert le sujet de la dernière observation; il faut bien que ce dernier, chez lequel nous sommes forcés d'avouer qu'il n'y avait pas d'altérations suffisantes pour que sa mort nous paraisse compréhensible, pour que les symptômes de sa maladie en reçoivent une explication facile; il faut bien qu'il y ait autre chose que ce que nous voyons, à moins d'admettre que la nature de quelques produits morbides est telle qu'ils tuent alors, qu'en apparence, ils sont infiniment moins dangereux que certains autres.

Si nous voulions une preuve de ce que nous avançons, nous la trouverions dans l'histoire d'un malade qui a été couché au n 25, le 29 mai, et qui a succombé le 15 juillet 1843.

Cet homme, nommé Blaise (Antoine), âgé de quarante-six ans, menuisier, est entré à la charité pour une toux intense; on a constaté par l'auscultation qu'il portait une caverne au sommet droit, puis il s'est plaint de douleurs de tête et est resté sans symptômes bien tranchés jusqu'au mercredi 21 juin.

Le 21 juin des mouvements convulsifs extrêmement violents se manifestèrent dans le bras droit; le malade était descendu dans le jardin de l'hôpital, il fut obligé de remonter; l'élève interne apprit à M. Cruveilhier qu'il y avait alors tous les signes d'une congestion cérébrale intense. Ces mouvements convulsifs passèrent à la jambe du même côté, revinrent au bras et la face se convulsa également du côté droit, mais les convulsions du bras furent les plus marquées. Nous fûmes témoins d'un accès; les muscles étaient contractés et le membre était agité de haut en bas avec assez de violence pour que la main décrivît une ligne perpendiculaire de vingt à trente centimètres. Il nous assura que, dans cette première attaque, la tête avait, dans le commencement, participé aux mouvements convulsifs. Saignée du pied.

Les crises revinrent les jours suivants.

Le 28, il y en a deux dans la journée; il est en sueur après l'accès. Ces attaques durent jusqu'à une demi-heure. Quand tout a cessé, l'engourdissement qui accompagne la crise a ordinairement diminué; il a persisté aujourd'hui : il a voulu marcher, il ne l'a pas pu. Vésicatoire à la nuque.

Les jours suivants, survient graduellement une hémiplégie de tout le côté droit qui comprend la face; la paralysie arrive à son plus haut degré; le visage s'altère; le malade s'éteint le 15 juillet.

On trouve à l'autopsie deux foyers séparés par une espèce de fausse membrane dans le lobe postérieur gauche du cerveau. Il y avait environ un demi-verre de pus.

— Quant au traitement de la méningite aiguë, il est une recommandation dont on ne saurait trop se pénétrer, c'est qu'ici, plus qu'ailleurs peut-être, on aura d'autant plus de chances de succès qu'on agira plus tôt. Ce qu'il importe, dans la première période de la maladie, c'est de diminuer l'afflux sanguin vers la cavité crânienne; le traitement antiphlogistique dans toute sa vigueur doit donc être mis en usage, en prenant en considération l'âge et la constitution du malade. On a vanté successivement les divers moyens que l'art possède, la saignée du bras, du pied, de la jugulaire, l'artériotomie, la saignée de la pituitaire, les sangsues appliquées aux tempes, aux apophyses mastoïdes, sur le trajet des jugulaires, à la nuque, sur le crâne, le long du sinus longitudinal, sur le cuir chevelu; enfin dans tous les points où l'anatomie a fait présumer qu'on obtiendrait une déplétion rapide du système sanguin cérébral. Une saignée que nous savons avoir été préconisée par M. Cruveilhier est celle de la pituitaire; les raisons qu'il a données à l'appui de l'emploi de ce moyen méritent certainement d'être prises en considération. D'où vient que, dans son service même, on ne pratique pas la saignée de la pituitaire dans les cas de méningite, de congestion cérébrale. Depuis trois ans que nous suivons sa pratique à l'hôpital de la Charité, nous ne nous rappelons pas avoir vu ce moyen employé une seule fois. M. Cruveilhier lui a-t-il reconnu des inconvénients?

Il faut mettre au nombre des moyens à employer contre la méningite les réfrigerants, qui viennent si bien en aide aux émissions sanguines, soit qu'on adopte la glace sur la tête, les affusions, les irrigations d'eau froide, les révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires; les cathartiques, les frictions mercurielles, les contro-stimulants et la compression des carotides; telles sont les médications à mettre en usage dans la première période de l'affection.

Dans la seconde, on peut encore tenter les émissions sanguines, mais avec peu de chances de succès, surtout si le pouls s'est ralenti. Il faut insister alors sur les purgatifs; on peut y adjoindre les frictions mercurielles. Quelques praticiens ont recommandé l'emploi d'un large vésicatoire sur le crâne.

Enfin dans la troisième période, comme il est rare qu'alors la maladie ne soit pas rebelle à tous les remèdes précédents, et marche, quoi qu'on fasse, à une terminaison funeste, il est permis d'avoir recours à des moyens extrêmement actifs, les seuls qui peuvent donner quelque espoir d'arracher le malade à une mort imminente. La cautérisation avec le marteau de Mayor, l'eau bouillante, les moxas, le cautère, sont des ressources encore précieuses, alors que tout a été inefficace pour arrêter la méningite dans sa marche.

Dr PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Plaie par écrasement du doigt indicateur. Pansement par occlusion.

Au n° 3 de la salle Saint-Jean est placé un homme âgé de vingt ans, forgeron, qui présente un écrasement avec plaie du doigt indicateur de la main gauche. Cette plaie, dont les bords sont inégaux, et qui pénètre assez profondément, a été produite par un coup de marteau dont l'extrémité aiguë a frappé le doigt à sa face palmaire, au niveau de la deuxième phalange. Le doigt est gonflé et ecchymosé. On nettoie la plaie avec soin; on en exprime le sang et l'on établit sur la totalité du doigt ce que nous appellerons le *pansement par occlusion*. Ce pansement consiste à envelopper d'une manière aussi exacte que possible, et sous un double rang de bandelettes, les unes longitudinales, le autres en doloires, la totalité de la partie blessée. Ce pansement est établi pour rester en place pendant cinq, six, huit jours, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas suppuration. A partir du pansement, le malade n'a éprouvé ni douleurs, ni élancements dans le doigt, ni aucune trace de forte inflammation. Le malade est sorti six jours après son entrée, la plaie étant presque entièrement cicatrisée.

Le mode de pansement dont nous venons de parler est celui que M. Chassaignac emploie d'une manière générale dans l'écrasement des doigts, quel que soit le degré auquel existe la lésion, sauf les cas où il y a indication d'amputer. Il est à remarquer que les plaies, même les plus contuses, prennent, sous l'influence de ce pansement, une bénignité remarquable.

A l'hôpital Cochin, où les écrasements de doigts de la main et du pied se présentent très fréquemment à cause du voisinage des grands travaux qui s'exécutent dans les carrières de Montrouge et aux fortifications, ce mode de pansemant avait été adopté d'une manière générale pendant les six mois durant lesquels le service de M. Michon avait été confié à M. Chassaignac.

On sait combien il est fréquent de voir les blessures des orteils et des doigts de la main s'accompagner d'accidents plus ou moins graves, tels qu'érysipèle, angéio-leucite, accidents nerveux et même tétanos. Ces accidents ont été évités dans presque tous les cas où l'on a eu recours au pansement par occlusion. Ce résultat nous paraissant bien et dûment constaté, nous avons dû nous demander quelle pouvoit être la manière d'agir de ce pansement; il nous a semblé que c'est en plaçant les solutions de continuité en partie dans la condition des plaies sous-cutanées, que ce moyen conduisait au résultat dont nous avons parlé. La circonstance qui a donné l'éveil sur l'utilité de ce mode de pansement est le suivant :

Le chef d'une filature de la rue des Ursulines-St-Jacques, n° 4, M. K..., ayant eu, le 7 juin 1839, le pouce pris entre deux cylindres, ce doigt fut comme écrasé dans l'étendue de la presque totalité de la première phalange. Plusieurs fissures profondes avaient été produites dans le derme par suite de l'écrasement du doigt, et sans que l'exploration de la phalange fût faite avec le stylet, on dût regarder comme à peu près certaine la participation de cette phalange à l'écrasement des parties. Néanmoins, le tout ayant été très exactement emmaillotté dans des bandelettes agglutinatives, il fut convenu que le malade réclamerait la présence du chirurgien dès qu'il surviendrait quelque changement dans l'état du pouce. Quinze jours se passent sans que le malade donne de ses nouvelles, et au bout de ce temps on reconnut que le pouce était parfaitement rétabli.

Pour que ce pansement par occlusion soit fait avec l'exactitude convenable, il est nécessaire que les bandelettes soient très peu larges, et qu'elles n'aient que deux lignes de diamètre, une condition sans laquelle on ne pourrait mouler exactement le bandage sur la partie qu'il doit recouvrir. Il faut, en outre, que les bandelettes longitudinales qui doivent former une anse sur le sommet du doigt ou de l'orteil, et s'étendre sur les deux faces opposées, soient en nombre suffisant pour couvrir déjà elles seules la totalité du doigt; ensuite on procède à l'application des bandelettes en doloire, et quand celles-ci ont été placées, le chirurgien, en tenant pendant quelques instants le doigt du malade dans sa main fermée, établit par la chaleur de la main une liaison de plus en plus intime des bandelettes en un seul tout. Afin que ce pansement ne soit pas prématurément dérangé, on fait extérieurement l'application de bandelettes de linge comme dans le pansement ordinaire d'une plaie des doigts. Le premier effet du pansement par occlusion est de soustraire la partie malade à ce sentiment d'appréhension de se heurter qui tourmente le malade en pareil cas. Il a beaucoup plus de confiance dans l'usage des autres doigts, et dès le lendemain la douleur étant

---

profanation. On dit aussi que la Société médicale d'émulation, fondée par Bichat, s'est émue de l'état actuel des choses. Je me féliciterai toujours d'avoir provoqué une manifestation qui, pour se produire, n'avait d'ailleurs besoin que de la connaissance de ce qui se passait.

A propos de la cérémonie de Bourg, un journal assure que si la Faculté de Montpellier n'y a pas été représentée, c'est qu'elle n'avait pas été invitée à la fête. Si cela est, je rétracterai volontiers ce que j'ai dit à cet endroit. Mais le fait me semble si extraordinaire, un tel oubli de la part des ordonnateurs de la fête serait si inconcevable, que j'ai besoin de renseignements plus sûrs pour y croire. Je les attends.

Si notre époque n'arrive pas en médecine à la connaissance complète de la raison finale des choses, c'est, qu'en vérité, elle y mettra mauvaise volonté. Enumérons un peu toutes les *médecines* qui se disputent en ce moment les faveurs de nos confrères. Nous avons d'abord la médecine *philosophique*, et ce n'est pas trop mal. Philosophique, en effet, c'est comme qui dirait l'exposition des lois générales qui régissent la science; et quand une science a ses lois générales propres à être exposées, cette science se trouve, assurément, à son plus haut degré de perfectionnement. Or, nous savons tous et de reste, combien nous en sommes là pour notre science. Nous avons ensuite la médecine *physiologique*, qui fait actuellement peu de bruit, il est vrai, mais qui vit encore, j'en ai la certitude, par une brochure fraîchement éclose que je viens de recevoir. L'étiquette n'était pas non plus trop mal trouvée; car elle supposait que cette médecine connaissait tous les mystères de l'homme vivant, et qu'il lui était par conséquent facile de remédier aux aberrations de la vie, c'est-à-dire, aux maladies. Nous avons encore, et comme antithèse, la médecine *onatomique*, qui a donné le jour à deux filles jumelles, la médecine *organique* et la médecine *numérique*. Depuis quelque temps nous naviguons avec bonheur dans la médecine *exacte*, et pour mon compte j'en serais bien resté à cette épithète, sans rien demander de plus. Mais voici poindre autre chose, et je m'estime heureux que mon télescope de critique soit le premier à signaler cette nouvelle étoile apparue sur l'horison médical. Cette étoile s'appelle médecine *positive*. Qu'est-ce que la médecine positive? « C'est celle de tous les hommes de sens. » Quel inventeur n'a dit cela? « Dégoûtés de la fragilité des systèmes intuitifs, des dogmes métaphysiques. » Coup d'épée pour la médecine philosophique : « Elle n'est pas précisément synonyme de médecine exacte. » Tant pis! « car celle-ci affiche la prétention de ne procéder qu'avec certitude. » Comment serait-elle exacte, si elle n'avait cette prétention? » De savoir le » dernier mot de toutes choses, de ne produire que des tableaux com» plets et des dogmes absolus, irréfragables. » Impossible qu'il en soit autrement avec l'exactitude. « Nous, au contraire, confessons volontiers » que le positif, en médecine, porte souvent sur des doutes, des obscu» rités, des négations. » Si tout cela peut s'appeller du positif, comment appellera-t-on la certitude, la vérité, l'incontestable? « En résumé, la » médecine positive est la doctrine des sens et du bon sens. » Qu'on me montre une médecine qui ait dit qu'il fallait, pour l'exercer, être aveugle, sourd et fou, et je conviendrai que le positivisme vaut mieux qu'autre chose.

L'inventeur de la médecine positive, que je ne veux pas nommer, et qui est professeur éminent d'une de nos Facultés, me pardonnera, j'en suis sûr, cette légère critique d'une dénomination à laquelle il n'attache pas sans doute une grande importance. La seule chose positive, c'est qu'il est professeur plein de zèle, écrivain rempli de loyauté, praticien sage et consciencieux, et que ses élèves ne trouveraient pas ailleurs des intentions plus honnêtes, et un enseignement plus éloquent.

Joan RAIMOND.

Le corps médical des deux départements du Rhin a à enregistrer deux nouvelles pertes : M. le docteur Schilling, qui, pendant de longues années, a exercé avec zèle les pénibles fonctions de praticien et de médecin cantonal à Brumath, et M. le docteur Deyber, de Bennwihr, qui, jeune encore, avait acquis à un haut degré la confiance et la considération de ses concitoyens, ont succombé tous deux dans ces dernières semaines.

— M. le docteur Mistler, médecin cantonal à Schélestat, vient d'être nommé inspecteur des eaux minérales de Châtenois.

pour ainsi dire oubliée, il peut reprendre ses occupations actives.

Parmi les avantages de ce mode de pansement, il convient de ranger la diminution notable de suppuration. Ainsi, quand au bout de cinq ou six jours on enlève le pansement, et quand on examine les linges qui ont été salis par le passage du pus à travers les interstices des bandelettes ou par son reflux vers la racine des bandages, on trouve que la quantité n'en est pas plus considérable que celle qui a lieu à chaque pansement, quand la mise à nu d'une semblable plaie est quotidienne.

Dans les premiers temps des observations qui ont été faites sur ce mode de pansement, il y avait une crainte qui a dû nous préoccuper; c'est que l'obstacle apporté par ce genre d'occlusion des plaies à la libre sortie du pus, ne déterminât celui-ci à fuser dans la gaîne des tendons et à causer les accidents qu'entraîne habituellement cette complication des plaies des doigts. Cette crainte ne s'est nullement réalisée. Dans une seule circonstance, et sur un malade qui avait une plaie par écrasement du pouce avec fracture de la première phalange, on fut obligé d'ouvrir un abcès à l'éminence thénar; ce qui n'empêcha pas le malade de guérir très bien.

A l'objection que l'on pourrait faire sur l'issue difficile de la suppuration, nous avons à répondre :

1° Que la quantité de pus étant beaucoup moindre qu'à l'ordinaire, cette sorte de rétention du liquide n'a point les inconvénients qu'on lui croirait devoir attribuer;

2° Quelle que soit l'exactitude de l'occlusion quand elle est faite avec les bandelettes agglutinatives, le pus trouve moyen de se faire jour, en partie à travers les interstices des bandelettes, en partie par son reflux vers la base de l'organe sur lequel est appliqué le petit appareil.

Ce mode de pansement a été employé avec les plus heureux résultats pour des brûlures, pour certaines espèces de panaris, ceux qui dépendent de l'inflammation de la matrice de l'ongle, et enfin pour des piqûres faites dans les amphithéâtres d'anatomie ou dans les autopsies, et qui n'ont point empêché les personnes atteintes de ces blessures de continuer leurs travaux, ordinairement si dangereux, quand une surface traumatique est maintenue en contact avec les matières putrides des cabinets de dissection.

Tumeur cancéreuse du sein droit opérée deux fois et suivie de récidive. — Fracture spontanée de l'humérus droit par altération présumée cancéreuse du tissu osseux.

Au n° 16 de la salle Sainte-Rose, est couchée la nommée Lionnet (Louise), âgée de quarante-huit ans, profession de couturière. Cette femme, qui est grande et en apparence d'une forte complexion, est mariée depuis l'âge de vingt-six ans. Malade depuis deux ans, elle n'avait point encore eu de maladie qui fit époque dans sa vie. Elle a eu quatre enfants, et n'a nourri que le dernier.

Il y a onze ans, elle nourrissait ce dernier enfant depuis six semaines, quand il lui survint un engorgement au sein droit. Aux détails satisfaisants qu'elle donne, on reconnaît là facilement l'engorgement connu sous le nom de *poil*. Elle a continué de nourrir cet enfant jusqu'à quatre mois et demi. L'enfant sevré plus tard, le sein était complètement guéri. Trois ans après, ayant fatigué beaucoup dans un déménagement, le même sein se gonfla, il devint chaud et douloureux; elle mit des cataplasmes émollients: deux mois après, le sein était complètement guéri.

Cinq ans plus tard, sans cause bien appréciable, après avoir cependant porté un fardeau assez lourd, elle éprouva dans ce sein des douleurs très vives, et, l'ayant immédiatement examiné, elle s'aperçut de l'existence de trois petites nodosités de la grosseur d'un pois, qui entouraient le mamelon. Etant allée consulter aussitôt, on lui conseilla les purgatifs, les sangsues, les cataplasmes émollients et les bains. Ce traitement est exactement suivi pendant un mois. La malade n'éprouve point d'amélioration dans son état; elle a recours aux sœurs Saint-Thomas, qui prescrivent de la flanelle imbibée d'urine, de la décoction de carottes pour tisane, et la pulpe de cette plante en cataplasme bien chaud. Les tumeurs continuent de grossir; tout le sein devient le siége d'un empâtement manifeste. Elle retourne près d'un médecin, qui fait appliquer un large vésicatoire volant sous le sein d'abord, prescrit ensuite des saignées locales, et s'en tient enfin aux cataplasmes émollients.

Pendant tout ce temps les tumeurs sont devenues volumineuses, et, décidée à se faire opérer, elle entre le 14 août 1841, à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. Gerdy.

Le 29 du même mois, on l'opère; deux mois après elle sortit, la plaie presque cicatrisée. La tumeur repousse avec une grande rapidité; elle entre alors à l'hôpital des Cliniques. On l'opère de nouveau; elle sort deux mois après, en apparence très bien guérie.

Enfin, au mois d'avril 1842, la tumeur a encore reparu. Les mouvements du bras droit, qui sont embarrassés depuis la première opération, deviennent de plus en plus gênés. Le bras n'est pas sensiblement douloureux à la pression; la peau n'a pas changé de coloration. Au mois de mai, il devient le siége d'un gonflement uniforme: c'est alors qu'elle ne peut plus s'en servir.

Le 16 juillet, la malade entre de nouveau à l'hôpital de la Charité, et voici ce que l'on constate: Le bras est très gonflé, il présente l'aspect d'un membre œdématié; on le soulève, on opère avec les deux mains divers mouvements qui font reconnaître l'existence d'une fracture du corps de l'humérus dans sa moitié inférieure. La malade n'a point fait d'effort notable; elle n'est point tombée, elle ne s'est point heurtée. La fracture s'est donc produite en quelque sorte spontanément. Il a été impossible de préciser le moment où l'os a dû éclater.

Au sujet de cette observation M. Chassaignac rappelle deux cas qui ont principalement fixé son attention et dans lesquels les fractures étaient survenues par des causes très légères et furent éclairées dans leur mécanisme à l'autopsie des sujets. Dans l'un, la matière encéphaloïde existait sous forme de noyaux bien enkystés, et l'on pouvait suivre dans les os du crâne les diverses phases que peut présenter une encéphaloïde dans sa marche au dehors du tissu diploïque quand elle y a pris naissance.

En effet, dans ce cas, on trouvait des noyaux enchéphaloïdes complétement engaînés dans les deux lames du diploé; d'autres qui s'étaient fait jour au dehors aux dépens de la lame externe; d'autres qui s'étaient fait jour aux dedans aux dépens de la lame interne; tandis que l'un d'eux ayant complétement détruit les deux tables, représentait une sorte de tampon ou obturateur qui fermait exactement la perte de substance faite aux parois du crâne. Cette pièce avait été recueillie sur une femme qui était atteinte de cancer du sein; chez elle encore la cavité médullaire des fémurs était, pour ainsi dire, farcie de noyaux encéphaloïdes. Cette femme s'était fracturé les deux aines par suite d'un effort peu considérable. Il en fut de même chez une autre femme qui se fractura l'humérus dans le mouvement qu'elle fit pour prendre son pot de tisane, et qui était atteinte d'un cancer encéphaloïde de l'estomac et portait dans l'humérus des noyaux encéphaloïdes. Nous avons vu ces pièces à la Société anatomique où elles furent présentées l'une par M. Tesker, l'autre par M. Marotte, tous deux médecins des hôpitaux. Nous ferons remarquer que quand les tumeurs encéphaloïdes se développent dans les os, c'est rarement à leur surface que se fait la production cancéreuse; elle a lieu habituellement dans le tissu diploïque et dans la cavité médullaire si c'est un os long. Une fois que le noyau a pris naissance, il détruit le tissu osseux au fur et à mesure de son évolution. S'il est plus rapproché de la surface externe, il détruit la lame compacte extérieure; s'il est plus rapproché de la lame interne, c'est elle qu'il détruit et il apparaît sur la surface qu'il a détruite, comme un petit îlot de substance cancéreuse. Quelquefois la destruction ayant marché à la fois vers les deux surfaces interne et externe de l'os, la perforation de celui ci s'établit de part en part et le disque de substance osseuse détruit dans toute l'épaisseur de l'os, se trouve remplacé par une plaque de tissu cancéreux. Dans les os longs qui servent de levier, la destruction graduelle du tissu osseux entraîne inévitablement une fracture qui ne s'observe pas dans les os larges.

Le mode d'invasion et de développement du cancer dans les os, tel que nous venons de l'examiner, ne doit pas être confondu avec celui dans lequel le cancer préalablement développé dans les parties molles voisines de l'os envahit celui-ci de même que tous les autres tissus ambiants.

A. Gouraincourt.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Septembre 1843.

Quelques faits cliniques relatifs à la colique métallique; par M. Legroux.

M. Legroux a été souvent frappé de la facilité avec laquelle les phénomènes d'empoisonnement saturnin s'exaspèrent au moment où la guérison semble prochaine, et se reproduisent après une apparente guérison; de la ténacité avec laquelle, dans certains cas, ils résistent aux traitements les plus énergiques; de la marche insidieuse que suivent les accidents encéphalopathiques, dont l'explosion a lieu quelquefois au moment où le malade paraît guéri d'une colique bénigne. Il s'est demandé si ces rechutes ne tiendraient pas à des intoxications nouvelles dont le malade porterait sur lui la source; si les sels de plomb dont la peau ou les orifices muqueux conservaient des traces plus ou moins palpables, ne feraient pas les frais de ces empoisonnements nouveaux. Il a tenté pour cela l'essai des lotions vinaigrées, concurremment avec les bains sulfureux et savonneux; et quoiqu'il ait reconnu l'insuffisance de ces lotions vinaigrées, il est cependant arrivé à un résultat pratique assez important, qu'il a résumé ainsi :

Des faits précédents il résulte :

1° Que les sels de plomb dont la peau est chargée, peuvent séjourner long-temps, malgré les décompositions qu'ils subissent, à plusieurs reprises, dans les bains sulfureux, et malgré les lavages savonneux dont on fait suivre ces bains.

2° Ou bien tout le plomb ne s'associe point à l'acide sulfhydrique des premiers bains dans certains cas, ou bien le composé qu'il forme avec lui est décomposé par le savon; car, en sortant d'un bain savonneux, la peau, antérieurement noircie par le sulfure de plomb, paraît complétement nettoyée, bien qu'elle puisse encore noircir ensuite dans un bain sulfureux, et cela à plusieurs reprises.

3° Le sulfure de plomb, immédiatement après sa formation, s'enlève avec une grande facilité, soit dans le bain sulfureux, soit, ce qui vaut mieux, dans un bain ordinaire, dans lequel on place le malade pour le lotionner et le brosser, ayant soin de le replonger ensuite dans un bain sulfureux, afin de s'assurer s'il y a encore du plomb sur la peau, et de pouvoir diriger les moyens de nettoiement vers les points où il s'en formerait. Le nettoiement de la peau, d'après cela, doit suivre immédiatement la formation du sulfure, parce que l'enlèvement de ce composé est beaucoup moins facile lorsqu'il a eu le temps de s'incruster dans l'épiderme. Peut-être, dans ce dernier cas, les bains de vapeur seraient-ils un moyen plus sûr et plus prompt de débarrasser la peau de cette préparation métallique.

4° L'hygiène de la bouche, conseillée comme moyen prophylactique, doit aussi faire partie de la thérapeutique. Nous avons employé avec avantage des gargarismes sulfuriques avec la brosse à dents.

5° Nous regardons comme une précaution nécessaire, pour prévenir les rechutes, de ne faire reprendre aux malades leurs vêtements qu'après les avoir lavés et dépouillés du plomb dont ils sont chargés.

6° Les pilules purgatives composées d'aloès, jalap et calomel, que nous avons quelquefois employées au début du traitement, que nous donnons plus souvent à la fois, ont pour but de provoquer la sécrétion biliaire, qui paraît interrompue.

7° L'anémie qui succède à l'intoxication guérie, s'est rapidement dissipée sous l'influence du fer.

8° En présence des cruels accidents qui frappent les malheureux ouvriers que le besoin force de recourir à de tels travaux, l'administration ne devrait-elle pas intervenir? Pourquoi ne pas établir, pour ces ateliers, des règles dont les chefs et les ouvriers ne pourraient s'écarter sans être exposés à des peines sévères? L'usage des masques garnis d'éponges mouillées ne devrait-il pas être formellement prescrit? Ne devrait-on pas également prescrire l'usage des gants, afin qu'en sortant de l'atelier l'ouvrier ne prenne pas ses aliments avec ses mains chargées de particules métalliques, dont peut-être il n'a pas toujours la précaution de les débarrasser par le lavage? Ne devrait-on pas enjoindre, dans le même but et avant de sortir de l'atelier, aux ouvriers, de plonger leurs mains dans de l'eau sulfureuse, afin de former un sulfure de plomb qu'un lavage à la brosse dans l'eau ordinaire enlèverait aussitôt? Ne faudrait-il pas forcer les ouvriers, avant d'entrer dans leurs ateliers, à se couvrir de blouses et de pantalons imperméables, convenablement serrés au niveau de leurs ouvertures, afin de s'opposer au passage des particules salines? — Pour contraindre l'ouvrier à ne pas s'écarter de la règle, il faudrait l'imposer d'une amende à chaque infraction. — Il est bien entendu que ces moyens prophylactiques n'excluront en rien ceux qui sont conseillés dans le même but, tels que les bains simples, des bains sulfureux de temps à autre, le régime, etc.

Emploi du musc dans le délire furieux survenu durant le cours des maladies aiguës; par M. Roché, médecin à Allant-sur-Tholois.

M. Roché a employé avec succès le musc à haute dose dans les cas d'érysipèle de la face avec délire furieux, d'angine gangréneuse, de scarlatine et d'autres maladies aiguës, ainsi que dans deux cas de folie furieuse; ce moyen a fait cesser la fureur sans guérir la maladie. Mais il a complètement échoué dans un cas de fièvre typhoïde des plus graves avec délire chez un jeune homme de dix-neuf ans, et dans une bronchite aiguë avec délire dès le début, chez un homme de cinquante-cinq ans, abruti par l'abus des boissons alcooliques. Le musc paraît indiqué à M. Roché toutes les fois que, dans le cours d'une maladie aiguë il survient, sans cause appréciable, un délire furieux, délire qui, en général, n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie qu'il complique. Dans tous les cas, il l'a vu produire des guérisons qu'il n'aurait pas espérées avant de connaître son action. Le premier effet que produit ce médicament, quand il est suivi de succès, c'est d'amener au bout de six à huit heures un sommeil réparateur, de produire un état de stupeur, d'hébêtement, d'engourdissement particulier; parfois aussi il occasionne de légères secousses nerveuses dans les paupières, dans les membres, de la surdité, etc.

Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose, par M. Debéney.

Nous avons analysé ce travail, qui a déjà paru dans plusieurs recueils avec une étendue suffisante. Nous trouvons dans ce journal une note complémentaire, et le sujet est si important, que nous devons la faire connaître.

Depuis le mois de mai 1842, où ce mémoire fut écrit pour le conseil de santé des armées, quarante nouveaux sujets ont été traités par moi suivant la méthode des injections caustiques, avec des résultats pleinement confirmatifs de ceux consignés dans le dit mémoire. De ces faits réunis ressortent les conclusions qui suivent :

1° Innocuité absolue des injections caustiques. Dans aucun cas je n'ai observé d'accident consécutif. Cette condition d'innocuité, la première à exiger de tout moyen héroïque, a été largement vérifiée au dispensaire spécial pour les affections vénériennes de Lyon, où la méthode des injections d'azotate d'argent à haute dose a été appliquée sur une vaste échelle par M. le docteur Leriche, sur plus de trois cents malades depuis un an.

2° Loin de provoquer la réaction tant redoutée par les auteurs, l'injection caustique a pour effet *constant* d'éteindre l'inflammation, quel que soit le degré de son développement. Cette loi s'appuie, pour ne parler que des faits recueillis dans ma pratique, sur près de cent trente observations fournies par des militaires, en très grande partie; c'est-à-dire, par des sujets jeunes et vigoureux, placés à tous égards dans les conditions les plus favorables à la réaction inflammatoire.

3° Lorsque la blennorrhagie est prise tout à fait au début, l'avortement est presque certain. En effet, sur 38 cas, il a eu lieu vingt et une fois après une seule injection, et six fois après deux injections. Restent 11 cas, où l'écoulement s'est reproduit, toujours sous le cortége inflammatoire, et le plus souvent par la faute des malades.

4° Lorsque la blennorrhagie a passé la période de début, les effets de l'inflammation substitutive ne sont plus aussi constants, je veux dire aussi vite et aussi facilement obtenus, car on les obtient toujours, suivant l'âge de la maladie et d'autres circonstances, il faut alors réitérer les injections pour changer la nature de la phlegmasie, et la ramener à l'état d'inflammation en quelque sorte traumatique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement ténifuge de Schmidt.

Comme il n'est pas inutile de connaître un moyen de plus de chasser un parasite aussi rebelle que l'est le tœnia aux diverses médications qui ont été jusqu'ici recommandées contre cet entozoaire, M. le docteur Dieudonné, de Bruxelles, vient d'exposer dans le Journal de médecine de M. Marinus (juin 1843), la méthode de traitement dite de *Schmidt*, méthode dont le gouvernement prussien a acheté le secret, après que l'efficacité en a été constatée sur un grand nombre d'individus, à l'hôpital de la Charité de Berlin.

On donne, dès le matin, et de deux en deux heures, jusqu'à sept heures du soir, deux cuillerées à bouche de la potion purgative suivante :

Pr. Poudre de valériane,	24	grammes.
Feuilles de séné,	8	
Eau bouillante,	200	

Faire infuser en vase clos jusqu'à refroidissement, passer et ajouter à la colature :

Sulfate de soude cristallisé,	12	grammes.
Sirop de manne,	60	
Oléo-saccharum de tanaisie,	8	

M. S. A.

Dans les intervalles des prises de cette potion, on fait boire abondamment au malade du café à l'eau très sucré.

A midi, on donne une légère soupe à la farine, et un peu de hareng avec la laitance.

A huit heures du soir, on permet de manger une salade faite de hareng, de jambon cru haché, d'un ognon, d'huile et de sucre en abondance.

Le second jour, dès six heures du matin, on administre d'heure en heure au malade, dans une cuillerée à café de sirop simple, six des pilules suivantes :

Pr. Asa fœtida,	12	grammes.
Extrait de chiendent,	12	
Gomme gutte,	8	
Poudre de rhubarbe,	8	
Poudre de jalap,	8	
Poudre d'ipécacuanha,	60	centigrammes;
Poudre de digitale pourprée,	60	
Soufre doré d'antimoine,	60	
Calomélas,	240	
Huile volatile de tanaisie,	15	gouttes;
Huile volatile d'anis,	15	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de dix centigrammes, qui devront être roulées dans la poudre de lycopode, puis renfermées dans un flacon de verre soigneusement bouché.

Une demi-heure après la première dose de ces pilules, on donne une cuillerée à bouche d'huile de ricin, et, dans le courant de la journée,

on fait boire beaucoup de café à l'eau bien sucré.

Dans te plus grand nombre des cas, le ver est expulsé vers deux heures de l'après-midi ; s'il en était autrement, on devrait continuer l'usage des pilules, et faire prendre de temps à autre une cuillerée à bouche d'huile de ricin avec du sucre, jusqu'à ce que le malade eût cessé de rendre des fragments de tæoia.

Ce jour-là on permet, à midi, un bouillon, et, le soir, une soupe préparée avec de la farine, du beurre et du sucre.

Il convient ensuite de continuer pendant plusieurs jours, et par simple mesure de précaution, à faire prendre une ou deux des mêmes pilules.

M. le docteur Dieudonné déclare, en terminant, que les heureux résultats obtenus à la Charité de Berlin ont pu seuls le décider à communiquer aux praticiens un traitement polypharmaque aussi bizarre, et il ajoute que M. le docteur de Lozen, dont nous avons récemment annoncé la mort prématurée, l'a mis en usage trois ou quatre fois avec le plus grand succès.

Sur l'emploi de la cochenille comme spécifique contre la coqueluche des enfants; par M. le docteur CAJETAN WACHTL, de Vienne.

M. Wachll, sur la recommandation d'un journal anglais, a employé avec un grand succès la préparation suivante chez plusieurs jeunes sujets atteints de coqueluche, et cela à tous les stades de cette maladie.

Pr. Cochenille,	1 gramme.
Bi-tartrate de potasse,	1
Sucre,	30
Eau bouillante,	200

F. dissoudre S. A.

On en fait prendre, trois fois par jour, une pleine cuillerée à café. (Nous pensons que, sans aucun inconvénient, la dose peut être portée plus loin, suivant les cas.)

L'auteur conseille de ne préparer à la fois que la quantité de solution qui doit être prise dans l'espace de trente-six ou quarante-huit heures au plus. Si l'on agit autrement, la cochenille s'altère et se décompose. En effet, quelques jours suffisent, surtout si l'on débouche souvent le flacon qui renferme la solution, pour que cette dernière acquière une couleur brune et une saveur désagréable. Dans les flacons bien bouchés, elle peut se conserver plus long-temps; toutefois, lorsqu'on enlève le bouchon, il y a production de bruit dû à un dégagement de gaz, et il se répand une odeur infecte.

Si l'on substituait l'eau froide à l'eau chaude pour la préparation de ce médicament, on n'obtiendrait qu'une division mécanique, et non point une véritable solution de la cochenille.

M. Wachtl a observé que l'emploi de cette mixture n'amène point des résultats aussi satisfaisants chez les adultes que chez les enfants

Ce praticien, qui a vu l'administration de ce moyen procurer d'excellents effets dans deux épidémies de coqueluches où il en avait conseillé l'usage, affirme qu'on n'en retire pas moins d'avantages contre la toux qu'accompagne la rougeole, et qu'il est également spécifique dans l'une et dans l'autre affection. (*Oesterr. med. Jahrbuch.*)

Emploi de la noix vomique contre le tic douloureux; par M. le dr ROELANTS, de Rotterdam.

M. Rœlants emploie depuis six ans et avec beaucoup de succès, la noix vomique contre la prosopalgie, tant dans les cas où la maladie est invétérée, que dans ceux où elle est récente. Il a recueilli les histoires de vingt-neuf sujets, dont vingt et un traités par lui-même, et les autres par MM. les docteurs Vander Hoven, Van Anckeren, Meerburg, Levie, Krierger et Jones. Sur ces vingt-neuf cas, vingt-cinq ont été guéris, trois sont encore en traitement (dont deux presque arrivés à guérison), et le dernier est celui d'une femme qui n'a pas voulu continuer le traitement.

M. Rœlants donne la noix vomique sous forme de poudre, à la dose graduellement croissante de 20 à 60 centigrammes et même plus, par doses fractionnées, dans le courant de vingt-quatre heures. Du reste, il recommande expressément d'apporter la plus grande surveillance et la plus grande circonspection dans l'administration de ce médicament : il a vu des sujets chez lesquels de petites doses suffisaient deja pour déterminer des effets très violents. et chez lesquels on était obligé de diminuer la dose du remède ou même d'en suspendre tout à fait l'emploi. Dans tous les cas, il convient, aussitôt que la maladie a cédé, de commencer à diminuer les quantités de la substance ingérée, tout en en continuant encore l'usage pendant un certain temps, pour garantir plus sûrement le sujet des récidives.

L'auteur regarde la noix vomique comme méritant la préférence sur tous les autres moyens vantés jusqu'ici contre cette redoutable maladie, et, à l'appui de son opinion, il cite un sujet qui, après avoir pris d'énormes quantités de sous-carbonate de fer, sans en retirer d'autre avantage qu'un soulagement passager, fut promptement et parfaitement guéri par l'emploi de la noix vomique. (*Alg. Konst-en Letterbode*)

Cas d'empoisonnement par le chromate de potasse; observation recueillie par M. le docteur DUESTERBERG, de Lippstadt.

Un jeune apprenti ayant placé une tartine de beurre dans un endroit où, peu auparavant, on avait déposé un sac contenant du chromate de potasse, fut atteint, immédiatement après l'avoir mangée, de fortes douleurs d'estomac de vomissements et de coliques.

Tout ce qu'on administra à ce malade pour le calmer fut aussitôt rejeté. Le ventre se ballonna considérablement et devint sensible à la moindre pression. La température du corps s'éleva ; le pouls devint plein et fébrile.

On prescrivit des lavements émollients, des applications de cataplasmes sur le ventre, et on fit prendre une émulsion ; mais tous ces moyens restèrent impuissants, et la maladie revêtit de plus en plus le caractère inflammatoire.

Alors, on crut devoir recourir à l'emploi des sangsues appliquées sur les téguments de l'abdomen et à une saignée générale.

Sous l'influence de cette nouvelle médication, les symptômes s'amendèrent un peu ; mais l'amélioration ne survint réellement qu'après l'emploi du calomélas associé à l'opium et d'un bain préparé avec la camomille.

Les selles contenaient des traces de sang. (*Medicinische Zeintung.*)

Utilité de la pommade de belladone dans le cas de contraction exagérée de l'utérus sur l'enfant; par M. le docteur MAYERHOFER, de Kremsmuenster.

M. Mayerhofer vient de publier plusieurs observations relatives à l'emploi des frictions avec la pommade de belladone sur l'abdomen, dans les cas où l'utérus se contracte fortement sur la surface du fœtus placé transversalement. Cette médication fit cesser promptement la contraction de l'organe et rendit possible la version qui n'avait pas pu être opérée auparavant.

Ce praticien a employé, pour cet objet, une pommade composée de cinquante centigrammes d'extrait de belladone sur trente grammes de beurre frais; il l'a fait appliquer en frictions sur l'abdomen, et, lorsque les contractions exagérées commencent à céder, il porte dans la cavité utérine sa main préalablement enduite de cette pommade.

Suivant lui, ce moyen, dans les cas dont il est question ici, peut être considéré comme l'*anchora sacra* des accoucheurs, et ne peut être remplacé par aucune autre médication.

(*Oester med. Wochenschrift.*)

Eau chalybée; par MM. BEWLEY et ÉVANS, de Dublin.

MM. Bewley et Evans recommandent la formule suivante aux praticiens, comme fournissant l'une des préparations martiales les plus faciles à prendre pour les malades, et en même temps comme l'une des plus avantageuses pour les résultats qu'on en obtient.

Pr. Citrate de fer.	65 centigrammes ;
Eau carbonique fortement chargée.	200 grammes.

M. et Fi diss. S. A.

On administre ce soluté gazeux par petites tasses de temps en temps. On peut, suivant les cas, l'édulcorer avec un sirop approprié.

(*Dublin medical Press.*)

NOUVELLES.

Ecole royale vétérinaire d'Alfort. — La distribution des prix et des diplômes aux élèves de l'école d'Alfort a eu lieu aujourd'hui, sous la présidence de M. Cunin-Gridaine, ministre de l'agriculture et du commerce.

Après un discours du ministre, M. Delafond, l'un des professeurs, a obtenu la parole et a ensuite présenté le compte-rendu des travaux de l'Ecole pendant l'année scolaire 1842-43.

M. H. Boulay a proclamé immédiatement après les noms des élèves qui ont obtenu des prix et des diplômes.

Les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

1re année.— 1er prix, M. Fleury (d'Eure-et-Loir); 2e prix, M. Lanctin (d'Eure-et-Loir).

2e année.— 1er prix partagé entre MM. Duguyot (de l'Yonne), et Noquet (du Nord); 2e prix, M. Coindet (du Nord).

3e année.— 1er prix, M. Legoff (Côtes-du-Nord) ; 2e prix, M. Morin (de l'Eure).

4e année.— 1er prix, M. Dumesnil (du Calvados).

Le jury a déclaré qu'il n'y avait pas lieu à décerner de second prix.

Voici les noms des élèves qui ont obtenu des diplômes, et l'ordre dans lequel ils leur ont été délivrés :

MM. no 1, Dumesnil (du Calvados); 2, Vogeli (du Gard); 3, Laubet (de l'Yonne) ; 4, Heun (Meuse) ; 5, Aubry (Ille-et-Vilaine) ; 6, Moser (Bas-Rhin); 7, Dolo (Loire-Inférieure); 8, Marcadé (Landes); 9, Martin (Yonne); 10, Bellanger (Seine-et-Oise); 11, Cosse (Eure-et-Loire); 12, Pouzet (Deux-Sèvres) ; 13, Miot (Nord) ; 14, Monjun (Vendée) ; 15, Desprez (Somme); 16, Masse (Nord); 17, Tiercelin (Maine-et-Loir) ; 18, Bochot (Aube); 19, Descoste (Seine-et-Marne); 20, Vandeau (Aube); 21, Lepeltier (Sarthe); 22, Maréchal (Nièvre); 23, Belot (Nord); 24, Duluc (Gironde) ; 25, Levionnois (Manche) ; 26, Leconte (Manche) ; 27, Glandier (Dordogne) ; 28, Gamblin (Pas-de-Calais) ; 29, Tête (Vienne); 30, Patté (Aisne) ; 31, Gaulier (Seine) ; 32, Gay (Charente) ; 33, Montaizeau (Deux Sèvres) ; 34, Gérand (Dordogne) ; 35, Baillet (Seine-et-Oise); 36, Flaobert (Marne); 37, Favereau (Gironde).

— On écrit de Copenhague (Danemarck), 30 août :

Les sciences médicales viennent de faire une grande perte en la personne de Louis-Levi Jacobson, premier medecin de LL. MM. le roi et la reine, qui est mort dans la matinée d'hier, à l'âge de soixante-un ans, après une courte maladie.

M. Jacobson était né à Copenhague en 1782, et issu d'une honorable famille israelite. Les nombreux et savants ouvrages qu'il publia, notamment sur l'anatomie, et qui ont été traduits dans toutes les langues de l'Europe, lui valurent l'honneur d'être nommé à deux chaires, dont une a l'Université et l'autre à l'Académie de chirurgie de Copenhague, malgré l'usage fort ancien chez nous, qui exclut de l'enseignement public to tes les personnes qui n'appartiennent pas à le religion dominante, qui est, comme on sait, le christianisme selon la confession d'Augsbourg.

M. Jacobson fut élevé par le roi actuel de Danemarck au rang de conseiller d'état ; il était chevalier de plusieurs ordres et il faisait partie de presque toutes les sociétés savantes. L'Académie royale des sciences le nomma, en juin 1833, membre correspondant, en remplacement de sir Evrard Home, et dans le mois de novembre de la même année, cette savante compagnie lui décerna une médaille en or de la valeur de 4.000 fr., pour l'invention qu'il venait de faire du lithoclaste, instrument pour broyer les pierres dans la vessie.

— L'une des notabilités médicales de Lyon, le docteur de Beaumers, vient de mourir dans la soixante neuvième année de son âge, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— Le Conseil de salubrité publique du département du Bas-Rhin a été convoqué dernièrement par M. le préfet pour donner son avis sur une question d'hygiène publique soulevée par M. le docteur Heberlé, médecin cantonal à Hochfelden. Dans une lettre adressée à M. le sous-préfet de Saverne, ce médecin a signalé à l'administration l'abondance extraordinaire du seigle ergoté dans la récolte de cette année-ci, et les accidents qui pourraient en résulter.

Le Conseil de salubrité a répondu à M. le préfet :

1° Que plusieurs des membres du Conseil ont également constaté l'abondance de l'ergot du seigle, due probablement à l'humidité de l'année ;

2° Que l'ergot, mélangé en forte proportion au seigle dont on fait du pain, peut produire des accidents chez l'homme ;

3° Que les opinions sont partagées relativement à l'action délétère de cette substance sur les animaux, et qu'il n'est pas démontré que le seigle ergoté leur soit nuisible ;

4° Que, dans le doute, il est plus prudent d'admettre ses propriétés nuisibles ;

5° Qu'il est convenable que l'autorité prévienne les cultivateurs (par la voie des journaux ou des actes de la préfecture) des accidents qui pourraient résulter de la présence de l'ergot, soit dans le seigle qu'ils consomment eux-mêmes ou font consommer par d'autres personnes, soit dans les criblures qu'ils donnent à manger à leurs bestiaux ; et de les engager à faire le triage, de manière à eliminer cette substance délétère.

— *Première question de prix proposée par l'Union allemande pour les sciences médicales.* — Pour satisfaire le besoin qui se fait de plus en plus sentir de rassembler en faisceau des observations de pathologie comparée, l'Union allemande propose la question suivante pour sujet du premier prix qu'elle décernera en 1844 :

« Examiner, sous le point de vue de la pathologie comparée, les maladies des nerfs du mouvement chez l'homme et les animaux domestiques. »

Le prix sera de la valeur de cinquante frédérics d'or (environ mille francs).

Les auteurs devront ne pas se borner à se servir des observations déjà connues, mais en présenter de nouvelles et qui leur soient propres.

Les mémoires devront être adressés, francs de port et dans les formes académiques, au plus tard le 1er juillet 1844, à M. le docteur Link, président de l'Union, et professeur à Berlin.

D'après l'article 7 des statuts, le travail couronné restera pendant cinq ans la propriété de l'Union, qui le publiera dans ses Mémoires et en fera tirer à part vingt exemplaires pour l'auteur. Ce dernier, au bout des cinq ans, pourra disposer de son mémoire comme il l'entendra.

— Les jésuites d'Avignon ont fait répandre dans cette ville une brochure intitulee : *Notre-Dame de Remède*, ou *Médecine miraculeuse*, qui surpasse en bouffonnerie tout ce qu'ils avaient publié jusqu'ici dans ce genre.

On voit, dans cet ouvrage, comme quoi la paralysie, l'hydropisie, le cancer, la cécité, les luxations, et toutes les affections les plus graves sont immédiatement et radicalement guéries par les neuvaines, les jeûnes, les disciplines le vœu d'embrasser la vie religieuse, et surtout par l'application des médailles.

Les jésuites n'aspirent pas seulement au monopole de l'enseignement, il leur faut encore le monopole de la médecine.

— Un pharmacien de Volterra, M. Bellucci, en combinant l'acide polychromatique ou aloétique avec la quinine, vient de donner naissance à un nouveau composé salin qu'il pense devoir être très avantageux dans le traitement des fièvres intermittentes. Il indique les caractères physiques et chimiques suivants comme étant ceux qui distinguent le polychromate ou aloate de quinine : masse amorphe, légère, de couleur rouge-obscur, inodore, à cassure semi-vitreuse analogue à celle de l'indigo, très friable, de saveur amère, mais différant de celle qui est propre à la quinine et à ses autres sels, et moins marquée que celle de son sulfate ; très peu soluble dans l'eau ; faiblement soluble dans l'alcool ; décomposable par les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique, et par la potasse, la soude et l'ammoniaque.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 109. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 SEPTEMBRE 1843.

Nous avons fait connaître dernièrement, d'après la *Gazette des Tribunaux*, les détails de l'affaire d'empoisonnement qui vient de se dérouler devant la cour d'assises de la Haute-Loire. Nous n'avions fait qu'indiquer l'opinion émise par M. le docteur Dupasquier, et nous n'aurions pas pensé à revenir sur ce sujet, si M. Orfila, dont nous avons reproduit textuellement la déposition, n'avait cru, dans une lettre adressée au même journal, et que nous donnons plus loin, devoir réclamer contre la déclaration affirmative que certaines feuilles périodiques semblent, dit-il, chercher à lui attribuer dans l'affaire dont il s'agit. Mais, en raison de la gravité de la question, il nous paraît utile de publier également dans son entier le rapport du professeur de Lyon; nous verrons ensuite s'il y a eu ou non affirmation de la part du professeur de Paris. Voici le rapport de M. Dupasquier tel que l'a publié la *Gazette des Tribunaux*.

« Consulté par la défense, qui m'a communiqué trois pièces : 1° le procès-verbal de l'exhumation du cadavre de Pouchon ; 2° le rapport de MM. les docteurs Raynaud et Porral ; 3° le rapport de MM. Raynaud, Porral et Barse ; j'ai vu que cette affaire soulevait une question neuve de médecine légale, et j'ai cru, en conséquence, qu'il était de mon devoir de faire connaître mon opinion contraire, en un point très important, à celle émise par les experts dans le dernier rapport.

» Cette opinion, du reste, est complètement indépendante des détails de la cause, dont je viens, pour la première fois, de prendre connaissance en écoutant la lecture de l'acte d'accusation.

» Je m'empresse d'abord de reconnaître qu'on ne pouvait apporter plus de soins et plus de méthode dans les recherches chimiques qui ont été faites sur les organes de Pouchon. Après la lecture des détails relatifs aux nombreuses expériences faites par les experts, je suis moi-même resté convaincu qu'il existait dans le cadavre du défunt une certaine quantité de plomb, sans doute à l'état de combinaison ; combinaison d'ailleurs non reconnue et non déterminée, même comme substance saturnine soluble ou insoluble.

» Je n'ai donc aucune observation critique à présenter sur la substance de ce rapport ; c'est seulement dans ses conclusions qu'il me paraît attaquable.

» Les experts, dans leurs conclusions, ont dit : Les préparations de plomb étant, à des doses plus ou moins considérables, toutes vénéneuses, il est certain que Jacques Pouchon a dû subir l'influence du poison, et la mort en être la conséquence, soit que le poison lui-même en ait été la cause, soit que la maladie à laquelle Pouchon était en proie depuis fort long-temps en ait éprouvé une aggravation sérieuse.

» Cette partie du rapport, je le répète, ne me paraît pas justifiable au point de vue de la science ; elle renferme, en effet, des assertions très contestables, assertions qui sont au moins formulées d'une manière beaucoup trop affirmative.

Ainsi, d'après les faits, je puis établir en principe, d'une manière nette, précise, et contrairement à l'opinion des experts : « Que toutes les préparations de plomb ne sont pas vénéneuses, et qu'un assez grand nombre de composés saturnins, même à très haute dose, n'exercent aucune action toxique sur les animaux vivants, et ne sauraient, par conséquent, agir comme des poisons sur les organes de l'homme.

» La science, il est vrai, ne s'était point encore nettement prononcée sur cette question ; mais j'ai fait un appel à l'expérience, qui l'a tranchée de la manière la plus positive. Il résulte, en effet, d'expériences nombreuses que j'ai faites avec M. Rey, professeur de pathologie à l'école vétérinaire de Lyon, que « tous les composés de plomb, insolubles » dans l'eau et inattaquables par les liquides contenus dans l'appareil » digestif, ne sont pas vénéneux, même à très haute dose, et n'agissent pas autrement que ne le feraient du sable fin, de la terre desséchée, ou d'autres matières absolument inertes ; tels sont, par exemple, le sulfure de plomb artificiel, le sulfure naturel ou galène, le sulfate, l'oxalate, le phosphate, le borate et le tannate de plomb. »

» En présence de faits aussi positifs, il n'est donc pas possible de dire que toutes les préparations de plomb étant, à des doses plus ou moins considérables, toutes vénéneuses, il est certain que Jacques Pouchon a dû subir l'influence d'un poison, et sa mort en être la conséquence ; car on ignore complètement si le plomb trouvé dans ses organes faisait partie d'une composition saturnine soluble ou insoluble.

» Mais ce n'est pas tout : à ce doute, qui infirme la conclusion si positive des experts, viennent s'en joindre d'autres, qui méritent aussi quelques considérations de la part de messieurs les jurés.

» Si messieurs les experts eussent dit : Il est probable, il est extrêmement probable que Jacques Pouchon a subi l'influence d'un poison, ils n'auraient fait qu'avancer une opinion parfaitement fondée, puisqu'ils avaient trouvé une certaine quantité de plomb dans les organes du défunt, et que ce plomb pouvait surtout provenir d'une combinaison vénéneuse de ce métal. Mais je le dis sans hésitation, et avec la conscience de remplir un devoir en défendant la vérité, par leur affirmation nette et positive ils ont outrepassé les limites du vrai, ils sont arrivés à une conclusion insoutenable devant les faits.

» Indépendamment, en effet, de ce que tous les sels de plomb ne sont pas vénéneux, il résulte de la lecture des pièces qui m'ont été soumises, que Jacques Pouchon était atteint depuis quatre ans d'une très grave affection de l'estomac, affection pour laquelle il avait été traité à plusieurs reprises à l'hôpital du Puy.

» Ce fait est reconnu par MM. les experts eux-mêmes. Il est d'ailleurs parfaitement établi par les détails de l'autopsie. On lit, en effet, dans le procès-verbal d'exhumation : « L'estomac, distendu et recouvert dans sa moitié droite par le foie qui y adhérait dans une de ses parties, nous parut altéré dans sa forme et dans l'épaisseur de ses parois, phénomènes soupçonnés d'avance, parce que nous avions l'un et l'autre donné des soins au sieur Pouchon pendant plus d'une année, dans les salles de l'Hôtel-Dieu de la ville du Puy, pour une affection grave de l'estomac. Cette circonstance a contribué encore à nous confirmer dans l'identité du cadavre soumis à nos investigations. L'estomac ayant été ouvert avec précaution, nous avons vu à la partie droite et en haut, une large ouverture, suite d'une grave ulcération cicatrisée, qui conduisait dans une petite poche, formée dans sa partie supérieure par la portion du foie que nous avons dit adhérer à cet organe, etc. » Aucune lésion récente ne paraissait exister dans l'étendue de l'estomac.

» Je le demande, en présence d'une aussi grave maladie, à la vue d'une telle désorganisation, n'y avait-il pas lieu de supposer que la mort de Pouchon et les symptômes qui l'avaient précédée pourraient bien en avoir été tout simplement la conséquence ! Ce doute ne devait-il pas encore s'accroître de cette circonstance remarquable, *qu'aucune lésion récente ne paraissait exister dans l'étendue de l'estomac?*

» En effet, quels avaient été les symptômes qui ont précédé la mort de Pouchon ? Les voici : Sa maladie ordinaire était caractérisée par des vomissements très fréquents, des douleurs d'estomac, des selles souvent sanguinolentes. Depuis un mois ou six semaines, il paraissait reprendre des forces ; il n'avait pas vomi depuis plus de vingt jours, lorsque, trois jours avant sa mort, après avoir mangé une salade, il fut pris de douleurs vives à l'estomac, de vomissements noirâtres et abondants, de déjections alvines sanguinolentes, de convulsions, de resserrements dans les membres, etc.

» Sans doute ces symptômes peuvent se rapporter à un empoisonnement aigu par les toxiques irritants, comme le sont les préparations solubles de plomb à haute dose ; mais n'étaient-il pas, pour la plupart, ceux que le malade avait éprouvés à différentes reprises depuis quatre ans ? D'ailleurs, ces symptômes ne pouvaient appartenir qu'à un empoisonnement aigu, lequel cependant est rendu peu probable par l'absence de toute lésion récente de l'estomac. Les phénomènes nerveux seuls pourraient se rapporter plus particulièrement à l'action d'une préparation de plomb ; mais ne les observe-t-on pas aussi dans les attaques de choléra morbus sporadique, et ne peut on supposer que l'ingestion d'un aliment indigeste, comme une salade, a pu déterminer une affection de cette nature, si l'on considère surtout la maladie si grave de l'estomac dont Pouchon était atteint depuis quatre ans ?

» En résumé, et d'après la seule appréciation de la science, il n'est pas certain que Pouchon ait subi l'influence d'un poison saturnin, et que sa mort en ait été la conséquence.

» Cela n'est pas certain par la raison que les préparations de plomb ne sont pas toutes vénéneuses, et que l'on ignore si le métal trouvé par les experts n'appartenait pas à une préparation saturnine insoluble et inerte.

» Cela n'est pas certain parce que Pouchon était depuis long-temps atteint d'une grave maladie de l'estomac, laquelle a pu déterminer les symptômes observés avant sa mort, symptômes dont la plupart avaient déjà été éprouvés par lui à d'autres époques.

» Cela n'est pas certain, surtout, parce que l'on n'a trouvé à l'autopsie qu'une ancienne désorganisation de l'estomac, soupçonnée d'avance par deux médecins qui avaient soigné le malade, et que cette désorganisation était évidemment et uniquement relative à la longue maladie du défunt.

» Cela n'est pas certain, enfin, parce qu'en supposant un empoisonnement, les symptômes qui ont précédé la mort peuvent être rapprochés de ceux d'un empoisonnement aigu, et qu'un semblable empoisonnement, dans la plupart des cas, laisse des traces évidentes sur les organes digestifs, tandis que, au dire des experts, aucune lésion récente ne paraissait exister dans l'étendue de l'estomac.

» Il reste donc un doute, un doute bien fondé, sur le fait de l'empoisonnement, bien que cet empoisonnement soit rendu probable, et même très probable, par la découverte du plomb dans les organes de Pouchon et dans la matière des vomissements. »

Maintenant que nous avons complété les éléments scientifiques de la cause, faisons connaître la réclamation adressée par M. Orfila au journal qui nous a fourni tous les détails de l'affaire.

« Paris, ce 8 septembre 1843.

« Monsieur le Rédacteur,

» Je lis dans la *Gazette des Tribunaux* de ce jour, que les conclusions de mon rapport dans l'affaire Pouchon ne furent pas identiquement les mêmes que celles qui avaient été adoptées par M. Dupasquier. S'il est vrai que je n'aie pas partagé toutes les opinions émises par M. Dupasquier pendant la discussion, il n'en est pas moins certain que j'ai été d'accord avec lui sur l'innocuité de quelques composés de plomb insolubles, fait que j'avais publié dans mes ouvrages, il y a bientôt trente ans. Aussi, n'ai-je point affirmé que Pouchon *fût* mor

---

FEUILLETON.

De la médecine chez les Arabes (1).

Malgré le fatalisme inhérent à leur religion, les Arabes accordent une grande confiance à la médecine ; et c'est à tort que certains auteurs ont avancé que les musulmans craignaient de tenter la divinité en croyant à l'art de guérir.

Les bains sont la panacée universelle des indigènes de l'Algérie ; ils les emploient dans toutes les maladies, quels que soient l'âge et le tempérament des malades.

L'application du feu joue un grand rôle dans leur thérapeutique chirurgicale ; c'est à l'aide de ce moyen violent qu'ils prétendent guérir les engorgements du foie et de la rate, et une grande partie des maladies d'estomac.

Pour les blessures d'armes à feu, ils rougissent à blanc un anneau ou bague de fer qu'on applique à l'orifice de la plaie. Il s'établit ainsi une suppuration et des bourgeonnements de bonne nature, l'introduction de l'air devient difficile, et la guérison est très prompte.

Pour les foulures, les entorses, les tumeurs et les engorgements des articulations, leur médecine n'est pas moins violente.

M. le gouverneur-général Bugeaud a bien voulu nous communiquer le lait suivant : Un chef arabe nommé Ben Kadoun-Ben-Ismaël, qui accompagnait le général en qualité d'aide-de-camp dans une partie de chasse aux environs d'Oran, tomba de son cheval qui s'abattit sur lui ; on releva le cavalier tout *foulé, broyé*, et on le fit transporter sans connaissance dans une tribu voisine. Quatre jours après, le général, qui le croyait blessé mortellement, ou tout au moins estropié pour toute sa vie, ne fut pas peu surpris de le voir reparaître à cheval dans une revue. On lui apprit qu'un tébib (médecin) appelé près de l'Arabe aussitôt après l'accident, lui avait promené un fer rouge sur les articulations principales des membres supérieurs et inférieurs. après quoi il avait fait bassiner les brûlures avec la teinture du *henné*, espèce de solution astringente du *Lawsonia inermis* dont les indigènes se servent pour donner une teinte jaunâtre aux ongles, aux mains et quelquefois aux bras et aux jambes. C'était à l'emploi de ces moyens énergiques qu'était due une guérison si prompte et si merveilleuse.

On comprend que de semblables cures, si rares qu'elles soient, suffisent pour perpétuer la foi des Arabes dans les traditions médicales de leurs ancêtres.

L'appareil que les Arabes emploient pour les fractures consiste en une peau de la largeur du membre fracturé ; on pratique sur cette peau des trous suivant une ligne perpendiculaire, et dans ces trous on introduit une lame de roseau ou de bois flexible pour chaque colonne ; on forme ainsi un appareil complet, pouvant servir à la fois d'attelle et de bandage, qu'on solidifie avec un amalgame d'étoupes et de mousse, quelquefois de terre glaise et de lilas.

L'entropium, ou renversement des paupières et des cils en dedans, est une maladie très fréquente en Afrique. Les anciens chirurgiens avaient déjà compris que le seul moyen de guérir radicalement l'entropion était de détruire d'une manière quelconque l'excès de peau de la paupière qui, en se relâchant, se roulait dans l'œil ; pour cela ils se servaient d'un morceau de potasse caustique qu'ils promenaient le long de la paupière ; la plaie et la forte cicatrice qui résultaient de cette brûlure rapetissaient la paupière, qui se dégageait alors du globe de l'œil, et la guérison était plus ou moins complète.

Le procédé arabe, rempli d'une foule d'inconvénients, a été préconisé dans ces derniers temps par Helling et par le nommé Quadri. Ce dernier se l'est approprié, en substituant tout simplement l'acide sulfurique à la potasse caustique.

Quelques Arabes de l'ouest de l'Algérie guérissent l'entropium en faisant un pli à la peau des paupières et en la traversant avec plusieurs soies de cochon qu'on noue sur le pli et qu'on serre jusqu'à ce que le bord libre des paupières soit complètement en dehors.

Dans l'Algérie, les barbiers sont les chirurgiens des Maures, et les Thalebs (savants) leurs médecins ; quelques sectistes juifs font aussi de la médecine parmi les habitants des villes.

Les saignées se pratiquent avec des rasoirs, en faisant des mouchetures aux jambes, après les avoir serrées fortement au-dessous du genou avec la corde de leur turban ; quant aux saignées du bras, ils les font comme nous, seulement la plupart, ne connaissant pas la position de l'artère brachiale et du tendon du biceps, blessent souvent l'un et l'autre, d'autant plus qu'ils ne se servent que d'une lancette très longue, comme celle des abcès ; nous avons été témoins de quelques accidents de ce genre pendant notre séjour en Algérie. Pour saigner à la tête, les tebibs maures serrent le cou à l'aide d'une corde de poil de chameau, de manière à former une turgescence de la face ; cette turgescence obtenue, ils incisent la veine qui passe au-dessus de la racine du nez. Pour faciliter l'effusion du sang, les tebibs roulent un bâton sur les incisions ; et, pour arrêter la saignée, ils se servent d'une espèce d'emplâtre fait avec de la terre argileuse par-dessus lequel on attache un mouchoir.

Pour les Arabes les plus superstitieux de quelques douairs, les défenses d'un sanglier réduites en poudre et prises dans un breuvage, guérissent la fièvre.

Le cerveau du chacal donne à l'enfant qui en a mangé la méfiance et la ruse nécessaires à un guerrier maraudeur.

La tête de l'hyène rendrait fou l'homme qui en aurait mangé, et, lancée au milieu d'un troupeau, elle produirait le vertige chez les bœufs, les moutons et les chevaux, etc., etc. Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer toutes les aberrations de cette singulière thérapeutique des indigènes des douers.

Les Arabes n'ont aucune notion d'une science toute moderne, l'orthopédie ; il est vrai de dire qu'on ne rencontre pas parmi eux cette multitude de difformités qu'on observe en Europe ; cela tient à la nature de leur organisation forte et vigoureuse, à leur vie très sobre, exempte de ces travaux pénibles et assidus qui déforment la taille, et surtout à ce que les enfants rachitiques et scrofuleux, manquant presque toujours de soins, meurent de très bonne heure ; on prétend même que les enfants qui, d'après leur vice de conformation, ne paraissent pas destinés à vivre, n'ont pas à souffrir ou à végéter longuement..... les Arabes de quelques tribus passent pour suivre, à l'égard de ces malheureux, la coutume des Spartiates... Nous ne garantissons pas le fait, mais il semble probable, d'autant plus que l'infanticide peut se commettre avec une grande impunité, par la raison qu'on n'a pas pu obtenir, même des indigènes des villes, la déclaration des morts et des naissances et un état civil en règle.

L'art des accouchements est la partie médicale la plus arriérée en Afrique. Dans un grand nombre de tribus, les femmes, pour accoucher, s'asseyent sur une espèce de chaise, se tenant par les deux mains à une corde fixée au plafond ou au sommet d'une tente, tandis qu'une matrone, placée derrière, comprime le ventre du haut en bas avec une serviette pliée en long.

Pour les maladies des yeux, malgré leur fréquence en Afrique, la médication arabe n'est guère plus progressive. De temps immémorial, même avant Averrhoës, Albucasis et les anciens médecins de ce pays, on avait cru remarquer que certaines chairs avaient la propriété de fortifier et d'éclaircir la vue, comme par exemple celle de pie, d'hirondelle, d'oie, de vipère, de loup, de bouc et d'oiseaux de proie. Aujourd'hui, les Arabes, aussitôt qu'une ophthalmie grave se manifeste, ne songent qu'à deux choses : 1° soustraire l'œil à l'action de la lumière ; 2° le préserver du contact de l'air. Pour cela, ils couvrent, tamponnent et compriment l'œil avec plusieurs compresses et des mouchoirs de coton fortement serrés autour de la tête. Ils ne touchent pas à cet appareil pendant une semaine : les personnes qui le peuvent restent en repos, et celles qui sont obligées de sortir pour travailler, et qui n'ont qu'un œil malade, arrangent leur mouchoir de façon à le couvrir com-

(1) Extrait du Rapport officiel de M. le docteur Furnari, *sur les Causes, la Nature et le Traitement des maladies des Yeux en Afrique*. — Cet ouvrage, qui contient des détails importants sur l'*Ophthalmologie, considérée d'après les différentes races*, paraîtra prochainement chez J.-B. Baillière.

empoisonné, et je me suis borné à dire que l'empoisonnement était *excessivement probable*. Si l'on rapproche cette conclusion de celle qui a été adoptée par M. Dupasquier, on verra que nos opinions sont à peu près les mêmes. En effet, après avoir dit qu'il restait un doute sur le fait de l'empoisonnement, M. Dupasquier ajoute « que cet empoisonnement est rendu probable, et même *très probable*, par la découverte du plomb dans les organes de Pouchon et dans la matière des vomissements. »

» Il importe d'autant plus, Monsieur, que vous ayez la bonté d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro, que déjà l'on cherche à insinuer dans quelques écrits périodiques que j'ai *affirmé* que Pouchon était mort empoisonné, tandis que j'avais eu soin de faire mes réserves. « La science, en allant au-delà, disais-je, pourrait être taxée d'im-
» prévoyance et de témérité (c'est-à-dire en affirmant) ; en restant dans
» les termes que je viens de lui assigner, elle fournit un élément dont
» la portée n'échappera pas à MM. les jurés. »

» Agréez, etc., *Signé*, ORFILA. »

Nous possédons des documents suffisants pour pouvoir apprécier avec exactitude ce qu'il y a d'identique et ce qu'il y a d'opposé dans les déclarations faites par M. Dupasquier et par M. Orfila devant la Cour d'assises de la Haute-Loire.

M. Dupasquier déclare que, d'après la seule appréciation de la science, il n'est pas certain que Pouchon ait subi l'influence d'un poison saturnin, et que sa mort en ait été la conséquence.

M. Orfila dit (si toutefois la relation des débats donnée par la *Gazette des Tribunaux* est exacte, car c'est sur elle seule que nous nous appuyons ici) : « En résumé, s'il m'était démontré que les réactifs employés ne contenaient pas de plomb, et que Pouchon n'avait pas pris un sel de plomb insoluble non vénéneux, et ne pouvant pas le devenir dans le canal digestif, *j'affirmerais* qu'il est mort empoisonné.

» Les dépositions que je viens d'entendre n'ayant pas levé tous mes doutes à cet égard, ma conclusion ne saurait être affirmative.

» Toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit ; le fait de l'ingestion d'un sel de plomb non vénéneux et non susceptible de le devenir dans l'estomac, étant on ne peut plus invraisemblable, je regarderai l'empoisonnement comme étant excessivement probable, si le plomb n'a pas été fourni par les réactifs. »

C'est à la suite de ce dernier paragraphe que M. Orfila termine sa déposition par la phrase (*la science, en allant au-delà*, etc.), qu'il cite dans sa lettre.

Or, l'examen chimique des réactifs a démontré qu'ils ne contenaient pas de plomb. Que l'on rapproche maintenant le mot *j'affirmerais*, placé dans le premier alinéa de la citation précédente, du résultat de cet examen analytique ; qu'on l'accole ensuite avec l'idée exprimée dans le troisième alinéa de la même citation, et qu'on nous dise ensuite si c'est là rester dans la voie du doute !

Nous ne joindrons plus qu'une seule remarque. M. Dupasquier a fait observer avec raison, qu'en supposant un empoisonnement, les symptômes qui ont précédé la mort peuvent être rapprochés de ceux d'un empoisonnement aigu, et qu'un pareil empoisonnement laisse des traces évidentes sur les organes digestifs, tandis qu'au dire des deux médecins qui ont procédé à l'autopsie de Pouchon, aucune lésion récente ne paraissait exister dans l'étendue de l'estomac.

M. Orfila, en donnant son opinion, a dit : « On sait que les émanations saturnines et divers composés de plomb employés à petites doses, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, donnent lieu à des maladies graves différentes de celle que paraît avoir éprouvé Pouchon, telles que la colique des peintres, l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalopathie ; mais il est également avéré qu'à fortes doses les sels solubles de plomb déterminent des douleurs vives ; des évacuations abondantes par haut et par bas, et d'autres symptômes analogues à ceux qui ont été observés dans l'espèce. Cela étant, quoi de plus facile à expliquer que la mort de cet homme et les diverses circonstances qui l'ont accompagnée ou suivie ? Supposons ; en effet, que l'on ait mêlé à la salade de l'acétate de plomb, sel que l'on se procure avec la plus grande facilité. Pouchon, qui depuis quelque temps était assez bien portant, mais qui cependant était assez prédisposé à éprouver des accidents gastriques, aura tout à coup ressenti les funestes effets du poison ingéré ; la matière des vomissements aura dû contenir de l'acétate de plomb, une portion de ce sel aura été absorbée, et, après la mort, on aura dû retirer du plomb, soit du canal digestif, soit des organes où le sel avait été porté pendant la vie. *C'est précisément ce qui a eu lieu dans l'espèce.* »

Ces explications sont sans doute très bien trouvées et groupées avec beaucoup d'art ; mais elles ne détruisent en rien l'objection avancée par M. Dupasquier, au sujet de l'absence de toute lésion récente de l'estomac. M. Orfila lui-même, dans la dernière édition de son Traité de médecine légale, t. III, p. 241, établit que l'acétate de plomb détermine dans les tissus du canal digestif des altérations semblables à celles que produisent les autres irritants ; or, il suffit de lire ce qu'il a écrit sur ce sujet, pages 33 et 34 du même volume, pour savoir si l'objection de M. Dupasquier est fondée ou non.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

De l'exostose médio-palatine comme signe d'affections syphilitiques antérieures.

A l'occasion de plusieurs malades placés dans le service, et atteints de diverses affections chroniques, telles que tumeur blanche, hydarthrose, engorgement du périoste, etc., M. Chassaignac a fait remarquer combien il serait important de pouvoir s'éclairer sur la question de savoir si ces malades ont été atteints ou non d'accidents syphilitiques primitifs. Après avoir fait l'examen de tous les points du corps sur lesquels on peut trouver des vestiges d'affections syphilitiques antérieures, il a fait remarquer que, dans certains cas, cet examen, non plus que le commémoratif, ne pouvait dissiper toute incertitude à ce sujet. C'est particulièrement dans ces circonstances douteuses que l'on peut tirer parti d'un signe dont l'importance paraîtra d'autant plus grande, qu'il est quelquefois le seul vestige de l'existence antérieure de la syphilis, et que, d'une autre part, il est extrêmement facile à constater.

Si l'on promène le doigt indicateur sur la voûte palatine, la pulpe du doigt tournée en haut, on reconnaît que chez un grand nombre de sujets qui ont été atteints de syphilis à une époque plus ou moins éloignée, il existe une saillie longitudinale à laquelle M. Chassaignac a donné le nom d'*exostose médio-palatine*.

Cette saillie osseuse n'est peut-être pas exclusivement propre aux affections syphilitiques, et les recherches qui ont été faites ne sont pas assez multipliées pour que l'on puisse affirmer qu'elle a un rapport exclusif avec ce genre de maladie, mais son existence s'est vérifiée sur un si grand nombre de sujets qui avaient été atteints de syphilis, que si le signe n'est point exclusif, il est du moins très souvent indicateur d'une syphilis antécédente, et alors même qu'il se trouve seul, il constitue une très grande probabilité en faveur de l'existence antérieure de la maladie syphilitique. Comme on peut, dans un assez court espace de temps, et sur un grand nombre de malades, vérifier la présence de ce phénomène chez des sujets à antécédents syphilitiques non douteux, les praticiens seront bientôt édifiés sur le degré de valeur diagnostique qu'on peut y attacher.

Il y a, sous ce rapport, deux manières de procéder qui peuvent faire, pour ainsi dire, la preuve et la contre-épreuve l'une de l'autre, ou bien sur une série de malades quelconques, on peut rechercher ceux qui présentent l'exostose médio-palatine, et chez tous ceux-là voir s'il n'y a pas d'autres preuves que l'affection syphilitique a existé ; ou chez des sujets sur lesquels l'existence antérieure de cette maladie a été bien et dûment constatée, explorer la voûte palatine avec le doigt, afin de voir si l'exostose dont il s'agit ne se rencontre pas. Si, à part quelques exceptions dont il est facile de se rendre compte en pareil cas, ces deux ordres de preuves confirment les idées qui ont été avancées, il nous semble que l'on ne saurait dénier à ce fait une grande importance séméiologique.

Il s'agit ici, pour éviter toute équivoque, de bien s'entendre sur le caractère de l'exostose médio-palatine : que le palais soit le siége fréquent d'altérations syphilitiques consécutives, c'est là un fait banal dans la science, et toutes les fois que la déformation du palais est considérable, elle n'échappe à aucune personne un peu attentive, et l'on tire telles indications diagnostiques que de raison. Mais il ne s'agit pas ici de ces grandes et notables altérations, mais tout simplement, dans bien des cas, d'une légère crête osseuse antéro-postérieure, espèce de *verumontanum* du palais qui échapperait très facilement à l'observation si l'on n'était pas prévenu, et si l'on ne dirigeait pas ses explorations du point de vue qui vient d'être mentionné.

A. GOURAINCOURT.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Croup. Traitement par la cautérisation, les vomitifs et les mercuriaux. Guérison.

Au n° 12 de la salle Sainte-Catherine a été couchée une fille de neuf ans, entrée à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'avril dernier.

D'une bonne constitution, cette enfant n'a jamais fait de maladie grave. Depuis trois semaines environ, elle se plaint d'un mal de gorge qui, caractérisé d'abord par un simple enrouement, s'est prononcé davantage, au point que l'aphonie est presque complète. Depuis quelque temps cette enfant présente sur la peau des taches de psoriasis qui offrent une teinte cuivrée bien remarquable. Elle fut amenée à Paris par sa mère, qui entra pour un rupia des mamelles dans le service de M. Trousseau, à Necker, avec un enfant qu'elle nourrissait encore, et qui succomba au croup peu après son entrée à l'hôpital Necker. Cette femme déclara avoir déjà perdu deux enfants de la même maladie lorsqu'elle était dans son pays.

Etat de l'enfant à son entrée à l'hôpital :

Toux sèche, rauque, voilée, comme déchirée, assez rare, par quintes, et presque toujours provoquée par la déglutition des liquides. La voix est éteinte, parfois assez grave, et alors elle devient enrouée, creuse, caverneuse. Douleur vive sur le trajet du larynx et de la trachée, augmentant par la pression et les quintes de toux. La respiration est accélérée, légèrement anxieuse, bruyante. L'inspection du pharynx permet de constater l'existence d'une couche pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre, à surface lisse, à bords irrégulièrement découpés, tapissant les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais et toute la portion visible de la paroi postérieure du pharynx. Physionomie un peu hébétée ; peau chaude, sèche ; soif vive ; inappétence. Résonnance et respiration bonnes partout. Quelques rouchus graves à gauche.

On administre sur le champ à l'enfant, par cuillerées à bouche, une potion contenant 0,10 de tartre stibié, à la suite de laquelle il y eut quatre ou cinq vomissements assez abondants. On distingue dans la matière des vomissements, au milieu de liquides et de crachats muqueux, quelques apparences de fausses membranes à demi liquides, et des lambeaux membraneux mieux caractérisés, grisâtres, épais, résistants, de dimensions différentes.

Le jour même de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on pratique sur la membrane muqueuse du pharynx et de l'épiglotte une cautérisation à l'aide d'une éponge imbibée d'une solution de quinze grammes de nitrate d'argent dans la même quantité d'eau distillée. Cette opération est suivie de quintes violentes de toux et d'efforts au milieu desquels la malade rejette des portions de fausses membranes qui nagent par lambeaux au milieu des liquides vomis.

Une seconde cautérisation pareille est pratiquée le même jour, trois heures après la première. On prescrit pour la nuit douze paquets de calomel de 0,05 chaque, à prendre d'heure en heure.

Le 27 avril, deux selles liquides et trois vomissements. Un

plétement, en laissant l'œil sain à découvert. Au bout de huit jours on ôte les compresses ; quelquefois le malade est guéri ; d'autres fois l'œil est fondu et l'on ne trouve qu'un moignon charnu.

Cette médication, quelque étrange qu'elle paraisse, pourrait néanmoins être employée avec succès dans quelques cas ; il s'agirait alors de faire une compression graduelle et de bien choisir l'époque de la maladie ; car dans la période aiguë, lorsque l'œil se trouve dans un état d'irritation et de turgescence très prononcée, ce moyen thérapeutique n'aurait d'autre résultat que la perte de l'œil. Les Egyptiens, d'ailleurs, se servent souvent de cette compression au début même de l'ophthalmie purulente, et quelquefois ils guérissent. On sait en outre que cette médication a été employée avec avantage à Paris, dans la maison de refuge des orphelins du choléra. Les Arabes font rarement usage de collyres et de pommades ; le plus souvent ils lavent les yeux encore tout enflammés avec du jus de plantes astringentes ou avec de l'eau froide, ce qui contribue quelquefois à faire passer des conjonctivites simples à l'état catarrho-purulent.

Il m'est arrivé (et cela est sans doute arrivé à d'autres praticiens qui ont exercé la médecine en Afrique) de faire des prescriptions à des indigènes malades, et de les rencontrer une ou deux semaines après ayant l'ordonnance *pendue au cou* comme un scapulaire, ou bien religieusement cachée sous leurs vêtements, sans avoir fait aucun usage des médicaments prescrits.

Au mois de juillet dernier, j'ai été chargé par M. le directeur de l'intérieur de l'Algérie d'examiner et de classer, d'après la nature de leurs maladies, les musulmans affectés de maux d'yeux ou de cécité complète, qui pourraient être reçus dans l'établissement qu'on projette de fonder à Alger pour ces malheureux indigènes. Parmi le nombre des personnes qui nous ont été amenées au bureau de Mecque et Médine par les employés de la police maure, il y avait le nommé Mohammed-ben-Quassen, Arabe affecté de fonte de l'œil droit et de leucoma complet sur l'œil gauche ; la vision était abolie. Ce malheureux portait sur le front, autour de la corde en poil de chameau, *quatorze* amulettes en peau de la forme d'un carré allongé et sur lequel on remarque des carrés magiques, quelques lignes écrites en arabe et un grand nombre de signes cabalistiques et de chiffres rangées dans une espèce de table pythagoréenne ; c'est par leurs différentes combinaisons que les thalebs croient découvrir les choses les plus mystérieuses et opérer les miracles de la sorcellerie.

Voici la traduction libre d'une de ces amulettes ; nous devons cette traduction à l'obligeance de M. Reinaud, membre de l'Institut :

On lit en tête : « Au nom du Dieu clément et miséricordieux ; que Dieu soit propice à notre seigneur Mahomet, à sa famille et à ses compagnons. »

Vient ensuite le commencement de la sourate XXXVI[e] du Coran, où Dieu est supposé parler ainsi à Mahomet : « Y.-S., par le Coran sage, tu es du nombre des envoyés divins, et tu marche dans une voie droite. C'est une révélation que l'Etre glorieux et clément t'a faite, afin que tu avertisses ton peuple de ce dont leurs pères avaient été avertis, et à quoi ils ne songent guère. Notre parole a été prononcée contre la plupart d'entre eux, et ils ne croiront pas. Nous avons chargé leurs cous de chaînes qui leur serrent le menton, et ils ne peuvent plus lever la tête. Nous avons placé une barrière devant eux et une barrière derrière. Nous avons couverts leurs yeux d'un voile et ils ne voient pas. »

Ces dernières paroles font évidemment allusion à l'état de la personne pour laquelle on les a mises en usage. La suite de l'écriture est destinée à procurer au malade la guérison. Elle commence ainsi : « Au nom de Dieu, par Dieu... Il n'y a pas d'autre dieu que Dieu ; il n'y a de force qu'en Dieu... » Malheureusement l'écriture est si mauvaise qu'il serait bien difficile d'offrir un sens complet.

Les deux carrés placés au milieu de l'écrit et celui qui est au bas à droite, sont ce qu'on appelle du nom de *carrés magiques*. Il en est parlé dans nos livres de mathématiques, et ils appartiennent à la science des nombres, qui tenait une si grande place dans les doctrines de Pythagore. Seulement ici, au lieu de chiffres, on a employé les lettres de l'alphabet arabe, qui, à l'exemple des alphabets hébreu et grec, ont une valeur numérale.

Le carré du milieu, du côté gauche, renferme les nombres 492, 357 et 816. Ces neuf signes représentent les neuf unités, les seules qui, pendant long-temps ont été exprimées dans le calcul, jusqu'au moment où l'on a marqué le zéro. Si, comme cela se rencontre souvent dans les traités arabes de magie, on se borne à marquer les lettres qui occupent les quatre angles, on a 8642 ; ce qui, en procédant comme font les Arabes, de droite à gauche, présente une progression arithmétique. Le groupe 8642 est précisément celui qui occupe le carré du bas, et ce groupe est répété quatre fois, chaque fois dans un ordre différent. Sur les divers usages de ces carrés chez les Orientaux, on peut consulter le deuxième volume de mon ouvrage, intitulé : *Monuments arabes, persans et turcs du cabinet de M. le duc de Blacas.*

Chacune de ces amulettes, vendue par les savants ou par les marabouts, coûte aux Arabes de dix à douze sous ; quelquefois le papier mystérieux est simplement couvert de sparadrap, et dans ce cas l'*ordonnance* ne vaut que six sous.

A voir ce charlatanisme superstitieux, croirait-on que ces hommes sont les successeurs d'Aëtius, d'Avicenne, d'Haly-Abbas, de Rhazès, d'Albucasis, d'Averrhoës, et de tant d'autres praticiens arabes qui ont illustré la médecine et la chirurgie dans ce même pays ?

La croyance religieuse des Arabes est tellement puissante, que quelquefois, malgré la désorganisation des yeux et la cécité complète, ils ont beaucoup de confiance dans ces sortes de remèdes, et ne désespèrent pas de leur guérison. Eh bien ! ces idées absurdes, ces pratiques contraires au bon sens et à la raison, nous étonneraient beaucoup chez un peuple barbare, si l'histoire ne nous avait pas transmis des absurdités pareilles, qui furent long-temps en crédit chez des nations civilisées et parmi les plus hautes classes de la société. N'a-t-on pas vu une reine de France (Catherine de Médicis), qui, pour se préserver des malheurs physiques et moraux, portait sur son ventre une peau de vélin étrangement bariolée, semée de figures et de caractères grecs diversement enluminés ? Cette peau avait été préparée par Nostradamus, et plusieurs auteurs contemporains prétendent que c'était la peau d'un enfant égorgé.

Est-ce en Afrique seulement que l'astrologie, jointe à la médecine, a prôné les pratiques les plus futiles et les plus ridicules ? Et de nos jours les exploits du magnétisme sont-ils moins absurdes ? Les marabouts et les tebibs, qui par ignorance ou par fanatisme empruntent leurs formules à la sorcellerie, ne sont-ils pas plus pardonnables que ces médecins charlatans qui, parmi nous, exploitent le somnambulisme, et qui prétendent guérir l'amaurose à l'aide de la perle prise à des doses infinitésimales ?

NOUVELLES.

Le bureau de la Société médicale d'émulation, composé de MM. Cornac, Brière de Boismont, Gillette, Forget, Cheret, Belhomme et Hyp. Larrey, s'est rendu mercredi dernier dans le cabinet du préfet de la Seine.

M. Cornac a exposé le but de cette visite : 1° Il fait connaître ce que nous avons dit les premiers relativement à l'abandon du tombeau de Bichat et la vente prochaine du cimetière Sainte-Catherine ; 2° Il a prié M. le préfet de vouloir bien demander au Conseil municipal un terrain à perpétuité dans un des cimetières de Paris, où le corps médical pût transporter les restes de Bichat et y élever un monument funéraire. — Il faut d'abord, a dit M. le préfet, connaître l'état de fortune des parens de Bichat, s'il y en a. — M. Hyp. Larrey a répondu qu'à Bourg il avait appris que Bichat n'avait qu'un frère et un neveu, médecin, mais hors d'état de supporter cette dépense. — M. le préfet a ajouté que dans ce cas il espérait obtenir du Conseil ce que la Société médicale demandait, qu'on aurait à lui envoyer une lettre et les titres à l'appui de cette demande, au mois de novembre prochain, époque de la réunion du Conseil.

M. le préfet a mis dans cette affaire la bienveillance la plus louable.

— M. le docteur Hœfer vient d'être chargé par le gouvernement d'une mission scientifique, au sujet de la pratique et de l'enseignement de la médecine dans les divers états de l'Allemagne. Son départ doit avoir lieu sous peu de jours.

peu de sommeil ce matin. L'enfant dit se trouver mieux, et ne souffre plus dans la région antérieure du cou. Les parties recouvertes hier par des fausses membranes sont aujourd'hui d'un rouge vif, lisses, un peu tuméfiées. Du reste, même état de la respiration, de la toux. Peau chaude. brûlante. Agitation. Guimauve; sirop de gomme; gargarisme aluminé; cataplasme au cou; ipécacuanha, 1 gramme, et tartre stibié, 0,05 en deux prises; diète.

Le soir, il y a eu deux vomissements; le pouls est moins fréquent. Peau moins sèche et moins brûlante. Un peu de sommeil pendant la journée. Il s'est reformé sur la muqueuse du pharynx quelques lambeaux de fausses membranes. Même état de la voix et de la toux. On pratique une nouvelle cautérisation.

Le 28 avril, moins d'agitation. L'enfant a dormi une partie de la nuit. Pouls moins fréquent et moins développé qu'hier soir. Peau chaude, sans sècheresse. Deux selles de consistance moyenne. On aperçoit encore quelques fausses membranes sur les piliers et l'amygdale gauches, et sur la paroi postérieure du pharynx, mais beaucoup moins épaisses que dans les premiers jours. La voix est plus libre et s'entend mieux, mais toujours un peu enrouée et voilée. Potion vomitive avec le tartre stibié. Deux bouillons.

Le 29 avril, amélioration générale. La voix est rauque. La toux se rapproche de celle de la bronchite, et se montre à de rares intervalles. Sommeil pendant la nuit. L'enfant demande à manger. Pouls à peine fréquent. Respiration libre. Deux selles depuis hier. Un vomissement. Le pharynx ne présente plus de fausses membranes que dans sa moitié gauche. La droite est rouge, sans tuméfaction. Guimauve; sirop de gomme; looch blanc; gargarisme aluminé; 2 bouillons; potage.

Le 30, pas de fièvre; peau fraîche, appétit; même état du pharynx. Les parties gauches, encore recouvertes de fausses membranes, sont touchées avec un pinceau imbibé de la solution de nitrate d'argent, indiquée plus haut.

Le 1er mai, amélioration bien évidente; la petite malade dort bien; elle n'a pas de fièvre; appétit. Encore quelques fausses membranes sur le côté gauche du pharynx, mais moins étendues. Potion vomitive. Une portion.

Le 2, persistance de l'état général; le côté gauche du pharynx est un peu rouge. On ne voit plus de pseudo-membranes que dans quelques points isolés.

Le 5, il ne reste plus aucune trace de fausses membranes ni même d'angine. La toux, qui se montre à de rares intervalles, a tout à fait perdu le caractère croupal. La voix est presque ramenée à son type normal; seulement, elle conserve une raucité désagréable.

La malade, parfaitement guérie depuis plusieurs jours, sort de l'hôpital le 25 mai.

— On ne s'attend point qu'à propos de cette observation, nous tracions une histoire complète, même résumée, du croup sous le rapport de sa marche, de sa symptomatologie, de ses causes, de son traitement. Nous ne nous occuperons ici que du traitement de cette affection, et nous ferons seulement remarquer, en passant, quelques points intéressants du fait que nous venons de citer.

Et d'abord, on notera ceci, que dans la même famille, quatre enfants sont pris du croup à peu de distance les uns des autres. Deux des enfants meurent dans leur pays, et c'est alors que la mère amène les deux autres à Paris. L'un d'eux, encore à la mamelle, succombe à l'hôpital Necker. La quatrième est celle dont nous avons donné l'observation. Quant à l'étiologie, il paraîtrait, au dire de la mère de la petite malade, qu'à une demi-lieue du village qu'elle habitait régnait une épidémie de diphthérite pharyngienne, à laquelle les gens du pays donnent le nom de mal de gorge blanc, et qu'un mois environ avant que ses enfants ne tombassent malades, avait logé chez elle une femme de ce village, affectée de ce mal de gorge. Si ces faits sont exacts, et tout porte à le croire, ne viendraient-ils pas à l'appui de l'opinion de certains auteurs, qui pensent que le croup peut être contagieux?

La question principale et qui doit nous occuper ici, est celle du traitement. Les moyens qui, de tout temps, ont été conseillés par les auteurs sont tellement nombreux, que l'on ne peut mieux, dans aucune autre maladie que dans celle-ci, apprécier la vérité de cet aphorisme: Que plus la thérapeutique est riche, et plus ses ressources sont variées, plus elle est pauvre si l'on s'occupe de l'efficacité des moyens qu'elle emploie. Les idées que les auteurs se sont formées de la nature de la maladie ont contribué à modifier pour chacun d'entre eux les indications, et à rendre la question plus obscure encore.

Le premier devoir du médecin doit être de s'enquérir avec soin de la cause qui a dû donner lieu à la production de la maladie, et examiner si elle est simple ou si elle est compliquée d'une autre affection. Il est en effet très important de savoir si quelque cause locale, l'entassement, l'habitation, le défaut d'air, ou une constitution épidémique ont favorisé le développement de la maladie, cas suivant lesquels le traitement doit subir quelques modifications.

La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, qu'il faut remplir les indications suivantes : combattre l'inflammation; faciliter l'expulsion de la fausse membrane; en arrêter la propagation; s'opposer à sa reproduction; combattre les complications; enfin ouvrir une voie artificielle à l'air, quand l'asphyxie est imminente.

Combattre l'inflammation. On est forcé de reconnaître, avec la plupart des auteurs, que les émissions sanguines sont souvent nécessaires dans la première et la seconde période de la maladie. Cependant, il ne faut pas croire, d'après cela, que les émissions sanguines suffisent seules pour arrêter la maladie. On voit dans les auteurs un grand nombre de cas dans lesquels, nonobstant cette médication antiphlogistique, la maladie s'est fatalement terminée. Dans les cas où l'on a recours à cette méthode de traitement, c'est ordinairement les saignées locales, par les sangsues appliquées de chaque côté du larynx, que l'on met en usage; le lieu où l'on pratique l'émission sanguine est déterminé par le siége de la maladie. On aide en même temps, par des cataplasmes émollients tièdes placés sur le cou, l'action antiphlogistique de la saignée locale.

Il est d'autres auteurs, et parmi eux nous devons citer l'auteur d'une thèse remarquable soutenue il y a quelques jours à la Faculté, thèse à laquelle nous ferons de fréquents emprunts dans cet article; il est des auteurs, disons-nous, qui proscrivent les émissions sanguines, à moins que l'on n'ait à combattre quelque phlegmasie intercurrente.

Favoriser par une médication générale la dissolution de la fausse membrane, en diminuer l'adhérence, en faciliter l'absorption, telle est une autre indication non moins importante, et, pour la remplir, on s'est adressé à cette classe de médicaments que l'on désigne en thérapeutique sous le nom d'*altérants*. En tête de ces médicaments doit être rangé le mercure et toutes ses préparations, qui jouissent, au moins le croit-on ainsi, de la propriété de diminuer la plasticité du sang et de favoriser l'absorption des produits organiques. D'abord employés par les Américains, les mercuriaux se sont répandus en Angleterre, en Allemagne, et en France, où M. Bretonneau a la gloire de les avoir expérimentés le premier, et d'en avoir obtenu des succès bien manifestes.

Il semblerait néanmoins, à ce que dit M. Bretonneau, que le mercure devrait être employé avec beaucoup de précautions et par une main exercée; car il pourrait résulter de son usage des accidents fort graves, tels que la liquéfaction du sang, la gangrène de la bouche, la nécrose des os maxillaires. On doit encore examiner avec soin si la muqueuse buccale ne présente pas d'excoriations, circonstance qui facilite singulièrement l'absorption du mercure et le développement de la stomatite mercurielle. Enfin il faut, lorsque l'on ne voit survenir aucune amélioration sous l'influence de ces préparations, en suspendre l'administration; s'il survient du mieux dans l'état du malade, on en diminuera progressivement la dose. La dose de mercure que donnait M. Bretonneau était considérable. Il en faisait prendre 0,20 gr. d'heure en heure, et faisait faire en outre toutes les trois heures des frictions avec deux grammes d'onguent napolitain. Dans le cas précédent, on voit que le mercure a été donné à forte dose, puisque 0,60 gr. en ont été administrés pendant la première nuit, sans aucune interruption.

Le calomel n'est pas la seule préparation mercurielle conseillée en cas pareil On a préconisé le mercure soluble d'Hanemann à la dose de 0,025 toutes les demi-heures. Nous avons vu que l'onguent napolitain pouvait être employé en frictions. Nous ne parlerons que pour mémoire du sulfure de potassium, du sulfate de cuivre, considéré par les auteurs allemands comme spécifique; le polygala, indiqué par le docteur Archer, de Philadelphie.

Vomitifs. — Ils ont pour but de déterminer le décollement des fausses membranes, et par les efforts qu'ils déterminent, de provoquer leur expulsion en même temps qu'ont lieu les vomissements. Par cela même encore, ils peuvent modifier la sécrétion morbide de la muqueuse bronchique. Il est rare que cette médication soit employée seule; mais concurremment avec d'autres, elle peut produire des résultats très avantageux. Les vomitifs le plus souvent employés sont l'ipécacuanha et le tartre stibié; ce sont les deux substances qui ont été mises en usage dans le fait que nous avons raconté plus haut en détail. MM. Rilliet et Barthez n'ont pas vu un seul fait dans lequel on se soit borné à administrer seuls les vomitifs; mais ils pensent que, joints aux autres moyens thérapeutiques, ils exercent une heureuse influence sur le croup.

Les sternutatoires, employés dans un but analogue à celui des vomitifs, sont aujourd'hui complètement abandonnés.

Si l'on peut à l'aide des altérants, parvenir dans quelques circonstances à arrêter la propagation de la fausse membrane, et à s'opposer à la reproduction, il est encore une autre méthode que l'on pourrait appeler méthode directe, dans laquelle on agit sur la muqueuse elle-même à l'aide de topiques appliqués immédiatement sur elle. Ces topiques ont pour but de modifier la vitalité de la membrane muqueuse affectée, et pour emprunter une expression de M. Trousseau, de substituer une inflammation de bonne nature à la phlegmasie spécifique que produit la sécrétion pseudo-membraneuse. C'est dans la thèse de M. Guiet, dont nous avons parlé plus haut, que nous puiserons ce qui est relatif à ce sujet.

Cet auteur regarde la médication topique comme formant la partie la plus importante du traitement. Dans les cas qu'il a eu occasion d'observer, la cautérisation a été pratiquée sur la muqueuse à l'aide d'une solution concentrée de nitrate d'argent dans l'eau distillée. Jusqu'à présent, on n'avait conseillé que de porter dans le pharynx une éponge imbibée de solution caustique, pratique qui avait pour but de modifier la vitalité de la muqueuse du pharynx, et d'arrêter la propagation de la membrane au larynx. Mais lorsque l'inflammation diphthéritique a gagné le larynx, la plupart des auteurs renoncent aux solutions caustiques, désespérant de pouvoir les faire parvenir dans cet organe. M. Guersant père, cependant, dit qu'il est quelquefois nécessaire, dans ce cas, de cautériser profondément le pharynx, et de porter les éponges jusque sur la glotte afin de faire pénétrer, s'il est possible, dans le larynx, quelques gouttes de liquide caustique; mais il n'emploie que 0,15 gr. de nitrate d'argent pour 15 grammes d'eau distillée.

Ce serait à M. Guersant fils que l'on devrait le premier emploi de la solution concentrée de nitrate d'argent, portée sur la glotte même. Quel que soit, du reste, le premier auteur de cette médication, voici la composition du liquide dont on a fait usage. On a fait dissoudre 15 grammes de nitrate d'argent dans le double d'eau distillée. Dans un cas, celui dont nous avons raconté les détails au commencement de cet article, on a employé parties égales d'eau et de nitrate d'argent.

Le plus ordinairement, les cautérisations sont faites à quelques heures de distance l'une de l'autre. C'est à l'aide d'une éponge convenablement imbibée de la solution caustique, solidement fixée à une baleine flexible et convenablement coudée, qu'on la pratique. L'enfant étant solidement maintenu par des aides, on abaisse avec une spatule, ou le manche d'une cuillier, la base de la langue, puis on porte de la main droite la baleine dans la bouche, qu'elle traverse rapidement, et de là dans le pharynx. On la promène sur les piliers du voile du palais et sur les amygdales, sur la paroi postérieure du pharynx, de manière à la loger, s'il est possible, entre cette paroi postérieure et l'épiglotte. Quand on se sent arrêté par l'orifice supérieur du larynx, on appuie légèrement sur l'éponge de manière à en exprimer quelques gouttes de solution caustique et à les faire pénétrer dans le larynx.

« Cette manœuvre, dit M. Guiet, doit être faite très rapidement; on s'aperçoit, en retirant l'éponge, qu'elle est recouverte d'une couche blanchâtre fort épaisse, qui n'est autre chose que du mucus coagulé. Aussitôt après la cautérisation, quand elle a été convenablement pratiquée, le malade est pris d'un accès de suffocation et d'une violente secousse de toux, pendant laquelle l'asphyxie paraît imminente. L'enfant porte rapidement sa main au larynx. Cette secousse de toux est suivie ordinairement de vomissements et d'une abondante expectoration de crachats muqueux, dans lesquels on voit nager des portions de pseudo-membranes. Mais bientôt cet accès se calme, et tout rentre dans l'ordre au bout de trois à quatre minutes. Les cautérisations secondaires sont moins pénibles pour les malades. »

Si l'on examine ce qui se passe à la suite des cautérisations sur les portions de membrane muqueuse du larynx accessibles à la vue, on voit que la pseudo-membrane se détache en totalité ou en partie. Dans ce cas, la muqueuse auparavant recouverte par la fausse membrane présente une rougeur plus ou moins vive. Le plus souvent, au bout d'un certain temps, on voit apparaître des fausses membranes de nouvelle formation; mais elles sont plus blanches, moins résistantes, comme diffluentes et non continues. Bientôt ces nouvelles pseudo-membranes disparaissent elles-mêmes quand la guérison doit suivre, et la muqueuse reprend peu à peu sa coloration normale.

Dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, le traitement a été des plus énergiques. La cautérisation a été pratiquée avec une solution à parties égales de nitrate et d'eau distillée. Le calomel n'a été donné que le premier jour, d'abord dans la crainte qu'il n'agît sur la bouche; puis il avait déterminé sur le tube digestif une action purgative bien manifeste. Malgré la concentration de la solution, il n'est survenu aucun accident, et la malade est sortie de l'hôpital ne conservant qu'un peu de raucité dans la voix.

Quant à la possibilité de porter le liquide caustique sur l'épiglotte elle-même et jusque dans le larynx, des observations suivies d'autopsie, chez des sujets qui ont succombé fort peu de temps après la cautérisation, ont prouvé de la manière la plus évidente que ces parties pouvaient fort bien être cautérisées, et l'on a retrouvé sur les muqueuses des traces du passage des caustiques.

Les succès que compte cette méthode, quoique bien incontestables, ne doivent cependant pas faire supposer qu'il faut toujours l'employer et qu'elle sera toujours suivie de succès. Mais il est un grand nombre de cas où elle est applicable, et c'est pour cela que nous avons cru devoir nous y étendre assez longuement.

Révulsifs. — Presque tous les auteurs disent avoir obtenu de grands succès des révulsifs cutanés et des topiques rubéfiants, soit dans la seconde, soit dans la troisième période. En général, on n'applique les vésicatoires qu'après les émissions sanguines et après l'emploi des vomitifs. L'endroit où on les applique ordinairement est le cou, soit à la partie latérale, soit en avant; cependant quelquefois on les met aussi au haut du sternum, entre les épaules, etc. Il faut souvent, dans ces cas, avoir égard aux complications. On a conseillé les frictions rubéfiantes avec la pommade ammoniacale; on préfère le plus habituellement la révulsion plus étendue, mais plus lente, qu'exercent les vésicatoires volants promenés autour du cou. Les bains généraux tièdes prolongés pendant une ou deux heures, répétés tous les jours, combattent souvent avec succès l'état spasmodique où se trouve le sujet.

Les révulsifs sur le tube digestif, tels que le séné, la casse, les sels de potasse ou de soude, les boissons laxatives peuvent soulager les malades en procurant des évacuations alvines. Mais on ne doit les regarder que comme des moyens auxiliaires, pouvant être utiles, il est vrai, mais sur l'efficacité desquels on ne doit pas compter. Nous en dirons autant des antispasmodiques et des sudorifiques qui, conseillés par différents auteurs et presque à l'exclusion de toute autre médication, ne constituent que des méthodes adjuvantes dont il est toujours permis, jusqu'à un certain point, de révoquer en doute l'efficacité réelle.

Il nous reste à parler enfin de la trachéotomie, dernier moyen qui reste au praticien pour empêcher l'asphyxie chez les individus affectés de croup. On a souvent répété que la trachéotomie est un moyen extrême auquel on ne devrait avoir recours que le plus tard possible. C'est un moyen extrême, il est vrai, mais souvent la mort aura pu survenir malgré l'opération dans des cas de croup, uniquement parce que l'opération aura été pratiquée trop tardivement. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille faire la trachéotomie dès qu'une phlegmasie aiguë du larynx commence à se développer. M. Trousseau pense que l'on doit pratiquer l'opération dès que l'on a acquis la certitude qu'il existe des fausses membranes dans le larynx. Il ne faut pas attendre que les fausses membranes se soient étendues à la trachée et aux bronches. Il ne faut pas non plus que l'état du malade soit tellement désespéré que l'on n'opère plus que sur un cadavre. Répétons ici, encore une fois, que s'il survient tant d'insuccès à la suite de la trachéotomie, c'est sûrement à ce que l'on pratique beaucoup trop tard l'opération qu'on doit les attribuer.

La description de l'opération n'entre nullement dans nos desseins ; tout le monde sait comment se pratique la trachéotomie. Mais une fois l'opération pratiquée, doit on ou ne doit-on pas pratiquer l'*écouvillonnement*. On appelle ainsi le temps de l'opération qui consiste à ratisser à l'aide d'une petite éponge et d'une brosse cylindrique l'intérieur du tube bronchique , afin de détacher de la surface de la membrane muqueuse les fausses membranes et de mettre cette muqueuse dans les conditions nécessaires pour pouvoir être modifiée par les médicaments topiques. M. Trousseau conseille de pratiquer toujours l'écouvillonnement , et dit en avoir retiré de très bons résultats. Il est peu de praticiens qui partagent son opinion , cependant nous devons dire que sur 24 malades , M. Trousseau dit en avoir sauvé huit , tous traités de cette manière.

On doit , après l'écouvillonnement , pratiquer la cautérisation ; mais avec la plus grande réserve et avec des solutions faibles de nitrate d'argent. Enfin, on termine l'opération par le placement de la canule , qui doit rester en place de cinq à sept ou huit jours , mais que l'on retire de temps en temps pour la nettoyer et faciliter le passage de l'air.

Une dernière indication à remplir , c'est de combattre les complications et elles sont nombreuses et toujours graves, qui peuvent survenir pendant la durée du croup. La diphthérite pharyngienne , que l'on a regardée comme une complication de l'affection qui nous occupe, ne nous semble pas, à vrai dire, mériter le nom de complication. M. Bretonneau pense , à ce sujet , que la sécrétion membraneuse , qu'elle s'effectue dans le larynx , les bronches ou le pharyx , obéit évidemment à la même cause. La bronchite , la pneumonie viennent souvent compliquer le croup et lui donner une gravité plus grande. On concevra facilement que le traitement à l'aide duquel on combat ordinairement ces affections, devra puissamment être modifié par l'existence de l'affection principale. Il en sera de même des congestions cérébrales, des entérites, entéro-colites, ou des troubles nerveux qui se montrent assez souvent dans le cours de la maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 septembre. — Présidence de M. Barthélemy.

M. Mérat annonce que le Conseil d'administration a écrit à Bourg, relativement aux restes mortels de Bichat.

M. Londe. Je viens d'apprendre de la bouche de M. Amédée Forget, qu'une députation de la Société médicale d'émulation s'était rendue auprès de M. le préfet de la Seine pour lui exposer l'état des choses. M. le préfet a répondu qu'il fallait savoir avant tout dans quelle position de fortune se trouvaient les parents de Bichat , et s'ils pouvaient supporter les frais d'exhumation et d'achat d'un nouveau terrain. Les commissaires ont répondu qu'ils avaient acquis la triste certitude que ce qui reste de la famille de Bichat ne pouvait supporter cette dépense. M. le préfet a dit alors qu'il présenterait la demande au Conseil municipal et qu'il ne doutait pas qu'elle fût accordée.

M. Pariset exprime le vœu que les restes de Bichat soient déposés aux pieds de son monument à Bourg.

M. Nacquart. C'est à Paris que Bichat a acquis son illustration , c'est à Paris qu'il est mort ; il serait injuste de déposséder Paris de ses restes précieux.

M. Velpeau insiste pour que l'Académie intervienne et fasse une démarche directe auprès de M. le préfet de la Seine.

M. Boutron-Charlard. Il n'est pas probable que le Conseil municipal refuse aux restes de Bichat ce qu'il a fait pour les restes du poète Saint-Lambert , auxquels il a accordé l'exhumation et un terrain à perpétuité.

M. Devilliers. Presque toutes les sociétés de médecine de Paris ont fait ou vont faire une pareille demande.

M. Royer-Collard. L'Académie ne peut, en effet, faire autre chose en ce moment que demander un terrain nouveau au Conseil municipal. Elle fera ce qu'a fait l'Académie française quand il s'est agi d'empêcher que les restes de Laharpe fussent jetés aussi dans la fosse commune. Plus tard elle avisera, par une souscription, à ériger un monument.

M. le président. Il n'y a pas de proposition à mettre aux voix.....

De toutes parts : Mais si, si !

M. Velpeau. Il y a à mettre aux voix si l'Académie fera auprès de M. le prefet de la Seine une démarche analogue à celle faite par la Société médicale d'émulation.

M. le président. Cette proposition est-elle appuyée?

Sur tous les bancs : Oui, oui.

M. le président. Je vais la mettre aux voix.

A l'unanimité l'Académie adopte la proposition.

M. Devilliers. Que l'Académie ne perde pas de temps, car les circonstances sont pressantes.

M. le président. Quelque membre présent a-t-il un rapport ou une lecture à faire ?

M. Villeneuve répond affirmativement et lit un rapport sur un travail envoyé par M. le docteur Castelly, de Puy-L'Evêque (Lot), sur un cas de gastrotomie pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, nécessitée par la rupture de la matrice dans le travail de l'accouchement.

La faiblesse de la voix de l'orateur et le bruit des conversations particulières nous empêchent de saisir ce rapport fort étendu , et dont la lecture a duré plus d'une heure.

Conclusions : Insertion au bulletin, remerciements à l'auteur.

M. Nacquart demande que le rapport de M. Villeneuve soit renvoyé au comité de publication.

M. Velpeau. J'ai cru entendre que M. Castelly parlait d'une exostose des os du bassin ; indique-t-il comment il s'en est assuré ?

M. Villeneuve. M. Castelly ne l'indique pas.

M. Velpeau. Ce point aurait demandé plus de détails. Mais j'ai à faire une remarque qui a plus d'importance. M. Villeneuve paraît assez partisan de la gastrotomie dans les cas de rupture de la matrice. Ce moyen me paraît extrêmement dangereux, et je pense que l'on ne doit y avoir recours que dans les cas de danger imminent. Souvent il est très prudent de temporiser. Dans la plupart des cas, l'enfant a été retenu en partie par les fentes de la déchirure, et il est possible à la main de saisir quelques parties par où on peut le ramener. Mais il est des cas nombreux aussi où l'enfant est passé tout entier dans le ventre, ce sont ceux dans lesquels la déchirure s'est faite en arrière et en bas. Eh bien, ce sont ceux où l'introduction de la main est le plus facile, et où l'on peut arriver sur l'enfant sans recourir à la gastrotomie. MM. Dezeimeris et Mondière en ont réuni de nombreux exemples. Il vaut donc mieux, avant de se décider à une opération aussi grave, faire toutes sortes de tentatives, surtout quand l'accident vient d'arriver, pour extraire l'enfant par les voies naturelles.

M. Villeneuve. Dans le cas de M. Castelly, l'accident était arrivé depuis un certain temps, et toutes les tentatives pour l'extraire par les voies naturelles avaient été infructueuses.

M. Capuron croit à l'existence du bruit que fait la matrice en se déchirant. Ce bruit est physiquement possible , car il y a contact de l'air. Dans les fractures de la tête, d'ailleurs, ne se produit-il pas un bruit de pot fêlé ?

M. Nacquart demande si dans la rupture de la matrice on n'emploie pas l'opium à haute dose, qui réussit si bien dans les ruptures des autres organes.

M. Villeneuve répond qu'il n'avait pas à faire un traité complet sur la matière, mais à s'occuper de l'observation de M. Castelly.

M. Gérardin. Les ruptures du col sont très fréquentes à la maternité. Dans cet établissement le bruit est admis comme signe constant. Il a vu un cas de rupture du fond qui guérit sans accidents.

M. Baudelocque dit que ces cas ne sont pas très rares et qu'il en a vu un exemple. Pour lui aussi le bruit est un phénomène constant.

M. Husson. MM. Gérardin et Baudelocque l'ont-ils entendu?

Non.

M. Velpeau. Mais il a été entendu par un grand nombre d'auteurs, et je l'ai entendu moi-même.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Bouvier* communique les poumons d'un sujet sur un desquels une hydatide s'est développée.

— *M. Desprès* montre des pièces conservées par un procédé qui lui est propre et pour lequel il veut prendre un brevet d'invention.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 septembre 1843. — Présidence de M. Serres.

M. Blondlot adresse, pour le concours du grand prix de physiologie, un ouvrage sur la digestion , dans lequel il s'occupe particulièrement du *suc gastrique*, qu'il considère comme l'agent principal de cette importante fonction. Pour se procurer ce suc en abondance , et dans un grand état de pureté, il a imaginé d'établir en permanence , sur un chien, une ouverture artificielle qui permît de pénétrer directement dans l'estomac , et d'en retirer à volonté soit du suc gastrique , soit des matières alimentaires aux différentes périodes de la digestion. Ses tentatives eurent un plein succès, et il a encore en sa possession l'animal sur lequel il a fait son premier essai, il y a plus de deux ans. Quoiqu'il utilise fréquemment sa fistule pour différentes expériences , l'animal n'en conserve pas moins la santé la plus parfaite. Bien que de petite taille, il peut fournir aisément , dans une seule séance, plus de cent grammes de suc gastrique très pur.

Soumis à l'analyse chimique , ce suc lui a toujours offert une réaction acide; mais, contrairement à l'opinion généralement admise , il a démontré, à l'aide d'une expérience aussi simple que rigoureuse, que cette acidité n'est point due à de l'acide lactique ou à de l'acide chlorhydrique, mais provient d'une certaine quantité de phosphate acide de chaux. Du reste , quoiqu'un certain degré d'acidité soit indispensable pour que le suc gastrique mette en jeu son action spécifique , l'acide qui y prédomine n'est pourtant pas la cause efficiente de son action. Le principe essentiellement actif du suc gastrique est une matière organique particulière qui fonctionne à la manière des ferments. Au surplus, il n'a jamais été possible, jusqu'ici, d'obtenir cette matière à l'état d'isolement, et encore moins de la produire à l'aide de procédés artificiels. Ses principaux caractères sont de n'agir qu'en présence d'un acide , quel qu'il soit, et de ne déployer sa vertu que sous l'influence d'une certaine température qui est limitée entre 10 et 40 degrés ; car, chose remarquable, à quelques degrés au-dessus de ce dernier terme , il perd complètement et irrévocablement sa puissance.

Après avoir examiné le suc gastrique sous le point de vue de la composition chimique , M. Blondlot a étudié l'action qu'il exerce sur les aliments simples ou composés, soit dans l'estomac , soit hors de cet organe, sous l'influence d'une température artificielle. Or, en analysant le résultat des expériences nombreuses qu'il a exécutées dans ce but, il est arrivé aux conséquences suivantes :

Dans la digestion, les matières alimentaires ne se décomposent point, et ne subissent aucune espèce de combinaison nouvelle. Celles de ces matières qui, telles que le sucre, la gomme, la pectine, etc. , sont naturellement solubles dans l'eau, ne font que se dissoudre dans l'estomac ; les autres, telles que la fibrine, l'albumine concrète, et la matière qui constitue les différents tissus blancs , ne font que se ramollir sous l'influence du suc gastrique ; de sorte qu'après avoir ainsi perdu une partie de leur cohésion , elles puissent être converties par les mouvements péristaltiques du viscère en une pâte molle, composée de molécules extrêmement ténues nageant dans un liquide plus ou moins abondant. Ce ramollissement, qui ne saurait être imité à l'aide d'aucun agent chimique autre que le suc gastrique, est le résultat de l'action spécifique qui caractérise ce suc : du reste, cette action ne s'exerce que sur certaines substances azotées, qui sont isomères, et paraissent appartenir à une même famille de produits ; toutes les autres sont complétement réfractaires à l'action spécifique de ce fluide ; tel est notamment le cas de la graisse , qui ne fait que s'émulsionner tant dans l'estomac que dans le reste du tube digestif.

Après avoir été dissoutes ou divisées , les matières nutritives sont absorbées ; savoir : les matières solubles, par les veines, qui les transportent au foie, où elles subissent certaines décompositions dont nous n'avons pas à nous occuper ; tandis que les matières divisées sont saisies à l'état concret par les orifices béants des chylifères, dans lesquels elles se mêlent à la lymphe qui remplit ces vaisseaux hors le temps de la digestion : c'est à ce mélange que l'on donne le nom de *chyle*.

Quant aux excréments, ils sont formés de deux ordres de matériaux, savoir : des résidus d'aliments qui ont résisté à l'action du suc gastrique et n'ont pas été absorbés , et du produit des sécrétions diverses qui affluent dans les différentes parties du tube gastro-intestinal.

La digestion s'effectue par les mêmes agents, et d'après les mêmes principes, chez tous les animaux vertébrés indistinctement.

— *M. Maissiat* lit un mémoire intitulé : *De la locomotion de l'homme et des animaux*. — L'auteur a soumis l'année dernière, au jugement de l'Académie, un travail sur la station des animaux. Ce présent mémoire lui fait suite. Pour en prouver l'utilité, il n'indiquera qu'un seul point pour faire sentir l'insuffisance des explications admises, telles qu'on les enseigne dans les traités sur la matière.

La station n'exige, pour être maintenue, que fort peu d'efforts musculaires, et permet des intermittences. Il n'y a alors aucun travail fourni que celui de remonter , de moment à autre , la masse du corps sur la verticale de l'axe tibio-tarsien, ou mieux, du milieu du pied qui porte, verticale dont la masse du corps tend à s'écarter en avant ou en arrière. Or, la marche horizontale, au pas de promenade, étant, de fait, aussi peu, et peut-être encore moins pénible, il devait exister, et il fallait trouver , pour la locomotion au pas de promenade , une théorie selon laquelle le travail à dépenser alors, ou le travail moteur, fût pareillement minime.

Divers auteurs ont donné des mesures du travail moteur produit par les muscles durant la marche horizontale , tous l'estiment fort haut. M. Pelletan le porte à 75 k. élevés de 1,32 m. par minute de temps, outre deux autres quantités de travail musculaire dépensées de plus , selon lui, mais dont il ne donne point de définition, ni d'estimation.

Cependant on peut se convaincre , *à priori*, avec un peu de réflexion , de la possibilité qu'il en soit autrement. Dans la réalité , en effet , si l'on suppose le sol parfaitement horizontal , uni et résistant , on voit que définitivement, au bout du trajet, *nul travail utile n'a été produit*, c'est-à-dire, que nul résultat n'a été obtenu de masse définitivement élevée à une hauteur quelconque. Il y a donc possibilité que la dépense de force musculaire , ou le travail moteur fourni se trouve borné aux résistances mécaniques. Il se peut même que ce soit une quantité minime , si le système à mouvoir présente un haut degré de perfection ; or, il est incroyable, *à priori*, qu'il en soit autrement.

Le fait de la locomotion à obtenir par une minime dépense de force est donc possible. M. Maissiat dit qu'il a réellement lieu , et telle est la question qu'il a entrepris de traiter devant l'Académie.

Comme conclusion générale de tout ce travail , l'auteur montre à quoi se réduit la dépense musculaire dans les divers cas examinés. Si la locomotion a lieu sur un sol horizontal , les muscles ne fournissent que la force nécessaire pour subvenir aux résistances mécaniques. Sur un sol incliné il y a travail produit ou consommé, et la dépense musculaire est égale à cette quantité de travail augmentée ou diminuée de la somme des résistances mécaniques , suivant qu'on monte ou qu'on descend. Dans le cas de la descente, l'action musculaire est fournie avec le caractère négatif. En deux mots, la locomotion est un cas analogue à celui bien connu des vibrations harmoniques superposées dans les corps vibrants ; avec cette seule différence que les oscillations partielles se trouvent superposées dans la locomotion , non à un mouvement vibratoire fondamental, mais à un mouvement de translation fondamental , sensiblement uniforme , celui du centre de gravité général du corps.

— *M. Colombat* (de l'Isère) répond à une lettre dont il a été fait mention dans la dernière séance , que la cure obtenue est d'autant moins surprenante, que pendant le temps que ce médecin a passé chez lui il bégayait si peu, qu'il a cru d'abord qu'il ne venait se soumettre à ses exercices que dans le but d'étudier sa méthode.

— *M. Négrier*, médecin à Angers, adresse une réclamation contre le dernier mémoire lu par M. Raciborski sur la menstruation. Il rappelle qu'il a publié sur ce sujet un ouvrage honorablement mentionné par l'Académie. Il dit que les conclusions de M. Raciborski sont identiques aux siennes. Sur douze propositions que M. Raciborski a prétendu démontrer, les onze premières sont renfermées dans son mémoire, et la douzième n'est pas fondée.

— *M. Jules Rossignon* adresse une note pour établir que le cuivre existe à l'état normal , non-seulement dans le sang et la fibre musculaire de l'homme, mais encore dans le tissu d'un grand nombre d'animaux domestiques, et dans le tissu des végétaux qui leur servent d'alimentation ordinaire.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 110. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 15 SEPTEMBRE 1843.

Sur le Rapport fait au Conseil général des Hospices dans la séance du 10 mai 1843, par la Commission médicale de 1841 et 1842.

(Deuxième article.)

Poursuivons l'examen et l'analyse de ce rapport :

Bureau central. — La Commission se plaint de la position difficile dans laquelle se trouvent les médecins du Bureau central d'admission, qui ne peuvent suffire aux exigences du service. Dans le mois de janvier jusqu'au 15 février 1843, la feuille du mouvement a donné, terme moyen, 120 lits de médecine et de chirurgie disponibles chaque matin, et les refus des personnes réellement malades ont dépassé 50 par jour. Il faut que le Conseil municipal soit bien persuadé de cette vérité, que le nombre des lits dans les hôpitaux n'est pas en rapport avec la population flottante, qui, depuis dix ans, a augmenté de plus en plus, mais qui est devenue surtout exorbitante depuis le travail des fortifications. La situation actuelle n'est pas tolérable pour les médecins du Bureau central venant après midi au Parvis-Notre-Dame, chargés, non plus d'admettre, mais de refuser les malades qui se présentent.

La Commission se plaint de la mesure adoptée à l'occasion des Incurables-Hommes, mesure qui forcerait le médecin à la résidence dans la maison, et à demeurer cinq ans sans obtenir de mutation. Dans cette mesure, les médecins voient un effet rétroactif nuisible à leurs intérêts et à leur instruction.

Admissions d'urgence. La Commission demande que dans les hôpitaux éloignés du centre, surtout, une plus grande et plus complète latitude soit laissée aux médecins pour les admissions d'urgence. Faciliter ainsi l'admission des malades graves dans l'hôpital le plus voisin de leur quartier, c'est remplir un devoir d'humanité.

Charité. Chaque année les médecins de la Charité ont adressé au Conseil des réclamations relatives au mauvais état des bains dans cet établissement. Plusieurs jours, chaque semaine, le service des bains est interrompu par des causes diverses. Les médecins de cet hôpital se plaignent aussi de la lenteur du bandagiste. Un des services de la chirurgie attend depuis long-temps la construction d'un second amphithéâtre. Tant qu'il ne sera point achevé, les opérations devront être pratiquées presque toutes au lit des malades ; circonstance défavorable pour les opérés de la même salle, et pour ceux qui attendent le jour de leur opération.

Hôtel Dieu. — Cet établissement ne reçoit de l'eau filtrée qu'à la pharmacie seulement. L'eau qui est distribuée dans les différents services est telle qu'elle sort de la rivière. Dans les grandes eaux, elle est souvent tellement bourbeuse qu'elle inspire le dégoût, et que des malades qui préféreraient de l'eau à toutes les boissons, ne peuvent en boire.

Pour éviter les accidents qui arrivent assez fréquemment de malades atteints de délire aigu qui se jettent par les croisées, la Commission réclame l'établissement d'un certain nombre de châssis en fer garnis de grillages, disposés de manière qu'ils puissent s'adapter aux côtés des lits et en être détachés facilement. Mis en place, ces châssis, sans imposer aucune contrainte au malade, l'empêcheraient de tomber, de sortir de son lit, et permettraient de surveiller ses mouvements.

La Commission appelle l'attention du Conseil sur le grand nombre de lits occupés à l'Hôtel-Dieu par des malades incurables qui, n'ayant ni asile, ni famille, ne peuvent être renvoyés, et que les hospices ne peuvent recevoir faute de place. Elle insiste sur la nécessité urgente d'avoir des hospices plus vastes où tant d'infirmités incurables puissent trouver l'asile qui leur est nécessaire.

Quoique le mode actuel de communication entre les deux bâtiments de l'Hôtel-Dieu ne puisse être que provisoire, les chefs de service ne peuvent se dispenser d'en faire ressortir les inconvénients, afin que ce provisoire cesse le plus tôt possible. Si la facilité, la liberté des communications est une des premières conditions dans un hôpital bien ordonné, condition indispensable pour assurer la surveillance générale, la promptitude des secours, l'exactitude du service, que peut-on dire de ce souterrain étroit, obscur, humide, glacial en hiver, seule voie de communication entre les deux moitiés du même hôpital, où se rencontrent incessamment les gens de service des deux sexes, les vivants, les morts, les convalescents qui vont se promener, les malades apportés sur des brancards ; où le public se presse les jours d'entrée, où plus d'une fois il a dû être péniblement affecté par les émanations qui sortent d'un côté de la salle des morts, de l'autre de la salle d'autopsie. Sans entrer dans les détails, on peut dire en deux mots que, d'une part, une telle disposition rend le service plus difficile, qu'elle donne un prétexte à la négligence et à l'inexactitude des gens de service ; de l'autre, qu'elle blesse toutes les convenances, et qu'elle doit singulièrement surprendre l'étranger qui la rencontre dans l'hôpital le plus renommé de la capitale de la France.

Maison royale de Santé. — Chaque année le compte-rendu prouve que la dépense dépasse la recette ; et, assurément, la cause première tient à ce que les malades n'ont pas eu à se louer de leur séjour, et à ce qu'ils ont manqué de soins convenables. Le linge à pansement y est dans l'état le plus déplorable ; il n'existe pas de bandes longues de huit à dix mètres, et l'application du bandage de Desault pour la clavicule serait impossible ; il n'y a pas de drap fanon pour l'appareil de Scultet.

Les bains sont depuis trois ans attendus avec impatience. Le plan de la nouvelle construction est en outre attaqué comme trop éloigné du bâtiment des malades.

Le régime de la maison est l'objet de plaintes continuelles de la part des malades ; et c'est surtout la qualité de la viande qui fait l'objet de leurs récriminations.

Enfants malades. — La population toujours croissante a rendu cet asile insuffisant, et il serait urgent de faire de nouvelles constructions pour recueillir seulement une partie des pauvres enfants présentés chaque jour, et refusés faute de place. Les bâtiments existants tombent en ruines, des salles de malades sont placées dans des rez-de-chaussée humides, malsains et carrelés.

Les médecins de cet hôpital réclament depuis long-temps des couchettes en fer pour remplacer les lits en bois remplis de punaises ; ils voudraient que chaque jour il y eût des aliments gras et maigres ; que le linge à pansement leur fût donné en plus grande quantité à la salle de consultation ; une augmentation dans le nombre des infirmières.

Hôpital Saint-Antoine. Réclamations sur des réparations locales.

Hôpital de Lourcine. Agrandissement de cet hôpital, qui ne renferme aujourd'hui que 300 lits pour les filles et les femmes de tout âge. Déplacement et éloignement des latrines.

Hôpital Beaujon. Demande d'un ventouseur spécial qui procurerait une grande économie de sangsues, et empêcherait, dans les consultations gratuites, beaucoup de malades de réclamer leur admission à l'hôpital ; un forceps pour les accouchements laborieux ; des cautères de diverses formes ; des instruments pour l'extraction des dents ; des rideaux aux croisées des pavillons neufs ; des sommiers élastiques ; le droit accordé aux internes de prescrire des médicaments dans l'intervalle d'une visite à l'autre du chef de service ; un nombre plus considérable d'externes, le déjeuner pour eux, au moins pour les jours de consultations ; agrandissement du local de la pharmacie ; promptes réparations aux pavillons récemment construits ; un amphithéâtre pour les opérations de chirurgie.

Registres d'observations. — Un médecin de Beaujon demande qu'au lieu de simples feuilles sans caractère authentique, un registre cartonné et paraphé soit mis à la disposition des chefs de service. Il n'est pas convenable que les notes des chefs de service arrivent au Conseil commentées sur le même registre par le directeur de l'hôpital. Cet oubli des convenances a pour effet de donner à ces observations un caractère de personnalité qu'elles ne doivent jamais avoir.

La Salpêtrière. — Le coucher de la Salpêtrière et une grande partie des couvertures sont dans un déplorable état.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Tentative de meurtre et menaces d'assassinat sous condition sur le chirurgien de l'hôpital militaire de Lille.* (1er conseil de guerre de la 16e division militaire.)

Le 2 août dernier, vers deux heures et demie de l'après-midi, un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, chirurgien élève de l'hôpital militaire d'instruction à Lille, se présenta dans le cabinet de consultations de M. le docteur Murville, chirurgien principal de 1re classe attaché à cet hôpital, et lui remit une lettre décachetée, dans laquelle un parent de cet élève s'informait s'il était rentré dans la bonne voie, s'il allait récompenser sa famille des sacrifices qu'elle avait faits pour lui, etc. M. Murville, approuvant tout à fait les sentiments exprimés par le signataire, engagea l'élève à suivre les conseils qui lui étaient donnés, et à changer de conduite désormais ; car en effet il n'avait rien fait depuis deux ans, et il était incapable de passer son examen ; enfin il lui tint le langage le plus paternel.

Après un instant de silence, le jeune homme présenta une seconde lettre, et d'un ton lugubre et menaçant : « Lisez, lui dit-il ; vous connaîtrez mes dernières volontés. »

M. Murville, tout en se disposant à rompre le cachet, observait du coin de l'œil, et il vit son visiteur tirer une arme de sa poche et la diriger aussitôt contre sa joue gauche. Saisir le canon du pistolet, le diriger en bas pour se soustraire à son atteinte, fut l'affaire d'une seconde. « Misérable, s'écria-t-il alors avec colère, vous voulez m'assassiner ! c'est infâme ! » Comme M. Murville parlait très haut : « Pas un mot, dit le jeune homme, ou je vous tue avec un second pistolet que j'ai dans ma poche. » Et comme sa main gauche manœuvrait déjà pour le prendre, M. Murville parvint à l'empêcher. A ce moment, des personnes de la maison accoururent au bruit, on s'empara du jeune homme, et la garde qui fut mandée à l'instant, fut chargée de le conduire au poste et de l'y garder à vue.

Dans la seconde lettre, il accusait M. Murville de tous les malheurs qu'il éprouvait ; il lui disait que sa vie était à sa disposition ; il consentait à la lui laisser pour une somme de quinze mille francs, qu'il s'engageait, d'ailleurs, à restituer plus tard ; il ajoutait : « Pas un mot, pas un cri, ou vous êtes mort. »

Devant le Conseil de guerre, l'accusé a prétendu qu'il n'avait pas en l'intention de tuer M. Murville, qu'il espérait seulement l'intimider, et qu'en définitive, s'il y avait du danger pour quelqu'un, c'était uniquement pour lui-même, parce que, depuis long-temps, l'absence de tout progrès dans ses études avait altéré ses facultés intellectuelles et avait fait naître en lui des idées de suicide.

Malgré les motifs allégués en sa faveur, l'inculpé a été condamné à cinq années de travaux forcés et à la dégradation militaire.

II. *Avortement commis de complicité entre une jeune fille, son amant et un médecin.* (Tribunal criminel de Genève.)

La fille V...., domestique dans le village de Collex, entretenait des relations avec un jeune homme habitant la même localité, et nommé D.... Après une indisposition de deux ou trois jours, la personne que servait cette fille trouva, auprès du lit de celle-ci, un fœtus plié dans une chemise.

Le docteur Gerlier, qui habite Fernex et qui avait été appelé, dissipa tous les doutes s'il pouvait en rester, et après quelques jours, sinon de dénégation sur le fait d'accouchement, du moins sur les circonstances qui avaient précédé celui-ci, la fille V... avoua tout.

Selon ses déclarations, le sieur D..., son amant, l'aurait engagée à se faire avorter, et l'aurait conduite dans ce but chez un officier de santé demeurant aux portes de Genève, et qui avait pratiqué sur elle une opération dont le résultat avait été la mort et l'expulsion de l'enfant, qui, du reste, n'était encore qu'à l'état de fœtus.

La fille V..., fut arrêtée, ainsi que le sieur D..., et une instruction fut d'abord dirigée contre tous deux ; puis, plus tard, contre M. L..., officier de santé, que l'appât d'un gain bien modique aurait engagé à commettre ce crime.

Toutes les preuves à l'égard des complices de la fille V..., se réduisaient en quelque sorte à l'accusation de celle-ci, qui était évidemment dirigée par un désir immodéré de satisfaire une vengeance de femme séduite et abondonnée.

Du reste, elle a énuméré toutes les circonstances du crime ; elle a indiqué avec précision le signalement du médecin chez lequel elle avait été conduite ; le lieu et la disposition de la maison, la nature et l'arrengement de l'ameublement, et enfin le genre et les circonstances de l'opération que, suivant sa déclaration, on lui avait fait subir.

D'un autre côté, le sieur D.... et le docteur L.... se sont retranchés dans un système de complète dénégation. Celles de l'homme de l'art ont porté même sur des faits indifférents au procès, quoique bien établis, et cette maladresse a pu faire douter de sa véracité sur le surplus.

Connu pour être bon, serviable, humain, généreux, appartenant d'ailleurs à une famille honorable, et ayant lui-même de nombreux amis, la position du docteur inspirait un assez vif intérêt, et on se demandait quel motif avait pu l'engager à se rendre coupable d'un crime. A ces diverses considérations se joignait la circonstance qu'averti de l'accusation dirigée contre lui, il avait refusé de prendre la fuite, bien qu'il eût toute la facilité pour le faire.

Malgré tout le talent qu'ont déployé les défenseurs des inculpés, bien qu'ils aient pris l'accusation corps à corps et l'aient combattue avec une éloquente dialectique, le tribunal a condamné le docteur L... à huit ans de travaux forcés, D... à trois ans de prison, et la fille V... à un an de la même peine.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Exercice illégal de la médecine. — Diplôme anglais.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

Le Conseil d'administration de l'Association de Prévoyance des Médecins de Paris ayant appris que le sieur Edmonds, se disant médecin anglais, visitait des malades et faisait des prescriptions magistrales en contravention à la loi, a dénoncé le fait à M. le procureur du roi. Par suite de ce renseignement, le sieur Edmonds a été cité en police correctionnelle sous la prévention d'avoir exercé illégalement la médecine en France, sans avoir été reçu par une des Facultés de médecine du royaume.

A l'audience, l'inculpé a expliqué qu'étant établi en France depuis 1830, décoré d'une médaille d'honneur pour secours portés à Paris lors de l'invasion du choléra, il avait cru le diplôme du Conseil médical anglais suffisant pour l'autoriser à donner des soins à ses compatriotes anglais résidant en France.

Le diplôme présenté par le prévenu est émané du Conseil des examinateurs choisis et établis par les maître, gardien et aides de la Société des pharmaciens de Londres ; il constitue le titre en vertu duquel les *Surgeons* pratiquent la médecine et la pharmacie dans le royaume uni des Iles-Britanniques.

M. le président ayant fait observer que ce diplôme ne semblait donner que l'autorisation d'exercer la pharmacie, et non la médecine, l'inculpé a répondu que les docteurs reçus par la Faculté, en Angleterre, ne sont appelés qu'en consultation, et qu'ils s'intitulent *physiciens* ; tandis que ceux qu'on appelle *apothicaires* ou *Surgeons* sont les médecins habituels, fournissant également les médicaments, et répondent en quelque sorte à ce qu'on nomme *officiers de santé* en France : c'est ce dernier grade qui lui appartient.

Malgré ces explications, le sieur Edmonds, sur les conclusions de l'avocat du roi, a été condamné à seize francs d'amende et aux dépens.

Depuis douze ans il n'a été acheté ni laine, ni crin. La cuisine, qui sert aux besoins de plus de 5000 personnes, est trop petite. Dans la section des aliénées, les dortoirs ne sont pas assez divisés, d'où il résulte que l'agitation d'une seule malade prive de sommeil cinquante, soixante ou même cent de ses compagnes. L'analyse de l'air de ces dortoirs, faite par M. le professeur Dumas, mérite la plus sérieuse attention. Voici ses paroles vraiment effrayantes : « L'air que respirent vos malades est tellement altéré le matin, que si elles restaient enfermées quatre ou cinq fois plus que la durée de la nuit, vous n'en trouveriez pas une seule vivante. »

Bicêtre. — Nous renonçons à donner une idée des réclamations nombreuses élevées par les chefs de service de ce vaste hospice. Elles contiennent près de dix pages in-4°, et portent principalement sur les vêtements, la construction de fosses d'aisances qui manquent complétement dans la maison, sur les bains, sur le petit nombre de couvertures, sur l'insuffisance dans le nombre des internes, sur l'incommodité et l'étroitesse des bâtiments destinés aux aliénés, sur l'état déplorable de la pharmacie, etc.

Réelection quinquennale. — Quoique, dans sa réponse au Rapport de 1839, le Conseil repousse toute discussion sur ce sujet, la présente Commission a cru devoir renouveler ses instances afin d'obtenir l'annulation du règlement de 1839 sur la réélection quinquennale. Elle reproduit tous les motifs qui militent en faveur de cette annulation et qui doivent assurer aux médecins des hôpitaux, nommés par concours, la paisible jouissance de leurs droits jusqu'à l'âge fixé pour la retraite.

L'article 27 de ce règlement dit que les médecins et chirurgiens ne sont nommés que pour cinq ans. Mais, frappés des inconvénients immenses qu'un changement trop fréquent de médecins et de chirurgiens entraînerait dans les hôpitaux, le Conseil s'empresse d'ajouter, art 28, qu'ils pourront être réélus. Or, la possibilité d'une non-réélection est une espèce de suspicion indigne du caractère des médecins, de leur position et des services qu'ils rendent à l'Administration. La durée des services médicaux présente quelque chose d'incertain et d'arbitraire très préjudiciable à l'ascendant moral nécessaire aux chefs de service : il est impossible d'assimiler, comme l'a fait le membre du Conseil, dans sa réponse à une précédente commission, la réélection d'un *caporal de la garde nationale*, à la réélection d'un chef de service médical. Un grade dans la garde nationale est une simple distinction et n'est pas toute une carrière, comme le titre de médecin d'hôpital si péniblement acquis, si peu rétribué, et qui n'a de valeur que par une durée, une continuité, qui ne soit pas régulièrement remise en question tous les cinq ans. On a fait remarquer aux médecins que MM. les membres du Conseil eux-mêmes étaient soumis à la réélection.

Mais quel rapport y a-t-il en un membre du Conseil des hôpitaux et un chef de service de santé? Ceux ci n'ont pas d'autre moyen de renommée et de fortune que l'exactitude dans leur service, que la suite dans leurs études au lit du malade. La non-réélection d'un médecin des hôpitaux est, il ne faut pas se le dissimuler, la destruction de sa carrière. Il n'en est pas de même pour un membre du Conseil. La réélection est ici de nécessité, car la plupart des membres du Conseil ont d'autres occupations impérieuses et multipliées, on ne peut donc savoir d'avance si elles laisseront au membre nommé le temps de remplir convenablement les fonctions importantes qui lui sont confiées par le Conseil. D'ailleurs, comment ne pas voir une contradiction entre un *concours* et une réélection? Le concours suppose pour le candidat élu par le jury, des droits acquis, imprescriptibles. La réélection admet la possibilité d'une exclusion sans discussion et sans appel, et dans ce sens elle est un pouvoir occulte et en opposition avec l'esprit d'autres articles du réglement. Il faudrait, pour réélire, que le Conseil eût déjà élu, et certes les formes de l'admission pour les médecins et chirurgiens dans les hôpitaux sont loin d'être une élection.

En vain on objectera que cet art. 28 est une arme dont le Conseil n'a usé ou n'usera que dans des cas fort rares, où il est plus avantageux de ne pas rendre publics les motifs d'une destitution cachée sous la forme d'une non-réélection ; en vain dira-t on que c'est un moyen de stimuler le zèle, d'obtenir l'exactitude dans le service, et que le Conseil réserve pour des occasions extraordinaires. On répond que s'il était vrai que quelques médecins oubliassent assez leurs devoirs pour négliger le soin des malades qui leur sont confiés, ce n'est point de la menace périodique d'une réélection dont il faudrait user ; le recours à l'art. 40 deviendrait nécessaire. Mais l'immense majorité, sinon la totalité des chefs de service de santé, répond par son zèle et sa consciencieuse exactitude, aux allusions sur lesquelles s'est fondée l'administration des hospices pour rédiger son code pénal.

Admission de la Commission aux séances du Conseil. — Malgré le désir si souvent énoncé par les chefs de service de santé de voir s'établir des relations intimes et toutes de bienveillance entre eux et les membres supérieurs de l'administration des hospices ; la commission est encore chargée d'exprimer au Conseil leurs regrets à cet égard. Et cependant, que d'améliorations seraient obtenues, que de difficultés seraient aplanies sans discussion, si ces rapprochements tant souhaités étaient plus fréquents.

Ce rapport se termine par une réponse demandée par le Conseil sur les causes de l'*augmentation de la population des hôpitaux.* La Commission en voit deux principales : 1° l'affluence toujours croissante de la classe ouvrière dans Paris ; 2° l'augmentation des médecins et des chirurgiens dans les hôpitaux, et la division des services. Mieux examinés, les malades ne séjournent dans les lits qu'autant qu'ils ont besoin de soins, et dès que leur état permet de les renvoyer, ils sont immédiatement remplacés par d'autres. Les services trop nombreux engageaient anciennement les médecins et les chirurgiens à consacrer quelques lits à des vieillards infirmes, qui attendaient là, pendant des années entières, que leurs parents ou leurs amis obtînssent pour eux une admission à Bicêtre ou à la Salpêtrière. C'était, si c'est permis de le dire, un abus de bienfaisance que les jeunes médecins ont diminué autant qu'ils ont pu ; aussi le nombre d'entrées a dû nécessairement s'accroître dans une proportion considérable depuis douze ans. Mais s'il y a eu de plus grandes dépenses, il y a eu notablement plus de malheureux secourus.

« En présence des résultats obtenus et des besoins toujours » urgents, » dit le Rapport en terminant, « nous n'hésitons » pas à vous présenter de nombreuses demandes, dont vous » sentez comme nous l'indispensable nécessité. Nous savons » que le Conseil municipal, moins convaincu de notre misère, » vous refuse trop souvent les moyens de nous venir en aide ; » et cependant, quoi de plus facile que d'entrer dans nos asiles » de souffrances et de retraite, de s'assurer combien sont fondées nos doléances? Si nous avions à émouvoir le Conseil » municipal pour l'encourager à mettre nos lingeries au pair, » à créer plusieurs services indispensables, et dont l'utilité ne » peut être mise en doute ; si nous avions à lui démontrer que » nos hôpitaux et nos hospices surtout sont insuffisants, nous » n'aurions qu'à prier les membres de la Commission du conseil chargés des hôpitaux, de nous accompagner dans ces » établissements pour leur faire toucher du doigt et voir de » leurs propres yeux nos plaies et notre dénuement ; de là nous » les conduirions au Bureau central, où ils verraient se presser en foule de malheureux malades sans ressources, solliciter en vain deux et trois jours de suite leur admission à » l'hôpital ; puis, leur mettant en main la liste des infirmes » présentés par les bureaux de bienfaisance pour être admis » dans les hospices, nous obtiendrions, sans aucun doute, plus » de commisération, plus de largesse au budget. »

Nous avons suivi dans tous ses détails le Rapport de la Commission de 1842 ; nous croyons n'en avoir omis aucun d'essentiel. Les plaintes sont justes et fondées ; elles sont nombreuses ; elles pourraient l'être plus encore ; elles se traduisent sous une forme respectueuse et on ne peut plus convenable. Voyons maintenant ce que le Conseil des hôpitaux répond aux médecins par l'organe d'une commission dont fait partie M. Orfila.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Suite.)

Si nous n'étions entré dans de longs détails sur la thérapeutique des fractures du corps du fémur, il nous faudrait parler d'une foule de traitements, ou plutôt d'appareils divers qui ont été successivement préconisés dans celles du col ; mais, nous l'avons dit, nous nous garderons de répétitions inutiles.

Un point cependant mérite l'attention des praticiens en ce qu'il est tout à fait propre aux fractures du col du fémur, et c'est là ce qui nous engage à le discuter. Puisque, ainsi que cela est établi, ces fractures sont d'une consolidation difficile en général, et que même quelques-unes ne se consolident réellement pas, faut-il les traiter comme les autres? Si l'on consulte l'opinion de Cooper à ce sujet, on verra que sa réponse est négative. Ce chirurgien en était venu à ne vouloir, dans le traitement des fractures du col, aucune espèce d'appareil. Si j'avais une fracture du col du fémur, disait-il, je resterais pendant une quinzaine de jours au lit ; je me mettrais sur un fauteuil au bout de ce temps, puis, je marcherais avec des béquilles, puis avec une canne, mais je ne voudrais pas d'appareil.

Cette opinion avait déjà été professée par Lallemant. On savait qu'à la Salpêtrière il ne voulait pas qu'on mît d'appareil aux vieilles femmes qui se fracturaient le col du fémur, il est vrai de dire qu'on y avait fait peu d'attention, parce que, sachant Lallemant d'une timidité extrême, l'on avait conclu que s'il ne se servait pas d'appareil dans ces sortes de cas, c'est qu'il n'osait pas l'appliquer. Depuis Cooper on y regarda cependant. M. Velpeau a essayé cette méthode, et depuis quinze ans qu'il la met en pratique, il assure avoir trouvé en elle des avantages que ne lui avaient présentés aucune autre.

Il y a en ce moment dans les salles (août 1843) une vieille femme couchée au n° 18, Marie-Antoinette Zemine, âgée de soixante ans, entrée le 25 juin, qui est affectée d'une fracture du col du fémur. On n'a suivi d'autre méthode que celle exposée ci-dessus. Après être restée couchée quelque temps on l'a fait lever et promener autour de son lit sur des chaises ; dans quinze jours elle marchera avec des béquilles. Il est positif que si l'on eût appliqué un appareil quel qu'il fût, il eût fallu deux mois avant de l'enlever ; or, tout le monde sait qu'un membre ne reste pas deux mois dans une immobilité complète sans qu'il en résulte de graves inconvénients, parmi lesquels sont en première ligne l'empâtement, la raideur, sans parler encore des troubles, souvent des plus sérieux, que le

---

II. *Exercice illégal de la médecine. — Vente de remèdes préparés et secrets — Recettes et oraisons contre la goutte et tous les maux en général.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

Une lettre anonyme venue de La Chapelle Saint-Denis, avertit, il y a quelque temps, M. le procureur du roi qu'il existait dans cette commune, un humble et modeste portier en apparence, qui exerçait clandestinement l'art de guérir, s'était pour la forme associé à un officier de santé du lieu, M. Paul, et portait à domicile, ou distribuait dans sa loge, des pommades et des onguents qu'il disait avoir importés d'Angleterre, où il avait long-temps servi un célèbre praticien.

Une instruction fut ordonnée, une descente de justice eut lieu chez le sieur Debréard (c'est le portier en question) ; une enquête fut en même temps ordonnée ; et voici ce qui résulta des investigations de la justice.

On apprit d'abord qu'avant d'être portier de l'usine que M. Pauwels exploite à La Chapelle Saint-Denis, Debréard avait été en Angleterre au service d'un médecin, et qu'il avait rapporté de ce pays une grande quantité de formules, de prétendus secrets retenus par lui de mémoire, ou copiés d'une curieuse façon, qui pouvait donner un échantillon de son éducation et de son intelligence dans la science de guérir. On sût qu'il s'était d'abord établi épicier au Hâvre, et qu'après d'assez pauvres affaires, il était venu tirer le cordon à la porte de l'usine de La Chapelle, et donner des consultations dans ses moments perdus. La police saisit dans sa loge un recueil considérable de recettes d'elixirs, de baumes et de spécifiques, des oraisons pour les maladies, des formules superstitieuses et préservatrices à l'usage de tous les individus souffrants, mêlés à des préceptes généraux sur l'art de guérir, dans lesquels notamment on prescrivait, autant que possible, l'application des remèdes aux époques de la lune décroissante, et aussi les vendredis et les 13 de chaque mois.

Pour donner une idée du savoir de ce guérisseur de nouvelle espèce, qui cependant ne manquait pas de pratiques, il suffit de transcrire ici, avec son orthographe, une recette infaillible pour une foule de maux :

« Recete pour les zentorse, ou foulure, ou in flamazion soit des brat oujambe, ou goote. Piené une de milivre de grène de chesne vie oudelain. Metze lat dans un vaze et versé de lot boulante decue deux doit dos pare de su bien le couvrire poor que lavapieure nan puice cortère. Vous metlié un cataplame de la dite grene sure la parti blesé vous reconetré lefet de la grene de lint car elle ne calache qu'a ta plase ou ni al pas de malle et rure le malle elle ne catache pas, etc. »

Dans d'autres recettes, l'auteur ou l'importateur de ces précieux secrets recommandait vivement l'usage de certaines prières, et indiquait en outre la manière de s'en servir efficacement. Il est bien entendu que les manières de se servir de ces toutes puissantes oraisons consistaient en pratiques superstitieuses diverses, toutes plus sottes, plus stupides, plus absurdes les unes que les autres, et sans l'observation desquelles il n'y avait point de succès à espérer.

Qui pourrait le croire ! c'est cependant à l'aide de ces moyens que Debréard s'était fait à La Chapelle Saint-Denis une petite réputation, et qu'il avait attiré près de lui, suivant l'instruction, une clientelle assez considérable. Aux débats, il a nié s'être en rien immiscé dans l'art de guérir ; il a bien pu, dit-il, donner quelques conseils à des personnes qui lui en demandaient, leur donner même quelques pommades innocentes, quelques elixirs inoffensifs, mais il n'en a jamais tiré profit ; car il réclamait tout au plus les avances qu'il avait été obligé de faire.

Comme on a saisi chez lui un assortiment assez considérable de drogues, d'onguents, de collyres, de pommades et des instruments de dentiste, il a prétendu que les médicaments lui étaient venus de la possession d'une dame décédée dans la maison ; quant aux instruments à l'usage des dentistes, il a dit qu'ils étaient incomplets et ne lui appartenaient même pas. A l'égard des prières trouvées à son domicile et ayant pour objet la guérison des maladies, il a répondu qu'elles ne faisaient jamais de mal à personne, et qu'elles étaient toujours de saison.

Parmi les témoins entendus à la requête du ministère public, l'un d'eux, le sieur Métral, restaurateur, avait une maladie cutanée. On l'adressa à Debréard, et ce dernier lui fournit successivement trois pots d'un onguent qui devait être étendu avec l'aide d'un pinceau sur les parties malades. M. Métral déclare qu'il fit usage des deux premiers pots, mais qu'il jeta le troisième parce qu'il s'aperçut que les précédents n'avaient fait qu'aggraver le mal.

Le tribunal, après avoir entendu un témoin à décharge, M. Pauwels, le propriétaire de l'usine à laquelle Debréard est attaché comme portier, après avoir entendu également le réquisitoire de M. l'avocat du roi et les plaidoieries des avocats, a renvoyé M. Paul des fins de la plainte, et a condamné Debréard, pour vente de remèdes secrets, seulement à cent francs d'amende et aux dépens.

III. *Eau de l'épicier. Remède secret.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

Tout le monde connaît la réputation européenne dont a joui longtemps une eau pour les yeux que débitait, il y a quelques mois encore, et distribuait *gratis* aux indigents, un épicier du faubourg Montmartre. Cette eau s'appela d'abord *Eau de l'épicier*, puis ensuite *Eau pour les yeux* ; plus tard elle prit le nom d'*Eau de la duchesse d'Angoulême*, et continua enfin ses cures merveilleuses et ses succès sous le nom d'*Eau de Provence* (du nom de la rue où elle se vendait). Des poursuites dirigées contre ce remède secret, à la diligence de M. le préfet de police, en firent récemment interdire la distribution.

Un médecin, M. le docteur Depenne, crut pouvoir en légaliser la vente en s'associant avec un pharmacien muni d'un diplôme, M. Berthet. Celui-ci, conformément aux lois sur la matière, préparait l'*Eau de Provence* d'après les procédés secrets dont la famille Bridault avait la possession depuis soixante ans, et il la débitait selon les prescriptions que donnait le sieur Depenne en qualité de médecin.

Le ministère public a vu là une vente illégale de remède secret, et a assigné M. le docteur Depenne et M. le pharmacien Berthet.

Le tribunal, sur les conclusions de M. l'avocat du roi, et après avoir entendu les prévenus et leur avocat, a rendu un jugement qui condamne M. Depenne et M. Berthet, chacun à six cents francs d'amende.

NOUVELLES.

Le vendredi 20 octobre 1843, à midi précis, il sera ouvert un concours, dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse (hommes). MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration jusqu'au mardi 3 octobre, et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis. L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre ans les fonctions d'internes dans les hôpitaux. MM. les docteurs devront en outre prouver qu'ils ne remplissent aucune fonction qui puisse, en cas de nomination, les empêcher de résider continuellement dans l'établissement.

— La Société des sciences médicales de la Moselle avait mis au concours « l'Histoire des épidémies qui ont régné dans le nord-est de la France, antérieurement au dix-huitième siècle. »

Cette question, reproduite deux ans de suite, n'ayant pas reçu de solution, a été définitivement retirée.

La Société propose la solution des deux questions suivantes :

1° « Rechercher dans les annales de la médecine si la théorie médi» cale désignée sous le nom d'hydrothérapie est un mode de traitement » aussi neuf que le prétendent ses adeptes, et si, dans tous les temps, » la médecine rationnelle n'a pas tiré parti de ce moyen. »

Une médaille d'or sera accordée à l'auteur qui aura répondu d'une manière satisfaisante.

2° « Faire la topographie médicale détaillée d'un canton quelconque » du département de la Moselle. »

Une médaille d'or sera accordée à l'auteur jugé digne du prix.

Un membre, qui veut garder l'anonyme, a versé les fonds d'une médaille d'or de 200 francs pour un prix sur cette question :

« L'Histoire et l'appréciation des travaux ophthalmologiques exécu» tés en France du 1er janvier 1833 au 1er janvier 1843. »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco* au secrétariat avant le 1er novembre 1843.

séjour au lit amène dans la santé des sujets en général, et principalement des vieillards.

Ainsi, par cette méthode, il est constant que les malades pouvant se lever au bout de quinze jours, et être guéris après deux mois, juste après le même laps de temps pendant lequel ils devraient garder un appareil. Encore, pour ceux qui auront été traités par les bandages, leur faudra-t il le temps de se guérir du remède, ou, si l'on veut, des suites qu'il entraîne.

On pourra répondre sans doute que les malades traités sans appareil boiteront après la guérison. Cela est vrai; mais ceux qu'on traite autrement n'en boitent pas moins, et toute leur vie même, s'ils ont eu une fracture intra-capsulaire, une de ces fractures dont la consolidation se fait par ces stalactites osseuses dont nous avons parlé dans notre dernier article, et nous irons jusqu'à dire même que si cette consolidation est le but final qu'on veut atteindre, peut-être qu'un peu d'irritation entretenue par une immobilité qui n'est pas aussi complète qu'avec un appareil, est favorable.

Que conclure de ce que nous venons d'exposer? Ceci : qu'il est fort important de chercher à distinguer les unes des autres les fractures qui sont consolidables par soudure de celles qui ne le sont pas; car si, pour les secondes, tout ce que nous venons de professer est applicable, c'est-à-dire s'il est convenable de ne leur point appliquer d'appareil, cette pratique serait tout à fait mauvaise pour les premières; il faut, au contraire, dans le cas de fractures consolidables, s'empresser d'appliquer un bandage qui favorise la réunion des fragments osseux.

Toute la question se réduit donc à savoir distinguer les fractures dans la capsule, des fractures extra-capsulaires. En tenant compte des signes dont nous avons parlé à propos du diagnostic, on peut ajouter qu'en général, quand les sujets ont plus de soixante ans, que la fracture est intra-capsulaire, on doit rejeter les appareils; et que par contre, chez ceux qui sont dans des conditions opposées, on peut songer aux bandages, en ayant soin de choisir les moins fatigants de tous ceux énumérés pour le corps, celui de Gresely, par exemple, tel que l'a modifié M. Velpeau. Il faut surtout appliquer le bandage dextriné avec beaucoup de soin, afin de pouvoir, dès qu'il est sec, retrancher les liens extensif et contre-extensif; ce qui diminue d'autant les chances de voir survenir des escharres. On peut encore employer la planchette de M. Mayor, ou la boîte de M. Gensoul. M. Velpeau rejette les bandages à attelles, à cause de la compression qu'elles exercent.

Une remarque qu'il est important de ne pas omettre, en terminant ce qui regarde le traitement des fractures du col du fémur, c'est qu'il ne faut pas trop s'effrayer de faire marcher les malades qui portent ces fractures, on concevra comment les dangers de la progression sont moindres qu'on ne se l'imaginerait tout d'abord; si l'on fait attention que les malades n'appuyant pas sur le pied, le membre fracturé ainsi abandonné à lui-même constitue une sorte d'extension. On ne peut objecter que les mouvements qui résultent de la marche doivent avoir des inconvénients; car ces mouvements, les malades se gardent bien de les provoquer, la douleur les avertissant sur-le-champ que le membre doit être condamné au repos.

Ajoutons que dans les cas où il n'est besoin d'aucun appareil, si dans la pratique privée on se contentait de laisser le malade dans son lit sans rien prescrire, quelques-uns ne manqueraient pas de le trouver mauvais, et il se trouverait peut-être de charitables confrères qui jugeraient à propos de blâmer une telle conduite. Bien que ces sortes de questions, où l'intérêt personnel est mis en jeu, doivent toujours être regardées comme tout à fait secondaires par le chirurgien consciencieux, il est bon, pour se mettre à l'abri, d'appliquer, dans le cas où tout appareil est inutile, un bandage ordinaire qui ne comprime rien, et dont le but principal doit être de ne pas nuire.

Telles sont ces considérations que nous avions à présenter sur le traitement des fractures du col du fémur.

Fractures du bassin. Parmi les fractures qui peuvent survenir dans cette partie du squelette, il en est une surtout qui mérite toute l'attention des chirurgiens, et dont Boyer n'a pas parlé; c'est la fracture de la cavité cotyloïde.

Ces sortes de fractures ont quelque chose de régulier et dans leurs causes et dans leurs effets. Dans leurs causes, en ce sens qu'elles se produisent sous les mêmes influences que celles du col du fémur, avec cette différence qu'elles surviennent ordinairement chez des individus plus jeunes; dans leurs effets, parce qu'elles s'accompagnent de symptômes qui ont d'assez nombreux rapports avec ceux des fractures du col, mais qui en semblent les diminutifs pour ainsi dire.

En règle générale, quand un individu encore jeune fait une chute sur la hanche, sur les pieds ou sur les genoux, assez violente pour amener une fracture, il y a plus de probabilités pour une fracture de la cavité cotyloïde, que pour une fracture du col du fémur; si au contraire le sujet est très âgé, dans les mêmes conditions, il y a plutôt lieu de soupçonner une fracture du col qu'une fracture de la cavité cotyloïde. Cela se conçoit, du reste; plus l'individu est jeune, moins les parties qui constituent cette cavité sont solidement unies, et plus le col est résistant; plus l'individu est âgé, plus la solidité de la cavité augmente; moins le col est susceptible de résister. Veut-on chercher le mode de production de la fracture de la cavité cotyloïde; le raisonnement en rend facilement compte. Qu'un individu fasse une chute violente sur les genoux ou sur les pieds, le mouvement marche tout le long du fémur, une portion s'échappe par le trochanter, la plus grande partie va se rassembler dans la tête de l'os; et comme cette tête est une véritable sphère, le mouvement rayonne en tous sens, s'irradie, et produit ce qu'on observe en effet, la brisure en étoile de la cavité cotyloïde. M. Velpeau en a vu cinq ou six exemples.

Comment reconnaîtra-t-on ces fractures? On trouvera dans ces sortes de cas les symptômes de la fracture du membre inférieur, et rien cependant qui justifie complétement la fracture du corps ou du col du fémur. On ne pourra donner au membre sa longueur naturelle; le malade accusera une douleur plus profonde que dans la fracture du col; on n'observera aucun angle dans la continuité du membre; le pied sera tourné en dehors, mais moins que cela n'a lieu pour le col; enfin, comme nous le disions tout à l'heure; on trouvera beaucoup de symptômes de cette dernière fracture, seulement, ils sembleront moins marqués. L'explication de chacun des signes fournis par la fracture de la cavité cotyloïde est facilement saisissable; nous ne nous y arrêterons pas; nous signalerons seulement, comme un signe tout à fait concluant, la mobilité du bassin; le malade du n° 31 en offre un exemple parfait.

La fracture de la cavité cotyloïde doit être considérée comme un accident grave, et ici encore il faut s'entendre. Nous ne voulons pas dire qu'en elle-même cette fracture présente une haute gravité; mais bien que par cela même qu'il est besoin d'une violence considérable pour la produire, il peut en résulter des déchirures mortelles, soit qu'elles aient leur siége dans la vessie, l'utérus, le rectum, ou dans un organe quelconque de l'hypogastre. Ce n'est pas que, par elle-même, elle soit tout à fait exempte de dangers; on conçoit que ses bords irréguliers puissent proéminer dans le bassin, irriter les points avec lesquels les aspérités seront en contact, déterminer par suite une suppuration phlegmasie purulente dont le résultat peut être la mort. Il faut dire, qu'alors que les fractures de la cavité cotyloïde sont exemptes de toutes complications, elles sont peu dangereuses ordinairement. En un mot, on peut appliquer à ces fractures le pronostic de celles du crâne dont nous avons parlé assez longuement dans notre résumé de l'année dernière; mais il s'en faut qu'il y ait aucune parité sous le rapport du traitement, les fractures du bassin demandant un appareil qui impose une immobilité parfaite, car ici plus que partout ailleurs, plus qu'aux membres mêmes, l'immobilité est nécessaire; la marche serait dangereuse, car les contractions musculaires pourraient amener de l'irritation, de l'inflammation, et s'opposer à la consolidation des fragments.

La conduite à suivre dans ces cas, consiste donc à appliquer au malade un bandage de corps bien serré, bien moulé sur le bassin, fixé par un scapulaire et des sous-cuisses, et à ne l'enlever qu'au bout d'un mois ou six semaines, temps qui suffit quand la fracture est exempte de toute complication.

Fractures de la jambe. — De toutes les lésions de continuité qui peuvent affecter le squelette, celles-ci passent pour être des plus fréquentes; elles entrent constamment pour une proportion considérable dans le nombre des fractures qu'on observe chaque année. Elles ont toujours été regardées comme une maladie grave; elles entraînent, en effet, le repos absolu de tout le corps; le lieu qu'elles occupent est éloigné des centres de l'organisme: ces raisons, et beaucoup d'autres tellement connues que nous les passons sous silence, justifient le pronostic qu'on en porte généralement.

Comme dans l'avant-bras, ces fractures présentent des variétés qu'on peut classer de la manière suivante :

1° Fracture du tibia ou du péroné séparément;
2° Fracture des deux os ensemble;
3° Fracture dans la partie moyenne;
4° Fracture des extrémités.

Selon M. Velpeau, ces fractures ont été désignées par des expressions peu exactes; Boyer les a appelées fractures complètes ou incomplètes, selon que les deux os ou un seul étaient brisés. On sent tout ce que ces dénominations ont de défectueux; elles veulent dire toute autre chose que ce qu'elles signifient réellement.

Fracture du tibia. — Nous ne parlerons que très brièvement de celle-ci qui est généralement très connue, et sur laquelle tout le monde est d'accord. C'est une fracture assez fréquente, moins que celle du péroné cependant. On comprend, en effet, que sous l'influence d'un choc le péroné doive céder plus promptement que le tibia, en ce qu'il est moins résistant que ce dernier; on serait même conduit à penser que toujours le péroné doit se fracturer avant le tibia si l'on ne voyait pas que le poids du corps est supporté par le tibia, et que, par sa position même, il est plus exposé aux violences extérieures que le péroné, placé en dehors et moins en avant. Quand la cause de la fracture est une chute sur les pieds, le tibia ou le péroné peuvent être brisés l'un ou l'autre; si la chute a lieu de côté, le péroné se fracturera plus probablement; et si la cause fracturante est un corps pesant passant sur le membre, une voiture, par exemple, le tibia se brisera à cause de sa résistance même, tandis que le péroné, plus susceptible de céder, échappera par son élasticité.

Les fractures du tibia présentent trois variétés principales, selon qu'elles ont leur siége : 1° à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; 2° dans le corps de l'os ou dans la partie supérieure; 3° à l'extrémité inférieure.

Celles qui ont leur siége à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'os sont à peu près les seules qui surviennent par cause indirecte, et ceci est une conséquence nécessaire de la forme du tibia qui est concave et plus mince en cet endroit qu'en tout autre. C'est dans ce point qu'on observe à peu près toujours la fracture en bec de flûte; la direction de la brisure est alors de bas en haut et d'avant en arrière, et il en résulte souvent, ainsi qu'on le sait, que la pointe très aiguë du fragment supérieur perce la peau, et amène ainsi une complication sur laquelle nous aurons à nous expliquer bientôt.

La fracture du corps de l'os et de la portion supérieure est, au contraire, le plus souvent transversale, elle a ordinairement lieu par cause directe, car l'os est très épais et très large dans cette région.

La fracture de l'extrémité inférieure survient et par cause directe et par cause indirecte, mais celle-ci passe pour plus grave que les autres à cause du voisinage de l'articulation. Du reste, ainsi que nous allons le faire voir, ces trois variétés sont surtout intéressantes à étudier parce qu'elles n'exposent pas le sujet aux mêmes conséquences.

Les premières, c'est-à-dire celles qui occupent l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'os, amènent souvent une difformité difficile à prévenir, de plus elles se compliquent assez fréquemment de plaie, comme nous l'avons dit; cependant quand le péroné est intact, comme il fait l'affaire d'une attelle, le chevauchement peut être alors peu considérable, ce qui diminue les chances de difformité, mais ce qui n'empêche pas pourtant la guérison d'être fort difficile à obtenir sans qu'il reste des traces évidentes de la fracture.

Les secondes, celles qui occupent la partie supérieure du tibia, sont les moins graves, mais leur diagnostic est entouré de difficultés parfois très grandes. Ainsi dans le courant de l'année dernière, il y a eu un malade couché au n. 5, qui, pendant un concours a donné lieu à des opinions diverses entre le candidat et les juges et entre les juges eux-mêmes. Ce fait suffit pour faire comprendre combien, dans certaines circonstances, il est difficile de reconnaître ces fractures. C'est qu'en effet le plus souvent entre ces larges surfaces on ne perçoit pas la crépitation, le gonflement rendant toute mobilité impossible; les muscles plus raides, plus tendus alors s'opposent à tout mouvement. D'un autre côté, il est impossible de saisir la moindre inégalité; et une autre particularité de ces fractures bien propre à jeter de l'obscurité sur leur diagnostic, c'est que quand elles sont très rapprochées de l'articulation, le mouvement qu'on imprime à la jambe paraît se passer dans l'article même, ce qui augmente encore les doutes. Cela arriva chez le sujet du numéro 5. Heureusement que cette variété est beaucoup moins grave que les autres, et qu'on a des exemples de guérison sans qu'elles aient été reconnues; elles ont lieu dans une région tellement vasculaire que la consolidation en est ordinairement très rapide et que tous les appareils réussissent. Leur seule difficulté consiste dans le diagnostic.

Enfin, la troisième variété, les fractures de l'extrémité inférieure, présentent elles-mêmes des nuances nombreuses. Ainsi quelquefois la malléole seule est décollée, ou bien la fracture est oblique, se dirigeant du côté du péroné, ou bien encore elle est ou transversale ou oblique au-dessus de l'articulation; quelquefois il y a plusieurs petits fragments; dans d'autres cas l'article est compris dans la fracture, elle y pénètre et il en résulte même qu'après la consolidation une bosselure persiste, d'où une grande raideur dans les mouvements; l'ankylose peut aussi survenir.

Les signes qui permettront de reconnaître la fracture du tibia, et qui sont très faciles à constater pour la première variété seront donc, après un coup violent ou une chute, la douleur, la crépitation, la mobilité, les saillies, etc., et s'il reste de la difficulté après l'examen de tous ces signes, il faudra savoir si le malade a pu marcher, il faudra suivre avec grand soin la crête de l'os; il faudra s'assurer, le membre étant placé sur un plan, si le malade éprouve une douleur dans un point quelconque quand on presse sur la jambe, etc.

Le pronostic, bien que nous ayons accordé qu'il soit grave, ne l'est pourtant pas autant qu'on se le figure généralement. Pour M. Velpeau, il n'existe de complications sérieuses des fractures du tibia que les plaies ou l'inflammation dans le foyer même de la fracture; mais, selon ce chirurgien, il est certains traitements qui lui paraissent devoir amener des accidents.

A moins donc de grands dégâts, et à part les cas où se montrent les complications dont nous venons de parler, M. Velpeau pense que la guérison est la terminaison ordinaire des fractures du tibia. Il est positif qu'un nombre assez considérable de ces lésions a été soumis à l'observation à la Charité cette année comme les années précédentes, et qu'excepté les cas compliqués de plaies, il n'y a pas eu d'exemples fâcheux. Ceci deviendra plus manifeste par le résumé de tous les cas principaux observés dans le service de M. Velpeau pendant l'année qui vient de finir, que nous nous proposons de publier prochainement. Les fractures du tibia ont été d'ailleurs traitées comme toutes les autres fractures.

Nous décrirons les appareils à propos des fractures des deux os de la jambe et nous terminerons le résumé des leçons de M. Velpeau sur les fractures dans un prochain numéro.

Dr PAJOT.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Rhumatisme articulaire aigu général. Traitement par le sulfate de quinine à haute dose. Plusieurs rechutes, etc.

H... (Louise), âgée de vingt-trois ans, blanchisseuse depuis quatre ans, à Paris depuis l'âge de treize ans, est d'une constitution forte, d'une taille moyenne; elle a les cheveux châtain clair, l'iris brun, la peau fine et habituellement bien colorée; l'embonpoint est notable. Issue de parents qui, à sa connaissance du moins, n'ont jamais été atteints de rhumatisme, elle a toujours été bien logée, bien nourrie, et n'a jamais supporté de privations. Sans avoir eu des maladies graves, sa santé a souvent été dérangée. Depuis l'âge de treize ans, elle est sujette à des palpitations, des douleurs épigastriques, parfois accompagnées d'un léger œdème aux malléoles; elle a aussi, depuis la même époque, des accidents nerveux qui, d'après les renseignements positifs que donne la malade, sont évidemment de nature hystérique. Plusieurs traitements furent employés, mais sans grand succès, contre ces divers accidents : le fer entre autres; et ce n'est que depuis deux ans que la malade éprouve une amélioration notable, et qui lui permet de se livrer sans interruption à son travail. Réglée à l'âge de quinze ans pour la première fois, dès-lors très irrégulièrement pour le retour et pour la durée. Cette dernière est de un à deux jours; l'écoulement sanguin est généralement très

peu abondant. D'ailleurs, chaque époque menstruelle est précédée pendant vingt-quatre heures d'une hémicrânie droite.

Elle n'a jamais eu de maladie semblable à celle qui motive son entrée à l'hôpital, et ne sait à quoi l'attribuer. Elle n'a pas pris froid ayant chaud; son logement est sec; mais en l'interrogeant avec plus de soin, on apprend bientôt que le local où elle travaille toute la journée depuis plus d'un an, est très humide; que l'on y entretient en permanence un feu ardent destiné à sécher du linge humide.

Le 8 décembre 1842, après un léger frisson suivi de chaleur et de malaise, elle éprouva une douleur assez intense dans un des côtés de la poitrine, mais qui disparut le lendemain sans traitement. Les jours suivants, persistance d'un peu de malaise et de courbature.

Le 16, nouveau frisson peu intense. Dans la soirée, douleur dans la hanche droite.

Le 17, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes sont tuméfiées, très douloureuses; nécessité de garder le lit. On lui pratique une saignée du bras assez copieuse.

Le 20 décembre, elle est apportée sur un brancard à l'hôpital Beaujon.

Le 21, on note l'état suivant: décubitus dorsal; figure un peu colorée, d'ailleurs assez naturelle. Les articulations indiquées plus haut sont encore un peu douloureuses, mais moins que précédemment; elles offrent une tuméfaction médiocre, une rougeur très légère. Soif médiocre, inappétence, langue humide, légèrement blanchâtre. Abdomen médiocrement volumineux, souple, bien conformé; constipation; urines faciles. Thorax bien conformé; ni toux, ni dyspnée; respiration partout pure, vésiculaire, sans râles. Aucune sensation anormale à la région précordiale; pas de palpitations; il n'y en a pas eu. Battements du cœur réguliers, sans bruit anormal. D'ailleurs, le son n'est pas obscur à la région du cœur, et l'on y entend bien la respiration. Chaleur médiocre, avec une légère moiteur. Pouls à 88-90, régulier, médiocrement plein. Sureau, sirop de gomme; 3 pilules de poudre de Dower de 0,1 chaque; diète absolue.

Le 22, même état en tout point. Même prescription; de plus, saignée du bras de 200 grammes.

Le 23, les genoux et les chevilles sont à peine douloureux, et présentent une légère tuméfaction. Mais depuis la nuit dernière les deux poignets sont notablement tuméfiés, très douloureux, et offrent une rougeur qui se perd d'une manière insensible au dessus et au dessous de l'articulation. Chaleur assez élevée, avec un peu de moiteur; pouls à 100, régulier, plein. Solut., sirop de gomme, 2 pots; potion avec infus. orang., 250 gram., sulfate de quinine, 2 gram., sirop, 2 gram.; diète absolue.

Le 24, la potion prescrite hier a été prise en totalité en six fois. La malade n'a eu ni bourdonnements d'oreilles, ni troubles dans la vue, ni douleurs épigastriques. Actuellement elle se trouve un peu mieux que la veille; elle remue les jambes avec assez de facilité, et sans beaucoup souffrir. Les deux poignets sont comme la veille; de plus, les articulations métacarpo phalangiennes des quatre premiers doigts de la main droite sont un peu tuméfiées, douloureuses, sans rougeur notable à la main gauche; il n'y a rien de nouveau, sauf que le gonflement et la rougeur, qui étaient limités au voisinage du poignet, se sont étendus à toute sa face dorsale. Soif médiocre; une selle solide ce matin; pouls à 88, régulier, médiocrement plein; chaleur médiocre, avec tendance à la moiteur. Même prescription, sauf trois grammes de sulfate de quinine dans la potion au lieu de deux.

Le 25, dans la soirée, quelques nausées sans vomissements; un peu de céphalalgie, bourdonnements dans les deux oreilles, avec dureté légère de l'ouïe. Ces divers symptômes persistent actuellement. Il y a à peine un peu de douleur aux membres inférieurs, et la malade peut faire quelques pas sans souffrir. Seulement un peu de douleur et un gonflement très léger au poignet et à la main du côté droit. Les parties correspondantes du côté gauche sont comme hier. L'épaule gauche est notablement douloureuse. Langue nette et humide; légère douleur à l'épigastre. Constipation. Chaleur naturelle. Pouls à 70, étroit, régulier. Même prescription en tout point.

Le 26, les règles sont revenues dans la nuit. L'amélioration du côté des douleurs articulaires augmente. Les bourdonnements d'oreille persistent. Pouls, 64, étroit, régulier. Chaleur naturelle. Appétit. (2 grammes de sulfate de quinine au lieu de 3 dans la potion.) Deux bouillons.

Le 27, les bourdonnements dans les oreilles sont entièrement dissipés ainsi que les douleurs articulaires. Comme trace de ces dernières, il ne reste qu'un sentiment de raideur légère dans l'épaule droite. Appétit vif; 1 gramme de sulfate de quinine; deux potages.

Le 28, l'état de la malade continue à être satisfaisant, l'appétit vif. Trois décigrammes de sulfate de quinine.

Le 29, sirop gomm., potion gomm. simple; une portion d'aliments.

Les 30 et 31, la malade est levée une partie de la journée. Trois portions d'aliments.

Le 1er janvier, retour des douleurs dans les deux genoux, qui ne sont cependant pas tuméfiés d'une façon appréciable. La hanche droite est aussi un peu atteinte. Légère chaleur à la peau; pouls à 80, régulier, sans caractère particulier. Solut. sp. gom.; pot. sulfat. de quinine, 2 grammes et 350 grammes de véhicule; deux vermicelles.

Le 2, quelques bourdonnements dans les oreilles pendant la nuit. Rien autre. 3 grammes de sulfate de quinine dans la potion.

Le 3, à peine un peu de douleur dans les deux genoux qui peuvent être remués avec assez de facilité. Rien dans les autres articulations. Appétit vif. Rien au cœur. Chaleur douce; pouls à 66-68, régulier, sans largeur. Même prescription.

Les 4 et 5, les accidents articulaires sont complétement dissipés. Appétit vif. (Le 4, 2 gram.; le 5, 1 gram. de sulfate de quinine.)

Le 6, les deux genoux sont de nouveau un peu douloureux, il en est de même de l'épaule et du coude droits, du poignet et des articulations métacarpo-phalangiennes du même côté. Les souffrances sont d'ailleurs peu vives, et le gonflement très léger. Pouls à 92, régulier; moiteur légère. 1 gram. de sulfate de quinine.

Le 8, aucune amélioration. 3 gram. de sulfate de quinine.

Le 9, les douleurs ont notablement diminué partout. Pas de bourdonnements d'oreilles ni de céphalalgie. Pupilles égales, régulières, bien contractiles; deux millimètres de diamètre. Pour la première fois, la malade accuse un peu de trouble dans la vue dès qu'elle veut fixer un objet quelconque pendant quelques instants. Même prescription.

Le 10, encore un peu de raideur dans les articulations prises précédemment. La potion de la veille a été rejetée par les vomissements. Langue assez nette, médiocrement humide. Appétit. Pouls à 76, régulier, sans largeur. Sirop gom.; potion gom. simple; deux vermicelles. Le sulfate de quinine est supprimé.

Les 11, 12, 13 et 14, un peu de douleur et de gonflement aux deux genoux et à l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le pouls varie entre 90 et 96; il est un peu plein, parfaitement régulier; un peu de chaleur. Les vomissements n'ont pas reparu; appétit léger. Même prescription; de plus, saignée de 300 grammes.

Le sang a coulé en jet, et offre une zone de sérosité de un centimètre entourant un caillot assez volumineux, dense, recouvert d'une couenne jaunâtre, opaque, assez résistante, de deux millimètres d'épaisseur.

Le 15, le gonflement et la douleur ont diminué au genou droit; ils sont stationnaires aux genou et à l'articulation tibio-tarsiennes gauches. L'épaule du même côté est prise depuis la nuit dernière. Appétit; langue nette, humide. Un peu de chaleur moite; pouls à 100, régulier, un peu étroit. Rien d'anormal à l'exploration attentive de la région du cœur. Gomme; potion gommeuse; deux bouillons.

Le 17, amélioration notable dans les symptômes articulaires. Ces derniers sont dissipés complétement le 20; et le 26, la malade sort de l'hôpital complétement guérie, et mangeant trois portions d'aliments.

— Au moment où la question du traitement du rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine à haute dose n'est pas encore jugée, il y a, je crois, tout avantage à livrer à la publicité les faits qui pourraient servir à la résoudre. Avant tout, je crois devoir remarquer avec soin que dans le fait précédent le sulfate de quinine, bien qui sa dose n'ait jamais été très élevée, a été administré avec une quantité notable de véhicule, tandis que jusqu'ici, si je ne me trompe, la plupart des médecins qui, dans ces derniers temps, ont expérimenté ce médicament, l'ont prescrit soit en pilules, soit en potion, avec une quantité assez minime de véhicule. J'insiste sur ces diverses circonstances, car il est possible que ces divers modes d'administration aient été pour quelque chose dans les résultats un peu contradictoires auxquels les expérimentateurs sont arrivés, et qu'ils aient influé aussi sur la fréquence et l'intensité des accidents toxiques.

Ceci posé, recherchons maintenant si, dans le cas actuel, le sulfate de quinine a eu une action appréciable. Or, en examinant ce fait avec attention, on ne peut lui refuser d'avoir agi favorablement sur les symptômes articulaires. L'amélioration rapide de ces derniers, presque aussitôt après l'administration de ce médicament, et bientôt leur disparition complète en sont la preuve. Mais cette amélioration n'a été que momentanée et non permanente. L'on a vu qu'aussitôt le sulfate de quinine supprimé, les accidents reparaissent de nouveau, pour céder encore lorsqu'on recommençait à le prescrire. De telle sorte qu'ici, il paraît n'avoir eu d'autre action que de suspendre en quelque sorte la marche de la maladie, sans en détruire le principe. Si l'on en eut continué l'emploi plus souvent qu'on ne l'a fait, après la disparition des accidents articulaires, eût-on prévenu une récidive et obtenu une guérison définitive? C'est là ce que je ne puis décider.

Je note en passant le ralentissement du pouls, fait bien connu et déjà signalé par tous les observateurs. Quant aux phénomènes d'intoxication, ils ont été peu nombreux et peu intenses; ils ont consisté seulement en quelques bourdonnements dans les oreilles avec une légère dureté de l'ouïe, en un léger trouble de la vue; enfin en quelques nausées et vomissements. Le peu de gravité de ces accidents pourrait être attribué, soit à ce que la dose du sulfate de quinine était peu élevée, soit au mode d'administration, peut-être à l'une et à l'autre de ces circonstances.

Pour ce qui est du mode d'action du médicament sur l'estomac, par suite de l'absence de douleur à l'épigastre et surtout en raison de l'appétit vif que la malade a toujours conservé, alors même qu'elle éprouvait des nausées ou des vomissements, je ne saurais attribuer ces derniers symptômes à une irritation ou à une inflammation de la muqueuse gastrique.

Je termine ici ces courtes réflexions, n'ayant eu d'autre but que de faire ressortir les points les plus saillants de cette observation, sans vouloir à son propos rappeler ce qui a été fait et dit au sujet du sulfate de quinine appliqué au traitement du rhumatisme articulaire.

J. COSSY, interne des hôpitaux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodure de potassium contre la paralysie rhumathismale de la face; par M. le docteur BARTLEY.

M. Bartley rapporte qu'il a guéri deux fois la paralysie rhumatismale de la face par l'administration de l'iodure de potassium. Il fit prendre, trois fois par jour, 25 centigrammes de ce sel dans une demi-tasse d'eau distillée. Il fit en outre pratiquer, derrière l'oreille, des frictions avec une pommade d'iodure potassique.

Dans l'un des deux cas, la paralysie avait résisté pendant six semaines aux moyens conseillés par d'autres médecins, tels que saignées, sangsues, vésicatoires et autres antiphlogistiques. Le traitement par l'iodure de potassium amena la guérison complète dans l'espace de quatre semaines.

Le sujet du second cas était l'auteur lui-même.

(*The London medical Gazette.*)

Cas d'empoisonnement par l'huile empyreumatique de tabac; observation recueillie par M. le Dr DUESTERBERG, de Lippstadt.

Un petit garçon, âgé de quatre ans, avala environ une cuillerée à bouche du liquide empyreumatique qui avait été retiré de la pompe d'une pipe et que l'on avait mis de côté dans une tasse.

Immédiatement après l'ingestion de ce liquide, il survint des nausées, des anxiétés, des défaillances, des convulsions des extrémités inférieures, de l'insensibilité de la pupille.

On administra d'abord un vomitif, puis une forte décoction de gruau aiguisé de jus de citron; on donna des lavements mucilagineux; l'épigastre tuméfié fut recouvert de cataplasmes chauds.

Au bout de vingt-quatre heures, le jeune enfant était rétabli; toutefois il resta pâle et sans appétit pendant plusieurs jours encore.

(*Medicinische Zeitung.*)



PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 SEPTEMBRE 1843. (10e ANNÉE.) N°. 111. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Gastro-entérite. — Soupçon de fièvre typhoïde qui plus tard se caractérise parfaitement, chez une femme chlorotique.

Au n° 27 *bis* de la salle Saint-Antoine, est couchée la nommée Joséphine-Anne Hulin, âgée de vingt-un ans, domestique, née à Arcey (Côte-d'Or), entrée le 24 juillet 1843.

D'une assez bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, à Paris depuis quatre mois. Cette femme a été réglée à quatorze ans pour la première fois. Six mois environ après leur première apparition, elle ressentit une vive frayeur, à la suite de laquelle ses règles se supprimèrent brusquement. Depuis cette époque, les règles reviennent à intervalles irréguliers, durent fort peu; la malade affirme de la manière la plus positive n'être point sujette aux flueurs blanches. Depuis la même époque à peu près, elle est sujette à des battements de cœur, à des palpitations, des essoufflements, de l'oppression quand elle monte les escaliers ou marche un peu vite.

Il y a deux ans environ, elle fut prise, sans cause connue, d'attaques nerveuses, accompagnées quelquefois de convulsions peu intenses, sans perte complète de connaissance. La malade entendait parfaitement ce qu'on lui disait, mais ne pouvait répondre aux questions. Elle affirme n'avoir jamais perdu connaissance un seul instant pendant la durée de ces crises. En même temps, sensation comme d'une boule qui lui serait remontée de l'hypogastre vers la gorge et l'aurait suffoquée. Ces attaques ont duré onze mois, se renouvellent presque tous les jours, et durent chacune de cinq à dix minutes. Il y a un an environ que les dernières attaques ont eu lieu, sans cause connue également et sans que l'on eût rien fait pour les faire cesser. La malade a été réglée pour la dernière fois le 9 juillet, fort peu abondamment.

Depuis trois jours elle a éprouvé des frissons irréguliers, sans durée fixe, et ne revenant point à des intervalles égaux. Malaise général, sentiment de faiblesse et de courbature; pas de vomissements; quelques nausées; céphalalgie intense et continuelle; quelques étourdissements; pas d'épistaxis. La malade a été obligée de suspendre ses occupations et de se mettre au lit, qu'elle a gardé jusqu'à ce matin. Pour toute nourriture, un peu de bouillon et de lait chaque jour. Pas de traitement actif; elle prend du fer depuis un mois environ.

Voici l'état que présente la malade à la visite du soir, 24 juillet :

Pouls à 92; peau chaude, sudorale; visage animé, surtout aux pommettes; teinte jaune, légèrement prononcée de l'ovale inférieure du visage; pas de frissons dans le moment actuel; pas de palpitations non plus maintenant; la malade croit avoir remarqué que depuis quelque temps ses palpitations sont moins fortes et moins fréquentes. Les jambes qui devenaient très gonflées le soir, il y a quelques années, sont aussi moins sujettes à cet accident. Depuis quelques jours, un peu de toux et d'oppression; quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine; langue rouge, un peu villeuse, sans enduit saburrals Soif vive, inappétence; ni nausées, ni vomissement. Douleur. légères au creux de l'estomac. Ventre très douloureux, surtout à la pression, dans la fosse iliaque droite principalement. Constipation depuis huit jours; urines libres.

La tête lourde; insomnie. Pupilles dilatées; vue trouble. Quelques douleurs et sentiment de brisement dans les membres. Teintements et bourdonnements d'oreilles. Bruit de diable continu dans la carotide droite. Léger bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur. Résonnance et respiration normales.

Le 25, à peu près même état que la veille. Soif toujours vive; inappétence. Epigastre douloureux, ainsi que l'abdomen, qui est un peu balloné. Pas de selles depuis huit jours; urines faciles. Toux assez fréquente, sans expectoration notable. Persistance d'une douleur vague et mal circonscrite dans le côté gauche de la poitrine. Respiration à 20-24. Résonnance et respiration bonnes partout; pouls à 80. Quelques frissons hier soir; céphalalgie, insomnie, crampes dans les jambes. Bouteille d'eau de Sedlitz; limonade, deux pots. Bain. Diète.

Le 26 juillet, apparition sur la lèvre supérieure d'un herpès labialis. Ventre toujours très douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Une seule selle après le purgatif. Langue rouge à la pointe, un peu saburrale à la base. Visage animé. Un peu de sommeil cette nuit. Quelques rêvasseries et un peu d'agitation. Même prescription que la veille.

Le 27 juillet, même état que les jours précédents. Trois selles diarrhéïques. Persistance de la céphalalgie et des étourdissements. Bourdonnements et tintements d'oreilles. Limonade, 2 pots; cataplasmes sur le ventre; diète.

Le 28 juillet, pouls à 96. Encore un peu de mal de gorge. Ni nausées, ni vomissements. Soif vive; anorexie. Une ou deux selles diarrhéïques dans la journée d'hier. Langue d'un rouge vif à la pointe et sur les bords, saburrale au milieu. Pas d'épistaxis. Ventre un peu moins douloureux à la pression; gargouillement bien distinct dans le flanc droit. Pas de taches. Quelques sudamina sur les côtés du cou et sur les perois de l'abdomen, mais peu nombreux et peu volumineux. *Ut suprà.*

Le 29 juillet, hier soif. La langue était rouge encore à la pointe, couverte à sa base d'un enduit blanchâtre assez épais. Céphalalgie et douleurs dans les membres. Respiration normale. Un peu de sommeil agité cette nuit. Somnolence et rêvasseries depuis le matin. Deux selles diarrhéiques. Pouls à 96-100. Un peu de toux encore.

Le 2 août, langue saburrale. Mieux général. Pas de céphalalgie ni d'étourdissements. Le ventre est moins douleureux à la pression. Pas de gargouillement. Ni taches, ni sudamina. La malade ne sent plus, dit elle, aucune douleur, et demande à manger.

Le 3 août, encore un peu de diarrhée; deux ou trois selles liquides chaque jour. La langue commence à se dépouiller par endroits de la couche saburrale. Pouls à 92-96. Peau de chaleur normale. Ni nausées, ni vomissements. Appétit. Douleurs de ventre presque nulles. Pas de gargouillement dans les flancs, ni à droite, ni à gauche. Décoction blanche de Sydenham; un bouillon; soupe.

Le 10, amélioration sensible dans l'état général et local de la maladie. Encore un peu de diarrhée. Tous les symptômes inquiétants ont disparu. Langue à peu près nette. Appétit bien renvenu. Soif peu vive. Pas de toux. Résonnance et respiration normales. Deux bouillons; deux soupes.

Le 15, la malade va tout à fait bien. Appétit. Ni bourdonnements d'oreilles, ni étourdissements quand elle se lève. Seulement faiblesse dans les membres.

Palpitations assez fréquentes et intenses quand la malade fait quelques mouvements. Bruit de diable coninu dans la carotide droite. Un peu de souffle dans la carotide gauche. Bruit de souffle moelleux, prolongé remplaçant le claquement valvulaire du premier temps. Deux portiuns.

— Il est peu d'observations qui, envisagées sous toutes leurs faces et attentivement considérées ne puissent fournir, tant sous le rapport de l'ensemble que sous celui de leurs détails, matière à des réflexions souvent intéressantes. Le fait précédent, recueilli dans les salles de M. le professeur Rostan, nous a paru digne de fixer un moment l'attention, autant à cause des accidents et des symptômes observés chez la malade avant le developpement de la maladie actuelle que pour ceux que l'on a pu remarquer pendant le cours de l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

Habituellement bien portante, cette malade est entrée à l'hôpital dans un état de chlorose datant déjà de longues années, puisque d'après la description qu'elle fit des accidents qu'elle éprouvait, il y aurait sept ans environ qu'elle les ressentit pour la première fois. Ce point est important à noter en ce sens que, chez la plupart des jeunes filles qui, venues de la province à Paris, offrent un état de chlorose bien manifeste, cet état de chlorose n'existe guère que depuis le commencement de leur séjour dans la capitale, par suite de changement d'air, de genre de vie, de la privation d'exercice, enfin par la réunion de ces mille causes insaisissables que l'on ne peut apprécier que par leurs effets et par les résultats qu'elles déterminent. C'est à la snite d'une frayeur qu'éprouva la jeune fille pendant une de ses périodes menstruelles que les règles s'arrêtèrent, et la chlorose, au lieu d'être comme dans les cas ordinaires la cause de l'aménorrhée, en fut le résultat.

Il n'est pas nécessaire de revenir sur chacun des symptômes observés chez notre malade, pour prouver d'une manière certaine l'existence de la chlorose. Les palpitations, l'essoufflement, l'oppression, les étouffements, les bruits de diable dans les carotides, le bruit de souffle moelleux au cœur, sans râpement, sans rudesse, suffisent bien évidemment pour caractériser cet état pathologique si commun chez les femmes. Puis, l'aménorrhée, qui de cause devieut effet, et fut entretenue par l'état chlorotique lui-même. Il n'y eut pas de leucorrhée. Mais quoi que ce soit un des phénomènes les plus communs de la maladie dont nous parlons en ce moment, il n'est pas sans exemple de rencontrer des femmes chlorotiques chez lesquelles on n'observe aucun écoulement leucorrhéique.

L'état chlorotique dans laquelle se trouvait la malade au moment de son entrée, loin de se dissiper pendant son séjour à l'hôpital, s'aggrava encore, et était plus inteuse quand la maladie aiguë fut guérie, quoique l'on n'eût pratiqué aucune émission sanguine. C'est que, lorsque les maladies se prolon-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les Maisons de fous, sujet de deux drames. — Charles Fourier, sa vie et sa théorie. — Isolement du corps médical. — Ravages produits par la concurrence illimitée. — Remède au mal. — Escarmouches pour la chaire de physique. — Naïveté d'un candidat. — Les Hôpitaux et et la Poésie.

Je voulais, pour cette fois seulement, et à cause des vacances, vous donner un feuilleton dramatique. J'ai reçu, en effet, deux pièces de théâtre dont le titre seul m'avait mis en verve : *Le Pourvoyeur d'une maison d'aliénés*, drame en quatre actes et en prose, par un philanthrope, et *Les Malentendus tragiques*, ou *Les Maisons de fous*, drame philosophique en quatre parties, par l'auteur du *Pourvoyeur;* mais, après avoir lu, je n'en ai plus le courage. L'auteur a eu pour but de démontrer dramatiquement cette opinion, savoir : qu'il y a beaucoup moins de fous sur la terre qu'on ne le croit; que le plus grand nombre de prétendus insensés qu'on enferme dans les maisons spéciales, sont gens fort raisonnables que l'on torture, à qui on inflige des punitions corporelles, que l'on saigne à blanc, que l'on tue enfin, soit dans un intérêt de succession, suit dans un intérêt politique. Sur cette belle idée, il a bâti huit grands actes où ne figurent pas moins d'une soixantaine de personnages. L'action et le style sont à la hautcur de l'idée, et, tout bien examiné, c'est la proposition contraire à celle qu'il avait en vue, que l'auteur a prouvée. De sorte que je suis volé, c'est clair; je croyais là trouver une bonne pâture à causeries, et je n'y vois qu'une infirmité dont il serait malséant de rire. Passons donc à autre chose.

Cette autre chose est aussi fort peu risible. C'est un livre qui m'est adressé avec une lettre très flatteuse de l'auteur, où l'on prie le rédacteur en chef de ce journal de m'engager à en dire quelques mots dans mon feuilleton. Vous allez voir mon embarras par le titre seul de cet ouvrage : *Charles Fourier, sa vie et sa théorie;* par Ch. Pellarin, docteur en médecine. Je suis honteux d'avoir à dire que je n'ai pas suffisamment étudié la théorie de Fourier, pour adopter ou pour rejeter avec suffisance de cause l'opinion émise par M. Pellarin dans sa lettre, savoir que « si l'on veut véritablement un jour appliquer » d'une manière large les données de la science médicale et placer la » population dans des conditions hygiéniques, on sera bien obligé » d'emprunter aux *utopies* partie au moins de leurs vues et de leurs » plans. Dans cet ordre de spéculations, il n'y a rien de comparable à » ce que Fourier peut offrir aux méditations du philantrope et du mé» decin. » Je regrette beaucoup de ne pouvoir qu'énoncer cette proposition, sans en prouver la vérité de mon chef. Il est probable même que ce n'est pas seulement par les applications de la science que la théorie de Fourier se recommanderait à l'attention des médecins. Tout ce qui touche aux intérêts et à la dignité de notre profession doit avoir été prévu dans la nouvelle organisation sociale inventée par Fourier, et, comme moyen de propagation et de prosélytisme, ce ne serait peut-être pas une mauvaise idée, au lieu de présenter à des esprits prévenus l'ensemble du système qu'une longue étude seule peut faire comprendre et apprécier, de s'adresser à chaque profession en particulier, et de lui dire : Voici ce que vous êtes aujourd'hui; voici vos douleurs; voici vos souffrances; voici les conséquences de votre organisation vicieuse; voilà les changements qui s'opéreraient dans votre corporation par l'application de la théorie de Fourier.

Puisque M. Pellarin est médecin, il doit connaître toutes les misères matérielles et morales de notre profession. Certes, si après en avoir déroulé le tableau, si après avoir traversé ces épaisses ténèbres, il nous montrait dans le lointain l'étoile lumineuse qui pourrait nous conduire dans des régions plus fortunées, je crois que la théorie de Fourier aurait bientôt fait la conquête du monde médical. Il y a là de quoi tenter une ambition généreuse. Y a-t-il, en effet, une profession où le principe fécond de l'association ait fait moins de progrès que dans la nôtre qui se compose en France de plus de vingt mille individus, qui vivent et se meuvent dans un égoïste isolément, sans lien de confraternité, sans dévouement sympathique, sans affectueuse abnégation? Y en a-t-il un autre où le détestable principe de la *concurrence illimitée* ait fait plus de profonds ravages? Rappelez vos souvenirs historiques, remontez la série des âges; dites ce qu'était le médecin en Egypte, en Grèce, à Rome, ce qu'il était même en France, malgré Molière, sous Louis XIV. Je parle du médecin comme homme social, comme importance dans le monde, comme dignité de rôle et de caractère. Qu'est-elle aujourd'hui cette belle profession? qui a pollué sa robe? qui lui a infligé les ignobles stigmates dont elle porte les traces? qui étouffe ses généreux instincts qui ont survécu à toutes ses souillures? qui refoule ses glorieux souvenirs et ses nobles traditions? qui la rend semblable à ces marbres antiques en proie aux outrages, aux mutilations de tous les barbares, mais qui conservent encore leurs énergiques contours, leurs purs linéaments? La concurrence et sa dévorante activité qui engendre la jalousie, la haine, qui donne une soif insatiable de richesses, qui fait germer des ambitions prématurées et exorbitantes; qui jette tous ceux qu'un sens moral très élevé ne retient pas, dans les voies flétrissantes du charlatanisme, nous fait voir un ennemi dans un confrère, et nous retient tous dans le plus stérile et le plus égoïste isolement.

Aussi, voyez les médecins dans leurs rapports entre eux; entendez-les parler les uns des autres. Quelles abominations, grand Dieu! quelles flétrissures, quels vices, quels scandales! Si la plus faible partie de ce qui se colporte était vrai, nous serions l'association la plus impure et la plus immorale qu'on pût imaginer. Et le plus triste de la chose, c'est que cet esprit de dénigrement est si général et semble si bien infiltré dans nos habitudes sociales, que je vois les gens les plus honnêtes, les plus bienveillants et les plus inoffensifs, accueillir et propager avec une facilité déplorable la calomnie la plus audacieuse. Mais recherchez la source, demandez la preuve, comme j'ai toujours le courage de le faire, comme dans ce moment j'ai le courage de le dire, vous serez tout confondu de la trouver, cette source, dans un vil intérêt de confraternité, et cette preuve de la voir complétement absente. Oui, mille fois oui, et ceci résulte pour moi d'une longue et consciencieuse enquête, nous valons mieux que nous ne le disons. Nos instincts sont bons

gent, ce n'est pas tant dans les émissions sanguines que dans la maladie elle-même que l'on doit rechercher les causes de débilitation et d'affaiblissement des sujets.

La malade, avons-nous dit, fut prise il y a deux ans environ, d'attaques nerveuses accompagnées de mouvements convulsifs, sans perte complète de connaissance. Elle entendait clairement tout ce que l'on disait autour d'elle, mais ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait. De plus, elle accusait cette sensation d'une boule qui remonte de l'épigastre à la gorge; sensation qui est commune à la plupart des femmes hystériques. C'était donc une hystérie véritable à laquelle on avait affaire, et la cause de cette affection, qui est le plus ordinairement une affection morale vive, ne fut pas chez celle-ci la frayeur qu'elle avait éprouvée cinq ans auparavant. Elle survint sans cause appréciable, sans cause occasionnelle, voulons-nous dire; car une des causes prédisposantes les plus puissantes, c'est sans contredit l'état chlorotique dans lequel elle se trouvait depuis long-temps déjà.

Les attaques nerveuses auxquelles fut sujette la jeune fille se renouvelaient très fréquemment, puisque à son rapport, il était rare qu'elle fût un seul jour sans en éprouver au moins une. Elle ne suivit aucun traitement pour combattre cette affection qui s'éteignit toute seule, et finit par disparaître. Nous n'avons rien à dire de la fréquence des attaques. C'est là une chose tellement variable, que l'on ne saurait presque rencontrer deux cas dans lesquels l'affection se comportât d'une manière à peu près identique.

Une fois présentées ainsi les quelques réflexions sur l'état antérieur de la malade, examinons les symptômes qu'elle nous présenta au moment de son entrée. Des frissons revenant sans intervalles fixes, un malaise général, un sentiment de courbature; des nausées, sans vomissements, il est vrai; une céphalalgie intense, quelques étourdissements; une rougeur vive de la langue, avec développement de ses papilles, sans enduit saburral; une soif vive, de l'anorexie, des douleurs légères au creux de l'estomac: cet ensemble de symptômes, tant locaux que généraux, indiquaient évidemment l'existence d'une phlegmasie gastro-intestinale. M. Rostan fut porté à penser, pendant les premiers jours, que le siége principal de la phlegmasie était peut-être plutôt dans l'estomac lui-même que dans l'intestin.

Mais deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, les phénomènes du côté de l'intestin devinrent plus intenses. La douleur dans les deux flancs, particulièrement dans la région iléo-cœcale, avec un gargouillement bien manifeste déterminé par la moindre pression, une constipation datant de huit jours, puis l'augmentation des symptômes observés du côté de l'intelligence et du système nerveux, ne laissèrent aucun doute sur la production imminente d'une affection typhoïde dont en effet tous les phénomènes se montrèrent bientôt d'une manière assez alarmante. Ce qui aggravait encore la position de la malade, c'était cet état chloro-anémique dont nous avons parlé, et qui, outre qu'il diminuait la force de résistance que la malade pouvait opposer à l'affection, empêchait également de mettre en usage le traitement qu'il eût peut-être été convenable d'employer pour enrayer la marche de la phlegmasie.

Dans ces circonstances, à quelle méthode de traitement devait-on avoir recours? Quelle était la thérapeutique à mettre en usage, eu égard et aux conditions individuelles du sujet, et aux circonstances particulières du cas.

Etait-ce aux antiphlogistiques que l'on devait s'adresser? Sans faire des antiphlogistiques, en pareille circonstance, une méthode exclusive et inexorable, on doit forcément convenir qu'il est des cas, et ils sont nombreux, où les antiphlogistiques sont utiles dans les affections gastro-intestinales, que l'on a, dans ces derniers temps, réunies dans une même classe sous le nom, peut-être un peu vague, de fièvre typhoïde. Mais il semble à M. Rostan que ce n'était point ici le cas de les employer. Autant ils conviennent lorsqu'il y a réaction inflammatoire violente, lorsque le pouls est fort, développé, fréquent, la peau chaude, le visage animé, lorsqu'enfin existent tous les symptômes d'un état fébrile violent, lorsque du côté de l'abdomen existent des phénomènes locaux bien manifestes, douleur intense, gargouillement dans les flancs, etc., autant ils sont contre-indiqués lorsque, dans des cas analogues à celui-ci, le pouls est faible, peu fréquent; il n'a point dépassé 92-96 pulsations par minute, état fébrile proportionnellement peu considérable. Si les symptômes locaux étaient assez marqués pour justifier l'emploi des émissions sanguines locales; soit par les ventouses, soit par les sangsues; l'état anémique dans lequel se trouvait la jeune malade, et les accidents nerveux auxquels elle avait été exposée peu auparavant, suffisaient pour les faire rejeter complétement dans le cas actuel.

Nous mettrons de suite hors de cause les toniques, que l'on ne met en usage que dans les circonstances où, la maladie étant déjà parvenue à une période assez avancée, on doit combattre les phénomènes adynamiques, résultat de l'épuisement du sujet et de l'altération septique du fluide sanguin.

Restaient donc les purgatifs ou la médecine expectante. Dans un cas où, comme celui-ci, il y avait une constipation opiniâtre depuis plus de huit jours, l'indication la plus formelle à remplir était sans contredit de procurer une évacuation des matières fécales, et de ne point laisser séjourner dans un intestin malade, sur la surface d'une membrane muqueuse enflammée et prête à s'ulcérer, des matières excrémentielles d'une fétidité extrême, et d'autant plus altérées que leur séjour avait été plus long dans le tube digestif. C'est en effet la méthode que crut devoir employer M. Rostan, et deux bouteilles d'eau de Sedlitz eurent promptement fait justice de cette constipation. Malgré les heureux résultats que l'on en retira, on fut obligé, dès le troisième jour, de suspendre l'emploi des purgatifs; une diarrhée assez abondante s'était manifestée, qui ne cessa qu'au bout de huit ou dix jours de la diète la plus sévère et de l'usage des boissons adoucissantes, et des cataplasmes sur l'abdomen.

On n'observe pendant le cours de la maladie aucune tache, aucune papule, comme il est assez fréquent d'en rencontrer pendant les affections typhoïdes. Il nous faut faire observer, il est vrai, que la maladie ne dura que peu de temps, et que ce n'est guère que pendant les dernières périodes que l'on observe ces phénomènes. Puis, la maladie débuta peu franchement, et ce n'est aussi que dans les fièvres typhoïdes bien franchement caractérisées dès le début que l'on trouve les taches lenticulaires ou les papules. On observa seulement des sudamina, mais peu nombreux, sur les parties latérales du cou et sur l'abdomen. Leur présence s'explique on ne peut plus facilement, du reste, par les sueurs assez abondantes auxquelles fut sujette la malade pendant les premiers jours de son entrée à l'hôpital.

Un mot encore avant de terminer sur la toux qui, pendant quelques jours, compliqua l'affection principale et put inspirer quelques craintes. On sait qu'une des affections les plus redoutables pendant le cours d'une fièvre typhoïde est la bronchite, que quelques auteurs ont nommée, avec assez de justesse, bronchite typhoïde, car elle présente certains caractères qui lui sont propres; et la pneumonie typhoïde, affection d'autant plus redoutable que l'altération du sang facilite les congestions inflammatoires dans l'appareil de la respiration, et que l'affaiblissement du sujet ne permet pas de recourir aux médications énergiques nécessaires.

La complication d'une bronchite ou d'une pneumonie de cette espèce, constituent pour M. Rostan la forme de la fièvre typhoïde à laquelle il a donné le nom de fièvre thoracique, afin de désigner sur le champ l'appareil le plus sérieusement compromis et dont la phlegmasie inspirait le plus de craintes. Mais dans le fait dont nous avons donné les détails, la toux ne dépendait pas, comme on s'en aperçut bientôt, d'une phlegmasie de l'appareil respiratoire. C'était une toux nerveuse, dépendant probablement de l'état général de la malade; car ni l'auscultation, ni la percussion, ne purent faire découvrir le moindre symptôme local on pût en rapporter la production. De plus, il n'y eut point d'expectoration. Cette toux cessa au bout de quelques jours, sans que l'on eût fait suivre à la jeune fille aucun traitement actif dirigé contre ce symptôme.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Pneumonie double, forme bilieuse; œdème probable du poumon gauche. Guérison.

Joseph Drilloux, âgé de cinquante ans, coutelier; taille moyenne; système musculaire bien développé; cheveux noirs, peau brune.

Cet homme affirme n'avoir jamais été malade; il ne tousse pas habituellement, et n'est point sujet à s'enrhumer. Accoutumé à une vie sobre et régulière, il n'a commis aucun excès, ni de boissons, ni de fatigue, auquel on puisse rapporter la maladie qui l'amène à l'hôpital; il n'y a pas eu de refroidissement.

Depuis trois ou quatre jours il éprouvait un peu de faiblesse, un peu de malaise général; l'appétit diminuait graduellement; et, le 2 février 1843, après avoir passé la nuit comme de coutume, il se sentit à son réveil pris d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine.

Néanmoins il se lève; mais la faiblesse et le malaise ont augmenté; la toux se déclare; puis vient un frisson: toutes circonstances qui l'obligent à reprendre le lit immédiatement. Peu après il tente de nouveau de mettre pied à terre; vains efforts! il est contraint de garder le repos. Une transpiration abondante ne tarde pas à remplacer le frisson; la toux devient de plus en plus fréquente; et, le 3, il s'aperçoit que quelques crachats sont souillés de sang. Ce jour là il se lève encore, reprend ses travaux accoutumés; mais forcé par la nécessité, il les abandonne bientôt pour s'aliter définitivement. Le point de côté se dissipe dans la journée.

Le 5, un effort de toux provoque au-dessous du mamelon gauche une douleur aiguë, qui persiste ensuite. Enfin, le malade entre à l'hôpital Beaujon, où il est admis au n° 4, et le 6, on note l'état suivant:

Décubitus dorsal; face un peu colorée en rose; physionomie très naturelle; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre; soif modérée; anorexie. Pas de nausées, pas de vomissements. Abdomen à l'état normal; selles régulières; pas de développement du foie.

Thorax. En avant, percussion sonore, égale des deux côtés; expansion vésiculaire très pure, seulement un peu de râle ronflant dans les trois-quarts inférieurs, tant à droite qu'à gauche. Bruits du cœur à l'état normal.

En arrière, des deux côtés, matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Dans toute cette étendue, à droite, dans les deux cinquièmes inférieurs à gauche, râle crépitant très abondant; la respiration vésiculaire s'entend, quoique un peu moins développée qu'à l'état normal. A gauche, au niveau de l'angle inférieur du scapulum, dans une hauteur de 10 à 12 centimètres, tant au côté que dans la gouttière vertébrale, respiration bronchique d'intensité modérée; bronchophonie dans toute cette étendue, et même encore un peu au-delà de ses limites.

Dans les deux fosses sus-épineuses, son normal, respiration supplémentaire; pas de râle.

Douleur modérée au-dessous du mamelon gauche, augmentant lors des quintes de toux. Celle-ci est assez fréquente; la moitié d'un crachoir est remplie d'une expectoration visqueuse, aérée en partie d'un jaune de safran. Respiration un peu gênée; 28 inspirations égales et régulières. Le thorax n'est point dilaté; le décubitus sur le côté gauche cause de l'oppression et augmente la douleur; il est préféré à droite ou sur le dos. Pouls à 104, médiocrement développé, régulier; peau de chaleur modérée. Pectorale, trois pots; julep béchique; saignée; quatre ventouses scarifiées sur le côté gauche du thorax. Diète.

Le 7, saignée de 420 grammes; caillot très large, consistant, recouvert d'une couenne d'un à deux millimètres d'épaisseur; quelques cuillerées de sérum seulement; 50 à 60 grammes de sang tiré par les ventouses; rondelles non couenneuses.

Même facies; sclérotiques colorées en jaune.

Thorax. En arrière, à gauche, la respiration bronchique s'est étendue jusque dans la fosse sus-épineuse, d'une part, et de l'autre, jusqu'à quatre ou cinq centimètres de la base. Bronchophonie dans la même hauteur; râle crépitant dans la moitié inférieure.

A droite, respiration bronchique depuis l'épine du scapulum jusqu'à quatre ou cinq centimètres de la base, dans la gouttière vertébrale comme en côté, mais moins prononcée qu'à gauche. Pas de bronchophonie. Râle crépitant dans la moitié inférieure. Tout à fait à la base, à droite et à gauche, la respiration est vésiculaire, et même un peu exagérée.

Beaucoup moins de gêne dans la respiration; 36 inspirations. La douleur n'existe plus que dans les efforts de toux. Expectoration très spumeuse, en partie blanchâtre, en partie jaune sucre d'orge clair. Même état du pouls. Pector., 3 pots; jul. béch.; saignée; diète.

Le 8, face d'une teinte légèrement jaunâtre, œil vif, regard animé; agitation, mouvements brusques; loquacité, parole brève, tendance à la fureur. Les réponses sont justes; mais la veille au soir, un peu de délire est survenu et a continué toute la nuit. Le malade a refusé de prendre une portion stibiée qui lui a été présentée à diverses reprises.

La respiration bronchique a envahi la base du côté gauche; plus de râle crépitant. A droite, dans la moitié inférieure, expansion vésiculaire très faible dans l'inspiration, presque nulle dans l'expiration; souffle tubaire médiocrement intense depuis la partie moyenne jusqu'à l'épine de l'omoplate; ni bronchophonie, ni râle crépitant. Dans les deux fosses sus-épineuses, expansion vésiculaire à peu près normale.

Toux médiocrement fréquente. Même expectoration, si ce n'est que quelques crachats sont légèrement rouillés. Douleur de côté nulle. Pouls à 108, large; chaleur modérée. Emétique, 25 centigrammes dans 150 grammes de julep gommeux.

---

et généreux, nos tendances sont morales; c'est à notre organisation vicieuse, au rôle que la société imprévoyante nous impose, que nous devons nos désordres et nos vices. Tout est là, croyez-le, et non pas dans l'appareil procédurier des lois que certaines personnes bien intentionnées, sans doute, mais à courte vue, invoquent sans cesse. Montesquieu l'a dit avec sa profondeur ordinaire: « Il ne faut pas faire par les lois ce que l'on peut faire par les mœurs. » Or, ce qui nous manque ce sont les mœurs, mœurs médicales, bien entendu, c'est-à-dire esprit de confraternité dans toute l'acception charitable du mot. Cet esprit nous ne pouvons l'avoir dans l'état actuel des choses parce qu'il est obligé de s'étendre trop loin, et qu'en s'étendant il s'affaiblit et se perd. Concentrez-en les rayons sur un foyer plus restreint, et tous en sentiront la vivifiante et féconde impression.

Voilà que certainement j'ai subi, à mon insu, l'influence du livre de M. Pellarin. Cependant, je dois le dire, je n'ai pu encore en lire que la première partie, contenant seulement la vie de Fourier. Je l'ai lue avec le plus vif plaisir; c'est une étude psychologique du plus haut intérêt que cette vie de cet homme si profondément tenace et opiniâtre dans ses conceptions. Fourier n'était pas tout à fait étranger à notre science; il avait étudié l'anatomie, ce qui ne l'a pas empêché de se montrer jusqu'à la fin fort irrévérencieux envers la médecine. Il refusa obstinément tous les secours de l'art, et il mourut seul. Nous devons voir avec plaisir que les disciples de ce socialiste ne partagent pas contre la médecine les antipathies du maître.

Le combat pour la chaire de physique à la Faculté de médecine de Paris va bientôt commencer. On a même entendu déjà quelques bruits d'escarmouche. C'est l'Académie des sciences qui a été choisie comme terrain de ces engagements préliminaires. Deux concurrents y ont déjà paru armés chacun d'un gros mémoire dont ils ont lu quelques extraits. Ceci est de bonne guerre, et ces procédés sont préférables à ceux des candidats à manœuvres souterraines qui font jouer la sape perfide de l'intrigue et du favoritisme. Je préviens le lecteur que j'ai l'œil ouvert sur ce concours. Il est temps enfin qu'un peu de vérité se rencontre dans ces luttes si honorables quand les armes sont courtoises, la plus indigne des jongleries quand elles ne le sont pas.

On raconte à ce sujet un trait d'une naïveté presque phénoménale, mais fort vraisemblable par le temps qui court. Un physicien venu d'Amiens, non pas pour être suisse, mais pour concourir, s'est présentés chez plusieurs juges présumés de ce concours en leur disant: « Je » me présenterai au concours à condition qu'il n'y a pas de parti pris » sur la nomination. Je viens vous demander si vous avez un parti » pris » On conçoit qu'il n'est pas un juge qui ose avouer une telle chose; aussi le physicien Picard, d'autres disent Normand, il est peut-être Gascon, s'est retiré plein d'espérance. Il a trouvé partout des vertus granitiques et les plus fermes volontés de s'en rapporter aux épreuves du concours. Ainsi soit-il!

J'ai reçu une pièce de vers intitulée *Les Hôpitaux*, par M. N. E....., élève interne. Je ne puis que louer les excellentes intentions de ce jeune poëte, dont la muse trouvera, sans aucun doute, des sujets qui l'inspireront mieux. Evidemment celui qu'il a choisi était trop ingrat pour sa verve novice; il a été vaincu par la difficulté; d'autres, plus exercés auraient eu le même sort. Je citerai le début de cette pièce qui ne manque pas de mouvement:

> Que nous veut ce nouvel *apprenti* de satire?
> Son vers sur le public a-t-il assez d'empire?
> Connaît-il assez bien, dans son aveugle ardeur,
> Les maux dont-il nous vient retracer la *pâleur*?
> S'est-il mêlé souvent à toutes ces misères
> Qu'étalent dans leur sein nos maisons populaires,
> Asiles au malheur ouverts par la cité?
> Pour peindre tout aux yeux, a-t-il tout visité?
> Tout!... Oh! non, messeigneurs; il est certaines choses
> Qu'avec grande raison, et pour certaines causes,
> Votre auguste conseil dérobe à nos regards.....

Jean RAIMOND.

Le 9, face plaquée de rouge, couverte de sueur; délire furieux, agité : la camisole a été appliquée.

Quelques évacuations alvines liquides jaunes-verdâtres ont eu lieu dans l'après-midi. La potion stibiée ayant été renversée en partie par le malade qui la refusait, le soir on a prescrit 40 centigrammes d'émétique dans un demi pot de tisane pectorale, que l'on n'a pu administrer en totalité.

La respiration bronchique et la bronchophonie sont moins prononcées à gauche, et ont presque disparu à droite où quelques bulles de râle crépitant se font entendre çà et là.

Expectoration moins abondante, visqueuse, jaune-verdâtre; quelques crachats rouillés. Toux modérée. 24 inspirations; 96 pulsations, pouls large et fort; peau chaude et sudorale.

Quelques gouttes d'acide nitrique versées dans l'urine y démontrent la présence de la bile, en mettant à nu la matière colorante verte. Même prescription.

Le 10, face moins rouge; sclérotiques un peu moins jaunes; regard toujours animé; toujours beaucoup de loquacité; mais délire plus tranquille. Langue croûteuse, brunâtre, un peu sèche. La potion a été prise. Pas de nausées, pas de vomissements. Ventre indolent; plusieurs garderobes liquides.

Respiration bronchique notablement diminuée d'intensité à gauche; dans la fosse sous-épineuse même la respiration devient vésiculaire, et se mêle de quelques bulles de râle crépitant à la fin des inspirations. Bronchophonie depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, très prononcée au niveau de l'angle inférieure de l'omoplate et dans la gouttière vertébrale. Dans la fosse sus-épineuse, expansion vésiculaire normale.

Expectoration très peu abondante; la teinte rouillée se borne à quelques stries. Toux rare. 22 inspirations. Pouls à 104, moins large; chaleur modérée. Même prescription.

A partir de ce jour, l'amélioration marche graduellement.

Le 13, on donne un bouillon; le 17, deux potages; le 25, une portion.

Reflexions. — La pneumonie, chez ce sujet, offrait évidemment tous les traits de la forme bilieuse : teinte ictérique de la peau et des sclérotiques, coloration jaune de la langue et de l'expectoration, et, mieux encore, présence dans l'urine de la matière colorante verte de la bile; tels en étaient les caractères types. Cette forme n'est pas toujours aussi nettement caractérisée; souvent on n'en trouve d'autre signe qu'une légère coloration jaune des sclérotiques. Dans certains cas de pneumonie simple qui s'accompagnent de vomissements, la langue est jaunâtre, et, faute d'attention, on croit y voir un signe de pneumonie bilieuse; aussi l'erreur a-t-elle été commise plus d'une fois. Mais il peut arriver que cette coloration de la langue appartienne véritablement à cette forme de la pneumonie, et qu'elle seule, au premier abord, en révèle l'existence à l'extérieur. Si, dans ces circonstances, on traite l'urine par l'acide nitrique, on y trouve encore la matière colorante verte de la bile, ce qui vient décider le diagnostic.

Il nous paraît évident que, dans le cas qui nous occupe, la pneumonie n'a pas suivi sa marche ordinaire. Ainsi, habituellement, elle procède de la base vers le sommet; cependant ici nous avons constaté de prime-abord, dans le premier point, le râle crépitant, et par conséquent le premier degré de l'inflammation, tandis qu'alors la respiration bronchique, ou le deuxième degré, existait à la partie moyenne, et ce n'est que consécutivement que celui-ci s'est étendu des parties supérieures vers la base.

Que l'inflammation des plèvres ait existé conjointement avec celle du parenchyme pulmonaire, la chose est probable; toujours est-il que l'épanchement fut peu abondant et bientôt résorbé, double effet auquel devait concourir le volume des deux poumons devenu promptement considérable.

Nous avons vu la respiration bronchique et la bronchophonie se prolonger très-long-temps de la partie moyenne du côté gauche, alors que l'état général du sujet semblait annoncer la convalescence. Comment expliquer ce fait? Si nous considérons qu'en même temps il n'a pas cessé d'exister du râle sous-crépitant, nous serons porté à attribuer ces phénomènes à un engorgement chronique du parenchyme pulmonaire, et mieux encore à un œdème du poumon. Nous ne pensons pas qu'on puisse supposer un épanchement pleurétique et une bronchite chronique; car alors, ou le râle sous-crépitant eût manqué, ou il se fût fait entendre profondément, tandis qu'il était superficiel et très-fort; d'un autre côté, on ne se rendrait plus compte de l'existence de la respiration vésiculaire à la base; à moins de supposer que l'épanchement ne fût circonscrit par des adhérences : ce qui n'avait pas lieu, puisqu'à tout moment l'on notait des variations dans l'étendue des phénomènes stéthoscopiques, variations très difficiles elles-mêmes à expliquer, il est vrai, dans la première hypothèse, mais très-possibles dans la deuxième, ce qui nous conduit à admettre de préférence l'œdème du poumon.

Cette double pneumonie était grave par l'étendue même de l'inflammation. Un traitement antiphlogistique énergique étant indiqué, de larges émissions sanguines furent employées dès le principe, puis le tartre stibié fut administré, parce que l'on crut avoir satisfait à la première indication. La résolution se fit promptement du côté droit; mais elle fut plus lente à gauche, où d'ailleurs, comme nous l'avons dit, les phénomènes pathologiques furent bientôt modifiés.

Nous ne parlons pas du délire : il eût pu d'abord rendre le pronostic plus fâcheux; mais sa prompte disparition nous montra qu'il n'était que sympathique.

F.-B. DE MONTESSUS.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Phlegmon sous-maxillaire avec altération ancienne de l'os maxillaire inférieur. Caries latentes du fond des alvéoles et de la racine des dents, sans altération de leur couronne.

Au n° 15 de la salle Saint-Jean est couché le nommé Domain (Pierre), âgé de trente-deux ans, garçon de salle, entré pour un engorgement phlegmoneux sous-maxillaire gauche assez volumineux. On trouve autour de cet engorgement d'anciennes cicatrices plissées et grimaçantes résultant d'un abcès qu'il a eu il y a trois ans; à la même région, et qui vint à la suite de l'avulsion de la première grosse molaire inférieure du côté gauche.

Le 25 août, lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, la région sous-maxillaire gauche est tendue et rouge. Le pouls donne 90 pulsations par minute. Il y a de la céphalalgie. L'écartement des mâchoires, presque impossible, ne permet ni de constater l'état de la langue, ni d'explorer avec le doigt l'intérieur de la cavité buccale et la face interne de l'os maxillaire. On applique vingt sangsues sur l'endroit le plus rouge et le plus douloureux; cataplasmes; deux bouillons.

Le 26, on fait une incision. Le pus, qui sort en abondance, est mal lié et exhale une odeur fétide. Immédiatement après cette incision, le malade est tout surpris de pouvoir ouvrir librement la bouche; et alors que l'on pouvait à peine, avant l'incision, introduire entre les deux rangées dentaires une spatule glissée à plat, on porte les doigts, et l'on peut explorer par la vue et le toucher toute la cavité buccale. On place une mèche cératée entre les bords de la plaie; cataplasmes émollients; deux potages.

Du 27 au 30, la suppuration tend toujours à diminuer. Le malade imprime à la mâchoire inférieure des mouvements faciles d'élévation et d'abaissement; le pouls est descendu à 67 pulsations; la langue est belle.

Le 29, le malade demande à manger : on lui accorde une portion. On continue la mèche et les cataplasmes.

Le 30, en introduisant une sonde fine par l'ouverture de l'abcès, on pénètre à plus de sept centimètres en remontant dans la direction de l'os maxillaire inférieur; mais, dans cette première exploration, la sonde ne porte sur aucune partie osseuse.

Le 3 septembre, on sonde la plaie, et pendant qu'on parcourait le trajet fistuleux avec le stylet, le malade nous a dit ressentir, en désignant la racine des dents molaires, le choc de l'instrument dans ce point. On constate que l'os maxillaire est carié au lieu qu'occupait la dent enlevée. L'avulsion de cette dent ayant été le point de départ de cette carie, ce n'est qu'après trois ans qu'a lieu la récidive de l'abcès.

A la visite du 30, on a vu qu'après une première exploration avec le stylet, cet instrument n'avait point porté sur des parties osseuses. Le 3, c'est-à-dire quatre jours après, nous constatons l'existence de la carie. Ceci ne doit point étonner; car ce n'est souvent qu'après plusieurs explorations que l'on arrive à constater l'état réel des parties.

Le 4, l'abcès s'est complètement vidé; ses bords sont affaissés, et la plaie, qui donnerait à peine entrée à un tuyau de plume d'oie, ne laisse plus suinter que quelques gouttes d'un pus séreux et demi transparent.

Le malade, qui ne souffre plus, veut sortir de l'hôpital; on le lui permet, non sans faire remarquer que cet homme n'est point guéri, et que la lésion qu'il présente à l'os maxillaire inférieur donnera lieu, soit à une fistule permanente, soit à une nouvelle collection de pus de la même nature que celle qui a été vidée récemment.

Lorsqu'à la suite de l'avulsion d'une dent on voit survenir, par l'effet d'une petite fracture ou d'une violence exercée sur l'os maxillaire, un phlegmon dans la région sous-maxillaire, il peut arriver, ou que ce phlegmon une fois ouvert, et la suppuration terminée, tout soit fini, ou bien qu'il y ait passage à l'état chronique. Voici en quoi consiste ce dernier; le malade, après une suppuration prolongée, conserve un engorgement qui gêne plus ou moins les mouvements d'élévation et d'abaissement de l'os maxillaire inférieur. En outre, il reste en permanence un foyer de suppuration qui, si l'on peut parler ainsi, ne demande qu'à se développer sous l'influence de causes diverses. Le malade reçoit-il un coup, éprouve-t-il une violence dans la région malade, est-il soumis à une brusque alternative de chaud et de froid, l'inflammation, qui est en quelque sorte latente, se réveille avec le caractère aigu, et un nouveau phlegmon se déclare. Lorsque ce phlegmon s'ouvre de lui-même ou est ouvert par l'art, il suit une marche analogue à ceux qui l'ont précédé, et la guérison reste long-temps ou toujours incertaine.

M. Chassaignac a rappelé l'observation de plusieurs sujets chez lesquels il avait ouvert ainsi à plusieurs reprises et à des époques éloignées, ces sortes de phlegmons par recrudescence.

Relativement au genre de lésion découvert avec le stylet sur le malade qui a fait le sujet de notre observation, nous noterons une disposition importante que M. Chassaignac a eu occasion de constater plusieurs fois sur le cadavre, notamment sur des têtes d'enfant de six à douze ans qui présentaient l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Voici en quoi consiste cette disposition :

La dent, examinée dans sa couronne, ne présente aucune trace de carie ou d'altération quelconque; mais en dénudant complètement l'os maxillaire, on trouve que la substance de celui-ci, au niveau du point correspondant à l'extrémité terminale de l'alvéole, est creusée d'un certain nombre de trous de manière à représenter une sorte de lame criblée. Si l'on détruit cette lame osseuse, en partie cariée, en partie nécrosée, on arrive au fond de l'alvéole, où l'on trouve une altération de la racine dentaire et une suppuration plus ou moins ancienne. Cette espèce de carie intra-alvéolaire de la dent échappe, nous en sommes convaincu, dans bon nombre de cas, à l'attention de l'observateur pendant la vie du malade, à cause de l'intégrité parfaite de la couronne dans ces cas; et nous ne doutons point que, dans bien des circonstances où l'on ne peut trouver le point de départ de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et de certains abcès sous-maxillaires à origine inconnue, ce ne soit à cette cause qu'ils sont dus. Les observations de M. Chassaignac, à cet égard, ont été recueillies avec d'autant plus de soin; que c'est en faisant des recherches sur l'injection des lymphatiques de la face, et en choisissant de jeunes sujets à ganglions sous-maxillaires volumineux que la remarque dont il vient d'être parlé a été faite.

A. GOUVAINCOURT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 1er août 1843. — Présidence de M. TOIRAC.

M. Félix Legros. La question soulevée par M. Lozes dans la dernière séance, relativement à la possibilité de la fécondation après la cessation normale des règles est très intéressante. Aux faits qui ont été cités en faveur de cette anomalie, je viens en ajouter un qui m'est particulier :

Une femme mariée, mère d'une fille de huit ans et d'un garçon de dix-neuf ans, éprouva vers quarante et un ans tous les symptômes qui commencent l'âge assez mal à propos nommé critique. Bientôt après elle cesse d'être réglée. Deux ans plus tard, des dérangements dans sa santé amènent cette femme chez moi; elle est maigre, chétive, d'un jaune paille, et tout paraît dénoter chez elle une cachexie cancéreuse. Cependant la malade me rassure, en me disant qu'elle pourrait bien être enceinte; mais me rappelant combien il est ordinaire à certaines femmes de se croire dans cet état lors des premiers accidents du cancer utérin, et appuyé surtout sur la disparition des règles depuis plusieurs années, je tiens peu de compte des soupçons de la malade, et lui conseille un régime approprié à son état maladif. Plusieurs mois après elle accoucha d'un enfant qui vit encore. Depuis, j'ai su que cette femme se croyant à l'abri de tout danger, s'était abandonnée à un jeune homme. A ce sujet, ne pourrait-on pas se demander ailleurs si la stimulation d'un nouvel amour n'a pas été capable de réveiller l'utérus, etc.

Voilà donc une observation que l'on peut ajouter à celles qui ont été communiquées à cette Société, et à celles qui se trouvent très clairsemées dans les annales des faits rares. On y trouve bien des femmes devenues mères dans un âge avancé; mais elles devaient ce privilége à celui d'être restées menstruées. Sans remonter aux histoires d'Abraham et de Sara, de Jacob et de Rachel, de Cornélie qui, d'après Pline, mit au monde Valérius Saturninus à l'âge de soixante-deux ans, nous trouvons dans Fodéré, et dans Haller, des exemples de femmes accouchées à soixante-trois et soixante-dix ans.

La fonction menstruelle offre une foule de singularités. On la voit s'établir chez des enfants, et chez des sujets dans la décrépitude, manquer complètement chez des femmes qui n'en sont pas moins fécondes, malgré l'autorité de Linnée, ne venir chez d'autres que pendant la grossesse, et n'apparaître pour la première fois chez certaines autres qu'après un premier, un deuxième, un troisième accouchement. Kleemann cite une dame mariée à vingt-sept ans, qui ne vit ses règles pour la première fois qu'après sa huitième couche.

Mais la femme qui, à l'âge ordinaire, cesse d'être normalement menstruée, et qui plus tard devient mère, est un phénomène plus rare, au moins en cite-t-on peu d'exemples; le sujet est intéressant, et mériterait d'être étudié. Quelques recherches à cet égard m'ont fait découvrir de vieux auteurs qui ont agité la question.

Dans un volume in-folio imprimé en 1672, Yon Petrus se demande : *An mulier ætate provecta, aut in qua menstrua dudùm defecerunt, gravidari potest? — Conclusio affirmans.*

Une dissertation inaugurale de 1786, par Sommer Jean Samuel, traite à peu près le même sujet. Elle a pour titre : *De conceptione sine menstruis bigâ casuum confirmatâ.*

Il faut donc conclure logiquement de tout ceci, que la cessation normale des menstrues ne met pas toujours une limite à la fécondation de la femme.

M. Géry se rappelle un fait non moins probant. Il y a peu d'années, un vieux célibataire voulant se marier et ne point avoir d'enfants, épousa, d'après le conseil d'un médecin, une dame de cinquante-deux à cinquante-quatre ans qui n'était plus menstruée. Mais, contre leur commune prévision, cette dame devint enceinte quelque temps après, et eut une fille. Il est bon, ajoute M. Géry, de rapprocher ces observations; nous sommes souvent consultés pour des cas douteux dans lesquels elles peuvent nous éclairer. En médecine légale, elles ont aussi leur importance.

— *M. Bénet-Deperraud.* J'ai été appelé ces jours derniers pour donner des soins à une femme qui avait tenté de se suicider. Cette femme était atteinte de phthisie pulmonaire depuis plusieurs années, et sa maladie venait d'être aggravée par un chagrin récent. Pour accomplir plus sûrement son dessein, elle eut recours au triple moyen suivant : trois onces d'eau de laurier-cerise qu'elle s'était procurées chez différents pharmaciens, un demi-litre d'eau-de-vie, et enfin du charbon allumé. Le hasard ayant amené quelqu'un chez elle, on l'aperçut sur son lit, jetant des cris affreux. Appelé aussitôt, je la trouvai pâle, les traits décomposés et poussant d'incroyables gémissements. Le charbon ne m'expliquant pas cet état, je cherchai d'autres traces du suicide, et je découvris les fioles qui avaient contenu les substances indiquées plus haut. J'administrai de suite à la malade de l'émétique qui provoqua d'abondants vomissements; puis je lui fis prendre du lait, et le soir même elle était rétablie. Une chose singulière, c'est qu'à partir de ce moment, la toux et les accidents qui existaient du côté de la poitrine se suspendirent; de sorte qu'actuellement sa maladie semble enrayée, et qu'au lieu de se donner la mort, cette femme a éloigné d'elle les dangers d'une grave affection.

— *M. Baraduc* communique une observation d'abcès par congestion dans la région périnéale, consécutif à une carie de l'ischion gauche, et ayant déterminé la formation de deux fistules. Cette grave affection, traitée par la ligature, l'incision et la cautérisation, s'est terminée par une entière guérison. (Nous publierons ce fait.)

M. Blatin. Ce cas est remarquable, d'abord à cause du succès obtenu, et puis parce qu'on a pu reconnaître l'origine des fistules, ce qui n'est pas toujours facile, bien que cependant des recherches de Darcet semblent prouver que la nature calcaire du pus indique qu'il provient de la carie d'un os.

M. Baraduc. Le plus grand intérêt de l'observation est dans l'épaisseur considérable des tissus divisés par la ligature.

M. Félix Legros fait observer que les chirurgiens de son temps qui ne connaissaient pas les recherches de Darcet, savaient cependant reconnaître l'origine du pus de certains abcès fistuleux. Dupuytren, par exemple, ne s'y trompait jamais. Lorsque le pus tachait le linge en noir, ce chirurgien ne craignait pas d'affirmer qu'il provenait d'une carie osseuse.

M. Baraduc. Ce caractère ne peut pas être regardé comme positif, car il se rencontre dans d'autres lésions. Ainsi, dans les plaies pénétrantes des intestins, les gaz qui s'en échappent donnent lieu également à la coloration en noir du linge et des instruments.

— *M. Blatin* annonce la guérison du malade dont il a rapporté l'histoire dans une des dernières séances, et qui avait conservé une paralysie du pharynx à la suite d'une attaque d'apoplexie. Le moyen qui lui a le mieux réussi, dit-il, est la strychnine administrée à l'intérieur, et portée directement dans le pharynx lui-même, sous forme de pommade, à l'aide d'une sonde œsophagienne.

M. Géry. La paralysie du pharynx est un symptôme que je considère toujours comme très fâcheux dans l'apoplexie; il indique que l'é-

panchement intéresse les racines du nerf pneumo-gastrique, lésion de la plus haute gravité.

M. Baraduc. Les accidents de l'apoplexie diffèrent suivant le point du cerveau qui est affecté et suivant son mode de lésion, c'est-à-dire suivant que les tissus sont déchirés ou seulement divisés, écartés. Lorsque c'est la protubérance annulaire qui est atteinte, par exemple, il y a un tel appareil de symptômes qu'il n'est pas possible de constater s'il y a paralysie du pharynx. Du reste, ce dernier symptôme n'a ni la valeur, ni la gravité que M. Géry lui attribue. Dans beaucoup de cas de paralysie avec hémiplégie, on observe une paralysie plus ou moins complète du pharynx, et cependant la mort est loin d'être la terminaison la plus fréquente. Lorsque la paralysie est plus limitée, elle peut occuper un ou plusieurs des organes des sens, la langue et le pharynx, et pourtant on voit souvent le malade guérir.

En second lieu, la paralysie du pharynx n'est pas produite par un épanchement au niveau des racines du pneumo-gastrique, mais bien de celles du nerf accessoire de Willis. En effet, ce n'est pas le pneumo-gastrique qui préside aux mouvements du pharynx. L'accessoire de Willis, par sa large anastomose avec ce nerf, lui cède deux rameaux qui donnent naissance aux nerfs qui se rendent au larynx et au pharynx. C'est à cette disposition qu'il faut attribuer la faculté motrice des rameaux laryngiens et pharyngiens qui semblent provenir du pneumo-gastrique, tandis que d'après plusieurs physiologistes, Muller et Bischoff, entre autres, ces rameaux appartiennent réellement au nerf accessoire. Quant au glosso-pharyngien, c'est un nerf mixte qui, par ses rameaux linguaux, donne la sensibilité à la muqueuse de la langue, tandis que ses rameaux pharyngiens sont des nerfs moteurs.

M. Géry. M. Baraduc pense-t-il que la déglutition puisse s'opérer encore lorsque les deux pneumo-gastriques sont coupés ? M. Magendie a fait des expériences desquelles il résulte qu'après la section de ces nerfs, la déglutition ne s'opère plus ou ne s'opère qu'incomplètement.

M. Baraduc. S'il en est ainsi, cela tient à ce que la muqueuse du pharynx ayant cessé d'être sensible à l'action des agents extérieurs, et ignorant en quelque sorte la présence du corps solide ou liquide avec lequel elle se trouve en contact, ne transmet au cerveau aucune sensation ; l'action réfléchie des nerfs glosso-pharyngien et accessoire sur le pharynx n'a point lieu ; d'où il suit que cet organe ne se contracte pas, quoique ses fibres jouissent toujours de leur faculté contractile.

M. Belhomme. Le pharynx reçoit sa faculté motrice du plexus pharyngien, lequel est composé de trois nerfs, savoir : le pneumo-gastrique, l'accessoire de Willis et le glosso-pharyngien. La lésion de l'un ou de l'autre de ces nerfs peut donc entraîner la paralysie de l'organe auquel ils se distribuent. Quoi qu'il en soit, le cas rapporté par M. Blatin a été fort grave. J'avais conseillé un séton à la nuque, ce moyen n'a pas été employé, à ce qu'il paraît. Au reste, j'approuve le traitement par la strychnine à l'intérieur, et portée directement sur la partie paralysée. Cette action locale de la strychnine appuierait peut-être les intéressantes observations de M. Ducros, de Marseille, qui pense qu'en cautérisant le pharynx avec l'ammoniaque, on stimule les nerfs de cette région, et, par suite, le cerveau lui-même ; en un mot, qu'on stimule l'innervation.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — 9 septembre 1843.

Recherches sur la question de savoir s'il existe un antagonisme entre les conditions qui donnent lieu à la production des fièvres intermittentes et celles qui déterminent la diathèse tuberculeuse; par le docteur Genest.

Deux voies seulement, dit l'auteur, semblent devoir nous mener à la solution de cette question, ou l'induction fondée sur la connaissance exacte de la nature et du mode d'action des conditions qui produisent les deux états morbides, ou la comparaison numérique des cas appartenant aux deux maladies ; comparaison qui, faite avec une sévère exactitude dans les mêmes conditions de temps et des dispositions locales, révélera facilement par les différences de résultats l'antagonisme, s'il existe réellement. Mais de ces deux voies la dernière seule peut être suivie, et c'est celle que M. Genest a adoptée, en consultant deux recueils publiés depuis quelques années par le gouvernement anglais sur l'état sanitaire des armées anglaises depuis vingt ans, et celui de la marine royale depuis sept ans seulement.

Les différentes contrées auxquelles ont été appliquées jusqu'ici les recherches sur les maladies et la mortalité des troupes anglaises, sont comprises sous les titres suivants : 1° Royaume-uni ; 2° Station dans la Méditerranée ; 3° Station dans l'Amérique du Nord ; 4° Station dans les Indes occidentales ; 5° Station dans l'Afrique occidentale.

Royaume-uni. 6,153 hommes qui, pendant sept ans et demi, de 1830 à 1837, représentent une force totale de 44,611 hommes, lesquels ont fourni 41,464 admissions dans les hôpitaux, ou 929 malades annuellement sur 1,000, et en tout 686 morts, ou 15,3 annuellement sur 1,000. Le nombre total des fièvres intermittentes s'est élevé en même temps, pour toute la troupe et toute la durée, à 87, ou 2 pour 1,000 annuellement ; et celui des phthisiques reçus à l'hôpital, à 286, ou 6,5 annuellement sur 1,000.

Il importe de retenir ces chiffres, 2 pour 1,000 pour les fièvres intermittentes, et 6,5 pour 1,000 pour la phthisie dans le royaume uni, et de les suivre dans les différentes stations où se trouvent ces mêmes troupes anglaises, pour voir s'ils restent les mêmes, ou si les modifications qu'ils éprouvent viennent à l'appui de la loi d'antagonisme que l'on a supposée.

	Fièvres intermitt.	Phthisiques.
Gibraltar.	5 sur 1000 ;	5,6 par 1000.
Malte.	7,5 sur 1000 ;	6 par 1000.
Iles Ioniennes.	132 sur 1000 ;	5 par 1000.
Canada.	78 sur 1000 ;	5,6 par 1000.
Nouvelle-Ecosse.	0,8 sur 1000 ;	7 par 1000.
Iles Bermudes.	2,5 sur 1000 ;	8,8 par 1000.
Amérique Occident.	250 sur 1000 ;	9,5 par 1000.
Jamaïque.	85 sur 1000 ;	13 par 1000.

Que pense-t-on, dit M. Genest, d'après ces seuls faits, de la loi d'antagonisme ? En est-il un seul qui plaide en sa faveur ? N'est-il pas évident, au contraire, qu'il n'existe dans ces faits nombreux aucun rapport de développement ou de progression entre ces deux maladies, l'une dépendant de causes tout à fait spéciales qui n'exercent probablement aucune influence directe sur la production de la phthisie ellemême, et cette dernière semblant, par l'uniformité de son chiffre, qui est beaucoup moins variable qu'on ne le croit communément, s'attacher à l'homme avec une opiniâtreté presque égale sur tous les points où on peut l'observer en société.

Journal de Médecine. (Septembre 1843.)

Quelques mots sur la rougeole et sur les éruptions secondaires à la suite des fièvres exanthématiques; par M. Trousseau.

Il est un préjugé répandu parmi les médecins, et surtout dans les familles, c'est que la rougeole et la scarlatine sont d'autant moins meurtrières que l'exanthème est plus confluent. C'est là une erreur grave, dit M. Trousseau ; car la confluence de l'éruption est mauvaise aussi bien dans la rougeole et la scarlatine que dans la variole. C'est surtout pour la scarlatine que cela est évident, et tandis que les éruptions scarlatineuses qui se manifestent seulement à la gorge, et qui apparaissent à peine à la peau, n'ont, en général, que peu de gravité ; celles, au contraire, où se montrent une vive rougeur et la tuméfaction des téguments, sont aussi meurtrières que les varioles les plus confluentes. Le danger de cette confluence conduit l'auteur à une conclusion pratique déjà bien souvent formulée par les grands maîtres, mais fâcheusement oubliée par presque tous les médecins, c'est qu'il ne faut jamais, lorsqu'un exanthème a une forme discrète, donner au malade des stimulants généraux, dans le but de le rendre plus confluent. Ce que M. Trousseau dit des excitants généraux qui, donnant une fièvre artificielle, ne peuvent guère qu'exagérer les phénomènes des phlegmasies aiguës, sans produire des actes critiques, je ne puis l'appliquer aux excitants locaux, qui peuvent fluxionner énergiquement une partie sans retentissement fébrile, et il place en première ligne de ces excitants locaux l'*urtication*, moyen si simple et pourtant si négligé.

Il est un autre préjugé, très généralement répandu parmi les personnes du monde et même quelques médecins, savoir : que chez les enfants, lorsqu'une maladie éruptive n'est pas bien sortie, elle reparaît deux, trois ou quatre semaines plus tard, pour accomplir alors ses périodes. C'est une chose que M. Trousseau ne veut pas absolument contester, mais qui lui semble devoir être bien rare. Voici comment il est arrivé à comprendre que ce préjugé se soit répandu. On a l'habitude bien pernicieuse de couvrir démesurément les enfants atteints de maladies éruptives, non seulement pendant la période aiguë de l'exanthème, mais encore alors que tout semble être terminé du côté de la peau. Il en résulte que l'enveloppe cutanée devient un centre de fluxion et se couvre d'efflorescences diverses qui peuvent en imposer pour des maladies éruptives. C'est à l'exagération de la sueur et à l'altération des produits de cette sécrétion que sont dues les éruptions consécutives.

De l'influence, sur la production de la phthisie, du séjour antérieur et actuel dans les localités marécageuses; par J.-P.-J. Hahn, d.-m., chirurgien au 69e régiment de ligne.

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

Les fièvres intermittentes ne sont pas, comme la phthisie et la fièvre typhoïde, endémiques dans l'Alsace en général et en particulier à Strasbourg. Bien que la ville ait été construite sur des marais, et que dans tout l'arrondissement de Strasbourg le sol soit de nature marécageuse, les constructions, le pavage, les travaux de culture et d'assainissement ont entièrement détruit l'influence du sol sur la production des fièvres intermittentes. Sous ce rapport, il en est de Strasbourg comme de Londres, où aujourd'hui la phthisie constitue le cinquième de la mortalité générale, lorsqu'au dix-septième siècle, des épidémies de fièvres intermittentes dont Sydenham et Morton nous ont conservé l'histoire, décimait la population de cette ville et des alentours.

L'endémicité des fièvres intermittentes dans une localité, paraît subordonnée, comme l'a établi M. Boudin, à la latitude géographique, à la nature du sol, à des conditions hygiéniques et à la température.

Les effets de l'intoxication miasmatique peuvent se manifester ou se reproduire long-temps après que l'on a quitté les lieux où l'on a été exposé aux émanations marécageuses.

L'endémicité des fièvres intermittentes paraît exclure la phthisie, ce qui ne veut par dire que les deux affections ne peuvent se rencontrer simultanément et momentanément dans des proportions égales.

Cet antagonisme pathologique ne paraîtra pas aussi singulier si l'on pense que, dans la plupart des grandes villes construites sur un sol marécageux, telles que Londres, Marseille, Bordeaux, Strasbourg, la tuberculisation pulmonaire et la fièvre typhoïde ont succédé, comme formes endémiques, aux effets toxiques des effluves de marais, à mesure que la civilisation et l'hygiène y ont fait disparaître ou modifié les causes d'insalubrité inhérentes au sol.

L'immunité n'est pas dans une cause qui exclut celle des autres maladies, et de la phthisie en particulier ; mais dans des causes dépendant de la nature du sol, d'autant plus générales et plus invariables dans la manifestation de leurs effets, qu'elles sont plus intenses et plus durables ; c'est là tout le secret de l'antagonisme pathologique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule de pilules pour remplacer dans la pratique la décoction de Zittmann et ses succédanées; par M. Hirschmann.

M. le docteur Hirschmann prétend avoir fréquemment prescrit, et avec avantage marqué, les pilules suivantes dans les cas où la décoction de Zittmann est indiquée, lorsque surtout des circonstances particulières ne permettent pas d'avoir recours à cette décoction.

Pr. : Poudre de séné mondé,	12 gramm.
Poudre de jalap,	4 gramm.
Soufre d'or et d'antimoine,	4 centigr.
Poudre de moelle de salsepareille,	8 gramm.
Extrait de gayac,	6 gramm.
Extrait de douce-amère,	q. s.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de quinze centigrammes, roulées dans la poudre d'iris de Florence.

On prend, quatre fois par jour, quatre à six de ces pilules.

(*Oesterr. med. Wochenschrift.*)

Effet funeste de la colère chez une nourrice; observation recueillie par M. le docteur Tiemann, *de Bielefeld.*

M. le docteur Tiemann rapporte le fait suivant, qui doit servir d'exemple aux mères qui sont d'un caractère emporté :

Une femme nourrice, après une vive discussion dans son ménage, donna le sein à son enfant âgé de deux mois, et qui jusque-là avait été constamment fort et bien portant. Immédiatement après, l'enfant fut pris de violentes convulsions qui l'emportèrent dans l'espace de quelques heures. (*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

Le Cercle médico-chimique et pharmaceutique de Liége met au concours, pour l'année 1844, la question suivante :

« Indiquer et discuter les améliorations que réclame la législation » pharmaceutique belge actuelle. »

Le prix sera d'une médaille d'or, dont la valeur, de 100 francs au moins, pourra être augmentée selon le mérite du travail.

Les mémoires manuscrits devront être écrits en français, et adressés, *franco*, et dans les formes académiques, avant le 1er mars 1844, au secrétariat général de la Société, M. Victor Pasquier, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Liége.

Les membres effectifs et les membres libres du Cercle sont seuls exclus du concours.

— A la suite des concours pour les grades de chirurgien sous-aide et pharmacien aide-major qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par les jurys ont été classés ainsi qu'il suit :

Concours pour le grade de pharmacien aide-major. — 1 Beylier, 2 Reignier, 3 Musart, 4 Carilian, 5 Brocard, 6 Lomel, 7 Meige.

Concours pour le grade de chirurgien sous-aide. — 1 Puel, 2 Latour, 3 Nidart, 4 Ehrmann, 5 Issartier, 6 Montardier, 7 Creutzer, 8 Gremand, 9 Jeanneau, 10 Peyroux, 11 Meunier, 12 Contrejean, 13 Barret, 14 Rey, 15 Oppenbeimer, 16 Cabasse, 17 Latil, 18 Chevassu, 19 Tamisier, 20 Dubiez, 21 Eynaud, 22 Spire, 23 de Lavaux Martin, 24 Monnier, 25 Dautezac, 26 Rueff, 27 Herbecq, 28 Miltenberger, 28 Drapier, 30 Templer, 31 Jossel, 32 Merlin, 33 Séchas, 34 Ropert, 35 Cbayron, 36 Vizerie, 37 Courbet.

Pilules ferrugineuses de Blaud, *de Beaucaire.*

Le dépôt général des Pilules de Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, etc., accompagnées de son cachet et de son certificat, est toujours à la pharmacie de M. Colmet-d'Aâge, rue Neuve Saint-Merry, 12, à Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 112. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons cliniques sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme.

Depuis quelques mois un nouvel enseignement est ouvert dans un des hôpitaux les plus importants de Paris, et les abonnés de ce Journal ont pu lire un assez grand nombre de leçons recueillies à l'hôpital de Lourcine sur les maladies syphilitiques de la femme. Le service est immense, qu'a rendu l'administration des hôpitaux en permettant à l'un des chirurgiens de l'établissement de faire assister à des conférences cliniques les élèves et les docteurs qui, jusqu'alors, par des mesures trop rigoureuses, avaient été tenus éloignés d'une source aussi féconde d'enseignement. La clinique est en effet la seule école à laquelle on puisse acquérir des notions exactes et précises sur les maladies et leur traitement. Le succès qu'a obtenu l'épreuve que vient de tenter l'administration des hôpitaux, en accordant à un nombre limité d'auditeurs le droit d'assister aux leçons de M. Huguier a été tel, et les résultats en ont été si avantageux pour les hommes d'étude qui cherchent à s'instruire, que nous ne doutons pas que dans les prochains cours cliniques que professera M. Huguier, l'administration, toujours inspirée par les mêmes intentions qui l'ont engagée à seconder la propagation de l'enseignement, n'augmente, en exigeant toujours des garanties de ceux auxquels elle les accordera, le nombre de permissions exigées pour entrer dans l'intérieur de l'hôpital.

Après avoir, dans son premier cours, exposé les maladies vénériennes de la femme, M. Huguier a cru devoir s'étendre plus particulièrement aujourd'hui sur les maladies non syphilitiques des organes génitaux de la femme, et ne consacrer que quelques leçons au résumé des affections vénériennes. Ce ne sera donc que les affections de la première classe dont nous rendrons compte dans la série de leçons cliniques que nous publierons dans ce Journal.

M. Huguier, dans la première partie de ce cours, a présenté, sur les signes des maladies des organes génitaux de la femme, des considérations générales assez étendues pour qu'il soit plus qu'inutile d'y revenir. Ces signes, a-t-il dit, se divisent en signes rationnels et sensibles.

Les signes rationnels se subdivisent en signes tirés des fonctions générales, *sensibilité, contractilité, circulation*, etc., et en signes tirés des fonctions génératrices en particulier, tels que la menstruation, la fécondation, etc. Ce sont là, dit le professeur, des généralités sur lesquelles nous nous sommes assez longuement étendus dans notre premier cours, et que vous trouverez, du reste, dans tous les traités de pathologie spéciale. Mais un point important, et sur lequel on n'a pas suffisamment fixé l'attention, un point sur lequel nous nous appesantirons ici, c'est l'examen des connexions, tant physiques et physiologiques que sympathiques, que les divers organes qui composent l'appareil générateur ont entre eux, et qu'ils ont aussi avec d'autres organes, soit voisins, soit éloignés.

Jetons donc tout d'abord un coup-d'œil sur ces connexions. Elles peuvent être de deux sortes. Les unes, physiques ou mécaniques, qui tiennent à la manière toute matérielle dont sont disposés les organes génitaux, tant par rapport les uns aux autres, que par rapport aux organes voisins. Les autres, connexions fonctionnelles, tiennent aux relations, à l'union qu'ont naturellement entre elles les fonctions des diverses parties qui composent l'appareil générateur, et celles des organes environnants qui, par leur disposition et leur structure, sont en corrélation d'action avec les organes génitaux.

Troubles des connexions physiques qui unissent le système sexuel aux parties voisines. — Dans les circonstances ordinaires de la vie et la disposition physiologique de l'utérus, cet organe se trouve en quelque sorte suspendu au milieu de viscères importants, sans qu'il manifeste sa présence par aucun trouble, aucune gêne des organes voisins. Mais que, par une cause quelconque, la matrice vienne à changer de situation, de direction ou de volume, ce *consensus*, cette harmonie, se trouvent rompus à l'instant même; des troubles plus ou moins étendus, des malaises ou même des accidents, pourront être le résultat de ces changements. On observe alors des groupes particuliers de symptômes qui n'appartiennent pas aux fonctions de l'utérus lui-même, mais à celles des organes voisins. Y a-t-il antéversion, par exemple, la malade éprouve un sentiment de pesanteur produit par la pression de l'utérus sur la partie postérieure de la vessie; de là résultent des irritations vésicales, des besoins fréquents d'évacuer les urines, bien que le réservoir n'en contienne qu'une faible quantité; de plus, douleurs plus ou moins intenses et gêne particulière dans la région de la vessie, qui n'est cependant pas le siége principal de ces désordres. Dans le cas de grossesse, de polypes volumineux de l'utérus, ou d'autres affections qui développent beaucoup cet organe, les accidents vésicaux sont fréquemment portés très loin.

Dans les cas de rétroversion, l'utérus pèse au contraire sur le rectum; les malades se plaignent alors d'un malaise, d'un sentiment de pesanteur dans cette région, du besoin souvent réitéré d'aller à la selle; les efforts que font les malades pour obéir à ce besoin, augmentent les douleurs au lieu de les diminuer. Dans certaines circonstances, comme dans les cas d'augmentation du volume de la matrice, soit par hypertrophie simple de l'organe lui-même, soit par accumulation de liquides muqueux dans sa cavité, soit dans le cas de polypes ou de grossesse, cette rétroversion devient la cause d'une constipation plus ou moins opiniâtre.

C'est surtout dans les cas d'augmentation de volume de la matrice par une des causes que nous venons d'indiquer sommairement, que les changements dans la direction et les rapports de l'utérus déterminent des accidents qui deviennent souvent formidables; il peut y avoir, par exemple, compression, distension des nerfs pelviens, du grand plexus sacro-sciatique, et de là douleur dans la cavité abdominale et dans tout le bassin, dans la région lombaire, les aines; de véritables névralgies peuvent survenir, soit dans le nerf crural, soit dans le nerf sciatique. Ces faits ne sont pas très rares dans la science. On en trouve quelques-uns dans le Traité de clinique chirurgicale qu'a publié M. Lisfranc. Nous avons maintenant à la salle Saint-Alexis, une malade que nous ferons passer sous vos yeux, et qui est atteinte d'un cancer de la matrice. Elle présente ceci de remarquable et de tout à fait digne de fixer l'attention, qu'elle souffre peu des parties qui sont le siége de la maladie principale, de l'utérus et du vagin. Mais elle éprouve des douleurs extrêmement violentes dans le membre inférieur gauche. Vous pourrez dans un instant vous assurer de la vérité de ces faits, lorsque je ferai passer la malade sous vos yeux.

Souvent encore il y a compression des vaisseaux lymphatiques et des ganglions. Aussi chez quelques femmes observe-t-on, à la suite de maladies des organes génitaux, un œdème des membres inférieurs, des grandes et des petites lèvres, de la vulve toute entière, parties qui ne sont pas le siége de l'affection primitive et principale. Ces symptômes particuliers peuvent aller assez loin pour déterminer la paralysie des membres inférieurs; si l'utérus par une cause quelconque ayant augmenté de volume, vient à comprimer ces nerfs, la paralysie peut s'en suivre. M. Lisfranc, dans l'ouvrage que nous avons indiqué plus haut, en cite deux exemples; chez les malades dont il rapporte l'observation, la paralysie durait depuis plusieurs années, et avait résisté aux traitements anti-névralgiques les plus énergiques; elle céda à un traitement dirigé contre l'engorgement de l'utérus.

Ce ne sont pas encore là les seules lésions qui puissent résulter du trouble de ces connexions physiques; il n'est pas rare de voir l'utérus entraîné dans une hernie; c'est surtout dans les cas de hernie crurale que pareille chose se rencontre. Les ovaires sont dans le même cas. Alors l'utérus, dévié de sa position, entraîne avec lui la vessie. Le même accident peut survenir quand il y a une éventration abdominale, chez les femmes, par exemple, qui ont eu beaucoup d'enfants. Il y a chez elle une véritable antéversion, déviation antérieure de l'organe, qui se renverse par dessus les parties, entraînant avec lui la vessie. Il en résulte un changement dans la forme et dans la position de cet organe; de plus, troubles dans ses fonctions; dysurie, quelquefois même impossibilité complète d'uriner.

Toutes ces connaissances sont nécessaires pour que le chirurgien ne soit pas exposé à prendre pour une maladie une affection tout autre que celle à laquelle il a réellement affaire, une affection qui n'est que sympathique, et qui est produite par les lésions qui ont leur siége dans les organes voisins.

Il arrive quelquefois que l'utérus, après s'être élevé pendant la grossesse à une hauteur variable dont la cavité abdominale vient à contracter des adhérences, comme nous l'avons déjà vu plusieurs fois (et nous allons vous en montrer bientôt un cas fort curieux), vient à contracter des adhérences, disons-nous, avec l'intestin grêle, l'arc du colon, l'S iliaque du colon, l'extrémité supérieure du rectum, ou bien encore avec le grand épiploon, comme j'en possède un cas bien remarquable. S'il arrive que l'utérus, ainsi porté dans une région qu'il n'occupe pas habituellement, reprenne son volume normal, et redescende à sa position primitive dans l'excavation pelvienne, ou même plus bas encore, il en résultera des tiraillements, des douleurs d'entrailles provoquées par ces distensions, des troubles vers les fonctions de l'intestin. Il pourra même y avoir lacération de ces adhérences, ou des parties entre lesquelles elles se sont formées.

Si c'est avec le sommet de la vessie que les adhérences se sont formées avec la partie supérieure de sa face postérieure, nous verrons, comme dans l'un des cas précédents, des troubles se produire dans les fonctions vésicales. Il suit de là, que si le praticien n'exerce pas le toucher, et par conséquent ne peut apprécier directement la lésion qui existe, tant sous le rapport de son siége que sous celui de sa nature, il peut être entraîné à traiter une malade pour une affection qui n'existe pas. Lorsqu'au contraire, il a constaté directement l'espèce de lésion qui cause les troubles fonctionnels qu'il a observés, il applique un pessaire, par exemple, pour remonter l'utérus, le fixer dans un point assez élevé pour éviter les tiraillements qu'il pourrait déterminer sans ces précautions.

Il arrive quelquefois que l'utérus, quoique parfaitement sain, s'abaisse vers l'ouverture vulvaire, et vient peser sur l'orifice inférieur du vagin. Les femmes éprouvent alors dans ce point un poids, une douleur vague, quelquefois un sentiment de distension, comme si un corps étranger voulait se précipiter à travers cette ouverture; elles ressentent de plus, vers les aines, une douleur insolite; d'autres fois, c'est un dérangement dans les fonctions de la vessie ou de l'urètre, ou dans celles du rectum. Dans le renversement de l'utérus en avant, quand il est, comme nous l'avons dit plus haut, entraîné par-dessus les pubis, la vessie suit souvent les organes génitaux dans leur changement de direction. De là aussi changement dans les rapports, la forme et la situation de l'urètre; transport de son ouverture en haut et en arrière, vers la partie postérieure du ligament sous-pubien, et troubles dans les actes fonctionnels de l'appareil excréteur de l'urine, bien qu'il ne soit à proprement parler, et lui-même, le siége d'aucune lésion directe.

Toutes ces variétés sont d'autant plus importantes à connaître, que si vous les ignorez vous pourrez croire à l'existence d'une maladie de la vessie, tandis qu'il n'y aura qu'un simple abaissement du corps de l'utérus; et les troubles fonctionnels sont d'autant plus fallacieux et susceptibles d induire le praticien en erreur, que rien, le plus souvent, n'annonce le dérangement ou la lésion de l'utérus dont les fonctions continuent à s'accomplir régulièrement. Ainsi, la menstruation, la fécondation, la gestation continuent à s'accomplir avec la plus grande régularité; de même que les autres actes dévolus aux organes qui composent le système sexuel.

Quoi de plus naturel et de plus rationnel que de considérer comme le siége de la maladie les organes qui sont le siége des phénomènes pathologiques, et de regarder comme saines les parties qui ne sont le siége d'aucune douleur, et dont les fonctions s'accomplissent ou semblent s'accomplir avec régularité? Aussi pourrions-nous citer un grand nombre d'erreurs qui ont été et sont encore journellement commises, et qui ne reconnaissent pas d'autres causes que celles que nous avons indiquées.

Non-seulement les affections du système utérin peuvent embarrasser le médecin peu versé dans leur étude, et simuler des maladies de l'estomac, de l'intestin grêle, de la vessie ou du rectum; mais l'état pathologique de ces deux derniers réservoirs peut à son tour causer des phénomènes morbides qui auront pour siége l'une des parties de l'appareil génital. C'est ainsi que je me rappelle avoir déjà observé deux fois des métrorrhagies veineuses extrêmement abondantes, qui étaient simplement causées par la pression que le rectum dilaté par des matières fécales endurcies et accumulées exerçait sur les veines du système utérin, hémorrhagies qui cessèrent comme par enchantement lorsque j'eus, à l'aide de purgatifs, provoqué l'évacuation de l'intestin.

D'autres fois, les matières s'accumulent dans l'extrémité supérieure du rectum, dans l'S iliaque du colon, et forment une tumeur qui s'applique sur la partie postérieure de l'utérus, et comprime l'organe en l'abaissant. Si vous touchez la femme en ce moment, le doigt introduit dans le vagin reconnaît que l'utérus est abaissé, que le col est sain. Porté sur la face postérieure de la matrice, il rencontre un corps dur, souvent irrégulièrement arrondi, qui semble se continuer et faire corps avec elle. Le praticien sera exposé, s'il n'y porte toute son attention, à prendre ce corps pour une tumeur ou un engorgement de la paroi postérieure de l'utérus. L'erreur pourra être d'autant plus facile, qu'il arrive quelquefois, dans des circonstances analogues à celle-ci, que des adhérences se forment entre le bord supérieur ou la face postérieure de l'utérus, et la face antérieure du rectum, et que la tumeur rectale est ainsi liée intimement à l'utérus. On évitera plus difficilement encore l'erreur si la tumeur étant très ancienne, et formée de matières excrémentitielles très dures, les parties les plus liquides du résidu de la digestion se sont creusées en quelque sorte un canal au milieu de la tumeur stercorale, canal à travers lequel elles arrivent jusqu'à l'anus. Dans ce cas particulier, la défécation ayant lieu, la pensée du médecin est détournée du point principal sur lequel elle devrait s'arrêter. Lorsque l'on pratique le toucher sans apporter à cette exploration l'attention la plus scrupuleuse, on peut croire à un engorgement de la

partie postérieure de l'utérus, qui cependant est sain. J'ai vu commettre plusieurs fois cette erreur, et cela par des praticiens du plus grand mérite; M. Lisfranc avoue lui-même l'avoir commise une fois.

D'un autre côté, lorsque la vessie est le siége d'une rétention d'urine, elle peut abaisser, déplacer l'utérus, en changer la direction, et déterminer des accidents qui ne sont que des phénomènes accessoires et consécutifs qu'il faudrait bien se garder de considérer comme essentiels.

Il peut quelquefois arriver que l'on prenne pour des prolapsus du vagin, ou des hernies du vagin ou de la matrice, un simple relâchement des parties. Ainsi, chez les femmes surtout qui ont eu un grand nombre d'enfants, dont le vagin est très ample et l'ouverture vulvaire fortement dilatée, la vessie et le rectum, tant à cause de l'affaiblissement de la cloison recto-vaginale et vésico vaginale que du manque de soutien qu'ils éprouvent dans les portions qui correspondent au conduit vulvo-utérin, la vessie et le rectum, dis je, forment une saillie, des tumeurs plus ou moins volumineuses qui, pendant la réplétion de ces réservoirs et les efforts d'expulsion auxquels se livre la femme, augmentent considérablement de volume, entraînent avec elles la partie correspondante du vagin, et sortent par l'anneau vulvaire, au point de simuler une chute des parois vaginales ou même de l'utérus; car souvent il arrive que cet organe est lui-même abaissé, entraîné vers l'ouverture vulvaire. Il faudrait cependant bien se garder de considérer ces affections utéro-vaginales comme essentielles. Elles ne sont que consécutives aux dilatations de la paroi antérieure du rectum et du bas-fond de la vessie; d'où l'explication de l'insuffisance des opérations qui jusqu'à ce jour ont été pratiquées sur le vagin pour guérir ces infirmités.

Le conduit utéro-vulvaire est tellement disposé dans ses rapports avec l'utérus, qu'il ne peut et ne doit, dans l'état de santé, donner passage qu'à des liquides sécrétés par le vagin ou par l'utérus, qu'à des écoulements muqueux, purulents ou sanguins, venant toujours ou du conduit lui-même ou de l'organe principal de la génération. Si tôt que vous verrez s'écouler par son ouverture des matières autres que celles ci, nous voulons dire, des matières stercorales ou urineuses; des calculs soit vésicaux, soit biliaires; vous pourrez hardiment assurer que les rapports physiologiques et les connexions qui existent entre l'appareil génital et les organes voisins sont changés, et qu'une communication anormale s'est établie entre des parties qui n'eussent jamais dû avoir entre elles de voie de communication. Et voilà encore les symptômes d'une lésion fonctionnelle de ces organes.

Troubles des rapports normaux qui existent entre les diverses parties du système utérin. — On rencontre chez certaines femmes un développement anormal du clitoris; développement qui entraîne à sa suite un développement également anormal et considérable, proportionné à celui du clitoris, des petites lèvres qui doivent former son enveloppe préputiale. Les nymphes, alors, dépassent les grandes lèvres, entre lesquelles elles tombent pendantes; disposition qu'il ne faudrait pas prendre pour un développement morbide ou hypertrophique accidentel.

Chez d'autres, le vagin est très large; les parois en ont été dilatées et affaiblies outre mesure; ce canal a perdu en longueur ce qu'il a gagné en largeur. Il en résulte un abaissement de l'utérus qui en est la conséquence nécessaire, et qui ne doit point être considéré comme essentiel. C'est donc dans des cas pareils, quand il y a quelque espoir de guérir cette infirmité, non sur l'utérus qu'il faut diriger le traitement, mais sur le vagin, qui seul, par sa disposition vicieuse, a déterminé la production de cet accident.

Dans les maladies de l'ovaire, sitôt que la tumeur a acquis un certain volume, elle ne manque pas d'imprimer à l'utérus des changements dans sa situation, sa direction, et le pousse ou l'entraîne dans l'une des fosses iliaques. Ses fonctions sont également altérées et modifiées, bien que l'organe utérin soit parfaitement sain; aussi voit-on fréquemment des affections ovariques prises pour des maladies utérines. Dans ces circonstances, si vous touchez la malade, vous trouvez l'utérus plus élevé ordinairement. Sa direction est changée; mais ces modifications dans la situation et la direction normales ne sont que consécutives. C'est une affection secondaire et concomitante qui tient aux connexions intimes et aux rapports anatomiques de l'utérus avec l'ovaire.

Examinons maintenant les rapports fonctionnels que les organes génitaux ont avec les parties voisines et ceux que les diverses parties de cet appareil ont entre elles.

Les organes génitaux sont sous une dépendance mutuelle. Les divers actes dont l'ensemble constitue la grande et importante fonction de la reproduction sont tellement unies ou enchaînées les unes aux autres, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, que lorsque l'un d'eux vient à manquer, le but principal de la nature, la reproduction de l'espèce, n'est pas atteint, et vous pouvez conclure de la non fécondation, ou que quelques uns des organes manquent, qui sont chargés des fonctions génératrices, ou qu'ils sont sous l'influence d'un état morbide quelconque.

Lorsque chez une jeune fille arrivée à l'âge de la nubilité, vous ne voyez pas successivement apparaître les caractères physiques de son sexe, que les seins n'augmentent pas de volume, que le bassin ne se développe pas; que la courbure sacro-vertébrale ne se prononce pas d'une manière sensible; lorsque vous ne voyez pas la menstruation s'établir et naître le désir et le besoin de rapports sexuels, on peut penser, ou que les organes générateurs ne sont pas encore arrivés à leur degré de maturité, ou que l'une des parties fondamentales du système utérin manque; soit l'utérus, soit les ovaires.

Si chez une femme qui présente tous les caractères extérieurs de son sexe, qui est soumise régulièrement à l'évacuation périodique menstruelle, le désir du rapprochement des sexes n'existe point, ou si ce rapprochement ne peut s'effectuer, de prime abord on peut établir, ou que quelques parties des organes génitaux, la vulve ou le vagin sont le siége d'un vice de conformation ou d'une contraction spasmodique qui s'oppose à l'intromission du membre viril, ou qu'il y a excès de sensibilité. On rencontre quelquefois des jeunes filles dont le vagin est doué d'une sensibilité excessive, à tel point que le doigt, une mèche bien graissée et d'un petit volume ne peuvent pénétrer, et sont repoussés au dehors par une contracture des parois du vagin. On doit employer, pour surmonter cette sensibilité les moyens calmants, une dilatation progressive. Consulté un jour pour un fait de cette nature, j'ai dû faire au vagin la petite opération que l'on pratique ordinairement pour la fissure à l'anus. L'acte copulateur accompli, s'il n'est pas suivi de fécondation, c'est dans une partie plus élevée qu'il faut chercher la cause de la stérilité. Vous devez supposer alors ou une disposition anormale de l'utérus ou des ovaires, ou une altération profonde de ces parties.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Luxation sous-pectorale de l'humérus gauche. Réduction par la méthode à extension en haut, après deux tentatives infructueuses par d'autres procédés.

Au n° 8 de la salle Saint-Jean, est couché le nommé Jeanbon Sénatus, âgé de trente-neuf ans, chiffonnier, entré le 12 septembre, pour une luxation de l'humérus gauche. La luxation date de la veille; elle s'est produite dans une chute, le malade se trouvant tellement ivre, qu'il lui est impossible de rendre compte et des causes qui ont déterminé la chute, et de la manière dont elle s'est effectuée.

L'examen du coude et de la main, dirigé dans le but d'éclairer quel a été le mécanisme de la luxation chez cet homme, ne fait apercevoir aucune trace de contusion ou d'écorchure; seulement, au côté interne du coude, on aperçoit quelques croûtes qui semblent dues à une plaie faite antérieurement, mais elles datent déjà d'un temps trop long pour qu'elles puissent être attribuées à la chute qui a eu lieu hier.

Ce malade s'est déjà luxé le même bras plusieurs fois. On reconnaît, en examinant attentivement le moignon de l'épaule, la région de l'aisselle et la région sous-claviculaire, les circonstances suivantes:

1° Le moignon de l'épaule présente la crête abrupte que forme l'acromion lorsque la tête de l'humérus n'est plus dans la cavité glénoïde, au-dessous de l'acromion une dépression que l'on augmente facilement en pressant sur le deltoïde.

2° Le creux de l'aisselle ne permet point de reconnaître la tête de l'humérus, et alors même que l'on élève le bras jusqu'au point où cela est encore praticable sans causer de la douleur, la tête de l'humérus ne se sent pas davantage dans cette région.

3° En promenant la main sur le grand pectoral, immédiatement au-dessous de la clavicule, on perçoit une tumeur très prononcée que l'on apprécie encore mieux en exerçant une pression un peu forte avec les doigts. Si, pendant que les doigts portent sur cette saillie, on fait exécuter à l'humérus, l'avant-bras étant fléchi, des mouvements de rotation, on reconnaît que ces mouvements se transmettent parfaitement bien à la saillie osseuse sous-claviculaire; il s'agit donc d'une luxation en avant et en dedans, au-dessous du grand pectoral.

Cet homme nous ayant dit qu'il avait eu déjà plusieurs luxations de l'épaule du même côté, comme on sait que chez les individus qui se luxent l'épaule facilement, la réduction est habituellement d'une facilité surprenante, M. Chassaignac crut pouvoir essayer d'abord un procédé très simple, et qui ne déploie pas un grand appareil d'efforts. Le malade étant assis, on plaça à côté de lui une chaise sur laquelle le chirurgien appuya le pied, de telle sorte que son genou servit de pivot pour un mouvement de bascule exécuté avec l'humérus, représentant un levier du premier genre, dans lequel la puissance placée au coude était représentée par les mains du chirurgien, la résistance par la tête de l'os luxé, et le point d'appui par le genou du chirurgien, sur lequel l'humérus reposait par sa partie interne, et qui était plus près de l'extrémité axillaire que de l'extrémité cubitale de l'humérus.

Cette première tentative n'eut aucun succès: on n'y insista pas davantage. Une seconde tentative fut faite par la méthode décrite dans Boyer, et qui consiste à tirer l'humérus obliquement en bas et en dehors, pendant qu'on retient l'omoplate avec deux lacs. Ce second essai de réduction n'eut pas plus de succès que le premier. On eut alors recours à la méthode désignée dans les notes de la Chirurgie d'Astley Cooper, sous le nom de méthode à extension dirigée en haut. Voici comment elle fut mise à exécution: le malade étant couché horizontalement sur le dos, et reposant sur un plan horizontal et sans oreiller, un aide placé du côté de la luxation vint entrecroiser les doigts des deux mains sur l'acromion. C'est une attitude dans laquelle on agit avec beaucoup de force. C'est l'action de cet aide qui, jointe au poids du corps, représentait la puissance contre-extensive. Le bras, ramené peu à peu dans l'abduction, puis dans l'élévation directe, fut soumis à des tractions oscillatoires pendant que le chirurgien exerçait sur la tête de l'os, ramené peu à peu dans l'aisselle par les efforts de l'extension, une pression qui tendait à reporter la tête de l'humérus dans sa cavité. Lorsque l'extension, qui fut faite avec vigueur, eut ramené la tête humérale près de la cavité glénoïde, les aides, qui faisaient l'extension, ayant tout d'un coup porté le bras de haut en bas, puis de dehors en dedans, par un mouvement brusque, la tête de l'os rentra dans sa cavité.

Il ne survint aucune inflammation, et au bout de trois jours, le malade ayant recouvré l'aptitude ordinaire du membre luxé, est sorti de l'hôpital.

— C'est dans la traduction d'Astley Cooper (page 86 jusqu'à 89), que l'on trouve la première description générale qui ait été donnée de l'anatomie pathologique des luxations récentes de l'humérus. En effet, jusque-là cette anatomie pathologique n'avait été instituée que d'après deux ordres de données qui peuvent conduire, et qui ont conduit à des erreurs graves. Ces données sont: 1° celles que l'on obtient en produisant artificiellement des luxations sur le cadavre; 2° celles que l'on déduisait théoriquement de l'examen des symptômes, sans avoir sous les yeux les pièces pathologiques. C'est dans ce sens seulement que nous avons pu dire que la description anatomico-pathologique des luxations récentes de l'épaule n'avait point été faite avant la publication du travail dont nous venons de parler; travail qui repose tout entier sur l'examen et la comparaison des dissections pratiquées sur des luxations récentes chez des malades qui avaient succombé avant que la réduction ne fût faite.

Parmi les remarques renfermées dans cette description anatomico-pathologique, il en est une qui donne la clé de différences notables observées dans des luxations qui, au fond, sont de même nature et méritent le même nom, et qui donne également l'explication des dissentiments qui se sont élevés entre divers chirurgiens. On verra aussi combien cette remarque simplifie la classification des variétés de luxations scapulo-humérales, faisant pour l'anatomie pathologique ce que M. Velpeau a fait au point de vue pratique pour l'étude des symptômes et pour la thérapeutique de ces luxations. Laissons parler le texte du travail en question:

« La tête de l'humérus est le plus habituellement placée à la face antérieure du scapulum, en dedans de la cavité glénoïde, à une distance variable de l'apophyse coracoïde; quelquefois, en effet, elle remonte jusqu'à la base, ou racine, de cette apophyse; d'autres fois elle est située vers la partie inférieure de la cavité glénoïde. Il arrive même, dans certains cas, qu'elle repose sur le bord axillaire de l'omoplate, en dedans de l'insertion du triceps. Ces différences dans la hauteur de la tête de l'os sont bien importantes à signaler, car elles donnent lieu à des différences correspondantes dans les symptômes, puisque dans le cas où la tête remonte vers la petite échancrure coracoïdienne, son centre peut s'élever au-dessus du centre de la cavité articulaire, seul mode de luxation en haut qui ait été observé sur le cadavre (luxation observée par Crampton), tandis que dans les cas où la tête repose sur le bord axillaire de l'omoplate, son centre descend au-dessous de la cavité glénoïde, ainsi qu'on le voit dans une observation de sir Astley Cooper. La luxation en avant peut donc être tour à tour une luxation en haut, une luxation en bas ou une luxation directe en avant, suivant le degré d'élévation de la tête de l'os. » Faisons remarquer aussi, à cette occasion, qu'on s'est évertué sans beaucoup d'utilité à démontrer par les symptômes la possibilité d'une luxation en bas alors que cette possibilité était déjà démontrée depuis long-temps par des faits d'anatomie pathologique, autorité la plus imposante en pareille matière, car jamais les espèces de luxations ne sont établies aussi sûrement par les symptômes que par des dissections de luxation récente. L'observation 99e d'Astley Cooper, mentionnant un cas dans lequel le centre de la tête de l'humérus était à un pouce et demi au-dessous du centre de la cavité glénoïde sur une luxation disséquée à l'état récent, nous regardons comme positivement démontrée l'existence de la luxation en bas.

On a pu remarquer dans l'observation que nous avons rapportée, que l'on ne trouvait point dans le creux de l'aisselle la saillie formée par la tête de l'humérus. Cette circonstance mérite quelque attention par la raison que la saillie de la tête de l'humérus, en ce point, est un des signes de la luxation; et l'on ne pourrait pas dire que cette saillie n'a pas été trouvée parce que l'on ne procédait pas à sa recherche d'une manière convenable; car nous avons noté dans l'observation que l'on avait eu soin d'écarter le plus possible le bras du tronc, ayant présentes ces paroles d'Astley Cooper (page 80): « J'ai vu des chirurgiens engageant leurs doigts dans l'aisselle quand le bras était rapproché du tronc, affirmer qu'il n'y avait pas luxation, tandis qu'en élevant le coude la luxation de l'humérus devenait facile à reconnaître. »

Si la saillie axillaire de la tête humérale n'existait pas, il y avait par contre, une saillie sous-pectorale très facile à sentir. Cela, nous devons le dire, tenait à deux causes; non-seulement à la position même de la tête osseuse, mais encore à ce que le muscle grand pectoral n'avait, sur ce sujet, qu'une médiocre épaisseur, et que la maigreur générale était assez prononcée.

Dans la pensée que la luxation serait facile à réduire à raison de l'existence antérieure de plusieurs luxations scapulo-humérales chez le même sujet et du même côté, on employa un procédé appartenant à cette classe de méthodes qui a été désignée dans les notes d'Astley Cooper (page 102) sous le nom de méthode de réduction par mouvement de bascule. Mais ce procédé triomphe rarement d'une résistance énergique, et il ne fut employé ici qu'en raison de ce que l'observation a appris que chez les sujets à luxations faciles et répétées, la réduction est également facile. Ce qui fit particulièrement l'écueil du procédé employé ici, c'est que la tête de l'humérus était portée trop en dedans pour qu'il fût possible de la ramener sans une extension préalable et par le seul mouvement de bascule en regard de la cavité glénoïde. Qu'on nous permette de rappeler à cette occasion que l'essai de classification méthodique renfermé dans la traduction des œuvres d'Astley Cooper, et qui a depuis été adopté par plusieurs chirurgiens, est fondé sur le sens dans lequel est dirigée l'extension. L'extension, qui constitue, suivant nous, le caractère fondamental de chaque méthode. C'est sous ce rapport que les nombreux procédés pour la réduction des luxations de l'épaule ont été groupés sous les chefs suivants:

1° Méthode à extension dirigée en bas, comprenant le procédé ordinaire, le procédé du talon, celui de l'échelle, et celui extrêmement curieux dans lequel c'est le malade qui réduit

lui-même sa luxation. (*Voyez* pages 96 et 97 d'A. Cooper.)

2° Méthodes à extension dirigées perpendiculairement à l'axe du tronc, ou, pour abréger, méthodes à extension perpendiculaires, procédé d'A. Cooper, de Belleville, de Tremton, de Kirbey. (*Voyez* page 96 d'A. Cooper.)

3° Méthodes à extension dirigées en haut.

Voyez les procédés de White, de Henry Thomson, de Mothe et de M. Malgaigne, qui, par ses ingénieuses recherches, a ramené l'attention des chirurgiens de notre époque sur l'avantage de l'extension en haut. A. GOURAINCOURT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre. — Présidence de M. FERRUS, vice-président.

M. Guillon adresse une réclamation de priorité ; nous publierons sa lettre dans le prochain numéro.

— *M. Cornac* fait un rapport verbal sur le cinquième volume du Traité philosophique et expérimental de matière médicale du professeur Giacomini.

Il conclut à ce qu'une lettre de remerciements soit adressée à l'auteur, et à ce que son nom soit inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. A cette occasion, M. Cornac énumère les diverses nominations en masse faites par l'Académie pour ses correspondants, et exprime le vœu que cette distinction soit surtout accordée aux auteurs d'ouvrages analogues à celui de M. Giacomini.

M. Londe. Quelques propositions de M. Giacomini ne me semblent pas vraies d'une manière absolue. Ce médecin, par exemple, range le froid parmi les hyposthénisants ; mais qui ne sait que l'application du froid entraîne une réaction consécutive fort intense ? M. Bégin a fait à ce sujet, et sur lui-même, une expérience courageuse dont il a publié la relation. Il s'est baigné dans la Moselle au mois de janvier, et après avoir éprouvé tous les phénomènes du refroidissement, il vit survenir ceux d'une vive réaction.

M. Bousquet demande la parole pour une motion d'ordre, en s'appuyant sur l'usage de l'Académie, qui est de ne pas discuter les rapports verbaux.

Plusieurs membres font observer que sans discuter le rapport on peut prendre la parole à son occasion, et M. le président décide que la discussion peut continuer.

M. Martin-Solon. Je remercie M. Cornac d'avoir fait un rapport sur l'ouvrage de Giacomini. C'est aux médecins étrangers, et surtout aux médecins italiens, que l'on doit le retour des esprits vers la matière médicale. Rasori, surtout, a exercé la plus grande influence à cet égard en démontrant l'innocuité de l'émétique à haute dose. Cependant il ne faudrait pas tout accepter sans examen, et, par exemple, relativement à l'action du froid, l'opinion absolue de Giacomini est susceptible d'objections. Le froid, en effet, selon son degré, selon la durée de son application, et même selon le mode suivant lequel on l'administre, produit des effets différents sur l'organisme. Ce n'est absolument ni un hyposthénisant, ni un hypersthénisant ; c'est l'un et l'autre, selon les conditions de degré et de durée de son application. Quant à la proposition d'inscrire M. Giacomini parmi les candidats au grade de correspondant, je m'y associe de toutes mes forces. C'est honorer l'Académie que de lui associer des hommes de ce mérite.

M. Dupuy. On ne fait pas assez d'attention à l'influence du froid sur le sang. Plongez une patte de grenouille dans de la glace ; vous voyez les globules sanguins se coaguler. Si l'expérience se prolonge, la coagulation du sang gagne de proche en proche, et la mort arrive par cette seule cause. Chose singulière ! Cette même coagulation du sang se produit dans une circonstance bien différente, dans l'injection par les veines de la matière cérébrale. Un jour viendra où cette propriété de la coagulation du sang par la matière cérébrale sera mise à profit, et où l'on arrêtera toutes les hémorrhagies par ce moyen.

M. Delens. Il ne faut pas confondre la matière médicale avec la thérapeutique. En matière médicale, un médicament n'a qu'un seul mode d'agir, toujours identique. En thérapeutique, c'est autre chose, parce que vous n'agissez pas sur des individus, des maladies, des tempéraments, des conditions identiques. De sorte que l'on peut très bien, dans un ouvrage de matière médicale, donner à un agent des propriétés constantes et uniformes, sans qu'on en puisse rien conclure pour ses propriétés thérapeutiques.

M. Breschet. Je ferai avant tout un rappel au réglement. Un rapport verbal ne doit pas avoir de conclusions ; ce doit être une simple analyse sans appréciation, ni critique. Je propose donc qu'on passe outre sur les conclusions du rapport de M. Cornac. Notre collègue s'est livré, à propos des nominations de correspondants, à une critique *inconvenante*. (Réclamations.) Si, dans le temps, l'Académie a nommé un grand nombre de correspondants à la fois, si elle a fait, comme on le dit, des *fournées*, c'est qu'elle avait besoin de se constituer et de nommer sur tous les points du royaume des correspondants qu'elle n'avait pas encore. D'ailleurs, M. Cornac a confondu les devoirs de l'Académie envers les correspondants étrangers et nationaux. Pour les premiers, on conçoit qu'elle ne doive nommer que des hommes éminents, des célébrités européennes, des hommes de science dans toute l'acception du mot. Mais pour les correspondants nationaux, il y aurait impossibilité d'agir de la sorte ; et elle doit faire tomber son choix sur les hommes qui, dans les diverses localités, peuvent lui rendre les services qu'elle peut leur demander. Dans le premier cas, elle ne doit s'associer que des hommes de haute et de grande science ; dans le second, elle doit se borner à des hommes d'une science moins élevée, d'une petite science, mais pratique. (On rit.)

M. Cornac. Les observations de M. Breschet tombent tout à fait à faux. Je n'ai rien blâmé ; je me suis empressé de le dire, dans les décisions de l'Académie, je n'ai fait que les rappeler. Certes, si le réglement s'opposait à ce que je manifestasse le vœu qu'un homme aussi éminent que M. Giacomini devienne correspondant de l'Académie, à ce qu'on le remerciât de l'envoi de son ouvrage, je serais le premier à faire de l'opposition au réglement.

Les conclusions de M. Cornac ne sont pas mises aux voix.

— *M. Delens* expose que le ministre du commerce a invité l'Académie à nommer un de ses membres, ou à son défaut, un chimiste étranger à l'Académie, pour aller sur les lieux analyser les eaux d'Evaux (Creuse) ; que l'Académie a renvoyé cette demande à la commission des eaux minérales ; que cette commission n'a pu se réunir en nombre suffisant, mais que ses divers membres ont envoyé par écrit leur adhésion à la proposition faite de désigner pour ce voyage un chimiste étranger à l'Académie, et que ces adhésions constituant la majorité, il demande à lire son rapport devant l'Académie pour qu'elle statue sur les conclusions.

Une longue et très-confuse discussion suit cette communication. La proposition de M. Delens est rejetée, et l'Académie décide qu'elle ajourne à huitaine sa décision sur cette affaire.

— *M. Emery* en son nom et au nom de M. *Allard* et *Joly* fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Fave, sur la dysenterie.

Ce travail se compose de deux parties. Dans la première l'auteur expose quelques idées générales sur l'étiologie, la symptômatologie et l'anatomie pathologique de la dysenterie. Rien de neuf dans cette première partie.

C'est après avoir observé en Corse et en Afrique la dysenterie, et avoir été témoin du peu de succès des moyens antiphlogistiques, puis de l'ipécacuanha, de l'opium, des antiseptiques, des astringents, etc., et avoir médité sur les auteurs qui se sont longuement occupés de cette affection, tels que Sydenham, Stoll, Pringle, Helvétius, Zimmerman, Broussais, etc., que M. Fave se décida à essayer d'autres médications. Il arriva par des tâtonnements à employer un mélange de cinq substances dont quatre ont été administrées isolément dans la dysenterie, mais point réunies comme il l'a fait à une cinquième qui ne l'a jamais été. Voici la manière dont il les unit :

Écorce de chêne vert,	3 grammes.
Partie spongieuse de l'églantier,	1 gramme.
Scille en poudre,	19 centigrammes.
Vanille,	5 centigrammes.
Amidon,	7 décigrammes.

M. Fave administre de 3 à 5 grammes de cette composition deux fois par jour, que l'on prend avec les aliments, une le matin et l'autre le soir. Si elle est vomie on en diminue la quantité. Dès le début de la maladie on peut en faire usage et le malade peut continuer de vaquer à ses occupations. Une fièvre intense, de vives douleurs, des évacuations répétées ne sont point des contre-indications d'après M. Fave ; au contraire, il faut y recourir d'autant plus promptement que le cas est plus grave.

A l'appui de ce travail, M. Fave a joint d'abord dix-neuf observations, puis dix-sept autres qui lui ont été demandées par la commission qui avait trouvé les premières si extraordinaires et si incomplètes qu'elle ne se trouvait pas suffisamment éclairée. Dans tous ces cas, d'intensité variable, mais dont quelques-uns très graves, le succès a été constant. M. Fave fait suivre un régime uniforme à ses malades, de légers potages à la crême de pain, quelques œufs frais, de petits morceaux de sucre et de pain, peu de boisson, seulement un peu d'eau vineuse ou de l'eau très sucrée.

La dysenterie épidémique des pays chauds est une maladie si grave, elle fait tant de ravages dans notre armée d'Afrique que, suivant la commission, on ne saurait trop encourager ceux qui se livrent à des recherches sur le traitement qu'on doit lui opposer dans ses diverses périodes.

En conséquence, elle propose de déposer honorablement aux archives le mémoire de M. Fave, d'écrire à ce médecin pour l'encourager à continuer ses travaux, en l'invitant à faire connaître à l'Académie et ses succès et ses revers, et les résultats des autopsies des cadavres.

M. Nacquart. Je m'étonne que ce rapport ne contienne pas un peu plus de critique sur les faits et les opinions de l'auteur. On a peine à se rendre compte de l'effet que peut produire l'association étrange et presque monstrueuse de ces divers médicaments employés par M. Fave. Il eût été convenable de rechercher l'influence que cette préparation peut avoir sur la dysenterie. Enfin ce rapport ne me paraît pas suffisamment scientifique.

M. Emery. Sans doute que M. Nacquart aurait fait le rapport autrement et beaucoup mieux que je n'ai su le faire. Mais j'ai cru devoir me borner à exposer simplement les faits et les résultats d'un traitement que je n'ai pas expérimenté. Que voulez-vous que je dise à l'encontre d'un confrère qui vous apporte une masse considérable de faits ? je n'ai pas pour habitude, en thérapeutique, de rejeter ce que je ne comprends pas, car en ce cas les praticiens seraient sans armes dans l'immense majorité des circonstances. Comprenez-vous comment agit le quinquina ?

M. Desportes. La poudre employée par M. Fave est analogue à un remède employé par les Arabes, qui l'ont beaucoup préconisé sous le nom de poudre *alexipharmaque*. Il est certain que les Arabes arrêtaient les dysenteries les plus graves par ce moyen, et dans un rapport que j'ai fait il y a quelques mois sur ce sujet, j'exprimais le regret qu'il ne fût pas expérimenté de nouveau par les médecins de l'Algérie.

M. Dubois (d'Amiens) appuie la dernière conclusion, qui a pour but de demander des observations plus détaillées et plus scientifiques. Quelques-unes de ce mémoire porteraient à penser que l'auteur n'est pas médecin.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Willaume*, de Metz, membre correspondant, lit une observation relative à une déviation congénitale de la matrice chez une demoiselle de vingt ans. A la place où l'on devrait trouver l'utérus, on sent une tumeur dure, résistante, sans mobilité. Le toucher vaginal et rectal ne donne aucune sensation du col de la matrice ; cependant cette demoiselle est menstruée, et à l'époque des règles qui coulent pendant quinze jours, la tumeur augmente de volume, ce qui fait penser qu'elle s'emplit de sang menstruel qui coule par regorgement. Consulté si cette demoiselle pouvait se marier, M. Willaume a répondu négativement, non pas qu'il crût la conception absolument impossible, mais parce que l'accouchement naturel ne pourrait s'opérer.

M. Moreau. A l'époque des règles, a-t-on appliqué le spéculum pour voir d'où sortait le sang ?

M. Willaume. L'état des parties s'oppose à l'introduction du plus petit spéculum.

M. Velpeau. Ce fait est singulier et présente beaucoup d'obscurités. Ce serait, pour ainsi dire, une matrice à l'envers, car le col serait en haut. C'est fort étrange, surtout chez une jeune fille. Il me semble que le toucher rectal attentif aurait dû faire voir s'il y avait quelque chose qui eût la physionomie d'un col. On pourrait le voir mieux encore par le toucher vaginal, car le doigt peut aller en haut jusqu'à la symphyse du pubis. Peut-être a-t-on à faire là à une tumeur étrangère à la matrice. On a interdit le mariage à cette demoiselle, c'est peut-être pousser la prudence trop loin ; il est probable qu'une grossesse arrangerait tout cela.

M. Vuillame. Le fait est, il est vrai, plein d'obscurités ; aussi sommes-nous resté dans le doute.

— *M. Brazier* met sous les yeux de l'Académie un placenta bilobé.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 septembre 1843. — Présidence de M. SERRES.

M. Milne Edwards, en son nom et au nom de *M. Dumas*, lit une note sur la production de la cire chez les abeilles.

La production de la cire par les abeilles a depuis long-temps fixé l'attention des entomologistes, et a été l'objet des recherches nombreuses. L'abondance avec laquelle on rencontre une substance cireuse dans les plantes sur lesquelles les abeilles vont butiner chaque jour, a dû porter les observateurs à penser que la nature n'avait pas chargé ces insectes industrieux du soin de former eux-mêmes les matériaux propres à la construction de leurs gâteaux, mais qu'elle leur avait enseigné seulement à recueillir ces matières et à les mettre en œuvre. C'est là, en effet, l'opinion à laquelle se sont arrêtés Swammerdam, Maraldi et Reaumur. Ils pensaient que le pollen des fleurs rassemblé en pelottes dans les corbeilles de l'abeille était, pour ainsi dire, de la cire brute, et que pour l'élaborer l'ouvrière n'avait plus qu'à la pétrir avec quelque liquide fourni par ses propres organes, la salive, par exemple. Mais les recherches de Hunter nous ont appris que dans la production de la cire, l'insecte ne joue pas un rôle si simple ; car ce grand anatomiste a constaté que cette matière suinte des parois d'un certain nombre de poches glandulaires situées dans l'abdomen et s'y amasse sous la forme de lamelles. Ce premier résultat fut bientôt confirmé par Huber, mais ne suffit pas à ce profond et habile observateur. Poussé par l'esprit d'investigation, dont il a donné aux entomologistes un si bel exemple, Huber a cherché si la cire secrétée de la sorte par les abeilles préexistait dans leurs aliments, et ne faisait que traverser leur corps pour aller s'accumuler dans les poches cirières de leur abdomen, ou bien, si elle était créée par ces insectes et formée aux dépens des matières sucrées que ceux-ci vont puiser dans la corolle des fleurs. Dans la vue de résoudre cette question, il renferma des abeilles dans une ruche sans issue, et ne leur fournit pour toute nourriture que du miel ou du sucre ; ses ouvrières captives continuèrent néanmoins à construire des gâteaux, et il en conclut que les abeilles ont la faculté de transformer le sucre en cire.

Ce résultat, d'une grande importance pour l'entomologie, intéresse néanmoins vivement la physiologie générale, car il se lie d'une manière intime à une des questions les plus élevées de cette science ; la théorie de la nutrition des animaux. Aussi a-t-on dû en tenir compte dans une discussion récente, dont l'Académie a peut-être gardé les souvenirs et les observations de M. Gundlach, qui dernièrement a répété les expériences de Huber, mais qui a oublié d'indiquer le nom de son respectable guide, ont été cités par M. Liébig comme fournissant un des arguments les plus forts en faveur de l'opinion qu'il soutient. Mais les conclusions que le célèbre entomologiste de Genève et son émule de Cassel avaient tirées de leurs expériences n'étaient pas à l'abri de la critique ; la plupart des chimistes ne les avaient enregistrées qu'avec réserve, et il devenait surtout difficile d'y avoir une confiance entière depuis que l'on avait vu que tous les éléments reconnus par la pratique comme étant favorables à l'engraissement des bestiaux, renferment des quantités de matières grasses suffisantes pour expliquer leur efficacité, sans attribuer à l'animal qui s'en nourrit la faculté de produire de la graisse. Effectivement, pour légitimer les conclusions de Huber, il aurait fallu constater la quantité de graisse préexistante dans le corps des abeilles soumises au régime saccharin, la comparer à celle de la cire produite, et examiner ensuite si, durant le cours de l'expérience, les animaux avaient maigri ; car on sait que les sécrétions, en général, continuent pendant un certain temps, lors même que toute alimentation est interrompue et s'effectuent dans ce cas, aux dépens des matières préexistantes dans l'économie. La graisse déposée dans les diverses parties du corps est alors absorbée et paraît être employée comme le sont les aliments dans les conditions ordinaires. Or, ni Huber, ni M. Gundlach n'avaient tenu compte de ces circonstances, et par conséquent on devait se demander si dans les expériences de ces deux entomologistes, la cire secrétée était bien réellement créée aux dépens du suc dont leurs abeilles se nourrissaient, ou bien, si elle n'avait pas été recueillie préalablement sur les plantes et tenue en réserve dans l'intérieur du corps des insectes, ainsi que cela paraît avoir lieu pour la graisse qui s'accumule en si grande quantité autour des viscères de la plupart des larves, et qui disparaît ensuite dans la période d'abstinence pendant laquelle s'achève la métamorphose complète.

Dans l'espoir de lever ces difficultés, nous nous sommes réunis pour répéter la célèbre expérience de Huber, en la complétant autant que possible à l'aide des analyses chimiques dont cet observateur avait négligé le secours, et nous préservant ainsi des causes d'erreur que nous venons d'indiquer.

Après diverses tentatives infructueuses nous sommes parvenus à faire travailler nos abeilles retenues captives et soumises à un régime déterminé.

Notre première expérience fut défavorable à l'opinion de Huber. Un essaim logé dans une ruche neuve, fut placé dans un cabinet dont la fenêtre était garnie de toile métallique, et les abeilles furent nourries avec de la cassonade de sucre à discrétion. Après quelques jours de captivité, les ouvrières commencèrent à travailler et firent deux petits gâteaux, mais leur activité ne fut que de courte durée et il parut bientôt qu'il leur était impossible de continuer la production de la cire, bien qu'elles n'en eussent fourni qu'une quantité très limitée. En effet, les deux gâteaux ne pesaient que 4 gr. 284, et n'ont donné que 3 gr. 5 de cire pure. Or, les abeilles qui avaient concouru à leur production étaient au nombre de 5615 ; chaque ouvrière n'avait donc fourni, terme moyen, qu'environ un demi-milligramme de cire, et l'analyse d'un certain nombre de ces insectes, faite avant le commencement de l'expérience, nous avait appris que le corps de chacun d'eux devait contenir environ deux milligrammes de matières grasses toutes formées.

Ainsi sous l'influence du régime de sucre, nos abeilles ne donnèrent que des quantités de cire fort restreintes, et les causes d'erreur inévitables dans des recherches de ce genre étant plus considérables que les effets que nous aurions eu à mesurer, il nous a paru inutile d'examiner si la matière grasse obtenue avait été produite ou non durant le cours de cette expérience ; nous avons préféré la recommencer, en nous plaçant dans des conditions de régime plus favorables, c'est-à-dire en nourrissant les abeilles avec du miel et en tenant compte, bien entendu, de la petite quantité de cire contenue dans cette substance alimentaire.

Quatre essaims furent placés dans des ruches vitrées en communication avec autant de caisses disposées de façon à rendre facile l'introduction du miel et de l'eau destinés à la nourriture de nos abeilles. Trois de ces essaims n'ont fourni aucune parcelle de cire bien que le régime auquel on les soumettait parût leur procurer une alimentation suffisante, mais la quatrième ruche nous donna des résultats différents.

L'essaim, sujet de cette expérience, avait construit plusieurs gâteaux dans son ancienne ruche ; mais était très faible, ne se composant que de 2005 ouvrières. Le 7 juillet nous le séquestrâmes, après avoir prélevé 117 individus destinés à être analysés, afin de nous éclairer sur la quantité de matière grasse déjà existante dans le corps de ces insectes.

Ces 117 abeilles pesaient 10 gr. 218, ce qui revenait à 0 gr. 087 pour poids moyen de chaque individu. Après les avoir desséchées pendant vingt-quatre heures au bain-marie, on les a broyées dans un mortier et traitées par de l'acide hydro-chlorique étendu d'eau ; on filtra et on continua le lavage jusqu'à ce que l'eau n'enlevât plus rien ; puis les abeilles et le filtre qui les retenait furent lavés avec de l'alcool froid jusqu'à ce que la liqueur restât incolore. Le résidu de cette liqueur alcoolique filtrée et évaporée au bain-marie, fut traitée par l'éther bouillant pour extraire la matière grasse qui s'y était dissoute. Enfin on termina le traitement en faisant bouillir à plusieurs reprises les abeilles avec de l'éther, et la matière grasse obtenue par l'évaporation de cette menstrue fut réunie à celle extraite précédemment du résidu alcoolique. Les abeilles ainsi épuisées ne cédèrent rien lorsqu'on les soumit ensuite à l'action de l'huile de naphte, et on s'assura qu'il n'existait pas de matières grasses dans la liqueur de couleur rouge brun provenant du premier traitement de ces corps par l'acide hydro-chlorique. Il est aussi à noter que la dissolution éthérée a été évaporée à une très basse température.

En opérant de la sorte nous obtînmes 0 gr. 122 de matière soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther et 0 gr. 208 de matière grasse.

Chaque abeille nous fournit donc terme moyen 0 gr. 0018 de matières grasses, et en appliquant cette donnée à l'évaporation de ces mêmes matières existant dans le corps des 1988 ouvrières restant dans la ruche, on voit que la quantité totale de matières grasses que possédait notre essaim captif ne devait guère s'élever au-dessus de 3 gr. 218.

Le miel destiné à l'alimentation de nos abeilles fut également analysé et nous fournit en poids 8/10000 de matière cireuse. Pendant les premiers dix jours de l'expérience nous introduisîmes dans notre ruche 411 gr. 779 de cette substance alimentaire et par conséquent nous donnâmes à nos ouvrières 0 gr. 329 de matières grasses mêlées à des principes sucrés.

Peu de temps après leur réclusion, nos abeilles commencèrent à travailler, et le 18 juillet, c'est-à-dire le onzième jour de l'expérience, nous retirâmes de la ruche trois gâteaux dont le poids brut s'éleva à

17 grammes environ et dont toutes les cellules renfermaient des œufs ou des larves. Les jours suivants nos abeilles donnèrent des signes d'une grande agitation, changèrent souvent de place et ne commencèrent aucune construction nouvelle, mais cette interruption dans leurs travaux ne paraissait pas dépendre du manque de matériaux pour leur bâtisse, car il tomba de l'abdomen de nos ouvrières un nombre considérable de lamelles de cire, que nous eûmes soin de ramasser et de réunir aux gâteaux précédemment obtenus. L'expérience fut continuée jusqu'au 8 août, et, durant cette seconde période, nos abeilles commencèrent 423 gr. 110 de miel ; un grand nombre périrent, et à la fin elles cessèrent de se réunir en groupes, comme elles le font toujours quand elles veulent construire des gâteaux.

Pour déterminer la quantité réelle de matières cireuses contenues tant dans les gâteaux que dans le corps des larves, et dans les lamelles répandues sur le fond de la ruche, on dessécha d'abord les larves au bain marie, puis on traita le tout à trois reprises différentes par l'eau bouillante, afin de dissoudre la matière sucrée et quelques autres substances étrangères.

La masse ainsi purifiée fut soumise à l'action de l'alcool froid, qui laissa, par évaporation au bain-marie, un résidu pesant 0 gr. 864, et paraissant être identique avec la matière grasse extraite précédemment des abeilles. Enfin le résidu, qui avait résisté à l'action de l'alcool, fut traité par l'huile de naphte bouillante, et ce liquide, évaporé d'abord au bain-marie et ensuite au bain d'huile à 140 d. cent., laissa 11 gr. 450 de cire pure.

Le poids total de cire fournie par nos abeilles était donc de 11 gr. 515 ; ce qui, divisé par le nombre des ouvrières, donne, terme moyen pour le produit de chaque individu, 0 gr. 0064. Cette quantité est, comme on le voit, bien supérieure à celle des matières grasses préexistantes dans l'économie de nos insectes au début de l'expérience ou introduite dans leurs corps avec le miel dont nous les avions nourris. Mais pour rendre nos résultats plus nets, il fallait chercher encore la quantité de graisse qui pouvait rester dans l'intérieur de nos ouvrières après qu'elles avaient fourni la cire dont il vient d'être question. Quelques jours après la cessation des travaux, nous retirâmes donc de la ruche 105 abeilles neutres, afin d'en faire l'analyse. Loin d'avoir souffert du régime auquel nous les avions soumises, elles étaient en très bon état et semblaient avoir engraissé, car elles pesaient 13 gr. 418 ; ce qui fait pour chaque individu 0 gr. 1277, tandis qu'avant l'expérience le poids de chaque abeille n'était, terme moyen, que de 0 gr. 087. Il était facile d'apercevoir la cire accumulée dans les poches sous-abdominales, et les huit plaques que nous retirâmes chez un individu pesèrent 0 gr. 0015. Enfin le corps de ces abeilles, après avoir été desséché au bain-marie, fut traité de la même manière que dans la première analyse, et on en obtint 0 gr. 442 de matières grasses ; ce qui revient à 0 gr. 0042 par individu.

En rapprochant les chiffres que nous venons d'indiquer, on voit que la quantité de matières grasses préexistantes dans l'économie au commencement de l'expérience, est tout à fait insuffisante pour expliquer la production de cire que nous venons de constater.

En effet :

La matière grasse préexistante dans le corps de chaque abeille a été évaluée à 0 gr. 0018.

Celle fournie à chaque ouvrière durant tout le cours de l'expérience ne dépassait pas 0 gr. 00038.

La quantité totale de matières grasses, dont l'origine pouvait être attribuée à des sources étrangères, n'allait donc pas pour chaque abeille à 0 gr. 0022.

Or, pendant l'expérience, chaque ouvrière a produit de la cire dans la proportion de 0 gr. 0064.

Et après avoir fourni cette sécrétion abondante, chaque abeille contenait dans l'intérieur de son corps, tant en cire qu'en graisse ordinaire, 0 gr. 0042. Total, 0106.

La production de la cire constitue donc une véritable sécrétion animale ; et à cet égard, l'opinion des anciens naturalistes et de quelques chimistes modernes, au nombre desquels l'un de nous avait cru devoir se ranger, doit être rejetée. La belle observation de Huber sur la conversion du sucre en cire, se trouve au contraire confirmée, et nous nous estimons heureux d'avoir été les premiers à faire disparaître les doutes qui nous empêchèrent d'adopter les résultats de cet habile expérimentateur, et les conséquences qui en découlent. Au moment où la chimie pénètre de plus en plus dans le domaine de la physiologie, toutes les opinions doivent être soumises à l'épreuve de la balance, qui saura démêler la vérité de l'erreur, et qui nous apprendra dans quels cas il y a simple passage des matières alimentaires dans les humeurs, dans quels cas ces produits au contraire se modifient, ou se transforment sous l'influence de l'organisme.

Il est assez probable que certaines matières grasses d'une nature spéciale, telles que la cholestérine, prennent naissance par des actions analogues à celles qui déterminent la formation de la cire ; mais cette question, comme celle dont nous venons de nous occuper, ne peut être décidée que par l'expérience.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires, 54e volume.

Le Conseil de santé poursuit le cours de ses publications. La partie chirurgicale du 54e volume des Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires, spécialement rédigés par M. Marchal (de Calvi), renferme des travaux et des faits intéressants dont nous allons présenter le résumé succinct. Nous dirons un mot aussi de la partie chimique.

1° *Epidémie de pourriture d'hôpital;* par M. Chambolle, chirurgien principal.

Cette épidémie a été observée à l'hôpital militaire de Dunkerque, dont l'auteur était alors chirurgien en chef. Elle est pour cause manifeste la mise à nu d'un fossé plein d'une eau croupie et fétide, sur la place même de l'hôpital. M. Chambolle se loue beaucoup de la solution de chlorure de sodium en topique.

2° *Fracture comminutive et compliquée du tarse gauche, suite de chute ; amputation ; pourriture d'hôpital ; guérison ;* par le même.

Le chirurgien eut à se reprocher et se reproche avec franchise, de n'avoir pas amputé immédiatement. Il peint avec vérité les incertitudes anxieuses d'un praticien partagé entre la crainte de perdre son malade, s'il essaie de lui conserver un membre blessé, et le désir de ne pas le mutiler. M. Chambolle a suivi le procédé de Béclard pour la section du tibia ; mais il y renonce pour l'avenir, et voici la raison qu'il en donne : la section oblique augmente la durée de l'opération ; ensuite, tandis que, dans la section verticale, l'os est coupé au niveau des chairs, la section oblique laisse l'os coupé nécessairement plus long de toute la portion qui se trouve au-dessous du point où elle a commencé.

3° *Plaie d'arme à feu à la face, avec fracture de l'os maxillaire inférieur, lésion de la langue, et destruction partielle du nez, de la voûte palatine, et du bord alvéolaire supérieur;* par le même.

Cette observation se recommande par un accident consécutif assez curieux, l'adhésion de la langue, qui avait été intéressée par le projectile, au plancher de la bouche (ankyloglosse). Il fallut pratiquer une opération délicate et laborieuse pour détacher la langue. Il va sans dire que le plancher de la bouche avait été lui-même intéressé, et même l'adhérence s'établit, parce que le malade se servait de sa langue pour fermer l'ouverture que la balle y avait faite. Le malade n'ayant pas permis à l'opérateur de terminer la dissection, M. Chambolle acheva de détruire des brides au moyen d'une plaque de plomb agissant par pression.

4° *Observations d'hémorrhagies veineuses suivies de mort ;* par M. Fortuner, chirurgien-major.

Les deux faits publiés sous ce titre sont pleins d'intérêt. Le premier est un exemple de perforation spontanée de la veine cave inférieure, par suite d'atrophie. Sur les côtés de la perforation, les parois veineuses n'offraient aucune espèce d'altération. Le sujet avait éprouvé quelques coliques le soir, et succomba dans la nuit quand on le croyait mieux. La mort avait eu lieu sans effort, et probablement par syncope. Dans le second cas, c'est une blessure de la veine fémorale qui détermina la mort peu d'instants après l'accident. Il est nécessaire d'ajouter que le blessé, aussitôt après avoir reçu le coup, se mit à poursuivre son adversaire, ce qui hâta l'hémorrhagie. M. Fortuner rapporte incidemment un fait de blessure de la veine fémorale, suivie de l'engorgement sous-cutané du membre ; on crut à un anévrysme diffus, et on lia l'artère fémorale.

5° *Observation d'œdème éléphantiasique de la main et de l'avant-bras, traité et guéri par l'usage interne du sous-carbonate de potasse, aidé à l'intérieur par la compression méthodique ;* par par M. Philippe, chirurgien-major.

M. Philippe suppose que l'engorgement était dû à des productions fibro-albumineuses ayant oblitéré les principales veines du membre, et il a administré l'alcali pour détruire ces productions. On trouvera singulier qu'une aussi petite dose de sous-carbonate de potasse (2 déc. par jour dans une potion) ait suffi pour dissiper un engorgement considérable et opiniâtre. Le fait n'existe pas moins ; et tel qu'il est, il servira à faire imiter la conduite de M. Philippe dans un cas analogue, quitte à n'obtenir peut-être qu'un résultat négatif.

6° *Observation de fracture comminutive de la jambe ; amputation de la cuisse; accidents graves survenus après la cicatrisation complète du moignon; guérison ;* par M. Deleau, chirurgien major.

Ce sont les accidents survenus après la cicatrisation du moignon qui rendent cette observation intéressante. A deux reprises le membre se distendit tout à coup, comme si une artère s'était subitement ouverte dans l'épaisseur du membre. Une fois même une hémorrhagie très abondante eut lieu, et jeta le malade dans le plus profond affaiblissement. On fut sur le point de lier l'artère fémorale. Le malade survécut à de si rudes accidents. On ne peut guère attribuer ces derniers qu'à l'ulcération d'un vaisseau. L'auteur suppose qu'il y a eu érosion des vaisseaux du périoste, celui-ci ayant été enflammé.

7° *Observation d'artérite obturante suivie de gangrène;* par M. Pingrenon, chirurgien-major.

Une ulcération du gros intestin, chez un homme affecté de dysenterie, enflamma par contiguïté l'artère iliaque externe, donna lieu à la formation d'un caillot qui interrompit la circulation, et la gangrène de toute l'extrémité inférieure correspondante s'ensuivit. Il suffit de cette courte indication pour donner une idée de l'intérêt de l'observation au point de vue pathogénique et anatomo-pathologique.

8° *Observation d'hydrocèle ayant pour enveloppe un ancien sac herniaire resté en communication avec la cavité du péritoine ;* par M. Fropo, chirurgien sous-aide-major.

Cette observation a été recueillie dans le service de M. Murville, chirurgien en chef de l'hôpital d'instruction de Lille. La tumeur fut ouverte et vidée ; on y trouva une portion d'épiploon ayant l'aspect d'un amas d'hydatides. On préféra l'incision à l'injection, vu la communication du sac avec la séreuse abdominale. On mit une mèche dans le sac, qui suppura, puis s'oblitéra.

9° *Observation d'abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque droite ouvert dans le péritoine;* par M. Laveran, professeur.

Il est remarquable que l'abcès iliaque avait été ouvert à l'extérieur par le bistouri, lorsqu'il se fit jour lui-même à l'intérieur. Une péritonite mortelle fut la suite presque inévitable du passage du pus dans le ventre.

La partie chirurgicale de ce volume contient, en outre, le travail de M. Debeney, chirurgien aide-major, sur l'emploi du nitrate d'argent à haute dose en injection dans la blennorrhagie ; mais nous avons déjà plusieurs fois parlé de ce Mémoire. Ajoutons seulement que l'auteur vient de le publier sous forme de brochure. (1)

— Passons à la partie chimique ; elle comprend un seul travail :

Mémoire sur la solubilité des sels dans l'eau ; par M. Poggiale, pharmacien-major, professeur.

Les recherches qui avaient été faites sur cette partie de la science étaient peu nombreuses. L'importance du sujet n'est cependant point douteuse. L'action des sels solubles les uns sur les autres, la loi de Berthollet sur leur décomposition mutuelle, l'analyse d'un mélange de ces composés, conséquemment celle des eaux minérales, reposent sur la connaissance exacte de la solubilité des sels. MM. Gay-Lussac et Thénard avaient senti l'insuffisance des travaux existans sur ce point de chimie, et exprimé le désir de voir entreprendre de nouvelles recherches. M. Poggiale, dans ses expériences, s'est entouré des plus minutieuses précautions. La dissolution des sels a été faite à chaud ; on laissait ensuite refroidir le liquide jusqu'au degré voulu. L'auteur a expérimenté de 10 en 10 degrés sur une échelle de 0 à 100. Il a opéré sur 25 sels environ ; chaque moyenne est fondée sur trois expériences au moins. M. Poggiale annonce une seconde série d'expériences sur de nouveaux sels, et terminera par la déduction de quelques règles ou considérations générales. Ces recherches ne pourront manquer de fixer l'attention des chimistes.

Il existait au 1er janvier 1815, 82,748 enfants trouvés dans les diverses maisons consacrées à ces petits malheureux, chiffre qui s'est élevé successivement à 101,858 au commencement de 1820 ; 119,389 en 1825 ; 118,485 en 1830 ; 127,677 en 1832. Au 1er janvier 1841, il était de 97.730, et de 98,247 au 31 décembre de la même année.

Cette réduction est le résultat de mesures ministérielles qui ont amené ou provoqué la fermeture d'un certain nombre de tours.

Les deux départements qui comptent le plus d'enfants trouvés, sont la Seine (11,395 en 1815 ; 14,173 en 1841), et le Rhône (5,020 en 1815 ; 10,054 en 1841).

Au 1er janvier 1833, il existait dans les divers hôpitaux et hospices, 99,262 individus ; au 1er janvier 1838, 94,716 ; au 1er janvier 1841, 106 936.

Durant cette période de neuf ans, il a été admis 3,553,460 malades. Ces admissions ont été, en nombre ronds, de 450,000 en 1836 ; de 452,000 en 1837 ; de 484.000 en 1838 ; de 497,000 en 1839 ; de 531,000 en 1840 ; de 567,000 en 1841.

Un accroissement de 26 0/0 en six ans, c'est beaucoup. La progression sur la mortalité a été encore plus considérable ; elle a dépassé 40 0/0. Le chiffre des décès, après avoir été de 36,318 en 1836, s'est élevé jusqu'à 45,332 en 1840, jusqu'à 51,099 en 1841.

Les divers hôpitaux et hospices du département de la Seine renfermaient au 1er janvier 1833, 13737 individus. Au 31 décembre 1841, 15,583. Les admissions ont été de 79,492 dans le courant de 1833. Ce chiffre, après être descendu à 65 et 68,000 dans les années suivantes et arrivé à 76,600 en 1839, a dépassé 81,800 en 1840 ; il a atteint 105,087 en 1841.

Le total des décès pendant ces neuf années a été de 72,867 (7,092 en 1834 ; 8,940 en 1840 ; 9,180 en 1841). Ainsi, d'après le mouvement qu'accuse cette dernière année, le dixième de la population parisienne entre à l'hôpital dans le cours de douze mois, et le rapport entre le nombre de des habitants de la capitale et ceux qui expirent dans ces tristes demeures est de comme 12,000 à 92.

(1) In-8° de 40 pages. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 113. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 SEPTEMBRE 1843.

Réponse du Conseil général des hôpitaux aux observations de la Commission médicale.

Aux réclamations si mesurées, si légitimes de la Commission médicale, qu'a répondu le Conseil des hôpitaux? Par l'organe d'une Commission composée de MM. Orfila, comte Hor Lepelletier d'Aunay, et vicomte de Mortemart, rapporteur, le Conseil s'est plaint d'abord de la trop grande étendue du Rapport qui semble fait, dit-il, moins pour le Conseil que pour le public. Le Conseil doit être aujourd'hui rassuré à cet égard; la Commission médicale n'a donné, et selon nous à tort, qu'une publicité fort restreinte à son Rapport, dont un exemplaire a été livré aux seuls médecins et chirurgiens des hôpitaux. Il est incroyable, d'ailleurs, que le Conseil cherche à imposer des limites à l'étendue du Rapport de la Commission. Pour arriver à ce résultat, il aurait mieux à faire que de lui adresser une censure peu convenable; ce serait de détruire les abus, d'opérer les changements et les modifications que la Commission médicale demande, qui n'ont d'autre but que l'amélioration du sort des malades.

Dans le préliminaire de sa réponse, le Conseil fait constamment une pétition de principe; il s'effraie de l'effet que produiront sur le public les révélations des médecins dont les plaintes, par cela même qu'elles émanent de personnes tous les jours en contact avec ceux qui souffrent, doivent émouvoir encore davantage. Ce n'est pas au public que la Commission s'adresse, c'est au Conseil des hôpitaux, et cela par le droit dont elle a été investie par le réglement de 1830. Il est donc d'une charité intelligente, dit le Conseil, de parler aux malheureux de ce qu'on fait pour eux, au lieu de leur parler de ce qu'on ne fait pas. Aux malheureux, oui; mais, encore une fois, ce n'est pas à eux qu'on parle, mais à ceux qui peuvent réaliser le bien qu'on ne leur fait pas. Cette charité est plus intelligente encore. Mais, laissons de côté cette sorte de préface qui ne renferme que des insinuations sans fondement, des accusations sans preuve et de pures assertions dénuées de toute espèce de développement. Nos lecteurs ont eu sous les yeux les réclamations des médecins; ils ont pu juger s'ils ont outrepassé leur devoir en s'occupant des conditions médicales et hygiéniques dans lesquelles se trouvent dans ce moment les établissements hospitaliers de la capitale. C'est cependant le grand reproche que leur adresse annuellement le Conseil des hospices. Vous faites de l'administration, leur dit-il, cela ne vous regarde pas, c'est notre tâche et non la vôtre, etc. On est vraiment affligé de voir que ce langage soit tenu par une commission dans laquelle siégeait un médecin. Mais qu'importent après tout des récriminations stériles, si le bien s'opère et si les réclamations des médecins obtiennent satisfaction. Or, en suivant avec attention la réponse du Conseil à la Commission médicale, on voit que ces réclamations étaient si bien fondées, que presque à chaque article le Conseil répond: Ce que vous demandez se fait ou va se faire. C'est ainsi que pour le vin, le lait, le bouillon, le chauffage, la lingerie, la buanderie, les eaux minérales, des modifications importantes vont être entreprises ou sont en voie d'exécution. Pour l'*Hôtel-Dieu*, le Conseil reconnaît la justesse des observations de la Commission; il appuie la demande du crédit pour l'eau filtrée; il déplore l'état des communications établies entre les divers bâtiments de cet hôpital; mais que faire, dit-il, contre l'impossibilité?

Les réparations demandées pour *Saint-Antoine* sont faites ou vont se faire.

L'état déplorable des bains à la *Charité* va être immédiatement changé. Un second amphithéâtre va être construit. Le bandagiste sera invité à plus d'exactitude.

Pour la *Maison royale de Santé*, le rapporteur du Conseil nie que les malades n'y trouvent pas tous les soins que leur état réclame. Il assure les avoir interrogés, et qu'il n'a recueilli partout que des éloges. Nous nous réunissons à la Commission médicale, dont les observations sur cet établissement sont fort exactes. Il n'est pas de praticien de la ville qui n'ait reçu à cet égard, de la part des malades qu'il a adressés à cette maison, de vives réclamations sur le régime alimentaire et sur les gens de service. Il est incontestable que la réputation de cette maison, qui a été fort grande pendant long-temps, a prodigieusement baissé aujourd'hui. A l'observation de la Commission médicale sur le déficit annuel des recettes sur les dépenses, la Commission du Conseil répond, qu'on nous passe l'expression, par une escobarderie: Preuve, dit-elle, que l'administration ne fait pas une spéculation. Nous dirons, nous, avec tous les hommes de bon sens: Preuve que le public vous abandonne, que votre maison est mal administrée, et que les malades n'y trouvent pas les avantages qu'ils ont droit d'y trouver.

Du reste, sur cette maison encore, le Conseil reconnaît la justesse des observations de la Commission sur l'état des bains, et avise aux moyens d'y faire droit.

Mêmes observations sur la maison des *Enfants malades*. Tout ce que la Commission médicale a demandé, s'exécute; constructions nouvelles, couchettes en fer, infirmier pour la salle des morts, aliments gras continuels.

Ainsi pour *Lourcine*.

A *Beaujon*, le ventouseur demandé y existe aujourd'hui, ainsi que les instruments pour l'extraction des dents et plusieurs fers à cautères. Les rideaux de lit de rechange ont été accordés; le logement des élèves sera assaini et augmenté.

A la *Salpêtrière*, les réclamations sur le coucher ont été trouvées très fondées, et un crédit considérable a été voté pour son amélioration. Mêmes observations pour *Bicêtre*, et mêmes promesses du Conseil pour améliorer ce vaste établissement.

En définitive, sur presque tous les points, les réclamations contenues dans le Rapport des médecins, de ce rapport qu'on trouvait trop étendu, qui s'immisçait dans des affaires qui ne sont pas de leur compétence, on a si bien reconnu leur justesse, qu'on promet d'y faire droit. Qu'importe qu'on n'obtienne, de bonne grâce ou non, les améliorations demandées; qu'importe que le Conseil s'en attribue l'initiative, alors qu'il est évident qu'il ne cède qu'aux réclamations réitérées de la Commission médicale? Car, il faut le remarquer, à la plupart des demandes adressées par les médecins, le Conseil répond: Nous n'avions pas besoin de vos avis, car nous étions en train de faire ce que vous demandez. Oui, mais depuis douze ans la Commission médicale répète annuellement ses mêmes doléances, et ce que le Conseil répond à la Commission de cette année sur les améliorations faites ou en train d'exécution, est évidemment le fruit des Rapports des précédentes Commissions.

La réponse relative aux *réclamations quinquennales* est absolument la reproduction de ce qui avait été dit l'année précédente. Pas un argument nouveau n'ayant été produit, la réfutation de la commission médicale reste dans toute sa force. Quant à la présence des médecins aux séances du Conseil, le Conseil déclare « qu'il ne verrait ni utilité ni convenance à admettre dans son sein et à faire participer à ses discussions des personnes que certes il se trouverait honoré de compter individuellement parmi ses membres, mais qui pour le moment n'en feraient pas partie. La hiérarchie ne peut disparaître, et il y aurait inconvenance à voir s'engager des discussions entre personnes dont la position dans l'administration n'est pas la même ». A cette tirade toute parfumée d'aristocratie, à cette réponse talon-rouge, qui sied si bien à M. Orfila, nous opposerons au Conseil, pour la commission médicale, ce que Guy-Patin opposait déjà aux administrateurs des hôpitaux de son temps, et nous dirons comme lui, aux médecins de notre époque: « En tant que marchands, ils sont vos » inférieurs; en tant qu'administrateurs de l'hôpital, ils ne » sont que vos compagnons, vu que vous êtes l'administrateur » de la santé des malades et eux de leur bourse et de l'éco» nomie de la maison, ce qui est bien au-dessous de la mé» cine. »

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Sage-femme prévenue de provocation à l'avortement.* (Cour d'assises de la Seine.)

La Cour d'assises s'est occupée dernièrement d'une grave affaire d'avortement. La femme Pariel, sage-femme, était accusée d'avoir provoqué et amené l'avortement de plusieurs jeunes filles, dont une a succombé aux douloureuses opérations pratiquées sur sa personne. Une seconde accusée venait s'asseoir à ses côtés; c'était la fille Pierre, à peine âgée de dix-sept ans, et portant encore sur sa figure les traces des souffrances par elle endurées.

Les débats de cette affaire ont eu lieu à huis-clos.

Sur la déclaration du jury, qui a admis des circonstances atténuantes en faveur de ces deux inculpées, la femme Pariel a été condamnée à quatre ans d'emprisonnement, et la fille Pierre à deux ans de la même peine.

II. *Meurtre. — Hallucinations. — Tentative de suicide.* (Cour d'assises de l'Oise.)

Louis-Alexandre Delaunay habitait la commune de Liancourt. Il vivait en mauvaise intelligence avec sa femme; son caractère et ses menaces obligèrent même celle-ci à quitter le domicile conjugal. La mère de Delaunay avait épousé en secondes noces le nommé Tourtier. Delaunay avait vu cette union avec déplaisir, et, quoique dix années se fussent écoulées, il paraissait avoir conservé une sorte de ressentiment contre son beau-père Delaunay prétendait, d'ailleurs, avoir remarqué entre lui et sa femme des familiarités qui lui déplaisaient, et dont rien cependant n'est venu constater la réalité.

Dans la soirée du 19 juillet dernier, Delaunay vint trouver son beau-père, avec lequel il prit du vin chaud. Vers les dix heures, Tourtier était occupé à fermer sa boutique; Delaunay mangeait et tenait un couteau à la main. Tout à coup la femme Tourtier voit son mari porter les deux mains sur son ventre, et fuir dans la rue.

A peu de distance, le malheureux Tourtier est trouvé étendu sans connaissance, la main placée sur une profonde blessure qui intéresse les viscères de l'abdomen. On le relève, et un quart d'heure s'est à peine écoulé qu'il rend le dernier soupir. Tourtier n'avait pas pu proférer une seule parole. C'est à la porte du docteur Faldezey que ses forces l'avaient abandonné, et qu'il était tombé. On suppose que, par un mouvement instinctif, se sentant blessé, il aurait voulu aller réclamer les secours d'un homme de l'art. L'autopsie a fait reconnaître que la blessure avait été produite avec un instrument piquant et tranchant, tel qu'un couteau, et que le meurtrier avait dû employer une grande force en frappant sa victime avec l'instrument dont il était armé.

Cependant Delaunay avait disparu. Le lendemain matin, on le vit errer dans les champs; il disait qu'il avait mérité la mort, et manifestait des intentions de suicide. Il déclarait que Tourtier avait dû mourir instantanément sur le coup qu'il lui avait porté, et il faisait entendre des regrets de ne pas avoir poussé sa vengeance plus loin.

C'est en raison de ces faits que Delaunay a comparu devant le jury, auquel la défense l'a présenté comme ayant été en proie à des hallucinations lors de la perpétration du crime. Les dépositions faites par les quelques témoins suivants suffiront sans doute pour mettre nos lecteurs à même de prononcer sur l'existence réelle ou supposée d'un état d'aliénation chez le sujet dont il est question ici.

M. Casovielle, médecin. Je connais Delaunay, souvent il m'a consulté. Il n'était pas en démence, mais l'usage des liqueurs fortes l'abrutissait. Je lui ai conseillé de boire de l'eau, et il s'en est bien trouvé. Il avait des moments où il était poursuivi, disait-il, par la crainte d'être assassiné.

La femme Boissart. Il y a environ trois mois, vers trois heures du matin, Delaunay est arrivé chez moi en disant qu'il venait se cacher parce qu'il était poursuivi par un gendarme déguisé. Il ne voulait pas me laisser allumer une chandelle dans la crainte d'être aperçu. Il me disait que sa femme avait mis de la poudre blanche dans le pot pour l'empoisonner.

Evrard. Un jour, Delaunay a voulu me visiter parce que, disait-il, j'avais des pistolets pour le tuer.

Basset. Il y a environ trois semaines, vers dix heures du soir, j'ai rencontré Delaunay courant dans la rue. Je l'ai reconduit chez lui; il disait qu'on voulait le tuer. Au même moment, il lança une bouteille à la tête de l'un de mes camarades, croyant, disait-il, apercevoir la tête d'un homme caché pour le tuer. Un autre jour, il s'arma d'un sabre pour en frapper un assassin.

M. Joly, médecin. Aussitôt l'arrestation de Delaunay, je l'ai visité; il m'a paru ne pas jouir alors de toutes ses facultés intellectuelles. Il était préoccupé de la peine qui le menaçait; il demandait s'il serait guillotiné. La première nuit de son emprisonnement, il s'est, à l'aide de son sabot, enfoncé un long clou dans le crâne. Il a fallu qu'il brisât la boîte osseuse. Ce clou a pénétré de 7 à 8 centimètres dans le cerveau, et je n'ai pu l'arracher qu'avec des tenailles. Il n'a été que quelques jours malade, et c'est un cas bien extraordinaire en pathologie.

Après le ministère public, qui a soutenu l'accusation malgré ces divers témoignages tendant à faire admettre comme chose réelle l'état d'aliénation de l'accusé, l'avocat de Delaunay a présenté sa défense en ces termes:

« De toutes les causes soumises jusqu'alors à votre appréciation, messieurs, celle qui nous occupe en ce moment est évidemment la plus délicate et la plus difficile. Vous n'avez pas seulement à rechercher s'il y a un meurtre, et quel en est l'auteur, mais encore si une volonté libre a présidé à l'action. Vous aurez à décider si l'accusé possédait toutes ses facultés intellectuelles au jour du crime, si sa raison était dans toute son intégrité, s'il avait la conscience du mal qu'il faisait, questions graves et sérieuses, de la solution desquelles dépend l'honneur et l'avenir de l'accusé. »

L'avocat pose d'abord les principes de la loi criminelle, et soutient, avec l'art. 64 du Code pénal, que l'altération partielle des facultés intellectuelles suffit pour écarter la culpabilité; et, en fait, il démontre que Delaunay est sujet à des hallucinations, et que, dans ces moments, il est sous l'empire d'une crainte qui trouble sa raison. « C'est dans une maison de santé, dit-il, qu'il faut renfermer l'accusé. »

Delaunay, déclaré coupable avec des circonstances atténuantes, a été condamné à six ans de réclusion sans exposition.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Médecin prévenu d'escroquerie et de manœuvres frauduleuses, à l'occasion d'une somme d'argent qui lui a été remise spontanément.* (Cour de Cassation).

Le sieur Alary, médecin, qui, dans la ville qu'il habite, passait à tort pour exercer de l'influence sur les décisions du conseil de révision, dont il ne faisait pas partie, reçut du sieur Cassy la promesse d'une somme de quatre cents francs si son fils était exempté du service militaire. Cassy fils fut exempté à raison d'une grave infirmité, et le médecin reçut les quatre cents francs.

Le ministère public poursuivit le sieur Alary en police correctionnelle: mais le tribunal de Narbonne, en première instance, et, sur l'appel, celui de Carcassonne, refusèrent de voir, dans les faits qui viennent d'être résumés, le délit d'escroquerie.

Le ministère public s'est pourvu devant la Cour suprême, et son pourvoi vient d'être rejeté par l'arrêt dont voici le texte:

« La Cour,

» Ouï M. Rocher, conseiller, en son rapport;

» Vu la requête du procureur du roi près le tribunal de Carcassonne;

» Ouï Me Rigaud dans ses observations en faveur du sieur Alary, défendeur au pourvoi;

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Convulsions épileptiformes. Hémiplégie faciale gauche. Anæsthésie générale. Mort. Suppuration des couches optiques. Foyers purulents à la base du cerveau.

Joseph Flinois, âgé de quarante-deux ans, journalier, grand, très musclé, cheveux châtain foncé, peau blanche.

Cet homme reçut, pendant qu'il était au service, plusieurs blessures à la tête.

Depuis une époque récente, mais qui n'a point été indiquée, il éprouvait de la céphalalgie, des crampes et des fourmillements dans les membres inférieurs, lorsqu'il tomba malade six semaines avant de se présenter à l'hôpital Beaujon. Le mal s'annonça d'abord par des douleurs lombaires occupant le trajet de la colonne vertébrale, et par de la faiblesse dans les membres pelviens. Des ventouses furent appliquées au voisinage du point douloureux, et il s'en suivit un peu de soulagement. Disparition de la douleur, diminution de la faiblesse musculaire ; mais presque aussitôt se déclara une céphalalgie des plus intense, ayant pour siége le sinciput. Ce symptôme fit croire à l'existence d'une méningite. Il n'y eut pas de délire ; aucun trouble ne se manifesta ni dans la myotilité, ni dans la sensibilité. Une saignée fut pratiquée, et des ventouses scarifiées placées à la nuque. Aucun amendement ne suivit ce mode de traitement ; l'état du malade resta tel, et ce ne fut que trois jours avant son entrée à l'hôpital, le 16 mars 1843, qu'il perdit l'usage de la parole, et que les facultés intellectuelles furent anéanties.

Tels sont les seuls renseignements qu'aient fournis et le médecin du malade, et ses amis.

Couché au n° 32, salle Beaujon, le soir de son entrée il fut pris de mouvements convulsifs épileptiformes pendant lesquels la face était très colorée, la bouche écumeuse et les pupilles étroites. Puis, les secousses ayant cessé, les yeux se convulsèrent en haut, et quelques minutes plus tard, une lumière, promenée au-devant du malade, fit contracter les pupilles.

Le 17, on le trouvait dans l'état suivant :

Décubitus dorsal ; embonpoint satisfaisant. Face pâle, stupeur prononcée, tendance marquée au coma. Il s'éveille volontiers, entre-ouvre les paupières, regarde autour de lui avec un air stupide, puis retombe dans la somnolence. Les pupilles sont étroites et complètement immobiles. Sa commissure labiale gauche est un peu plus basse que la droite ; cette dernière est un peu plus éloignée de la ligne médiane que la première, et la bouche est légèrement oblique de gauche à droite et de bas en haut.

Un large vésicatoire en suppuration se voit à la nuque. Pas de saillie des apophyses épineuses de cette région, non plus que dans tous les autres points de la colonne vertébrale. Nulle part, sur le rachis, pas même sur la surface occupée par le vésicatoire, la pression, à quelque degré qu'on l'exerce, ne détermine de douleur. On peut facilement faire exécuter à la tête les mouvements d'extension, de flexion en avant et en côté ; mais en mettant le malade sur son séant, le tronc se raidit notablement, et les muscles dorso-lombaires sont un peu tendus. La peau qui recouvre le sacrum est rouge, et une large excoriation s'y remarque. Les membres sont souples. Les inférieurs ne peuvent exécuter aucun mouvement, lors même qu'on vient à y pincer fortement la peau. Soulevés, ils retombent comme des masses inertes. Les supérieurs jouissent de toute leur faculté motrice, mais sont entièrement anæstésiés. Sur le tronc, l'insensibilité est presque complète. Aphonie. Quand le malade veut tirer la langue, elle s'arrête contre l'arcade dentaire inférieure ; la surface en est humide et recouverte d'enduit blanc. Il n'y a pas de trismus.

Abdomen de forme normale, très souple. Gargouillement dans toute son étendue à la pression. Celle-ci ne paraît point douloureuse. La vessie ne dépasse pas le pubis. Selles liquides et urines lâchées dans le lit.

Thorax. En avant, son normal ; expansion vésiculaire normale ; un peu de râle ronflant, lors de l'expiration, dans toute la hauteur du côté gauche. Bruits du cœur à l'état naturel. En arrière, expansion vésiculaire parfaite à gauche, moins développée à droite, où la percussion est un peu moins sonore que du côté opposé. 18 inspirations égales et régulières. Pouls à 78, sans caractère particulier. Chaleur de la peau naturelle. Limonade ; huile de croton tiglium, 2 gouttes ; 4 ventouses scarifiées au niveau des deuxième et troisième vertèbres cervicales, et deux sous les apophyses mastoïdes ; sinapismes aux membres inférieurs ; diète.

Le 18, 180 grammes de sang tirés par les ventouses, au moins les trois quarts de sérum ; rondelle non couenneuse, peu consistante.

Coma très profond. Les secousses n'ont pu éveiller le malade, mais il a été sensible à un très fort pincement exercé sur l'avant-bras gauche ; sur les autres membres, même insensibilité.

Déglutition difficile. Nombreuses évacuations alvines.

Pouls à 104, faible ; chaleur naturelle. Aucun autre changement. Tilleul ; huile de croton-tiglium, 2 gouttes ; julep avec liqueur d'Hoffmann, 10 gouttes ; sinapismes aux membres inférieurs ; diète.

Le 19, à peu près même état.

Le 20, aggravation des mêmes symptômes. On ajoute de l'eau de mélisse à la potion.

Le 21, vers midi, mort.

Autopsie, 46 heures après la mort. Température sèche de 18 degrés centigrades environ.

Rigidité cadavérique nulle. Toute la partie postérieure du tronc et du cou est d'un rouge livide. Escharre noirâtre de 20 à 22 centimètres de diamètre, occupant la région du sacrum et se prolongeant sur les fesses.

Tête. Aucune altération des os du crâne. Dure-mère saine. Environ une cuillerée à bouche de sérosité transparente s'écoule quand on incise cette membrane.

Glandes de Pacchioni nombreuses et très développées.

Sur la convexité, au niveau ne toutes les anfractuosités, l'arachnoïde est d'une opacité très prononcée dans la moitié postérieure, médiocre dans la moitié antérieure. Sur les faces latérales de chaque hémisphère, sur leurs extrémités antérieure et postérieure, cette membrane est d'une teinte opaline laiteuse, et seulement encore sur les anfractuosités. Au niveau de tous ces points, dans la moitié postérieure de la convexité, elle est plus épaisse et plus consistante que partout ailleurs. Sur les circonvolutions, elle reste transparente, et l'on ne voit nulle part d'injection bien notable. Au-dessous des parties opaques, se trouve un abondante quantité de sérosité citrine, limpide et transparente.

L'arachnoïde prend encore une teinte opaline dans la scissure du cervelet et sur quelques points disséminés à la face inférieure de cet organe ; elle y est soulevée par une petite quantité de sérosité, mais normale du reste.

Un pus jaunâtre, crêmeux, formant une couche de 5 millmètres au moins d'épaisseur, recouvre toute la moitié gauche de la protubérance annulaire, ainsi que le pédoncule cérébelleux correspondant, et se trouve parfaitement limité en arrière par le sillon d'où émerge le nerf facial, au-devant duquel il forme une saillie de 3 à 4 millimètres. L'arachnoïde était tellement ramollie, dans toute cette étendue qu'elle a été détruite en enlevant le cerveau de la cavité crânienne. Tout l'espace interpédonculaire est également rempli par du pus qui se prolonge à gauche dans la scissure de Sylvius, jusqu'à 3 ou 4 centimètres en dehors. L'arachnoïde y est très ramollie, mince et transparente. Au-dessous de la matière purulente se voit la pie-mère, rouge, très injectée, non épaissie, de bonne consistance, et libre d'adhérences avec la substance cérébrale. Le nerf facial gauche naît en arrière du foyer purulent, et n'a subi aucune altération.

Au-dessous de l'arachnoïde, qui recouvre la face inférieure du pédoncule cérébral droit, est une abondante quantité de pus de même nature, qui se continue jusque dans la couche optique avec un foyer dont il sera parlé plus tard. Au moment où ce pédoncule va pénétrer dans la couche optique, la pie-mère, qui jusque-là était injectée et ramollie, est détruite, ainsi qu'une couche mince de la substance propre du pédoncule. Tout autour du lieu occupé par l'épanchement purulent, l'arachnoïde et la pie-mère sont légèrement injectées de petits vaisseaux, peu consistantes sans être épaissies, et s'enlevant très facilement de la surface du cerveau.

La substance cérébrale est généralement un peu ramollie, mais elle conserve sa coloration anormale et n'est point piquetée de rouge.

La membrane ventriculaire est saine. Chacun des ventricules latéraux contient une bonne cuillerée à bouche de sérosité transparente. A la partie antérieure du côté gauche se remarque environ une cuillerée à café de pus, venant du vaste foyer de la base, y pénètre par un petit trajet fistuleux formé aux dépens de la substance cérébrale détruite. Au centre de la couche optique du même côté, existe une cavité capable de loger une aveline, ayant son plus grand diamètre antéro-postérieur, et remplie d'un pus semblable à celui du phlegmon, sans mélange de détritus de l'organe. Toute la couche optique est ramollie, mais d'autant moins qu'on s'éloigne davantage du foyer, dont les parois, légèrement jaunâtres, sont d'une mollesse extrême, comme pulpeuse. Le corps strié ne présente rien de particulier. La couche optique gauche est presque entièrement détruite par la suppuration. En effet, les trois quarts internes de la substance sont réduits à quelques faibles débris mollasses, et pendus au milieu du pus, qui n'est séparé de la cavité ventriculaire que par une lame mince de tissu. Toute la substance ambiante est considérablement ramollie et jaunâtre.

Le corps strié, à part une perte notable de consistance, ne participe pas à cette altération.

Le septum lucidum est intact. Le quatrième ventricule est rempli de sérosité limpide. Le pédoncule cérébral droit est ramolli ; mais la protubérance annulaire, les pédoncules cérébelleux et la moelle allongée sont sains.

Le cervelet est tout à fait à l'état normal.

Rachis. Les méninges rachidiennes sont saines. Environ trois cuillerées à bouche de sérosité transparente occupent la portion lombaire de la moitié arachnoïdienne. L'extrémité inférieure de la moelle, dans une hauteur de 3 à 4 centimètres, est flasque, un peu moins consistante que dans tout le reste de son étendue. Les 12 ou 13 derniers centimètres ont une teinte très légèrement jaunâtre, moins sensible à la superficie que profondément. Les autres parties de la moelle offrent une couleur blanche pure, une fermeté et une élasticité très marquée.

Thorax. La partie postérieure des deux poumons adhère aux parois thoraciques par des lamelles celluleuses assez denses. Sur la même face et sur l'inférieure, se remarquent des taches jaunâtres non saillantes, apparentes sous la plèvre. Des incisions sur ces points donnent issue à un pus blanc jaunâtre,

---

» Ouï M. Quesnault, avocat-général, dans ses conclusions ;

» Attendu qu'à la différence de la loi du 22 juillet 1791, aux termes de laquelle le dol, mis en usage pour abuser de la crédulité d'un tiers, suffisait pour constituer le délit d'escroquerie, l'article 405 du Code pénal a exigé l'emploi de manœuvres frauduleuses dont il a spécifié le caractère et la portée ;

» Qu'il résulte de son texte que ces manœuvres doivent avoir exercé, sur la volonté de la personne escroquée, une influence déterminante ;

» D'où il suit qu'on ne saurait attribuer cette qualification à l'acceptation, si frauduleuse qu'elle soit, d'une valeur spontanément et librement offerte, et qu'elle n'est applicable qu'à la mise en œuvre de la fraude qui a eu pour objet et pour résultat d'en déterminer la remise ;

» Et attendu, en fait, que le jugement attaqué déclare que, s'il est prouvé qu'Alary accepta la proposition de faire exempter le sieur Cassy du service militaire moyennant une somme de quatre cents francs, et s'il est vrai qu'il a reçu cette somme après l'exemption prononcée par le Conseil, il n'est pas prouvé qu'il se soit livré à des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de son crédit et de son pouvoir imaginaires ; qu'en effet, cette persuasion existait avant l'entrevue de Cassy avec Alary, et que celui-ci s'est borné à profiter d'une erreur qu'il n'avait pas fait naître ;

» Attendu qu'en déniant aux circonstances de la cause ainsi reconnues constantes la qualification du delit prévu et puni par l'article 405 du Code pénal, le jugement attaqué, loin d'avoir violé cet article, en a fait une légale interprétation ;

» Attendu, au surplus, la régularité du jugement en la forme ;

» Rejette le pourvoi. »

II. *Enfant mort-né. — Défaut de déclaration à l'officier de l'état civil par l'accoucheur. — Inhumation non autorisée.* (Cour de Cassation.)

L'article 346 du Code pénal, qui punit d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de seize francs à trois cents francs toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait à l'officier de l'état civil la déclaration de la naissance, est applicable même au cas où l'enfant est mort-né.

Celui qui fait inhumer, sans l'autorisation préalable de l'officier public compétent, un enfant mort-né, se rend passible des peines prononcées par l'art. 358 du Code pénal.

Une servante accouche d'un enfant mort-né. Le maître chez lequel elle est accouchée, le sieur Muret, et l'officier de santé qui a assisté à l'accouchement, le sieur Courbassier, ne font pas à l'officier civil la déclaration de naissance prescrite par les articles 55 et 56 du Code civil ; et, sans s'être pourvus de l'autorisation prescrite par l'article 77 du même Code, ils font procéder à l'inhumation.

Le tribunal de Montélimart, par application des articles 346 et 358 du Code pénal, condamne la servante à deux mois de prison et 50 fr. d'amende ; le maître à six mois de prison et à 300 fr. d'amende, maximum de la peine ; et l'officier de santé à trois mois de prison et à 300 fr. d'amende.

Sur l'appel du maître et de l'officier de santé, le tribunal correctionnel de Valence, par jugement du 3 juin 1843, les renvoya absous, par le motif que l'enfant était mort-né.

Le procureur du roi, près le tribunal de Valence, s'est pourvu en cassation.

La Cour, sur le rapport de M. le conseiller Isambert, et sur les conclusions de M. Delapalme, avocat-général, a rendu l'arrêt dont voici le texte :

« La Cour,

» Sur le premier moyen, tiré de la violation de l'article 346 du Code pénal ;

» Vu le dit article,

» Attendu, en droit, que le législateur, par cette disposition, a principalement voulu la constatation de l'accouchement de tout enfant né à terme ;

» Que les considérations les plus impérieuses d'ordre public commandent à toute personne qui y a assisté, la déclaration du fait à l'officier de l'état civil ;

» Qu'elles ne sont pas *exclusivement* applicables à la preuve de l'état de ces enfants ;

» Attendu qu'un décret spécial du 4 juillet 1806, légalement publié, a imposé aux officiers de l'état civil le devoir particulier de recevoir cette déclaration à l'égard des enfants, lorsqu'il est incertain de savoir s'ils ont eu vie ou non, et de consigner dans l'acte qui en est dressé, notamment l'*heure* à laquelle l'enfant présenté est sorti du sein de sa mère ;

» Que ce décret a nécessairement sa sanction dans la disposition de l'article 346 ;

» Que, néanmoins, le jugement attaqué a absous Muret et Courbassier de l'action du ministère public, tout en reconnaissant qu'ils n'ont pas fait la déclaration de l'enfant mort-né dont la fille Rosalie Bourla est accouchée, sous prétexte que l'enfant dont il s'agit n'avait pas eu d'existence réelle dans le sens légal ;

» En quoi ledit jugement a faussement interprété l'article 346, et formellement méconnu le décret impérial rendu pour assurer l'exécution des dispositions du Code civil ;

» Sur le deuxième moyen :

» Vu, en second lieu, l'article 358 du même Code pénal ;

» Attendu que les dispositions concernant les inhumations sont générales et absolues ; qu'elles sont indépendantes des causes de la mort de l'individu dont une femme est accouchée, et que, d'après le décret précité, il n'est pas permis aux personnes *privées* qui ont fait cette inhumation de préjuger si l'enfant avait eu vie ou non ;

» Que cette constatation a été dévolue par la loi à un homme public ; que l'article 358 obligeait Muret, mis en prévention de ce chef, de se munir au préalable, de l'autorisation de l'officier public, ce qu'il n'a pas fait ;

» D'où il suit que le jugement attaqué a également méconnu les dispositions impératives de l'article 358 du Code pénal ;

» Par ces motifs,

» Casse le jugement rendu le 3 juin dernier par le tribunal correctionnel de Valence ; et, pour être de nouveau statué, renvoie la cause devant la Cour royale de Grenoble, chambre correctionnelle. »

Un arrêt de la Cour de cassation (chambres réunies) du 1er août 1836, a jugé que le crime de suppression d'état ne pouvait être commis à l'égard d'un enfant mort-né. On lit dans les motifs de l'arrêt, « Que l'art. 345 du Code pénal a essentiellement pour objet d'assurer l'état civil d'un enfant, ainsi que l'indiquent les titres de la section et du paragraphe dans lesquels cet article est placé ; si le législateur a eu en vue d'assurer l'état civil d'un enfant, ce n'a pu être que dans la supposition où celui-ci serait vivant, l'enfant né mort ne pouvant avoir d'état ; qu'appliquer l'article 345 du Code pénal au cas d'inhumation clandestine d'un enfant mort-né, c'est donner à la loi une extension qui n'est ni dans ses termes, ni dans son esprit..... »

La Chambre criminelle s'est, selon son usage, conformée à cette décision par arrêt du 4 juillet 1840. Faut-il penser que, par le nouvel arrêt ci-dessus rapporté, elle a entendu revenir à la jurisprudence contraire consignée dans quelques autres de ses arrêts rendus antérieurement ?

III. *Pharmaciens. — Remèdes secrets.* (Tribunal correctionnel de Rouen.)

Le tribunal correctionnel de Rouen vient de statuer sur une prévention d'annonces et de vente de remèdes secrets, imputés à divers pharmaciens de Paris, et de rendre sur cette matière un jugement qui intéresse vivement la pharmacie.

Le tribunal, dans ce jugement, commence par traiter la question de compétence qu'ont soulevée les pharmaciens.

Conformément à la doctrine plaidée par Me Billequin, du barreau de Paris, le tribunal reconnaît que la vente faite par ces pharmaciens à ceux de Rouen constitue un fait principal, qui peut rendre son auteur l'objet d'une poursuite, le cas échéant. Mais la vente une fois consom-

et montrent un état granuleux prononcé affectant quelques lobules devenus très friables. La même altération se rencontre encore au centre du parenchyme; mais, tandis qu'elle est très résistante dans le poumon gauche, cette lésion n'occupe qu'un petit nombre de lobules à droite, où l'on trouve à la partie inférieure du lobe supérieur un noyau gros comme un œuf de poule, constitué par de l'hépatisation rouge et grise à la fois. Tout le reste du tissu pulmonaire, moins une couche de 2 centimètres environ d'épaisseur en avant, présente une couleur lie de vin, une infiltration de liquide sanieux abondant, un aspect granuleux prononcé, une friabilité considérable, surtout à la base ; une absence complète de crépitation et une augmentation de pesanteur notable.

A la partie antérieure, le parenchyme, de couleur vineuse, est gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, spumeux, mais il est consistant et crépitant.

Enfin, existent au sommet du poumon droit quelques tubercules du volume d'un grain de chènevis, d'un blanc jaunâtre et tendant, pour la plupart, à se ramollir.

Le péricarde, sain, contient près de deux cuillerées à bouche de sérosité limpide, citrine. Le cœur, d'un volume ordinaire, est pâle, consistant, sans la moindre altération. Les cavités gauches sont vides; les cavités droites contiennent une très petite quantité de sang noirâtre liquide, que l'on retrouve encore dans les veines caves.

Abdomen. L'estomac est distendu par du liquide verdâtre. La muqueuse, marbrée de taches violacées dans toute son étendue, est tellement ramollie, qu'elle s'enlève comme une matière pulpeuse. Un mucus épais, d'un vert foncé, tapisse toute la face interne des intestins. Quelques arborisations vasculaires se remarquent dans le mètre inférieur de l'iléon, avec une coloration violacée de la muqueuse; mais cette membrane est consistante et n'a augmenté ni diminué d'épaisseur. Tout le reste de l'intestin grêle est à l'état naturel. Le gros intestin n'offre rien de particulier, que le très petit calibre de l'S iliaque, dont le diamètre n'est guère que celui du doigt auriculaire.

Le foie ne présente rien de morbide, et la vésicule est remplie d'une bile d'un vert foncé. Le volume de la rate ne dépasse pas celui d'un œuf de poule; son tissu est consistant et a la couleur du tissus musculaire. Les reins sont pâles, mais sains d'ailleurs, ainsi que la vessie, qui est pleine d'urine citrine et transparente.

Réflexions. Nous devons nous demander si, chez ce malade, il a existé réellement une affection de la moelle épinière. Dans le principe, il éprouve des douleurs aux lombes, puis ce symptôme se dissipe, et plus tard une paraplégie se déclare. Mais à l'autopsie nous sommes loin de trouver des lésions probantes en faveur d'une maladie de ce centre nerveux: une nuance très légèrement jaunâtre de son extrémité inférieure, une consistance un peu moindre que dans ses autres parties, ne suffisent pas, en effet, pour démontrer ce fait d'une manière indubitable. Nul doute que la paraplégie ne soit la conséquence d'une lésion plutôt de la moelle que du cerveau ; mais cependant on l'observe encore dans ce dernier cas, et l'on peut seulement ici s'étonner de voir, en présence d'une telle lésion de l'encéphale, que la paralysie n'ait porté que sur les membres inférieurs ; comment résoudre cette question ? Si l'on savait quelle est la partie du cerveau affectée aux fonctions de tel ou tel organe, la solution en serait facile ; mais dans l'ignorace où l'on est à cet égard, elle devient impossible.

Nous ignorons quelle a pu être, sur les sens autres que la sensibilité, l'influence de cette vaste suppuration. Elle n'a peut-être pas été nulle sur la vue. Toutefois, le malade n'a pu en rendre compte. Quant à l'audition, il nous a paru que cette faculté n'était point ou n'était que peu altérée, dans un certain moment du moins, où le malade put répondre par quelques gestes.

L'hémiplégie faciale gauche doit sans doute être rapportée à une compression de l'origine du nerf facial correspondant par la la partie postérieure du foyer purulent qui recouvrait la protubérance. Enfin, si la perte de la parole doit-être attribuée en propre à la lésion du cerveau, l'adynamie y étant étrangère, nous croyons que son siége est encore ailleurs que dans la partie antérieure des hémisphères où on l'a placé.

B. DE MONTESSUS.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. VIDAL (de Cassis).

Avec les affections syphilitiques qu'on rencontre le plus souvent dans le service de M. Vidal, on trouve d'autres lésions de l'appareil génital, dont les unes ont un rapport éloigné avec l'infection vénérienne, en sont les effets tardifs, telles que certains rétrécissements, certaines fistules de l'urètre, etc. ; et les autres, complétement étrangères au virus, sont du domaine de la chirurgie ordinaire. Notre revue comprendra ces deux ordres de cas, parmi lesquels nous choisirons les plus intéressants. Nous la commencerons par les

MALADIES DU TESTICULE.

Sarcocèle très rapidement developpé chez un jeune homme de vingt deux ans.

Nous allons publier une observation d'une dégénérescence du testicule, laquelle est remarquable surtout par la rapidité de son développement et la difficulté du diagnostic.

Salle 10, était un homme de vingt-deux ans, avec toutes les apparences d'une vigoureuse constitution. Ni lui, ni personne de sa famille n'a rien eu qui ressemble au cancer. Il y a un an, à la suite d'un violent effort, son testicule gauche doubla tout à coup de volume et devint le siége d'une douleur qui se prolongea pendant quinze jours. Le malade assure que dès lors cette tuméfaction considérable avait atteint à peu près le degré qu'elle présente aujourd'hui. Ce qui donne du poids à cette déclaration, c'est qu'en outre de l'intelligence plus qu'ordinaire du sujet, il y a cette circonstance décisive, que le suspensoir dont il se servait habituellement devint trop étroit. La douleur qui avait accompagné l'augmentation rapide du volume du testicule, a paru la suspendre quelque temps ; mais elle se remontra dans une plus grande étendue et avec plus d'intensité ; elle gagna l'anus et la cuisse correspondante, et prit le caractère lancinant. Les pollutions, qui étaient fréquentes, la faisaient cesser momentanément ; mais elle redoublait après.

Le testicule s'offre sous la forme d'une tumeur, du volume du poing, très égale, arrondie, sans changement de couleur à la peau, qui glisse librement à la surface ; molle sur certains points, non transparente, et pourtant peu lourde ; opaque comme un encéphaloïde, et légère comme une hydrocèle. Elle semblait englober tellement la glande séminale, qu'il était impossible d'en distinguer la place, soit au simple toucher, soit à la pression. Le doigt, fortement appuyé sur les différents points de la masse, produit une sensation peu pénible et partout la même, c'est-à-dire qu'elle ne rappelle en rien la compression du testicule. Parfaitement circonscrite au-dessous de l'anneau, la tumeur a respecté, dans l'étendue de presque deux doigts, le cordon.

M. Vidal, après avoir exposé les caractères différentiels des tumeurs des bourses, à peu près comme il les a décrits dans son livre (Traité de pathologie externe et de médecine opératoire ; tom. V, p. 715), applique ces données au cas actuel ; et se fondant sur l'intégrité du cordon et sur la liberté de l'orifice qu'il traverse, il élimine toutes les affections qui ont leur racine dans le ventre. Dès lors, il ne reste plus à examiner que les caractères des tumeurs qui se développent sur place, telles que l'hydrocèle, l'hématocèle, l'inflammation chronique, l'engorgement vénérien, les tubercules et le cancer des testicules.

1° *Hydrocèle.* La consistance mollasse, la fluctuation équivoque et surtout la légèreté de la tumeur, appartiendraient bien à une hydrocèle en quelque sorte traumatique, dans laquelle un peu de sang épanché avec la sérosité, lui aurait enlevé sa transparence ordinaire ; mais, dans l'espèce, la forme arrondie n'est qu'une rare exception, et une douleur particulière répondant à la compression du testicule devrait en indiquer la place, et les élancements ne devraient pas exister. Ainsi, avec certains caractères de l'hydrocèle, il en manque qui lui sont propres, et on en trouve qui lui sont étrangers ; conséquemment les signes négatifs l'emportent; et s'ils ne sont pas complétement décisifs, ils tendent cependant à exclure l'idée de l'hydropisie vaginale.

2° *L'hématocèle.* Ce n'est pas là maladie qui réunit ici le moins de circonstances en faveur de son existence. Et d'abord le mode de formation de la tumeur est loin de lui être contraire. On sait, en effet, qu'une violence extérieure sur le scrotum n'est pas la cause unique d'un épanchement de sang dans la séreuse testiculaire ; A. Cooper cite un cas où la tumeur parut déterminée par l'exercice qui était dans les habitudes du sujet ; or, le plus haut degré de l'exercice, n'est-ce pas l'effort ? Voici d'ailleurs l'observation du chirurgien anglais : « J'ai donné des soins, conjointement avec M. Hichs, à un individu qui avait une tumeur pyriforme, volumineuse, de la tunique vaginale gauche; jamais il n'avait ressenti de douleur dans cette partie. On y sentait une fluctuation obscure; la tumeur n'était pas transparente. J'y pratiquai, en présence de M. Hichs, une incision qui donna issue à une pinte de sang liquide. Cette tumeur n'était point la suite d'un coup, mais M. Hichs l'attribuait aux exercices actifs auxquels ce malade avait l'habitude de se livrer. » (A. Cooper ; traduct. de Chassaignac et Richelot, p. 389.)

Dans cette hypothèse, la rapidité du développement de la tumeur s'explique bien par la continuation de l'hémorrhagie, comme son accroissement définitif dans les quinze jours suivants, par la sérosité dont la présence du sang avait provoqué la sécrétion. Le poids de la tumeur, sa consistance, sa fluctuation obscure, et surtout son opacité, s'adaptent encore mieux à l'hématocèle ; sa configuration, uniformément arrondie, n'y répugne pas non plus : voilà pour. — Voici contre : Ni la forme du testicule, ni la douleur caractéristique de la compression ne révèlent l'existence de cet organe ; et il y a des élancements, ce qui n'a pas lieu dans l'hématocèle. Néanmoins, comme ces élancements sont sourds, cette affection est peut-être symptomatiquement la mieux accusée.

3° *Tubercules du testicule.* Le développement presque instantané de la tumeur, la régularité de sa surface, l'absence de la douleur testiculaire sous la compression, ne semblent point appartenir aux tubercules testiculaires. De plus, les signes négatifs de ces produits morbides dans les poumons sont ici, d'après une loi, presque sans exception, de M. Louis ; cette circonstance, dis-je, est, avec la robuste complexion du sujet, une nouvelle raison de ne pas croire à leur existence dans la glande séminale. Les élancements non plus ne s'y rapporteraient guère.

4° *Si l'inflammation chronique du testicule,* telle que l'a dé-

mée, le pharmacien ne peut plus se préoccuper de ce que deviendra le médicament, et si un tiers, par suite d'une revente, commettra à son tour une contravention. Donc, la vente faite par les pharmaciens de Paris, et la vente faite par les pharmaciens de Rouen, sont des faits parfaitement distincts, devant être poursuivis séparément et devant les juges naturels de chaque prévenu ; et l'on ne pouvait pas, sous prétexte de complicité, attirer devant la juridiction rouennaise des individus justiciables des tribunaux parisiens.

Passant à la définition du remède secret, le tribunal établit que tout médicament dont la formule n'est pas inscrite au *Codex* est un remède secret, et ne perd pas ce caractère parce que la formule serait divulguée et répandue dans d'autres ouvrages pharmaceutiques. Mais, contrairement à l'opinion adoptée par M. le procureur du roi, le tribunal reconnaît au pharmacien le droit de perfectionner un remède du *Codex* ; et d'attacher son nom à ce perfectionnement : il cite, comme exemples de ces perfectionnements, deux sirops particuliers que nous, hommes de l'art, nous considérons comme deux des produits du charlatanisme le plus éhonté de la pharmacie parisienne. Quant à tous les autres remèdes, le tribunal les déclare secrets.

Mais, adoptant la thèse développée par la défense, le tribunal déclare que l'interdiction de vendre des remèdes secrets n'est sanctionnée par aucune disposition pénale, en tant que cette vente aurait été faite par des pharmaciens. Si c'est une lacune dans la loi, il n'appartient pas aux magistrats de la combler. En conséquence, tous les prévenus sont relaxés des poursuites du ministère public, et la restitution de tous les remèdes saisis est ordonnée.

IV. *L'Eau merveilleuse.* (Tribunal de police correctionnelle de la Seine.)

Ancien infirmier à la suite de l'armée d'Espagne, lors de l'expédition de 1823, le sieur Quini, à son retour en France, contracta avec Horner, ex-officier de santé, et réclusionnaire libéré (condamné dans l'affaire du testament Séguin), une société médicale ayant pour but d'ouvrir aux malades honteux un nouveau cabinet de consultations, dont le siége fut établi rue de Richelieu, à Paris.

La société ne dura pas long-temps : Horner prit la fuite ; son associé se dirigea lui-même vers la Belgique, où il subit une condamnation ; après quoi, revenu seul en France, il conçut le projet de reconstruire, à ses risques et périls, cet établissement de la rue Richelieu que la dissolution soudaine de la société des premiers fondateurs avait ruiné. Il commença par inonder tout Paris de prospectus dans lesquels était spécialement recommandée l'adresse de son cabinet de consultations, d'où les malades ne devaient sortir qu'entièrement guéris. Or, ce véritable cabinet de prestidigitation était situé dans l'arrière-boutique d'un marchand de vins qui, concurremment avec la première borne-fontaine, était chargé de fournir les éléments des médicaments fournis par l'habile praticien. En effet, ces médicaments n'étaient autre chose que de l'eau rouge et de l'eau blanche ; soit de l'eau rougie sucrée pour la première, et de l'eau claire mélangée d'un peu de sulfate de zinc pour la seconde.

Le marchand de vins laissait tranquillement faire à Quini sa prétendue médecine, attendu qu'il y trouvait bien un peu son compte; car si le docteur improvisé ne lui payait pas directement le loyer de son arrière-boutique, il le lui revolait bien indirectement, parce que, selon ses propres expressions, *il poussait les patients à la consommation.* Or, comme il est toujours arrivé, comme il arrive, et comme il arrivera toujours à Paris, bon nombre de dupes se laissèrent prendre aux belles promesses du cabinet de consultations, bon nombre de personnes y entrèrent, pour en emporter des flacons *d'eau rouge et d'eau blanche*, qu'ils échangeaient contre de belles et bonnes pièces de 5 fr.

Cependant, les guérisons étaient loin d'être radicales ; il paraît même que plusieurs malades eurent à se plaindre des moyens curatifs de Quini ; ils en référèrent à l'autorité qui s'en émut, et ordonna de faire une perquisition dans l'arrière-boutique du cabaret de la rue Richelieu. Elle eut pour résultat la saisie d'un assez bon nombre de fioles de l'eau fameuse, et d'instruments qui prouvent jusqu'à la dernière évidence qu'on se livrait dans ce cabaret à des opérations chirurgicales. Elle amena aussi l'arrestation de Quini, qui a comparu dernièrement devant le tribunal de police correctionnelle, sous la quadruple prévention d'exercice illégale de la médecine et de la pharmacie, d'annonces de remèdes secrets et d'escroquerie.

Le tribunal a écarté le délit d'escroquerie, mais il a admis les trois autres chefs de prévention, et a condamné Quini à 500 fr. d'amende.

§ III. JUSTICE CIVILE.

Honoraires de médecin. — Priviléges. — Faillites. (Tribunal civil de la Seine.)

Le privilége consacré par l'article 2101 du Code civil pour les frais de deuxième maladie peut s'exercer contre l'individu qui a survécu, lorsque postérieurement il est tombé en faillite.

Par conséquent, il ne peut dans ce cas se libérer avec le médecin ; en offrant seulement les dividendes de son concordat.

Ainsi jugé par le tribunal civil de la Seine (cinquième chambre), présidence de M. Michelin; plaidant, Me Royère, avocat; affaire Fabre contre Fontanil.

L'opinion de Grenier (*Traité des Hypothèques*, tom. II, pag. 20), et celle de M. Troplong (*Priviléges et Hypothèques*, tom. I, pag. 196, nº 137), sont d'ailleurs conformes à la décision du tribunal.

(*Gazette des Tribunaux.*)

§ IV. JUSTICE ÉTRANGÈRE.

Falsification du thé. (Tribunaux de Londres.)

Les marchans de thé à Londres ont imaginé depuis quelque temps un moyen extrêmement coupable pour tromper la bonne foi des acheteurs. Ils se procurent, dans les grandes maisons, les feuilles de thé qui ont déjà servi, les font sécher, et les roulent à l'aide d'une légère torréfaction, par un procédé analogue à celui qu'emploient les Chinois pour les feuilles récemment détachées de l'arbre.

Le mélange avec du thé naturel de cette substance, dépouillée de la *théine* qui lui donne toute sa saveur, ne suffit pas pour faire illusion aux consommateurs; mais on y mêle diverses drogues et une faible dose d'acide prussique.

Un marchand a été dernièrement condamné pour une pareille fraude, à deux mille livres sterling (cinq mille francs) d'amende. Toutefois, la sévérité de la peine n'a pas retenu les imitateurs, car les employée de l'excise (contributions indirectes) viennent de saisir une manufacture de thé ainsi sophistiqué. Il y avait deux grands fourneaux encore allumés, des bassines de cuivre, des plateaux du même métal pour la dessication des feuilles, et mille kilogrammes pesant de thé ayant déjà servi, et dans lequel se trouvait à peine un atôme de thé nouveau. Cette mixtion et l'addition de l'acide prussique devaient sans doute être l'objet d'une seconde manutention. Les fraudeurs ont pu se sauver, et on n'a pu saisir que les preuves matérielles d'un délit qui menace de compromettre gravement la santé publique.

(*Gazette des Tribunaux.*)

NOUVELLES.

On lit dans le *Langrois :*

« Une épidémie, dont les symptômes paraissent très graves, s'est déclarée dans la commune de Chaudenay. M. Moutrol, médecin des épidémies de l'arrondissement, vient de se rendre sur les lieux, conformément aux ordres de l'administration.

» Vingt-cinq personnes sont atteintes de cette maladie, et trois déjà ont succombé, dont un jeune homme de vingt-trois ans et une fille de dix-neuf. Nous ingnorons encore la nature de cette maladie. »

— MM. les professeurs des facultés de médecine, présidents des jurys médicaux viennent de partir pour leur tournée annuelle dans les départements.

crite A. Cooper, n'est pas sans analogie avec la lésion qui nous occupe, si la rondeur et la consistance sont les mêmes, le mot *chronique* suffit seul pour l'en différencier; c'est la lenteur opposée à la rapidité du développement. Et puis, quels que soient les progrès de cet engorgement, on distingue toujours au toucher l'épididyme et le testicule, et le testicule n'a pas perdu sa sensibilité particulière; et il n'y a pas d'élancements, etc.

5° *L'engorgement syphilitique du testicule*, *ou le testicule vénérien*, n'a guère de commun avec le cas actuel que la forme et la consistance de la tumeur; mais dans cette inflammation lente et spécifique, l'épididyme et le testicule sont assez distincts au toucher, et la glande séminale conserve sa sensibilité; presque toujours celle du côté opposé est simultanément affectée à un degré plus ou moins avancé; ou il y a eu, le plus souvent, en même temps, surtout à la peau (A. Cooper), quelques autres symptômes de syphilis constitutionnelle, et la douleur, au lieu d'être lancinante, se caractérise par ses exacerbations nocturnes, etc. Ces symptômes consécutifs n'ont pas été observés chez le malade de M. Vidal; mais il y a eu des symptômes primitifs. C'est ce qui a fait que M. Vidal a insisté sur le traitement anti-vénérien.

6° *Encéphaloïde du testicule*. La consistance comme élastique ou demi-fluctuante de la tumeur, les élancements sourds dont elle est le siége, la destruction de la sensibilité et de la forme du testicule, l'existence du mal bornée à un seul testicule, l'absence de douleur nocturne et de symptôme vénérien constitutionnel, etc., font pencher pour l'encéphaloïde. Quant à la rapidité excessive du développement de la tumeur, on sait que souvent elle est illusoire. Des malades qui n'avaient point encore aperçu une tumeur, en rapportent l'entière formation à l'accident qui en occasionne la découverte ou qui en trahit les progrès. En faisant la part de cette cause d'erreur, et en se rappelant la rapidité de l'évolution de certains encéphaloïdes, on se convaincra que l'existence du tissu, probable sous beaucoup d'autres rapports, n'est point inconciliable ici avec la marche de l'affection. Nous avons vu à la Maison royale de Santé un sarcocèle de cette nature, dont l'accroissement se faisait si vite que la masse augmentait d'un pouce de circonférence par semaine. Elle pesait neuf livres quand elle fut enlevée par M. Ph. Boyer. Le malade (c'était un marchand de vin) avait tous les caractères d'une virilité très prononcée, et cependant il était devenu tellement nerveux qu'il était impossible de lui dire un mot, un seul mot de son mal, sans provoquer chez lui des nausées et des vomissements; c'est au point que cette singulière susceptibilité m'a empêché de recueillir en entier son observation.

Les autres affections ayant été écartées dans cette discussion, il ne reste plus à choisir qu'entre l'hématocèle et le sarcocèle. Peut-être même la tumeur n'est-elle qu'une combinaison de ces deux lésions, une hématocèle dégénérée, ayant subi cette transformation cancéreuse signalée par M. Velpeau, dans les dépôts hématiques. En un mot, primitive ou consécutive, c'est l'altération encéphaloïde qui est ici la plus probable.

Cependant, comme on a vu des tumeurs extrêmement suspectes s'amender et disparaître sous l'influence d'un traitement bien dirigé, et notamment du traitement anti-syphilitique; comme ce malade avait eu des symptômes vénériens primitifs, M. Vidal soumit son malade à un long usage (quatre mois) du sublimé et de l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions mercurielles. Ces moyens, par leur insuccès, ne firent que confirmer l'idée de l'existence d'un encéphaloïde. Pour se fixer sur le parti qu'il avait à prendre, le chirurgien eut deux fois recours à la ponction explorative avec un petit trois-quart, sage précaution qui eût épargné au chirurgien anglais, ainsi qu'à Béclard et à Dupuytren (1) le regret d'avoir enlevé un testicule sain. Le sujet de la méprise du praticien de l'hôpital Saint-Thomas avait présenté les *symptômes et les signes physiques* d'une affection de la glande séminale d'une manière si insidieuse, qu'après l'ablation de la tumeur on ne songea pas même à en constater la nature : c'était un hématocèle (1). Quant au cas de Dupuytren, c'était une hydrocèle traumatique produite par le froissement des bourses sur le pommeau de la selle, et rendue opaque par la teinte sanguinolente de la sérosité.

(1) M. Marjolin dans ses leçons.

(1) A. Cooper, p. 389.

M. Vidal (de Cassis) enfonça donc dans la tumeur, à plusieurs reprises et dans diverses directions, le trois-quart explorateur qui y pénétra comme dans un corps solide, sans déterminer l'issue d'aucun liquide pathologique ni douleur caractéristique de la blessure du testicule. M. Vidal, convaincu que le testicule est le siége d'une dégénérescence maligne, en pratique l'ablation le 2 août.

Le malade, couché sur le dos, le chirurgien se place du côté affecté et, faisant soulever le scrotum par un aide, il commence au périnée, à la manière de Dupuytren, une incision elliptique qui cerne la racine de la tumeur. Les téguments étant divisés dans ce premier temps, le cordon est isolé et saisi en travers par une forte pince. L'opérateur en fait la section, dissèque et enlève la tumeur et lie ensuite successivement les vaisseaux testiculaires. La pièce offrait çà et là de petites masses encéphaloïdes et aussi quelques parcelles du tissu propre du testicule. Enfin, la pièce, présentée par M. Castelnau à la Société anatomique, a été unanimement considérée comme une encéphaloïde.

La plaie fut réunie par des points de suture dans toute sa longueur excepté dans le point le plus déclive où elle resta béante pour l'écoulement de la petite quantité de sang que pouvait encore fournir la surface traumatique et du pus dont la formation n'était pas sûrement inévitable. Dès les premiers jours les lèvres de la division étaient solidement agglutinées dans presque toute l'étendue où leur juxta-position avait été maintenue par les fils. La partie laissée ouverte a peu suppuré, s'est garnie de bourgeons charnus, et quelques cautérisations avec le nitrate d'argent ont suffi pour en amener la cautérisation qu'aucun accident n'est d'ailleurs venu entraver.

Vingt-deux jours après son opération le malade est sorti avec toutes les apparences d'un complet rétablissement.

Orchite spontanée et passée spontanément de droite à gauche.

Dire que le développement d'une maladie est spontané, c'est exprimer qu'on ne peut le rattacher à aucune cause connue. C'est le cas dont il s'agit.

Au n° 3 de la salle 9, est couché A. Lef., âgé de vingt-six ans. Sans la moindre blennorrhagie, dont effectivement il ne porte pas de trace, sans qu'aucun instrument ait été introduit dans l'urètre, sans oreillons, sans violence extérieure appliquée sur les bourses et sans qu'une erection prolongée, fatigante et non satisfaite ait pu, comme l'indique avec raison A. Cooper, congestionner le testicule, une orchite s'est déclarée du côté droit. Elle se caractérisait par une douleur sourde, un sentiment de pesanteur, une augmentation de volume portant principalement sur l'épididyme, par la rougeur de la peau correspondante du scrotum et par une fièvre légère. Le malade était entré à l'hôpital, où on lui avait appliqué vingt sangsues au périnée et prescrit des frictions mercurielles sur les bourses. Il était constamment resté tranquille dans son lit, ne se levant que pour satisfaire à ses besoins; il ne s'était point froissé les parties, n'avait point éprouvé de refroidissement ni de désirs vénériens quand, quinze jours après son début, l'orchite passa, sans cause connue, de droite à gauche. Cette migration fut presque complète, car il ne resta guère plus dans le testicule primitivement affecté, qu'un engorgement indolent de l'épididyme, engorgement qui, comme on sait, reste long-temps encore après que la disparition des autres symptômes de l'orchite la fait considérer comme guérie par le malade et par le chirurgien.

M. Vidal, qui a appelé l'attention sur ce cas singulier et l'a suivi avec beaucoup de soin, fait une remarque importante pour l'étiologie, c'est que quinze jours après le passage de l'inflammation dans le nouveau siége qu'elle s'était choisi et où elle est en pleine voie de résolution, rien n'a paru à l'urètre.

C'est sous le rapport de la spontanéité de son développement et de son transport spontané aussi, que cette forme de l'orchite doit être notée avec soin par ceux qui veulent creuser les questions qui se rattachent à l'étiologie. L. M.

Voici la lettre que M. le docteur Guillon a adressée à l'Académie de médecine (séance du 19 septembre).

Réclamation au sujet : 1° de l'urétrotome de M. Rattier; 2° des incisions intra-urétrales pour remédier à certaines rétentions d'urine. — Quelques mots sur un signe pathognomonique de l'affaiblissement considérable ou de la paralysie de la vessie, etc.

Monsieur le Président,

Au retour d'un petit voyage, j'ai appris par la *Gazette médicale* du 2 et par la *Gazette des Hôpitaux* du 5 de ce mois, que M. Léon Rattier vous avait présenté un nouvel urétrotome. Comme cet instrument est une imitation (peu heureuse, il est vrai) de l'urétrotome courbe que j'ai inventé il y a plus de douze ans, ainsi que le constate la *Gazette des Hôpitaux* du 21 mai 1831 ci-jointe (1); maintenant qu'il est question du prix fondé par le marquis d'Argenteuil, je crois devoir vous signaler cette circonstance, afin qu'on n'attribue pas à un autre ce qui m'appartient en réalité.

Aujourd'hui qu'on guérit promptement par mes procédés opératoires ces obstacles à l'émission de l'urine, naguère encore considérés comme incurables, et que des centaines de faits, connus de la plupart des praticiens, démontrent les avantages des différentes espèces d'incisions que j'ai introduites ou réintégrées dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires, permettez-moi de vous faire remarquer que des chirurgiens qui les avaient rejetés d'abord, les emploient journellement. — L'un d'eux, M. Civiale, qui, en 1837, « *n'osait inciser les parois » urétrales, retenu par la crainte d'aggraver l'état des malades, » et parce que des faits qu'il avait recueillis* LUI-MÊME *s'élevaient » tous*, assure-t-il, *contre cette méthode* » (2), s'est enhardi à ce point que, bien que les moyens d'exploration qu'il met en usage soient peu sûrs, il n'hésite plus à porter des instruments tranchants analogues aux miens jusque dans la poche urinaire (3), et à faire des opérations qu'il sait être pratiquées par moi depuis long-temps pour obtenir la guérison de certaines rétentions d'urine *attribuées à tort à la paralysie de la vessie*. Je dis *à tort*, parce que dans le cas où l'ischurie est produite par une sorte de valvule qui ferme l'orifice interne de l'urètre, il me suffit de diviser avec un instrument *ad hoc* cette valvule pour faire cesser aussitôt la rétention et rendre facile l'évacuation de l'urine.

La sortie de ce liquide à travers une sonde de moyenne grosseur introduite dans la vessie, fournit, lorsque cet organe est à moitié vide, un signe pathognomonique d'une assez grande valeur : — Dans la paralysie de ce viscère, ou quand ses parois sont considérablement affaiblies, l'urine ne décrit pas de courbe en sortant de la sonde; elle tombe perpendiculairement et en quelque sorte en bavant. — Dans la rétention d'urine produite par un obstacle situé à l'orifice interne de l'urètre, l'urine est projetée avec une force et à une distance proportionnées aux facultés contractiles de la vessie; en d'autres termes, ce liquide forme, en sortant de la sonde, une arcade d'autant plus grande que le réservoir qui le renferme conserve plus d'énergie.

Pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je terminerai là cette double réclamation, me proposant d'appeler une autre fois son attention sur ce dernier et important sujet que je me contente d'indiquer aujourd'hui.

Veuillez, etc. GUILLON, D.-M.-P.

Paris, le 16 septembre 1843.

(1) Voici textuellement ce qu'en dit ce Journal :

« M. Guillon fait encore voir l'urétrotome dont il avait entretenu la » Société dans une séance précédente. Cet instrument, fort ingénieux, » consiste en une sonde de laquelle sortent plusieurs lames tranchantes » au moyen desquelles on fait des incisions plus ou moins profondes » dans l'urètre, suivant l'indication. Il y en a de droites, de courbes » et de flexibles. — Les lames sont placées sur un côté seulement, ou » sur toute la circonférence de l'instrument.

» M. Guillon communiquera à la Société un assez grand nombre » d'observations qu'il a recueillies sur l'heureux emploi de l'uré- » trotome. » (Extrait du procès-verbal de la séance du 7 avril 1831 de la Société de Médecine Pratique (présidence de M. le baron Dubois); rédigé par le secrétaire annuel, M. le docteur Moret.)

(2) Traité sur les Maladies de l'urètre, page 282. Paris 1837. — La première édition a été publiée en 1823.

(3) Maladies du col de la vessie et de la prostate, page 254. Paris, 1841. Par le docteur Civiale.

MARDI 26 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 114. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 25 SEPTEMBRE 1843.

Une grande solennité a eu lieu aujourd'hui au Val-de-Grâce avec une pompe inaccoutumée. Le grand amphithéâtre de l'hôpital avait été magnifiquement décoré. Une large tenture de velours en garnissait le fond. Des fauteuils destinés aux hauts fonctionnaires et des chaises avaient été rangés dans l'hémicycle. Les banquettes de l'amphithéâtre étaient recouvertes de housses frangées. Des pavois ornaient les angles de la salle; le buste du roi, entouré de drapeaux, occupait le centre de la tenture. Des troupes avaient été rangées, musique en tête, dans la cour Broussais, sur le passage de l'Assistance. En un mot, une élégance sévère et de bon goût avait présidé aux préparatifs de la fête.

A midi et demi, M. Martineau-des-Chenetz, conseiller d'état, secrétaire-général du ministre de la guerre, délégué par M. le ministre de la guerre; M. Villemain, sous intendant militaire de première classe, délégué par M. l'intendant militaire de la division; M. le colonel Morin, chef d'état-major-général, représentant M. le général Tiburce Sébastiani, absent de Paris; MM. les membres du Conseil de santé; M. le sous-intendant chargé de la surveillance administrative des hôpitaux; M. le chef de bureau des hôpitaux de la guerre, ont pris place dans l'hémicycle, suivis des professeurs de l'Hôpital de perfectionnement, d'un grand nombre d'officiers supérieurs de toutes armes, et de tous les officiers de santé des deux divisions de Paris. La moitié droite de l'amphithéâtre avait été réservée aux invités civils.

C'est la première fois que la distribution des prix au Val-de-Grâce est présidée par un fonctionnaire du rang de M. Martineau de Chenetz. Juspu'ici cette solennité avait été présidée par l'intendant de le division, ou même par un sous-intendant délégué, et cela en présence des membres du Conseil de santé: ce qui n'avait pas été vu sans quelque étonnement. On faisait la remarque qu'un ministre ne dédaignait pas de présider en personne à la distribution des prix de l'école royale d'Alfort. Aujourd'hui l'erreur a été réparée. Il ne fallait pour cela qu'un avertissement, car il serait absurde de supposer un mauvais vouloir de la part de l'autorité. Cet avertissement, c'est M. Baudens qui l'a donné, M. Baudens à qui le Val-de-Grâce doit en partie l'éclat de cette journée.

M. le président a ouvert la séance et donné la parole à M. Baudens, chirurgien en chef, premier professeur.

L'orateur a commencé par rappeler, en termes touchants et respectueux, qu'à dix-sept ans de ce jour il écoutait dans la même enceinte le respectable M. Gama. Il a exposé ensuite le sujet de son discours, dans lequel, par une heureuse inspiration, il a tracé l'histoire du Val-de-Grâce: histoire difficile autant qu'intéressante; difficile, car il a fallu remonter jusqu'à dix siècles de notre temps. L'histoire du Val-de-Grâce ne devient authentique qu'à partir de l'époque où il fut érigé en fief de Valois, mouvant de la tour du Louvre. M. Baudens a raconté avec un soin parfait et dans un style toujours élégant, parfois éloquent, les transformations multipliées de ce manoir. Il a parlé, en familier de l'histoire, d'Anne d'Autriche et de son temps, et rattaché à son récit diverses anecdotes pleines d'intérêt.

On se figure aisément quelle mine féconde ce pouvait être pour un esprit vif et ingénieux, que cet asile si long temps habité par des grands de ce monde. On ne saurait dire à quoi ni à qui M. Baudens n'a pas touché. Le connétable de Bourbon, Bayard, François Ier, Louis XIII, Richelieu, Anne d'Autriche, Louis XIV, Philippe d'Orléans, et une multitude d'abbesses, ont défrayé successivement sa verve historique. Puis est venue la description du monument tel qu'il est sorti de la pensée d'Anne d'Autriche, qui était un artiste, du moins par la conception. C'a été alors une nomenclature de volutes, de corniches, de pilastres, d'archivoltes, de colonnes corinthiennes et autres, et tout une architectonique que ne désavouerait pas un archéologue de profession. Puis encore une page bien sentie sur les médecins qui ont successivement dirigé et honoré le val-de-Grâce. Puis, enfin, de nobles conseils, noblement exprimés, aux élèves.

M. Baudens a rappelé l'ancien projet d'Anne d'Autriche relativement à l'encâdrement du Val-de-Grâce. Au lieu de ces maisons de pauvre apparence qui font face au monument, il devait y avoir vis à vis la grille une place demi-circulaire bordée d'édifices symétriques, et au milieu de cette place devait s'élever une fontaine. Il est fâcheux, ainsi que l'a dit M. Baudens, fâcheux pour le quartier comme pour le monument, que le projet de la reine Anne n'ait pas été mis à exécution, et il est à désirer, du moins, qu'il ne soit pas perdu pour l'avenir.

M. Baudens a parlé aussi d'un larcin qui aurait été commis au profit de la royale église de Saint-Roch au détriment de celle du Val-de-Grâce. Il s'agit d'un enfant Jésus, véritable chef-d'œuvre de la sculpture, qui aurait été enlevé de sa crêche. Or, cet enfant Jésus enlevé, l'église du Val-de-Grâce perd son caractère; c'est un corps sans âme: le but est manqué, puisque le but d'Anne d'Autriche était de présenter le Verbe dans l'humble étable où il lui a plu de naître, rehaussée par tout ce que les arts ont de plus somptueux et de plus magnifique. M. l'aumônier du Val-de-Grâce, voisin de l'orateur, s'est montré fort sensible à ce récit incident, son intérêt était visiblement excité, et il a souri à l'idée d'une restitution. M. Baudens aura bien mérité de la sacristie.

Il a mieux mérité encore des officiers de santé, quand il a rappelé, dans des termes pleins de noblesse, l'admirable dévouement de Desgenettes en Egypte. Et vous aussi, s'est-il écrié, transportés du même amour, ivres du même dévouement, pour sauver vos frères, vous vous inoculeriez le virus, fût-il pestilentiel! C'est violent, mais ce n'est pas hors de la vérité historique, et ce qui a été peut être. L'exemple de Desgenettes n'est pas le seul, d'ailleurs, que les médecins de l'armée puissent offrir à l'admiration publique. Un de nos chirurgiens principaux d'armée, digne émule de Chervin, connu par des travaux scientifiques sérieux, n'a t-il pas poussé le dévouement jusqu'à avaler une certaine quantité du liquide noir vomi par un malade affecté de la fièvre jaune? L'histoire n'a pas encore enregistré le nom de ce héros; mais, patience! la mort vient pour tous, pour les héros comme pour le commun des hommes, et la justice vient avec elle. C'est le cas de dire: le plus tard sera le mieux.

Un tel discours échappe, par sa nature, à une analyse précise et détaillée. Il a dû coûter beaucoup de recherches. M. Baudens a terminé au milieu des applaudissements de l'auditoire.

M. Martineau des Chenetz a pris ensuite la parole. Il est vraiment impossible de mieux dire. Dût-on nous trouver excessivement laudatif, nous ne pouvons nous empêcher de proclamer la vérité. Tout le monde a admiré l'exquisse distinction, le parfait atticisme du discours de M. des Chenetz. Il s'est élevé à un beau mouvement lorsqu'il a rappelé cette sentence arabe: C'est ici que les morts ouvrent les yeux aux vivants, et il a pu voir que l'auditoire avait été très vivement impressionné. M. le secrétaire-général a eu des paroles d'encouragement et de justes éloges pour tous; pour les membres du Conseil de santé, qu'il a eu soin de placer en première ligne; pour l'honorable et vigilant fonctionnaire préposé à la surveillance administrative du Val-de-Grâce; pour les professeurs, dont il a proclamé le zèle actif et éclairé, et pour les élèves, qui ont si bien répondu aux efforts de leurs maîtres.

M. le secrétaire-général a aussi parlé de la sollicitude du ministre de la guerre pour le Val-de-Grâce, pour les officiers de santé, et de celle non moins vive dont M. le général Sébastiani, commandant de la division, a déjà donné des preuves signalées. C'est, en effet, à l'actif concours de M. Sébastiani, que le Val-de-Grâce doit les nouveaux bâtiments qui s'élèvent en ce moment pour l'amphithéâtre de chimie et la bibliothèque. On a trouvé, en démolissant un pavillon pour la construction de ces bâtiments, une crypte fort ancienne, dont M. Baudens a donné la curieuse description dans son discours.

La séance s'est terminée par la proclamation du nom des candidats victorieux, à savoir: M. Valette, chirurgien sous-aide-major, pour le grade de chirurgien aide-major; M. Bélier, chirurgien sous-aide-major, pour le grade de pharmacien aide-major; et M. Puel, chirurgien élève, pour le grade de chirurgien sous-aide-major. Ces noms ont été proclamés au bruit des fanfares, et des applaudissements des élèves; ce qui

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'homélie et le sermon. — Le genre *fleuri*. — *Non erat hic locus*. — On prend la question par la queue. — Les abeilles et l'origine de la graisse. — Les professeurs de chimie. — Improvisation de M. Thénard. — M. Payen piqué par les abeilles. — Signification du mot *adversaire*. — La lorette et le médecin. — Un confrère quatre fois payé. — Nouvelle pluie d'or. — Une annonce de la foret Noire.

Je ne suis pas le seul qui ait prêché, la semaine dernière, et ceci me tranquillise un peu sur l'effet qu'a dû produire mon homélie dans le monde médical. Je dis homélie, car je réserve le mot *sermon* comme plus noble et entraînant l'idée de quelque chose de mieux étudié, de plus complet, pour l'article dont les lecteurs du *Siècle* ont été régalés jeudi dernier, 21 septembre, jour de la Saint-Matthieu. Je suis trop heureux de voir qu'un confrère en journalisme, et du grand format, dise éloquemment le jeudi ce que bien simplement je vous expose le mardi, pour que je ne donne pas un court extrait de ce sermon. De quoi me plaignais-je? De cet avide et cupide égoïsme qui nous retient tous dans l'isolement; de notre indifférence coupable envers la dignite de la corporation; de la haine, de la jalousie qui nous porteut à nous décrier, à nous calomnier les uns les autres, à nous traiter enfin non comme des confrères, mais comme des concurrents. De quoi se plaint le sermon? Découvrez-vous et écoutez: « *Benè agere et lætari*, disait un » célèbre chirurgien; telle est ma devise, et je la traduis ainsi: *Faire* » *son affaire et se moquer du reste.* Cette traduction libre n'est que » trop généralement adoptée! Il n'existe aucune solidarité entre les » médecins dont le pays regorge; nul ne se préoccupe de l'honneur de » la corporation; nul ne songe à dévoiler, à réprimer le charlatanisme, » cette plaie hideuse du corps médical, ce protée qui s'étale sur nos » murs, qui se colporte dans les salons, qui s'insère à tant la ligne » dans les journaux, sous forme d'annonce, de réclame, de lettre d'un » malade qu'étouffe une reconnaissance qu'il *éprouve le besoin* de faire » partager au public, ou qui *croit de son devoir* de faire connaître une » méthode de traitement à laquelle est attaché le salut de l'humanité; » quelquefois sous forme d'un travail quasi-scientifique; nul ne place » l'intérêt général au-dessus de son intérêt particulier. Chacun pour » soi et Dieu pour tous. — Nous nous trompons. Il est encore des liens » qui rattachent les médecins les uns aux autres: la jalousie, la médi» sance, la cupidité, l'envie, cette terrible *envie médicale* qui n'a » point sa pareille. Le riche et le puissant opprime le faible et le pau» vre; il le déconsidère, l'écrase de son autorité, lui ravit ses clients, » même ceux aux petits écus. Les hommes qu'une similitude de posi» tion et de fortune place sur le même rang se combattent, s'amoin» drissent, se décrient, s'injurient réciproquement, qui dans l'ombre, » tout bas, à l'oreille, au lit du malade, dans les salons, qui tout haut, » publiquement, dans les journaux, en pleine Académie! » S'il était décent de se conduire au sermon comme au théâtre, vous ne manqueriez pas de crier: L'auteur! l'auteur! Vous auriez beau crier, que je ne pourrais vous répondre. Je vous dirai seulement, et ceci comme étude de style que, des trois genres d'éloquence dont on nous parlait en rhétorique, celui de ce morceau me semble se rapprocher beaucoup du genre *fleuri*.

Maintenant, j'ai une autre observation à faire sur ce sermon, non pas sur le fond que je trouve très juste, non plus sur la forme que je dis excellente, mais bien sur le lieu où il a été prononcé. Voltaire le disait avec juste raison: il faut laver son linge sale en famille. C'est ce que je fais, pour mon compte, en prêchant mes homélies du haut de la chaire de la *Gazette des Hôpitaux*, autour de laquelle ne s'assemblent que des médecins. Devant un autre public je me garderais bien de tenir un pareil langage. La belle opinion que vont prendre de nous les quarante mille abonnés du *Siècle!* Et comme c'est bien là le moyen de relever notre considération dans le monde que de lui montrer nos misères! Ils sont bien plus adroits que nous, sans être ni moins envieux, ni moins jaloux, les avocats qui posent toujours devant le public en austères défenseurs de leurs prérogatives, et qui réservent pour les mystères du conseil de discipline les reproches qu'ils ont à se faire mutuellement; les prêtres, qui ont bien aussi leurs propres peccadilles, mais dont le secret s'ensevelit dans l'ombre des retraites ecclésiastiques; une multitude d'autres corporations qui confient seulement et avec la plus grande discrétion, les méfaits de leurs membres aux chambres syndicales ou institutions analogues. Nous n'avons rien de semblable en médecine, direz-vous. Je l'accorde; mais est-ce une raison pour dévoiler sans retenue les nudités de notre profession? Est-ce le public qui chastement les couvrira d'un manteau? Non, assurément, et le but que vous vous proposez sera entièrement manqué; vous ne ramènerez pas un seul de vos confrères égarés dans le droit chemin du devoir, et vous prêterez de nouvelles armes aux détracteurs de notre science et de ceux qui la professent.

D'ailleurs, je ne cesserai de le dire, c'est prendre la question par la queue que de l'envisager ainsi. Ce ne sont pas les hommes, leurs tendances et leurs passions qu'il faut d'abord chercher à modifier; l'entreprise est impossible, parce que les hommes, leurs tendances et leurs passions, ne sont que ce que les font les circonstances qui les entourent. C'est aux institutions qu'il faut s'en prendre, c'est à cette organisation déplorable qui multiplie hors de toute proportion et au-delà de tous les besoins probables les professions dites libérales, et qui sont les plus illibérales possibles. Faites que le médecin puisse vivre de son état, et le médecin ne sera plus ni méchant, ni envieux, ni charlatan. La question des médecins, qu'on veuille bien se le persuader, n'est pas une question d'individus, mais bien une question d'institutions, une question sociale et d'économie politique. Hors de ce point de vue, vous prêcherez éternellement dans le désert, vous n'opérerez pas une seule conversion, et de vos beaux discours il ne restera que l'impression déplorable qu'ils auront laissée sur la société à notre endroit. Et certes, la société est assez disposée à grossir nos fautes et à nous trouver en defaut, pour que nous ne fournissions pas nous-mêmes de nouveaux aliments à sa malignité.

Mais laissons ce sujet peu réjouissant, et jetons un coup-d'œil sur les petits événements de notre monde médical.

Dans les académies, rien de bien important, si ce n'est la prudente retraite de M. Dumas sur la question de l'engraissement des bestiaux. C'est pendant son absence et par l'organe de M. Milne Edvards qu'il a fait savoir au monde savant que ses expériences sur les abeilles et sur la manière dont ces intéressants hyménoptères produisent la cire, ont modifié de fond en comble sa manière de voir sur la formation de la graisse chez les animaux. La perte de cet athlète a, comme on le prévoit, jeté une grande perturbation dans le camp de ceux où M. Dumas était considéré comme général. Cependant M. Payen, qui était livré à ses propres forces a bravement reçu le coup, il a combattu seul, mais il faut le dire, avec plus de courage que de bonheur. M. Thénard, au contraire, a retrouvé dans cette circonstance cette verve, cette chaleur, cette parole accentuée et pittoresque qui ont fait si longtemps la fortune de ses cours de chimie. A cette occasion, je ne peux m'empêcher de faire remarquer — tout est permis dans une causerie intime, et les transitions n'ont pas besoin d'être absolument ménagées — combien ont été heureuses les destinées de cette science, la chimie, au point de vue de son enseignement. Depuis un demi-siècle ç'a été une succession non interrompue de professeurs les plus brillants. Fourcroy, d'abord, que la tradition encore vivante nous peint sous les plus vives couleurs; Thénard, dont pas un de nous n'oubliera les leçons si attrayantes; Gay-Lussac et ses démonstrations si nettes, si lucides; Orfila, dont, il faut bien le dire, le talent d'exposition n'a jamais été mis en cause; Dumas, qui autour de sa triple ou quadruple chaire attire une foule aussi nombreuse et aussi empressée. Et cette génération d'admirables professeurs, ne croyez point qu'elle soit près de s'éteindre; à ces réputations, déjà vieilles de gloire, succèdent sans interruption celles plus jeunes des Regnault, des Pelouze, des Baudrimont et de quelques autres encore avec qui ne périra pas la magnifique réputation du professorat français. Etonnez-vous après cela que la chimie soit aujourd'hui de toutes les sciences la plus généralement cultivée, la plus populaire. Mais ce qui doit surprendre, après cet exemple, c'est de ren-

prouve que la grande cour d'appel, le public, n'a trouvé rien à redire aux choix des juges.

C'est un fait chaque jour plus évident, et que nous sommes heureux de constater, que l'état de progrès dans lequel le corps des médecins militaires se développe depuis quelques années. Ce corps a eu à sa tête des hommes illustres qui ne sont plus; mais jamais l'ensemble n'a été plus satisfaisant. Or, la prospérité d'une corporation dépend moins de quelques individualités glorieuses que des conditions dans lesquelles se présentent les individus qui la composent en général.

Ce n'est pas à dire, d'ailleurs, qu'il n'existe encore, parmi les médecins militaires, des noms connus et estimés du public. Nous pourrions en trouver des plus honorables à l'Académie, dans les facultés, dans la presse médicale et dans la pratique.

Il faut reconnaître ce qui est, et si ce qui est honore l'administration, il faut le dire. Ne craignons donc pas de déclarer que la prospérité actuelle du corps des médecins militaires est l'œuvre de l'administration, qui s'est appliquée, depuis 1830, et particulièrement sous les divers ministères du maréchal Soult, à améliorer la position de ces officiers. Les améliorations, conformes à l'esprit de l'époque, ont porté spécialement sur l'état matériel.

D'une part, on a augmenté les avantages pécuniaires, et, de l'autre, on a fixé l'avenir des médecins militaires en les comprenant dans la loi sur l'état des officiers. Leur qualité d'officier leur appartient inaliénablement, à moins de forfaiture. Les emplois seuls sont à la disposition du roi; les grades sont la propriété de ceux qui en sont revêtus, dès le moment qu'ils leur ont été conférés. Rétribution convenable, sécurité, voilà ce qui a mis le corps médical de l'armée dans la situation favorable où nous le voyons, et voilà ce qui fait que beaucoup de jeunes élèves pleins d'avenir abandonnent pour une carrière aisée et sûre, les chances de plus en plus incertaines de la pratique civile.

Ces améliorations matérielles sont-elles cependant les seules désirables? Non certainement. C'est une erreur du moins relative, de dire que la considération se proportionne à la fortune. Cela peut être vrai dans quelques cas. A l'armée, c'est faux; à tel point que l'agent le plus élevé en grade et le plus riche n'obtiendra jamais la moitié du respect que le soldat accorde à un simple sous-lieutenant. Or, les médecins militaires vivent avec le soldat; et pour obtenir sa confiance, ils ont besoin de son respect. Sous ce rapport, il y a quelque chose à faire. Les officiers de santé militaires (puisqu'il faut encore les appeler ainsi, et c'est un de leurs griefs) ne sont pas classés. Il faudrait une assimilation; on la dit impossible, parce que l'on a quelques difficultés à l'accorder telle qu'elle devrait être. Quel officier-général se plaindrait pourtant de voir un homme tel que Broussais assimilé à un maréchal-de-camp?

On dira peut-être que ce sont là de vaines considérations, et qu'il y a de la puérilité à s'en préoccuper. On se tromperait. C'est avec des puérilités de ce genre que l'on donne aux jeunes gens le goût de leur profession; et rien n'encourage, rien ne soutient dans le travail, dans les épreuves d'une vie souvent pénible et traversée d'événements divers, comme l'estime et la considération, fût-elle extérieure et d'apparat, dont on se sent entouré. Il faut faire la part de la nature humaine.

Dans cet ordre d'idées, il y aurait encore une prompte réforme à exécuter. Il faudrait supprimer ce titre d'*officiers de santé* infligé à des hommes qui sont tous docteurs en médecine. Cette désignation s'applique à une classe honorable sans doute, mais subalterne, du corps médical, et ne leur convient pas. On avait mis en avant le nom de *génie sanitaire*. Trouverait-on par hasard que Broussais serait un génie médiocre auprès de Vauban?

L'enseignement devrait aussi être perfectionné. Les élèves sont libres. Sortis de l'hôpital, ils font ce qu'ils veulent: c'est un malheur. La plupart travaillent et se conduisent convenablement; mais d'autres peuvent abuser de leur liberté. Il conviendrait de les enfermer, et de faire pour les hommes destinés à soigner leurs semblables ce que l'on a fait pour ceux qui sont préposés à la conservation des chevaux; établir une école royale de santé, ou tout autre chose, n'importe le mot, pourvu que sous le mot il y eût un casernement. Il y aurait ainsi, à Paris, pour les élèves de médecine militaire, un établissement analogue à l'Ecole royale polytechnique. Les élèves en sortiraient avec le grade de sous-aide-major, et seraient envoyés dans les hôpitaux d'instruction de province, qui deviendraient des hôpitaux d'application. De là on les enverrait, après une année, dans les hôpitaux de province, ou à l'armée, d'où ils seraient, après un temps plus ou moins long, dirigés sur l'hôpital de Paris. Cette fois ils y seraient avec leur grade de sous-aide, et libres autant que possible, afin de pouvoir s'initier à l'enseignement de la Faculté et aux diverses cliniques de la capitale. Ils resteraient une année dans cette nouvelle position, et au bout de cette année un concours les appellerait à l'aide-majorat.

Enfin (car il est temps de mettre un terme à ces demandes), pour augmenter l'émulation et retenir de plus en plus les bons serviteurs sous le drapeau, il faudrait créer un certain nombre de places de médecins de division qui seraient intermédiaires au conseil de santé et aux principaux.

Nous voilà bien loin du concours et de la distribution des prix; pas si loin cependant qu'on pourrait le croire. En effet, c'est le concours qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, et dont on a couronné aujourd'hui les vainqueurs, qui nous a fait constater, une fois de plus, le bon effet des mesures successivement adoptées pour améliorer le corps des médecins militaires. Cela étant, nous nous sommes dit qu'il ne fallait pas s'arrêter en si bon chemin, et de là aux *desiderata* que nous avons émises, il n'y avait pas d'intervalle.

Maintenant disons quelques mots du concours. Il a été des plus brillants. Nous avons entendu des personnes versées dans cette matière et rompues elles-mêmes à la lutte, affirmer qu'elles n'avaient jamais vu de concours pour l'internat à Paris, dans lequel les candidats eussent fait preuve d'une science plus solide et plus variée. Ceci ne contredit aucunement les remarques que nous avons présentées sur la nécessité de perfectionner l'enseignement. Tel quel, celui-ci produit de bons résultats; tel qu'il devrait être, il en donnerait de meilleurs. Il ne faut point s'arrêter dans le bien, quoi que l'on dise.

Il y a, dans le concours, des abus qu'il importe de signaler. On devrait faire deux parts, celle de la science et celle des services, et ces deux parts devraient être parfaitement distinctes. Au lieu de cela on confond avec les *points* obtenus par le candidat à la suite de ses épreuves scientifiques les *points* auxquels il a droit en raison de son temps de service. On amalgame ainsi des choses dissemblables, et le jugement qui peut en ressortir sur les individus n'est pas net.

Il est arrivé quelquefois que les candidats pour les emplois du grade supérieur étaient peu nombreux, et que, d'un autre côté, la force scientifique de ces candidats était proportionnelle à leur nombre. Il n'y a pas moins eu un premier dans ce petit nombre, et ce premier a eu la médaille, et ce premier a joui ultérieurement de tous les avantages attachés à sa qualité de lauréat. Ce premier, cependant, dans un autre concours, avec d'autres compétiteurs, eut peut-être été le vingtième. Il y a là un vice manifeste. Ce cas ne se représentera probablement pas; il ne doit pas moins être prévu. Les avantages attachés au premier rang sont tels qu'ils doivent être achetés par des épreuves sérieuses.

C'est au Conseil de santé à demander la révision du réglement du concours en ce qui touche les deux points que nous venons d'examiner rapidement.

L. V.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Méningite tuberculeuse; mort; autopsie. Quelques considérations sur la marche et le traitement de cette affection.

Une fille de huit ans, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, entra à l'hôpital des Enfants dans le courant du mois de juin dernier.

D'une constitution assez délicate, habituellement bien portante, cette enfant a eu la rougeole il y a deux ans environ. Il y a quatre ans, elle avait eu quelques convulsions qui n'ont pas duré très long-temps, et qui ont disparu sans un traitement suivi. Actuellement malade depuis sept à huit jours, elle fut prise à cette époque, et sans cause connue, d'une céphalalgie assez intense, et bientôt après de vomissements abondants verdâtres, bilieux; cinq à six vomissements par jour. Ces accidents persistèrent pendant trois ou quatre jours; en même temps un peu de diarrhée. Les jours suivants, somnolence par moments; et par moments, agitation extrême. Diminution des vomissements, mais persistance de la céphalalgie. Pâleur de la face; les yeux, entourés d'un cercle noirâtre, sont renversés en haut. Pas de traitement actif. Un bain fut donné à l'enfant le quatrième jour de l'invasion de la maladie.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée:

Visage pâle, abattu; les yeux sont entourés d'un léger cercle bleuâtre, sans renversement en haut, comme les parents ont déclaré qu'ils avaient été les jours précédents. L'enfant est couchée sur le côté gauche, se plaint de mal de tête violent; de faiblesse, soif modérée, anorexie. Le pouls fréquent, accéléré, à 96-100 par minute, médiocrement développé. Peau assez chaude, moite; ventre sans développement ni rétraction anormales, peu sensible à la pression, qui n'y détermine aucune trace de gargouillement; constipation depuis deux ou trois jours. Langue assez humide, blanchâtre à la base et au milieu. L'intelligence est bien nette et parfaitement conservée. Un peu d'agitation, seulement par moments. Ni raideur, ni contracture des membres; pas de toux, résonnance et respiration bonne.

Le lendemain de l'entrée, l'enfant est à peu près dans le même état. La face est toujours pâle; expression de tristesse et d'abattement. Intégrité de l'intelligence; l'enfant reconnaît bien les personnes qui l'entourent; les yeux ne sont nullement convulsés, mais le regard est un peu fixe, étonné; pas de délire, seulement un peu d'agitation; insomnie pendant une partie de la nuit. Constipation; pas de selles depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; langue humide, blanchâtre à son centre, rouge aux bords et à la pointe. Le ventre, à peine sensible à la pression, un peu déprimé sans que sa forme soit sensiblement altérée. Pouls à 92-96, petit, peu développé, non redoublé. Peau chaude, sudorale. Lavement laxatif; compresses froides sur le front. Diète.

Le 24, pas de mieux sensible; l'enfant est toujours dans le même état. La constipation persiste. Depuis la selle provoquée par le lavement laxatif, l'enfant n'en a point eu d'autre. Même insomnie et agitation pendant la nuit; un peu de délire par moments. Dans les intervalles, l'intelligence est nette. Dépression de l'abdomen, dans lequel on ne peut par aucune pression déterminer la moindre trace de gargouillement. Lan-

---

contrer des gens qui, dans les concours, ne veulent tenir aucun compte de la forme, des qualités de professeur et du talent d'exposition. C'est fermer les yeux à la lumière que de nier leur influence sur les résultats de l'enseignement d'une science quelconque. A l'occasion du prochain concours je pourrai développer, je l'espère, mes idées à cet égard; il faut que je revienne à l'Institut.

Donc, cette grande question de la formation de la graisse perd le plus éclatant de ses défenseurs, et M. Thénard, dans une improvisation aussi vive que spirituelle, semble lui avoir donné le coup de grâce. Les physiologistes, en effet, j'entends ceux qui ne bornent pas leurs études de la vie et de ses phénomènes aux expériences sur le verre à réactifs, ont été vivement émus de voir la manière cavalière et leste avec laquelle on traitait cette grande et si complexe question de la nutrition. Complexe, car les difficultés viennent à la fois de la chimie et de la physiologie. Les analyses chimiques des matières alimentaires sont-elles certaines et irrévocables? Y a-t-il identité complète entre les matières grasses extraites du lait et celles extraites du foin? La présence des mêmes éléments suffit-elle pour faire admettre cette identité dans leur composition intime? D'ailleurs la constitution chimique des corps organisés renferme-t-elle tout le secret de leur action? L'activité dont sont douées les sécrétions animales n'échappe-t-elle pas aux appréciations de la chimie? Ces sécrétions agissent-elles par leurs éléments isolés, ou bien plutôt en vertu du concours de leurs principes? Quel physiologiste pourrait considérer comme identiques le lait, le sang, la bile, quoique, à part quelques principes spéciaux, ils soient réductibles à des éléments communs? La physiologie n'a-t-elle pas depuis long-temps prouvé que ce n'est pas tel ou tel principe seulement qui contribue à engraisser les animaux, mais le concours, l'ensemble, la composition intégrale de l'aliment? Prenez l'aliment le plus animalisé, la fibrine, par exemple, nourrissez-en exclusivement un animal, ne le verrez-vous pas bientôt dépérir et succomber sous l'influence de cette alimentation exclusive? La complexité de l'aliment n'est-elle pas la condition rigoureuse et *sine quâ non* de la nutrition? L'état particulier dans lequel se trouvent les corps organisés vivants, ne soustraira-t-il pas éternellement leurs fonctions aux explications empruntées à la chimie? — Telle est, en quelques mots, la base sur laquelle M. Thénard a placé son argumentation pressante et animée, et à laquelle M. Payen n'a pu échapper que par un faux-fuyant peu digne d'une discussion sérieuse. Revenant à la question des abeilles, et à cette expérience si décisive déjà faite par M. Huber et reprise avec plus de précautions encore par MM. Dumas et Milne Edwards, expérience qui consiste à renfermer un essaim dans une cage de verre sans issue, à le nourrir de sucre et de miel et à voir les abeilles privées de toute nourriture contenant des matières grasses, faire cependant, par leurs propres sécrétions, leurs gâteaux de cire; M. Payen a répondu que les abeilles pouvaient avoir pris en nature la matière grasse déposée sur les parois de verre de la ruche. Evidemment c'était se raccrocher aux branches; baser une réponse sur le verre c'était lui donner un appui bien fragile, a dit M. Duméril; M. Payen a été piqué par les abeilles, a ajouté M. Breschet.

Cette conversation terminée, la discussion entre deux géomètres, MM. Liouville et Libri a recommencé. Je ne vous en dirai rien, et pour cause. Mais elle a donné lieu à un petit incident assez curieux. M. Libri, dans sa réponse à M. Liouville, avait employé l'expression d'*adversaire*. Cette expression a choqué M. Arago, qui, tout net, a arrêté M. Libri dans sa lecture, en lui faisant observer que ce mot n'était pas académique. La susceptibilité de M. Arago me semble avoir été excessive. Le mot adversaire est généralement consacré dans les discussions académiques. Il existe des livres très scientifiques, — leurs auteurs ne me reviennent pas à la mémoire, — portant précisément ce titre: *Adversaria academica*. Ouvrez les *dictionnaires* au mot Adversaire; ils disent: *qui est d'un avis opposé*. Or, certes, dans l'espèce, jamais cette expression ne fut plus légitime dans la bouche de M. Libri. M. Flourens, en sa qualité de membre de l'Académie française, a restitué à cette expression sa signification véritable, et M. Libri avec ce ton de fermeté que d'aucuns appellent rogue, a répondu qu'*il ne se rétractait jamais*. — Tant pis pour vous, a répondu M. Arago, et le mot *adversaire* a eu ses coudées franches.

Maintenant, vous dirai-je une anecdote, qu'un de mes amis, homme d'esprit, — j'ai grande envie de le nommer, — m'a racontée l'autre jour? Pourquoi non? Elle est drolette; seulement

J'en défends la lecture à vos filles.

Un de nos confrères avait soigné d'une maladie assez longue une de ces jeunes personnes si bonnes, si humaines, si complétement charitables, qu'on leur a donné le nom charmant de *lorettes*. Après guérison, le mémoire, écrit sur beau papier glacé et parfumé, fut envoyé à la belle cliente. Pas de réponse, et déjà notre confrère, homme très moral, avait fait le sacrifice *complet* du prix de ses soins, lorsque ces jours derniers un jeune *lion*, très fraîchement frisé et ganté, se présente dans son cabinet, en demandant: Est-ce à M. le docteur X..... que j'ai l'honneur de parler? Sur la réponse affirmative: — Je viens, dit-il, payer le mémoire de madame N...., que vous avez soignée dans sa dernière maladie; et il dépose un rouleau suffisamment nourri de beaux napoléons. — On ne doit jamais désespérer de la providence des lorettes, dit à part soi notre confrère.

Une demi-heure s'était à peine écoulée, que voici arriver un autre beau jeune homme, adressant au confrère la même question, et venant aussi payer ledit mémoire. Le cas devenait embarrassant. Que faire? Dire que déjà il avait reçu, et d'un autre gant blanc, le prix de son mémoire, n'était-ce pas divulguer clairement, à l'endroit de sa cliente, une légère infraction aux lois de la constance? Se promettant de restituer à la lorette ce qu'il ne pouvait honnêtement garder, il reçut sans mot dire les pièces d'or de ce nouveau venu.

Mais ce n'était pas tout, et dans la même journée il en vint un troisième, et puis un quatrième. Le cas devenait tout à fait grave, et plus il recevait, plus notre confrère s'embarrassait dans cette alternative: faut-il dire? faut-il se taire? La charité l'emporta, il se tut; et le lendemain, il se préparait à aller expliquer cette aventure à sa cliente, quand elle parut elle-même venant, pour la cinquième fois, acquitter le mémoire. — Mais c'est moi qui vous redois, dit-il; ils sont venus filer quatre à la file; c'était une véritable pluie d'or; nouvelle Danaé, pour vous, Jupiter s'était mis en quatre. — C'est charmant! s'écria-t-elle. C'est que, voyez-vous, ajouta-t-elle avec le plus grand sérieux, ce sont des hommes *comme il faut*.

Le plus beau de l'aventure, pour le confrère surtout, c'est que la généreuse lorette ne voulut rien entendre sur le chapitre de la restitution. — Qui sait, disait-elle avec ce babil caractéristique, si j'aurai toujours d'aussi bonnes veines? Acceptez, docteur, le premier paiement comme honoraires de ma maladie passée, et les trois autres pour les maladies à venir.

Voici qui me vient des Ardennes. C'est une annonce qu'on peut lire dans le Journal de Sédan:

« Aux animaux mammifères terrestres, salut!

» Doctrine et méthode créées par le docteur Drouin, à Sédan, pour » anéantir toute cause interne de mort prématurée, sans prendre aucune » drogue et sans aucun *sinistre*.

» Vu l'importance de cette découverte *pour tous les peuples*, l'auteur » en traitera avec les gouvernements sous les garanties préalables » réciproques.

» Affranchir toute lettre, et la signature lisible. »

Pendez-vous, héros de l'annonce et du puff! vous êtes distancés par un concurrent de la forêt Noire.

Jean RAIMOND.

---

gue humide, blanche. Huile de ricin; lavement laxatif; compresses froides sur le front. Diète.

Le 27, depuis quelques jours la diarrhée a remplacée la constipation. Visage toujours pâle, regard fixe, hébétée. L'enfant se plaint de douleurs de tête violentes. Somnolence presque continuelle, interrompue par des moments d'agitation et de délire. Il est des instants où l'enfant conserve encore sa connaissance; mais le plus souvent on ne peut tirer d'elle aucun signe d'intelligence. Un peu de renversement des yeux en haut. Pouls à 92 96, petit, peu développé. Peau chaude, moite. Calomel, 0,10 gr. Lotions froides sur la tête.

Le 30, les symptômes ont toujours été en s'aggravant de plus en plus. L'enfant est plongée dans un coma profond, dont elle ne sort que pour pousser des cris aigus. Renversement en haut des globes oculaires; les pupilles sont un peu dilatées; le regard est très difficile à fixer, même en présentant devant les yeux une lumière. L'intelligence est tout à fait abolie; la sensibilité générale est obtuse. C'est à peine si elle cherche à se dérober au pincement, et si elle se plaint un peu quand on la tourmente. La peau est couverte d'une sueur froide, visqueuse; soubresauts des tendons; crocidisme. Respiration accélérée, irrégulière; pouls très petit, fréquent. Langues et dents sèches, fuligineuses. Cataplasmes synapisés aux jambes.

Morte le lendemain dans la journée. Quelques convulsions ont précédé la mort.

Autopsie cadavérique. — La dure-mère est pâle, peu gorgée de sang; la pie mère et le tissu cellulaire qui l'unit à l'arachnoïde présentent, çà et là, des granulations dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de sable très fin, blanchâtres, évidemment de nature tuberculeuse. Ces granulations sont plus abondantes à la base du cerveau que sur sa convexité. Le tissu de la pie-mère est injecté, rosé vif par places, infiltré en quelques points d'un liquide épais, blanc-jaunâtre; ce liquide est analogue à du pus, dont il offre tous les caractères.

La pulpe cérébrale, d'assez ferme consistance dans les parties extérieures, est un peu plus ramollie dans les points centraux. Les ventricules cérébraux sont remplis d'une sérosité abondante, un peu opaline.

Les poumons renferment, surtout au sommet, une grande quantité de granulations tuberculeuses du volume d'un grain de chenevis environ, quelques-unes plus grosses; il en est quelques-unes qui commencent à se ramollir. Il n'existe dans l'appareil respiratoire ni abcès, ni cavernes.

Le cœur est sain. Le tube digestif dans toute sa portion supérieure est parfaitement sain. La muqueuse du gros intestin est un peu rouge et gonflée.

— La méningite tuberculeuse est une affection de laquelle on ne s'est occupé que depuis quelques années, et qui n'a été que dans ces derniers temps bien examinée et bien décrite. Les premiers travaux auxquels on est redevable de sa description, sont un Mémoire couronné par l'Institut en 1835, dans lequel les auteurs, MM. Fabré et Constant, ont donné une histoire fort complète de la maladie, déduite de l'observation d'une trentaine de faits particuliers recueillis avec le plus grand soin. Il est à regretter que la *negligence* de quelques employés ait égaré le manuscrit de ces auteurs, et ne leur ait pas permis de publier autre chose qu'un résumé des précieux résultats auxquels les avaient conduits leurs recherches.

D'autres travaux importants aussi à plus d'un titre, de MM. Rufz et Ghérard, ont également contribué à fixer l'attention sur ce point. Nous essaierons, d'après ces travaux, de présenter quelques réflexions sur la marche et le diagnostic de cette terrible affection, et sur le traitement, malheureusement la plupart du temps inefficace, que l'on doit essayer de mettre en usage.

Causes. — Les causes de la méningite tuberculeuse sont d'une obscurité telle que c'est à peine si l'on devrait prendre en considération celles qui sont indiquées dans les ouvrages, et qui peuvent se rapporter presque toutes, pour ne pas dire toutes, aux causes générales de la tuberculisation. On doit donc se borner à rapporter les conditions d'âge et de constitution dans lesquelles on observe le plus souvent la disposition à être atteints de l'affection qui nous occupe.

C'est surtout entre l'âge de six à huit ans selon les uns, de six à dix selon les autres, que la méningite tuberculeuse se développe le plus communément. Le sexe ne semblerait pas être sans quelque influence sur la fréquence de la maladie: ainsi, d'après des relevés cliniques, au-dessous de six ans la proportion serait la même pour les deux sexes; au-dessus de six ans, au contraire, elle serait beaucoup plus considérable en faveur des garçons. L'influence de la constitution ne semble pas au premier abord être très évidente. La méningite tuberculeuse semble se développer également chez les enfants robustes et chez les enfants délicats; mais il a pu arriver qu'elle se fût développée chez des enfants de délicate constitution, et chez d'autres de forte complexion primitivement, mais chez lesquels une affection tuberculeuse occupant un autre appareil d'organes, aurait amené une détérioration lente que l'on aurait pu prendre pour une faiblesse de constitution.

Comme toutes les affections tuberculeuses, la méningite tuberculeuse paraît être, sinon héréditaire, au moins le résultat souvent d'une prédisposition héréditaire. Enfin elle peut, sinon être la conséquence, du moins succéder à des affections graves soit des méninges elles-mêmes et du cerveau, soit d'autres organes. Il est excessivement rare de constater l'existence de méningites tuberculeuses chez des enfants qui ne présentent pas à l'autopsie de tubercules pulmonaires. Dans ces derniers temps, M. le professeur Trousseau a soulevé l'importante question de savoir si les granulations tuberculeuses précèdent ou suivent l'inflammation de la méninge; en d'autres termes, si les granulations tuberculeuses sont la cause ou le produit de cette inflammation. Les auteurs d'un traité récent et estimé sur les maladies des enfants, pensent que dans le plus grand nombre de cas les granulations préexistent à l'inflammation, et se fondent pour cette opinion, sur ceci, que dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut prouver que les tubercules puissent se développer en quinze jours.

Pour les caractères anatomiques, nous ne nous étendrons pas sur leur description. Les lésions qui les constituent sont si communes et si connues qu'il serait superflu d'y insister. Mais il n'en est pas de même des symptômes, de la marche et du diagnostic.

Symptômes. Lorsque la ménigite débute pendant que le sujet est dans un état parfait de santé, et c'est le cas qui se rencontre le plus fréquemment, le pouls est en général fréquent. Il y a un véritable état fébrile, caractérisé par tous les symptômes de cet état. Puis, au bout de quelques jours, plus ou moins, le pouls diminue de fréquence, tombe à la moyenne normale, quelquefois même au-dessous; cette diminution de fréquence dure un temps proportionné à la durée de la maladie. Quand l'époque de la terminaison fatale approche, le pouls se relève, redevient fréquent, et c'est un signe certain auquel on doit rapporter l'indice de la mort prochaine du sujet. Outre la fréquence, on doit encore noter la régularité des battements du pouls. Il est irrégulier, surtout au moment où il se ralentit.

La peau est généralement chaude, surtout au début, lorsque le pouls est accéléré. M. Guersant a quelquefois observé, tout à fait au début des frissons et des horripilations. La chaleur est d'autant plus vive que le pouls est plus accéléré, d'autant moins fort qu'il est plus lent. En même temps, se montrent des sueurs assez abondantes, surtout aux approches de la terminaison fatale de la maladie, pendant les derniers jours. La face est ordinairement pâle, rarement rosée, à moins que l'on n'adresse la parole aux enfants et que l'on ne cherche à fixer leur attention. Cette pâleur fait place, vers la fin de la maladie, à une teinte violette.

La respiration est rarement régulière pendant le cours de l'affection dont nous nous occupons ici. Cependant elle est peu accélérée pendant les premières périodes de la maladie. Ce n'est guère qu'à une époque voisine de la mort que les mouvements inspiratoires deviennent plus fréquents. C'est aussi à ce moment que la respiration prend des caractères particuliers, que l'on retrouve dans d'autres affections, qu'elle devient, par exemple, râlante, stertoreuse, etc.

Les organes digestifs et leurs fonctions sont constamment troublés au début de l'affection. C'est par des vomissements qu'elle commence ordinairement, vomissements qui durent le plus souvent pendant trois ou quatre jours seulement. On sait, du reste, que ces vomissements ne sont pas le signe de la méningite tuberculeuse seulement, mais aussi de la méningite simple. La soif est modérée, l'appétit nul; la langue est humide, blanche au milieu; les dents et les lèvres ne sont sèches et fuligineuses que dans la dernière période.

Enfin la constipation est un signe des plus importants à noter. Elle existe le plus souvent dès le début, quelquefois un peu plus tard; elle est tellement forte, qu'il est rare qu'elle cède aux purgatifs pendant les premiers jours; mais ordinairement aussi, quelques jours après le début, la diarrhée survient, abondante, difficile et même impossible à arrêter. Le ventre, loin d'être ballonné, est, au contraire, rétracté, et quelquefois appliqué si fortement sur les intestins qu'il presse contre la colonne vertébrale, que l'on sent facilement battre l'aorte abdominale en plaçant la main sur le ventre.

Passons maintenant aux plus importants des troubles fonctionnels, nous voulons dire, à ceux des fonctions cérébrales. La céphalalgie est constante. Elle se fait sentir dès le début de la maladie. Souvent très vive, elle provoque les plaintes, les gémissements, les cris même des enfants. Elle disparaît ou du moins il devient très difficile d'en constater la persistance dans les derniers jours, vu l'apparition du délire ou du coma.

Les fonctions intellectuelles sont très souvent conservées, même à une période assez avancée de la maladie. Il peut arriver qu'elles soient troublées momentanément, et que dans l'intervalle de chaque accès l'enfant recouvre toute sa connaissance et sa présence d'esprit. A des phénomènes nerveux de la plus haute gravité peuvent succéder des moments de calme et de repos susceptibles d'en imposer à ceux qui entourent l'enfant, et qui n'ont point l'habitude de ces maladies.

Quand il survient du trouble dans les facultés intellectuelles, il commence le plus souvent par un peu de lenteur dans les réponses, de l'abattement, de la somnolence et l'hébétude du regard. Le délire ne survient qu'à une époque plus avancée de la méningite. Il peut être calme ou agité, accompagné ou non de cris aigus. On a quelquefois observé, mais rarement, il est vrai, des cas dans lesquels les sujets malades ont conservé jusqu'au dernier moment leur connaissance et leur intelligence. La somnolence et le coma, phénomènes que l'on n'observe pas au commencement de l'affection, peuvent, une fois qu'ils se sont montrés, disparaître pour faire place au délire, et reparaître ensuite. Enfin, la contracture et la raideur des membres, les convulsions, les soubresauts, l'abolition de la sensibilité sont des symptômes fâcheux qui surviennent presque constamment à la fin de la maladie.

Diagnostic. — La méningite tuberculeuse peut être confondue avec plusieurs affections différentes, avec la méningite simple d'abord, avec les tubercules cérébraux, la congestion cérébrale, les accidents cérébraux qui se développent dans le cours de la fièvre typhoïde ou des fièvres éruptives. Nous ne croyons pas déplacé de présenter ici, en quelques mots, un résumé succinct des principaux phénomènes qui servent à distinguer ces affections.

Tandis que la méningite tuberculeuse se manifeste sans cause occasionnelle appréciable, débute insidieusement, affecte une marche lente tant que dure la forme chronique, et peut durer plusieurs mois, la méningite simple reconnaît presque toujours une cause occasionnelle appréciable, s'attaque non-seulement à des enfants, mais encore à des adultes, débute brusquement et affecte une marche rapide et une courte durée. Il est vrai de dire que lorsque les symptômes aigus de la méningite se déclarent, les deux affections offrent beaucoup de ressemblance entre elles.

Pour le traitement, les antiphlogistiques, le plus souvent, ne font que hâter la terminaison fatale dans la méningite tuberculeuse, tandis qu'ils constituent le seul moyen efficace de traitement pour la méningite simple.

Dans les cas de tubercules cérébraux, les symptômes portent principalement sur les facultés locomotrices et sensoriales, au lieu de porter sur les fonctions intellectuelles et les fonctions cérébrales. La céphalalgie est extrêmement faible, souvent même tout à fait nulle dans l'affection tuberculeuse du cerveau, et nous avons vu, autant par l'observation précédente que dans la description que donnent les auteurs de la méningite tuberculeuse, que la céphalalgie est des plus intenses et des plus opiniâtres.

Le diagnostic différentiel de la congestion cérébrale et de la méningite tuberculeuse est des plus faciles. La congestion cérébrale débute ordinairement par un coma profond, et est souvent précédée, comme symptômes précurseurs, de raideur tétanique des membres, de convulsions, de paralysie, symptômes que l'on ne constate jamais dans l'affection qui nous occupe. La face est le plus souvent rouge dans la congestion cérébrale, ou tout au moins d'une coloration ordinaire, caractère qui contraste avec la pâleur du visage habituelle dans la méningite. Le pouls, au lieu d'être petit, irrégulier, tantôt lent, tantôt fréquent, est plein, développé au début. Enfin, la congestion cérébrale est d'une très courte durée, souvent de moins d'un jour; celle est de plusieurs jours dans la méningite tuberculeuse, quelquefois même de plusieurs mois, tant qu'elle affecte la marche chronique.

Quant à confondre la méningite tuberculeuse avec les accidents cérébraux qui se développent quelquefois dans le cours d'une fièvre typhoïde ou de quelques fièvres éruptives, l'état de l'abdomen et les symptômes de l'affection primitive permettent le plus souvent de ne pas commettre cette erreur. Cependant, il existe dans la science quelques faits où le diagnostic différentiel fut excessivement difficile, sinon tout à fait impossible à établir.

Nous réunirons dans un même paragraphe le pronostic et la terminaison. Le pronostic est toujours funeste. La mort est toujours la terminaison de la méningite tuberculeuse. Que si quelques auteurs se sont flattés d'avoir obtenu des guérisons, il est permis de douter qu'ils aient eu affaire à une véritable méningite tuberculeuse. Citons, du reste, ce que dit du pronostic un praticien habile dont le nom fait autorité en pareille matière :

« La méningite tuberculeuse se terminerait quelquefois par la guérison à la première période; mais ces cas sont toujours plus ou moins douteux. Dans la seconde période, je n'ai jamais vu guérir un enfant sur cent, et encore ont ils succombé plus tard, ou à la même maladie aiguë, ou à la phthisie pulmonaire. Quant aux malades qui arrivent à la troisième période, je n'en ai jamais vu guérir, même momentanément. » (Guersant.)

D'après ce que nous venons de dire du pronostic et de la terminaison, il est évident qu'il reste peu de chose à faire pour le traitement. Deux indications se trouvent à remplir : combattre l'élément inflammatoire, combattre l'élément tuberculeux.

Les émissions sanguines, quand on y a recours, doivent être principalement les saignées locales. Elles seront peu abondantes, les sangsues seront appliquées, non aux apophyses mastoïdes, dans la crainte d'attirer le sang vers l'encéphale, vu le petit nombre que l'on doit employer, mais à l'anus et même aux extrémités inférieures. Encore, n'est-ce que tout à fait au début que l'on doit mettre ce moyen en usage, et plutôt peut être dans la crainte d'avoir affaire à une méningite aiguë simple, que pour essayer d'obtenir une guérison qui, dans la méningite tuberculeuse, est impossible, ainsi que nous l'avons prouvé plus haut.

Les lotions et affusions froides, les compresses froides sur le front et la tête préalablement rasée, constituent un moyen auxiliaire qu'il n'est pas superflu d'indiquer. La médication doit être en même temps révulsive, et intérieurement et extérieurement. Les purgatifs doux sont les seuls que l'on doit mettre en usage : l'huile de ricin, les purgatifs salins, le calomélas, et seulement tant que dure la constipation. Cette dernière préparation joint à son effet laxatif l'avantage d'agir en même temps comme substance altérante. On peut y joindre les frictions mercurielles, soit aux cuisses, à leur face interne, soit sur la tête. Ce moyen ne doit être employé qu'avec la plus grande prudence, et l'on doit s'arrêter aussitôt que surviennent les moindres symptômes du côté des gencives, ou la salivation, ou la fétidité de l'haleine.

Les révulsifs cutanés ont été appliqués, soit aux extrémités inférieures, soit directement sur la tête. Ces révulsifs seront ou des vésicatoires, ou des moxas, lorsque le coma sera très profond. Mais nous devons dire que s'il survient une amélioration après leur usage, elle ne sera le plus souvent que momentanée, et ne se soutiendra pas.

Les antispasmodiques, le camphre, l'asa-fœtida, le musc, qui ont été quelquefois conseillés, n'auront malheureusement pas plus d'efficacité que les moyens plus énergiques dont nous avons parlé ci-dessus.

X...

TRIJUMEAUX VIVANTS DEPUIS SOIXANTE-HUIT JOURS.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Henriette Boitin, femme de Jean Leroy, demeurant au village du Fief Corbin, commune de St-Mars-sur-la Futaie, âgée de trente-un ans, est d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une constitution robuste, athlétique; sa taille est élevée, ses membres sont très volumineux. Elle a été réglée à l'âge de trei

ans. Depuis ce temps ses règles n'ont pas cessé de couler régulièrement chaque mois pendant trois jours, hors le temps de la grossesse.

En 1836, elle conduisait une voiture dont les chevaux n'allaient pas à son gré; elle les excitait à coups de fouet, lorsqu'elle tomba sous une roue qui passa sur le tiers inférieur de ses deux jambes et sur l'avant-bras dans sa partie moyenne. Ces trois membres furent fracturés dans toute leur épaisseur avec écartement des fragments, broiement des parties molles et déchirure des téguments. Elle mit trois mois à se rétablir. Aujourd'hui elle conserve encore un engorgement considérable des deux jambes; au niveau des fractures, la peau est d'un rouge livide, et forme une dépression assez profonde (2 centimètres). Cependant la femme Leroy se livra aux rudes travaux de la campagne. Elle se maria en 1841, et accoucha un an après d'un garçon et d'une fille qui ne vécurent que deux jours. Sa grossesse fut bonne, sans accidents; son accouchement se fit après huit heures de travail, et fut suivi d'une perte rouge qui cessa au bout d'un mois, sans traitement, malgré la fatigue et les excès de spiritueux auxquels se livrait la malade. Treize mois plus tard, le 4 juillet 1843, elle est accouchée à sept mois et demi, au bout de six heures de travail, sans secours, de trois filles. La dernière venue est la plus forte, la première est la plus faible. Il n'y a pas eu plus d'une heure d'intervalle entre la sortie du premier et du dernier enfant. Les deux premiers sont venus dans vingt minutes, le dernier trente-cinq minutes après: celui-ci présentait un bras. Le délivre a été expulsé une heure après. Il y avait trois cordons et trois placentas. L'accouchement fut suivi d'une perte si abondante, que tout le lit était traversé et la maison inondée de sang à plus d'un mètre du lit. Elle n'a cessé qu'au bout d'un mois. Malgré cela la malade s'est levée deux jours après pour se livrer aux travaux de la moisson, tout en allaitant ses trois filles. Ses seins sont volumineux; le lait qu'ils fournissent paraît suffisant à l'alimentation de ses enfants, mais elle se plaint de douleurs violentes dans la région lombaire, qui, jointes à la fatigue, l'empêchent de dormir. Ses enfants ne dorment pas plus que leur mère; ils sont peu développés; la face est pâle, décolorée, mais leur conformation est normale; ils tètent bien et crient souvent.

Aujourd'hui, 10 septembre, soixante-huitième jour de l'accouchement, les trois filles sont bien vivantes, et tout porte à croire qu'elles ne mourront pas encore de sitôt. Du reste, je ne perdrai pas de vue cette observation, que je crois unique dans la science. Sur une vingtaine de cas qui me sont connus, les enfants sont mort-nés ou n'ont vécu que quelques jours. Cette observation me fournira l'occasion de rectifier quelques erreurs qui se trouvent dans les traités d'accouchement, et d'appeler l'attention du gouvernement sur l'institution des sages-femmes, dans un prochain article, si vous voulez bien m'ouvrir les colonnes de votre estimable journal.

Agréez, etc., CANGRAIN, D.-M.-P.

Alençon, le 11 septembre 1843.

Fidèles à notre maxime de laisser à chacun la libre défense de ses intérêts ou de ses droits, nous accueillons la lettre suivante, nous contentant de faire observer que les spécialistes, quel que soit du reste leur mérite, se trouvent ici placés sur un mauvais terrain. Qu'ils fassent valoir leurs raisons pour la suppression ou la modification du concours tel qu'il est institué, nous le comprenons; mais il est évident que tant que ce mode de nomination, que nous persistons à regarder comme bien préférable à l'élection telle qu'on la comprend généralement, sera en vigueur, les chirurgiens nommés par concours auront le droit de regarder comme des intrus ceux de leurs collègues qui auront pénétré dans les hôpitaux par une autre voie. C'est pourquoi nous avons consenti à publier une lettre qui nous était présentée par un chirurgien très honorable au nom de plusieurs de ses collègues, et qui produisait des arguments qu'il est permis à chacun d'approuver ou de combattre; c'est ce dernier parti que prend naturellement M. Leroy d'Etiolles dans la réponse qu'il nous adresse :

Réponse à une lettre signée: **PLUSIEURS CHIRURGIENS DES HOPITAUX.**

Monsieur le Rédacteur,

Tant que le compte-rendu de M. Guérin a été seul en cause, je me suis bien gardé d'intervenir dans le débat, *car le confrère était de taille à se défendre hardiment.*

Mais voilà que de nouveaux combattants descendent dans la lice, distribuant les horions à droite, à gauche, et dans le nombre, il m'en est arrivé un en pleine poitrine. Quels sont ces combattants? Je l'ignore; car ils tiennent leur visière baissée; je sais seulement qu'ils signent *plusieurs*, en sorte que si l'on me demande : Qui t'a frappé? je ne répondrai pas comme Polyphème : *personne*; mais je pourrai répondre : *plusieurs*. Désignation qui, sans avoir l'ambiguité homérique, ne fait pourtant guère mieux connaître mes adversaires. Quoi qu'il en soit, ce n'est plus seulement à M. Guérin que l'on s'adresse, mais à toute cette classe d'hommes qui, s'il faut en croire quelques personnes, est la peste de la science, aux spécialistes, puisqu'il faut les appeler par leur nom; et à ce propos revient, comme de coutume, l'éloge du concours, seule porte par laquelle ces Messieurs veulent qu'il soit permis de parvenir, et dont ils ont fait, gardiennes vigilantes et jalouses, *la mémoire* et *la loquacité*. J'ai, dans un petit écrit intitulé : *Moralité* (affabulatio, επιμυθιον), *de la présentation à l'Académie des sciences*, exprimé mon opinion sur ce point; réclamant une place pour l'invention, l'imagination, les recherches persévérantes; faisant observer à ces Messieurs qu'ils demandent tout simplement le renversement de cet axiôme : *Verba volant; scripta manent;* les avertissant, enfin, que s'ils veulent présenter le concours comme la seule preuve de capacité, s'ils continuent à mettre en suspicion le diplôme de docteur, ils courent le risque de se faire enfermer par le corps médical, dans le cercle qu'ils prétendent tracer autour d'eux. Je ne reviendrai pas sur ces considérations générales, et me bornerai à parler des services spéciaux confiés par l'administration à des hommes qui ont prouvé leur capacité, leur supériorité même, tranchons le mot, sur des points de la science, autrement que par le concours.

Cette détermination du Conseil révolte *plusieurs*, et voici dans quels termes la corporation s'exprime : « Nous sommes de ceux qui, dans » la presse politique, avons élevé la voix contre la création illégale de » services de chirurgie confiés à des hommes qui ne sont pas chirur- » giens des hôpitaux, qui avons *dévoilé* les prétentions incessantes de » ces mêmes hommes à un *envahissement devenu scandaleux*, qui » avons signalé l'*illégalité*, l'*injustice*, l'*immoralité* de ces *intru-* » *sions*. » Quelles expressions! quelle indignation! Ne semble-t-il pas qu'il s'agit de réprimer la traite des nègres.

Ceci nous démontre une fois de plus qu'il nous faut prendre notre parti de la nécessité de borner et de spécialiser nos études, car il est évident que dans la cervelle de *plusieurs* l'anatomie transcendante a pris la place qu'a dû jadis occuper la rhétorique; faisons-leur l'abandon de la forme, et ne voyons que le fond de la question. Pour donner à leurs plaintes un prétexte plus plausible en apparence, ils exagèrent les faveurs de l'administration à l'égard des spécialités et grossissent l'*intrusion*. En effet, nous ne sommes pas, que je sache, médecins ou chirurgiens des hôpitaux; nous n'en avons pas le titre; nous n'en remplissons pas toutes les fonctions, puisque nous ne sommes point appelés à faire partie des jurys d'admission, des commissions, etc. Nous n'occupons pas les places promises au concours, puisque ce sont des services créés en dehors des services ordinaires, création dont ces messieurs devraient se réjouir s'ils entendaient bien leurs intérêts; car ces emplois, ils leur reviendront plus tard, et probablement l'on n'eût pas songé à les fonder exprès pour eux; mais, disent-ils, ne sommes-nous pas entrés dans les hôpitaux *pour tout faire*, et le concours n'a-t-il pas démontré que nous en sommes capables, sauf la médecine proprement dite sur laquelle nous n'avions point à répondre, dont nous n'avons point à nous occuper dans nos salles, et que, du reste, nous avons remplacée avantageusement par l'anatomie pathologique? Etait-il donc besoin d'aller chercher en dehors du personnel des hôpitaux, des hommes spéciaux pour leur confier l'application de l'orthopédie, de la lithotritie, de l'uropathie, etc.? L'orthopédie est déjà aux prises, et comme elle a bec et ongles, nous pouvons ne pas nous occuper d'elle; d'ailleurs, ce n'est pas notre affaire. Quant à la lithotritie, c'est différent; et bien que son application ne m'ait pas été particulièrement confiée par l'administration, je crois cependant devoir dire un mot de sa position à l'hôpital Necker. Il est évident que l'on ne pouvait, dans l'origine, confier l'application de la lithotritie à des hommes qui la déclaraient une invention dangereuse et détestable. Quant au choix du chirurgien, personne plus que moi n'aurait le droit de s'en plaindre, et je ne m'en plains pas; car je conviens que l'administration des hôpitaux a pu ne pas entrer dans les discussions de priorité d'invention, et qu'elle a dû se demander, en 1826, quel est celui qui a opéré le premier, quel est celui qui a pratiqué le plus grand nombre d'opérations. Je n'examinerai pas quel choix devrait être fait s'il était à faire encore...

La corporation n'ose pas trop nier que dans l'enfance de la lithotritie, la création d'un service spécial fût nécessaire, mais comme la modestie n'est pas la vertu dominante de *plusieurs*, ils demandent pourquoi on ne remet pas aujourd'hui ce service entre leurs mains. A cette question, chacun a une réponse prête, et je suis trop poli pour la leur articuler. Mais en supposant que l'instruction ait pu faire pour eux ce qu'ont fait pour nous l'expérience et l'invention, serait-il bien sage de confier les développements, l'avenir, l'enseignement de la lithotritie, aux partisans de la taille? serait-il prudent de s'en fier à leur conversion récente et forcée? Ces faux semblants de tendresse de la lithotomie pour la lithotritie ne rappellent-ils pas involontairement ce vers :

J'embrasse mon rival, mais c'est pour l'étouffer.

J'arrive à ma position personnelle au bureau central : si l'on jugeait de son importance par les réclamations les protestations auxquelles elle a donné lieu, on pourrait la croire fort grande; et pourtant rien de plus modeste et de plus obscur. Un coin bien retiré, bien ignoré des élèves, dans lequel je donne trois fois par semaine des soins et des conseils à de pauvres gens affectés de maladies des voies urinaires, qui ne veulent pas interrompre leurs occupations pour entrer à l'hôpital : voilà ce que ces messieurs appellent *envahissements scandaleux !* Il ne m'aurait pas été difficile de donner quelque importance à ces fonctions si restreintes, mais voyant qu'il me fallait acheter par un surcroît d'inimitiés, l'occasion de rendre quelques services et de perdre beaucoup de temps, je n'ai fait aucun effort pour lutter contre le mauvais vouloir de la corporation nosocomiale. Qu'elle veuille bien toutefois se persuader que ce n'est pas impuissance, et puisqu'elle désire savoir comment je m'y serais pris, je vais l'en instruire. Je me serais adressé au Conseil d'administration : Vous savez, lui aurais-je dit, comment se traitent dans les hôpitaux les malades affectés du rétrécissement de l'urètre; on les couche dans un lit, on leur place une sonde; après quatre ou cinq jours on en met une plus grosse, puis une autre, puis une autre; en sorte qu'après vingt ou trente jours la dilatation est complète et il ne reste plus à guérir que le catarrhe de la vessie et l'écoulement urétral auquel le séjour prolongé des sondes a donné lieu. Demandez maintenant à messieurs les chirurgiens si c'est ainsi qu'ils traitent leurs malades de la ville. Pour ceux-là qui sont à même de connaître les différents modes de traitement et qui ont la liberté de choisir entre les hommes, on se gardera bien de les tenir au lit et de leur faire abandonner leurs affaires; car un mois de séquestration, c'est souvent une position, un avenir perdus. A ceux-là on ne demande qu'une demi-heure, une heure au plus de leur temps chaque jour; on emploie pour eux la dilatation temporaire, et quand elle est faite rationnellement, on arrive à la guérison dans le temps que l'on consacre dans les hôpitaux au traitement par la sonde à demeure. Cette introduction répétée de bougies dans l'espace d'une heure, renouvelée chaque jour, demande, il est vrai, plus de soins et surtout plus de temps; peut-être est-ce pour cela que les chefs de service ont deux manières de traiter les rétrécissements : celle du riche et celle du pauvre.....

Si j'avais tenu ce langage au Conseil d'administration, il n'aurait pas manqué de s'enquérir de la réalité de mon assertion, et comme elle repose sur un fait exact, il aurait vu dans l'application de la dilatation temporaire et dans l'extension du traitement externe une économie composée du prix du séjour à l'hôpital et de celui des sondes mises hors de service; il aurait appliqué aux rétrécissements la même mesure qu'aux ulcères des jambes, lesquels ne guérissent pas plus mal qu'autrefois.

Voilà comment je m'y serais pris pour donner de l'importance au service dont je suis chargé, si j'avais eu la moindre parcelle de cet esprit *d'envahissement* que nous poussons jusqu'au *scandale* au dire de *plusieurs*. Si aujourd'hui l'Administation, dont l'attention aurait été éveillée sur ce point par nos querelles, adoptait cette mesure; la corporation ne devrait s'en prendre qu'au zèle imprudent de ses éclaireurs.

J'ai l'honneur, etc., LE ROY-D'ÉTIOLLES.

NOUVELLES.

La Cour de Cassation était appelée, le 16 de ce mois, à statuer sur une question d'un grave intérêt en morale et en droit. Il s'agissait de savoir si le médecin qui a appris, sous le sceau du secret, le nom d'une femme qu'il a délivrée des douleurs de l'enfantement, est tenu, en déclarant la naissance de l'enfant, de faire connaître le nom de cette femme.

M. le docteur Mallet, de La Rochelle, mis en cause pour ce fait, avait invoqué, à l'appui de son refus, les règles sacrés de sa profession et la prohibition légale qui résulte de l'article 378 du Code pénal. Il avait été acquitté par un jugement du tribunal de La Rochelle, dont le tribunal de Saintes avait confirmé le motif. Pourvoi du ministère public. Après un rapport consciencieux de M. le conseille De Haussy de Robecourt, une plaidoierie lucide de Me Ledru-Rollin, et un long réquisitoire de M. l'avocat-général Quesnault, la Cour de Cassation, attendu que l'article 56 du Code civil n'impose aux personnes y dénommées qu'une obligation formelle, celle de déclarer le fait de la naissance de l'enfans, sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter les noms des père et mère, etc., rejette, après délibération, le pourvoi du procureur du roi.

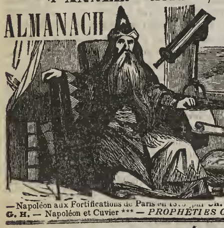
— M. Achille Comte vient de recevoir de S. M. le roi de Prusse, une médaille en or, en témoignage de la satisfaction de ce souverain, pour l'hommage que M. Comte lui avait fait de son *Règne animal, distribué en Tableaux méthodiques*. Voici la lettre qui accompagnait cet envoi :

« J'ai reçu, Monsieur, avec un intérêt tout particulier, le grand ouvrage d'*Histoire naturelle* que vous avez eu l'attention de me faire remettre par le baron de Humboldt. C'est servir à la fois la science et l'instruction publique, que de rendre plus accessibles, par des Tableaux méthodiquement disposés, les travaux qui, sur les traces de l'illustre Cuvier, ont répandu un nouveau jour sur l'ensemble de l'organisation animale.

» En vous remerciant de votre envoi, je me plais à vous faire remettre, comme une marque de satisfaction, *la grande médaille destinée au mérite dans les sciences*.

» Sur ce, Monsieur Achille Comte, je prie Dieu qu'il vous tienne en sa saint et digne garde.

» Sans-Souci, le 23 août 1843. FRÉDÉRIC-GUILLAUME. »



PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 115. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 27 SEPTEMBRE 1843.

On nous prie d'insérer la déclaration suivante :

Il a été publié dans les journaux, *Le Siècle* et la *Gazette des Hôpitaux* des articles au nom de plusieurs chirurgiens des hôpitaux.

Ces articles défendent le principe du concours et le réglement des hôpitaux de Paris ; ils s'élèvent contre l'intrusion faite dans les services de chirurgie, de quelques hommes qui n'ont pas suivi la voie du concours, tracée par ces réglements.

Les chirurgiens qui prennent la responsabilité des articles indiqués ont signé la présente déclaration.

Bérard (Auguste), Monod, Robert, Michon, Guersant fils, Vidal (de Cassis), Danyau, Lenoir, Malgaigne, Huguier, Nélaton, Denonvilliers, Maisonneuve, Chassaignac, Cullerier, Marjolin fils.

— Les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont tous prouvé dans des concours qu'ils ne sont étrangers à la connaissance d'aucune des maladies du ressort de la chirurgie, qu'ils connaissent toutes les méthodes curatives qu'on peut leur opposer, et qu'ils savent en faire une heureuse application dans tous les cas convenables ; ils doivent voir avec regret que des praticiens qui n'ont pas osé courir les chances du concours essaient d'entrer dans les hôpitaux par une autre voie. J'ajoute qu'il n'est pas sans inconvénient pour la science elle-même de voir s'opérer le démembrement de la chirurgie par les prétendues spécialités. MARJOLIN.

J'aurais signé des deux mains, eût-elle été plus verte encore, la lettre insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*, et signée : *Plusieurs chirurgiens*. VELPEAU.

Je m'unis à mes collègues pour soutenir le principe du concours dans les hôpitaux de Paris. LISFRANC.

J'ai vu avec plaisir la lettre que plusieurs chirurgiens des hôpitaux ont fait insérer dans la *Gazette des Hôpitaux*, et j'aurais été volontiers un des signataires de cette lettre, si elle m'eut été communiquée avant son impression. M. Guérin ne pourra attribuer à un sentiment de rivalité l'adhésion d'un chirurgien qui depuis douze ans a fermé sa porte à tous les clients. BÉRARD aîné.

Je regarde comme fâcheux, d'après les faits, les tentatives qui, dans des voes philantropiques sans doute, ont été faites pour substituer, sous prétexte de spécialité de fonctions, le choix sans concours, au choix après concours. LAUGIER.

Je m'unis à mes collègues pour soutenir les droits du concours, seule voie légale par laquelle on puisse entrer dans les hôpitaux. RICORD.

— MM. Roux, J. Cloquet et Gerdy ne sont pas à Paris.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Toux pendant trois semaines. Deux hémoptysies graves. Anémie. Signes de tubercules commençants aux sommets des poumons.

B... (Anne), âgée de vingt-un ans, à Paris depuis quinze mois, et domestique depuis cette époque, s'occupait auparavant des travaux de la campagne. Issue de parents bien portants, elle a toujours eu une bonne santé, un embonpoint prononcé, et n'est que rarement enrhumée. Réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans. Dès lors régulièrement, l'époque menstruelle, qui dure habituellement cinq ou six jours, n'est précédée, accompagnée ou suivie d'aucune souffrance, et s'est montrée pour la dernière fois, et comme à l'ordinaire, il y a trois semaines. Avant la maladie qui motive son entrée à l'hôpital, elle n'a jamais craché ou vomi de sang, ni eu d'hémorrhoïdes.

Dans le milieu de décembre dernier, logeant depuis le commencement de l'hiver dans une chambre riche, mais non chauffée, étant assez mal nourrie et occupée une partie de la journée à frotter des appartements, elle contracta un rhume qui persista jusqu'au 4 janvier suivant sans offrir rien d'extraordinaire. La malade continua de travailler, n'eut ni douleurs dans la poitrine, ni sueurs, ni dévoiement, ni perte d'appétit. Elle ne se souvient pas si elle crachait à cette époque ; elle ne fit aucun traitement.

Le 4 janvier, malaise, fièvre sans frisson, anorexie, soif, toux plus fréquente, dyspnée, sensation de poids et picotements derrière le sternum.

Les 5 et 6 janviers, les accidents persistent sans aucune amélioration ; la malade continue de travailler, quoique avec difficulté.

Le 6, dans la soirée, renvoyée durement par sa maîtresse, elle rentra dans sa chambre en pleurant. Au bout d'une heure environ, sentant l'oppression augmenter au point qu'elle croyait étouffer, elle descendait chercher du secours, lorsqu'à peine au bas de l'escalier, elle rejeta tout à coup, dans l'espace de quelques secondes, presque sans toux, et comme par effort de vomissement, une quantité notable de sang. Une certaine quantité tomba à terre, mais la plus grande partie fut reçue dans un vase, se coagula promptement. D'après un interrogatoire étendu, la quantité du sang recueilli peut être évaluée à trois cents grammes environ. L'hémorrhagie cessa bientôt complètement, et un médecin pratiqua, deux ou trois heures après, une saignée du bras qui paraît avoir été peu copieuse, puisqu'elle n'égalait pas la quantité de sang que la malade venait de rejeter.

Dès lors, jusqu'au 14 janvier, l'hémorrhagie ne se reproduisit pas, mais la malade, auparavant très colorée, pâlit beaucoup, devint très faible, éprouvait beaucoup de chaleur et des sueurs copieuses ; l'oppression persistait ainsi que la toux, et cette dernière était accompagnée de crachats assez abondants, blanchâtres, sans stries de sang, sans coloration jaune ou rougeâtre.

Le 14 janvier au matin, nouvelle hémorrhagie précédée et accompagnée des mêmes symptômes que la première fois, sauf que la quantité de sang rejeté fut un peu moins considérable.

Dans la journée, la malade est transportée à l'hôpital Beaujon sur un brancard, et placée dans la division de M. Louis. Son extrême faiblesse ne lui eût pas permis de s'y rendre à pied.

Le 15, au matin, on note l'état suivant :

Taille moyenne, cheveux blonds, sourcils de même couleur, peu fournis ; iris bleu clair. Décubitus dorsal, faiblesse prononcée ; la position assise est accompagnée de céphalalgie, étourdissements, trouble de la vue, tintements dans les deux oreilles ; accidents qui cessent dès qu'on replace la malade dans la position horizontale. La face est un peu abattue, comme bouffie, et offre une pâleur très légèrement jaunâtre, et une sorte de demi-transparence qui rappelle fort bien l'aspect des figures de cire. Les lèvres, les gencives, les conjonctives, sont notablement décolorées. Les téguments du reste du corps offrent, à un degré marqué, l'espèce de bouffissure signalée à la face, sans que l'on puisse en aucun point constater un véritable œdème. Du reste, l'intelligence est bien développée, la mémoire bonne, les réponses sont nettes et précises. Un peu de céphalalgie frontale, tendance à l'assoupissement. Voix un peu voilée, sans altération dans son timbre ; toux peu fréquente, crachats peu abondants formés par du mucus blanchâtre, sans être striés de sang, et mélangé, demi-transparent, à de la salive mousseuse. Respiration ni haute, ni améliorée, très peu de dyspnée ; par intervalles seulement un peu de pesanteur, et quelques picotements derrière le sternum. Thorax large, bien conformé ; en avant, la percussion y est bien sonore, et égale des deux côtés ; et sous les deux clavicules l'inspiration est naturelle. L'expiration *peut être* un peu prolongée, sans bronchophonie, sans râles, même après la toux. En arrière à *droite*, dans la fosse sus-épineuse, près du rachis, il y a un peu moins de son qu'à *gauche*, point correspondant, avec expiration prolongée, bronchophonie, et un petit craquement par intervalles. Au sommet *gauche*, toujours en arrière, l'expiration seulement un peu prolongée, avec un peu de bronchophonie, sans râles. Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation dans le reste du dos, des deux côtés. Matité peu étendue à la région précordiale, où l'on entend bien la respiration. Les battements du cœur sont superficiels, réguliers, sans impulsion notable, avec un léger bruit de souffle au premier temps, lequel a son maximum d'intensité à la base de l'organe. Dans les deux carotides, bruit de souffle intermittent, médiocrement fort ; plus prononcé à *gauche* qu'à *droite*.

Langue assez nette, légèrement rosée ; ce qui contraste avec la pâleur des lèvres et des gencives ; un peu de soif ; inappétence sans nausées ; déglutition facile. Abdomen bien conformé, un peu gros, indolent spontanément et à la pression. Pas de développement appréciable du foie ni de la rate ; pas de selles depuis cinq jours ; urines faciles.

Peau sèche, un peu chaude, sans éruption à sa surface. Pouls régulier, étroit, dépressible, à 100 pulsations. Limonade citrique, 2 pots ; lavement purgatif ; une tasse de lait froid coupé.

Le 16, deux selles à la suite du lavement ; elles n'offrent rien de particulier sous le rapport de leur couleur. Aucun changement. Même prescription ; de plus, deux pillules de

---

FEUILLETON.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR ASTLEY COOPER.

(SUITE.)

Si M. Bransby Cooper avait écrit la biographie purement chirurgicale de son oncle, l'époque à laquelle nous nous sommes arrêtés dans le précédent article serait, sans contredit, celle de sa période la plus brillante ; mais comme il s'est borné à nous raconter sa vie privée, il en résulte que la seconde partie de l'existence d'Astley Cooper est moins incidentée que la première, bien que non moins digne d'intérêt.

Dans l'année 1800, A. Cooper, alors bien posé dans le monde, occupant un rang très distingué dans la carrière qu'il avait embrassée, et déjà grandement lancé dans la pratique, communiqua à la Société royale de Londres ses idées relatives à l'influence de la perforation de la membrane du tympan sur l'audition ; l'année suivante, il y lut un mémoire intitulé : *Courtes observations sur les effets résultant de la destruction de la membrane du tympan, avec la description d'une opération pour remédier à une espèce particulière de surdité.* Pas n'est besoin de nous arrêter à parler de cette opération, puisque la première fois qu'elle fut pratiquée fut la seule où elle fût couronnée d'un succès durable, et qu'ayant été répétée depuis sur un grand nombre de sujets, tant en Angleterre que sur le continent, elle a fini par être abandonnée complètement, ce qui prouve au moins son inefficacité dans un grand nombre de cas. Cependant, la Société royale crut devoir décerner à A. Cooper, pour ces deux communications, la médaille de Coplai, que l'on s'accorde à considérer comme la plus honorable récompense qu'elle puisse accorder et qu'elle avait donnée, cinq ans auparavant, à John Hunter pour différentes recherches d'anatomie comparée.

Au mois de février 1805, A. Cooper fut élu membre de la Société royale, et dans le cours de la même année il coopéra activement, avec les docteurs Marcet et Yelloly, à la fondation de la Société médico-chirurgicale, dont le noyau fut formé surtout de membres dissidents de la Société médicale, lesquels s'étaient retirés de cette dernière à l'occasion d'une querelle relative à la présidence. Astley Cooper a inséré dans le premier volume des Transactions de la Société médico-chirurgicale, l'histoire d'une opération qu'il pratiqua pour un anévrisme de la carotide ; on sait, en effet, qu'il fut le premier chirurgien qui osa recourir à l'application d'une ligature sur cette artère, comme moyen de combattre cette redoutable affection. Le sujet succomba, il est vrai ; mais les circonstances des faits démontrèrent la possibilité de l'opération et assurèrent des essais ultérieurs. En effet quelques années plus tard, il eut le plaisir de communiquer à la même Société une nouvelle observation, dans laquelle le succès avait été complet. Les lectures qu'il fit dans les séances de cette Société continuèrent encore pendant quelques années, et c'est même ainsi qu'il fut amené à préparer son magnifique ouvrage sur les hernies, maladie dont il avait été affecté dès ses jeunes ans. Cet ouvrage parut en deux parties, la première en 1804 et la seconde en 1807, et il valut tout d'abord à son auteur la réputation d'anatomiste et de chirurgien du premier ordre : toutefois, il s'en fallut de beaucoup qu'il lui fût profitable, pécuniairement parlant, car les planches dont il l'enrichit l'entraînèrent à des dépenses considérables ; et, lorsque l'édition fut terminée et placée, A. Cooper se trouva en perte de plus de vingt-cinq mille francs. Du reste, cet ouvrage, pour la composition duquel il avait mis à profit, outre les matériaux recueillis par lui-même, tous ceux que put lui procurer le zèle de ses amis, fit connaître son nom dans toute l'étendue du royaume-uni, et augmenta considérablement le nombre des consultations qu'il était appelé à donner chaque jour.

A. Cooper, s'occupant de l'avenir de son neveu Bransby, avait conseillé de le destiner à la chirurgie, et le jeune homme avait été mis entre les mains de M. Colman, l'un des chirurgiens de l'hôpital de Norwich, afin de le mettre à même d'acquérir les notions premières de la chirurgie et de la pharmacie, avant de le faire entrer comme élève dans un des hôpitaux de Londres. Cooper ne voulait pas d'ailleurs sacrifier les véritables intérêts de son neveu à sa manière de voir ; aussi eut-il le soin de le prévenir qu'il ne devait compter sur son appui qu'autant qu'il saurait s'en rendre digne, et il ne négligea rien pour le forcer à travailler. En effet, le jeune homme s'étant rendu à Londres quelque temps avant le commencement des cours d'hiver, dans le but, disait-il, de s'instruire de tout ce qu'il importait à un étudiant de connaître d'abord pour bien mettre son temps à profit, Cooper ne vit dans cette démarche qu'un moyen de rester quelques semaines sans rien faire. En conséquence, il le fit repartir dès le même jour pour Norfolk, et lui donna un certain nombre d'observations à copier pendant la durée de ses vacances ; puis, lorsque l'époque du retour fut arrivée, il le mit en pension chez M. Hodgson, actuellement à Birmingham, l'habile écrivain auquel la science doit l'excellent ouvrage sur les maladies des artères et des veines.

A cette époque, les nombreuses occupations d'Astley Cooper, tant par le service de son hôpital que dans sa pratique particulière, et la grande étendue qu'il donnait à ses travaux scientifiques, l'engagèrent à se faire aider par quelques personnes dans les recherches qu'il entreprenait. C'est ainsi qu'il fit choix de M. Lewis pour les études anatomiques et pour la préparation des pièces modèles, et, successivement de MM. Kirtland, Thomson et Canton pour les dessins d'anatomie. A l'aide de cette double assistance, son cabinet s'enrichit rapidement et offrit bientôt une collection précieuse de préparations anatomico-pathologiques.

Dans l'hiver de 1808 ou de 1809, il éprouva un accident assez grave ; en marchant, le soir, dans une des rues de Londres, il glissa sur le bord d'un trottoir, et, dans la chute qu'il fit, l'un de ses pieds s'étant trouvé retenu par de la glace, il se fractura le péroné. Cependant cet accident ne l'empêcha pas long-temps de se livrer à la pratique.

Il donnait alors de fréquentes soirées, composées surtout de médecins, et auxquelles il admettait ordinairement ses préparateurs et ceux des élèves de son hôpital qu'il affectionnait le plus. Il s'était aussi fait une habitude de recevoir, une fois par semaine, à dîner quelques-uns de ses confrères. En outre, il était membre de différents clubs, tels par exemple que celui des Athlètes, celui de Pow-Wow et le club

sous-carbonate de fer, de 0,1 chaque.

Le 18, dyspnée nulle ; toux rare, sèche ; aucune douleur dans la poitrine. Léger appétit ; pouls 80, régulier, étroit. Prescription comme la veille, de plus 2 soupes.

Du 19 janvier au 1er février, l'appétit devient de plus en plus vif. La décoloration et la bouffissure des téguments sont moindres, et la malade peut s'assseoir dans son lit et garder cette position sans en éprouver d'inconvénient. Le sous-carbonate de fer est graduellement porté à 8 piules, les aliments à une portion.

Le 2 février, quelques vomissements de matières vertes et amères. De l'anorexie et un peu de fièvre font suspendre le sous-carbonate de fer, qui est repris le 5, les accidents indiqués étant alors entièrement dissipés.

Dès lors, la maladie marche sans entraves vers la guérison. La toux est si rare, que la malade affirme rester parfois une journée entière sans tousser une seule fois ; elle se lève chaque jour et s'en trouve bien.

Le 15 février, elle sort de l'hôpital à pied, mangeant les trois portions d'aliments ; elle se trouve bien portante, et ne conserve plus qu'une légère pâleur.

A dater du premier examen, la malade a été auscultée dix fois avec soin, et toujours l'auscultation et la percussion ont confirmé les résultats de la première exploration ; sauf que le jour de la sortie on perçoit, outre les signes déjà indiqués, quelques craquements faibles au sommet gauche en arrière, et sous la clavicule gauche une expiration plus prolongée que sous la droite. Le jour de la sortie également, l'on ne perçoit plus qu'un bruit de souffle extrêmement léger accompagnant le premier bruit du cœur.

Il serait au moins superflu de chercher à démontrer longuement, que l'on n'a eu affaire ici ni à une hémathémèse ni à une apoplexie pulmonaire, mais bien à une hémoptysie. Cela ressort de toute évidence des faits contenus dans l'observation.

Mais à quelle cause rattacher la production de l'hémorrhagie ? Elle ne peut être considérée ni comme supplémentaire du flux menstruel, qui n'a pas été supprimé, ni comme le résultat d'une action physique quelconque sur la poitrine, puisque rien de pareil n'a eu lieu chez la malade ; mais comme, d'un autre côté, les signes fournis par la percussion et l'auscultation révèlent au sommet des poumons, l'existence de tubercules commençants ; c'est à la présence de ces derniers dans le sein du parenchyme pulmonaire que doit être rattachée la production de l'hémoptysie. Et d'ailleurs, à supposer que ces signes sthéthoscopiques eussent été nuls, ou bien extrêmement légers et douteux, l'hémorrhagie bronchique eût été alors un grave indice de la tuberculisation commençante des poumons ; car M. Louis a démontré que survenant en l'absence des deux conditions indiquées (lésion physique de la poitrine et suppression des règles) l'hémoptysie un peu forte indique d'une manière infiniment probable, quelle que soit l'époque de son apparition, la présence de quelques tubercules dans les poumons.

Pour ce qui est de l'époque si rapprochée du début de la phthisie à laquelle l'hémorrhagie est survenue et de la quantité si notable de sang rendue alors, ce sont autant de circonstances qui n'offrent rien d'exceptionnel, rentrent dans la ligne ordinaire, et s'accordent parfaitement avec les résultats qu'a obtenus M. Louis sous ce rapport.

L'hémorrhagie a-t-elle été le résultat de la rupture d'un vaisseau, ou bien le sang a-t-il été exhalé à la surface de la muqueuse bronchique ? Cette dernière manière de voir me paraît la plus plausible. Je m'appuie, pour l'admettre : 1° sur l'état peu avancé des tubercules, et par conséquent sur le peu de probabilité d'une caverne ; 2° sur l'ensemble des symptômes qui ont précédé et accompagné l'hémorrhagie ; tels sont, la sensation de poids et de picotement derrière le sternum ; la dyspnée, etc. Ces symptômes indiquent, à n'en pas douter, l'existence d'une congestion sanguine ; d'un molimen hémorrhagique, du côté de l'appareil respiratoire. Tandis que rien de pareil n'a lieu dans les cas où l'hémorrhagie résulte de la rupture ou de l'ulcération d'un vaisseau voisin d'une caverne tuberculeuse. L'abondance et en même temps la courte durée de chacune des deux hémoptysies observées chez notre malade, ne sont point un argument contre l'opinion que j'adopte. Il suffit, en effet, de réfléchir à l'abondance de certaines épistaxis de très courte durée, pour admettre que dans un espace de temps également très court, la muqueuse bronchique puisse exhaler aussi une quantité considérable de sang. La membrane pituitaire est, sans contredit, plus vasculaire que la muqueuse bronchique ; mais cette dernière est, par compensation, incomparablement plus étendue.

Notons, en terminant ces remarques, l'état anémique si prononcé qui a succédé aux hémoptysies, et qui était hors de toute proportion avec la quantité de sang perdu par la malade. L'on a vu avec quel succès le fer en a dissipé les accidents ; mais ce médicament n'a eu aucune action sur l'affection tuberculeuse. Loin de rétrograder ou d'être suspendue dans sa marche, elle a continué de faire des progrès qui, bien que lents, n'en sont pas moins réels, ainsi que l'a démontré l'exploration attentive des régions supérieures de la poitrine, le jour même de la sortie de la malade.

J. COSSY,
Interne des hôpitaux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Plaie de l'artère radiale à sa terminaison dans la paume de la main. Hémorrhagie abondante. Compression. Pansement compressif laissé en place pendant neuf jours. Guérison complète de la plaie le seizième jour.

Au n° 15 de la salle Saint-Jean, est couché le nommé Grangoire (Thomas), âgé de trente-quatre ans, cordonnier. Cet homme, après avoir passé la nuit du 3 au 4 septembre à boire dans un cabaret, était tout à fait pris de vin dans la matinée du 4. C'est dans cet état qu'ayant violemment frappé du poing sur une commode, il brisa une tasse de porcelaine qui fut jetée par terre ; et sur laquelle il tomba la main ouverte. L'un des fragments aigus de cette tasse pénétra profondément dans l'éminence thénar, et au moment où on relevait cet homme, un jet de sang vermeil et d'un certain volume jaillit à plusieurs pieds de distance. Le blessé fut aussitôt porté à une pharmacie voisine, où il fut pansé par un médecin qui se trouvait là. Il ne peut pas bien rendre compte de la manière dont a été fait le pansement, un état de syncope ayant succédé à la perte du sang qui s'est écoulé par la plaie. On lui prescrivit aussi, une fois rentré chez lui, de plonger son bras dans un seau d'eau à la glace, ce qui n'empêcha pas l'hémorrhagie de continuer. Toutefois, après quelque temps de cette immersion de la main et de l'avant-bras dans l'eau froide, l'écoulement sanguin s'arrêta, et le malade fut conduit à l'hôpital de la Charité dans la soirée.

A la visite du lendemain, 5, on examine avec soin le pansement, qui consiste en une bande méthodiquement contournée en 8 de chiffre sur la partie inférieure de l'avant-bras et sur la main, et soutenant, autant qu'on en peut juger, une certaine quantité de charpie et de compresses. Aucune trace d'une nouvelle hémorrhagie ne s'est manifestée. Le malade, quoique affaibli, répond avec précision aux questions qu'on lui adresse.

D'après l'abondance de l'hémorrhagie, l'existence et la forte projection du jet sanguin qui avait frappé le malade même dans son état d'ivresse, on ne doute pas qu'une des arcades palmaires, superficielle ou profonde, n'ait été divisée. Toutefois, conformément à un principe qui dirige la conduite de M. Chassaignac dans les plaies d'artères de troisième ordre, principe qui sera développé plus loin, on s'interdit de déranger en rien le pansement. L'avant-bras est placé sur un coussin, la main étant très élevée et recouverte par un cerceau, et on engage le malade à rester dans l'immobilité la plus complète en s'attachant à lui faire comprendre les chances favorables qui lui sont ouvertes si l'hémorrhagie ne se reproduit pas, et les inconvénients qui pourraient se présenter dans le cas contraire.

Du reste, il fut recommandé à l'interne du service de se mettre en mesure pour le retour très possible d'une hémorrhagie, et de placer, en cette occurrence, un tourniquet sur le trajet de l'artère brachiale. M. Chassaignac recommande en outre qu'on le fasse prévenir, afin d'aviser suivant la circonstance.

Dans le but d'empêcher jusqu'aux mouvements involontaires du malade pendant son sommeil, la main et l'avant-bras sont assujétis sur le coussin à l'aide de bandes transversalement placées et maintenues par des épingles. A onze heures du matin, le malade ayant été de nouveau visité, on le trouve dans une grande anxiété ; il change fréquemment de position et se plaint de souffrir d'une douleur assez vive à la main. Langue blanche, soif très prononcée. 2 pots de limonade ; diète.

Le 6, les bords de la bande appliquée sur la main, et qui est raidie par le sang desséché, exerçant une pression douloureuse, M. Chassaignac fait avec les ciseaux quelques entailles sur les bords de cette bande, ce qui soulage un peu les douleurs de la compression.

Le 7, point d'hémorrhagie ; le dos de la main est un peu gonflé, mais peu sensible. Le malade désire des aliments ; on lui accorde des bouillons et on lui fait garder le lit.

Le 8, les doigts sont tuméfiés ; leur température n'est pas notablement élevée au-dessus du degré normal. Il y a peu de sommeil la nuit. Deux potages.

Les 9 et 10, rien de nouveau.

Le 11 au soir l'appareil s'est humecté de sang à la suite de quelques battements que le malade a éprouvés dans la main. Toutefois, il n'y a pas eu, à proprement parler, d'hémorrhagie.

Le 12, neuvième jour de l'accident, on enlève les pièces les plus extérieures de l'appareil en divisant la bande avec des ciseaux d'espace en espace, et en ayant soin d'humecter à grande eau ; car les pièces du pansement sont tellement adhérentes, qu'il est impossible de dérouler la bande. On reconnaît bientôt que le liquide qui, la veille au soir, s'est glissé sous les pièces de l'appareil, n'est autre chose que le sang provenant de la première hémorrhagie, et qui a été liquéfié par la sérosité purulente provenant de la plaie. On fait alors plonger la main et l'avant-bras dans un bain d'eau à peine tiède, et après un séjour de vingt à vingt-cinq minutes dans le bain, on parvient à enlever sans tiraillement tout ce qui recouvrait la plaie.

On reconnaît alors que cette dernière, dont les bords sont inégaux et comme mâchés, siége à l'éminence thénar, qu'elle divise à une grande profondeur, présentant une longueur de cinq centimètres, et la direction d'une ligne conduite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, depuis la tête du premier métacarpien jusque vers le centre de la paume de la main. Un caillot de la grosseur d'un pois reste encore adhérent à la plaie ; on le laisse en place, et avec une bandelette agglutinative de la largeur de deux travers de doigt et d'une longueur de cinquante centimètres, on rapproche les lèvres de la plaie. Une boutonnière ayant été faite à l'une des extrémités de la bandelette agglutinative, le pouce fut engagé dans cette boutonnière ; ce qui permit d'agir sur lui pour ramener fortement le bord radial de la main vers la plaie, après quoi l'on achève de contourner la bandelette autour du poignet et de la partie supérieure de la main.

Les 13, 14 et 15, la cicatrisation s'effectue peu à peu.

Le 20, le malade sort de l'hôpital ayant la paume de la main recouverte du *pansement par occlusion*. Au bout de quelques jours il est revenu nous voir à la consultation, et nous avons reconnu que la plaie était parfaitement cicatrisée.

Bien qu'il ne nous ait pas été donné de reconnaître, par l'examen de la plaie, quelle est l'artère qui a fourni l'hémorrhagie, M. Chassaignac a cru pouvoir, en raison de la situation et de la profondeur de cette plaie, ainsi que du volume du jet artériel et de sa projection à une grande distance, attribuer l'hémorrhagie à la terminaison de la radiale dans la paume de la main, au moment où elle vient de franchir le premier espace inter-osseux pour former l'arcade palmaire profonde. En effet, le seul vaisseau artériel qui, à défaut de la radiale elle-même, aurait pu fournir une pareille hémorrhagie, est un rameau qui, sous le nom de radio-palmaire, se détache de la radiale à quelques travers de doigt au-dessus du poignet, et

---

médical de Kent, aux réunions desquels il se rendait assez régulièrement.

Dans les premiers mois de 1806, Astley Cooper donna un témoignage authentique de sa grande perspicacité, par la découverte qu'il fit du meurtrier de M. Blight, négociant à Depfort. Cet homme, pour lequel il fut appelé, et qu'il ne put arracher à la mort, avait reçu un coup de pistolet d'une main inconnue. Cooper se douta, dès le moment de son arrivée, que l'assassin n'était autre que M. Patch, associé de la victime, et, en effet, l'instruction du procès fit reconnaître la justesse de cette prévision. Quelques années plus tard, il découvrit, avec la même sûreté de jugement, l'assassin de M. et de madame Thomson Bonard, qui habitaient à peu de distance de chez lui et avec lesquels il était lié. Ces deux époux avaient été tués à la campagne, pendant la nuit, par un nommé Nicholson, qui était attaché au service de leur maison.

A l'époque dont nous parlons, presque tous les principaux marchands de Londres faisaient leur résidence dans la Cité, et cette circonstance eut une immense influence sur la quotité des recettes que fit Astley Cooper pour ses honoraires ; en effet, bien qu'alors il ne pût peut être voir chaque jour qu'un nombre de malades moindre qu'il ne le put plus tard, lorsqu'il se fut placé dans un quartier éloigné de la Cité, il n'en recevait pas moins des sommes proportionnellement plus considérables qu'elles ne le furent par la suite. Ainsi, ces marchands, en général, lui donnaient par visite, un bon de l'Échiquier, qui ne s'élevait jamais à moins de cinq guinées, tandis que s'il eût été payé en argent, il n'en aurait pas reçu plus de deux. Lorsqu'il sortait de la ville pour aller visiter quelque client à la campagne, il était de même rétribué avec une grande libéralité. M. William Coles, de Mincing-Lane, lui payait annuellement quinze mille francs pour les visites qu'il faisait à sa maison de campagne près de Croydon. En 1813 il pratiqua, entre autres, l'opération de la taille sur un négociant des Indes-Occidentales, M. Hyatt, qui lui donna en paiement un bon de l'échiquier de mille guinées.

D'un autre côté, sa réputation augmentait de plus en plus en Angleterre, et il avait réussi à gagner au plus haut degré la confiance de tous les praticiens. Ce succès pouvait bien dépendre en partie des ouvrages qu'il avait déjà publiés, de ses excellentes leçons et de la brillante position à laquelle il s'était élevé ; mais il tenait surtout à son amour inné pour sa profession, au zèle remarquable qu'il apportait à l'exécution de tout ce qui concernait l'art chirurgical, et en même temps à la modestie qui caractérisait ses relations avec tous ses confrères ; jamais, en effet, il ne leur faisait en aucune manière sentir la supériorité de ses connaissances et de son talent.

Au mois de mai 1813, M. A. Cooper fut chargé de professer l'anatomie comparée au collége des chirurgiens. Les travaux immenses que cette charge devait lui nécessiter le portèrent à la refuser ; mais comme il n'y avait alors personne autre qui pût remplir cette fonction, il considéra comme un devoir d'accepter, et il le fit. Il s'occupa avec un zèle tout à fait extraordinaire de la préparation de son cours, non pas à l'aide des auteurs qui ont écrit sur cette matière, mais en se livrant lui-même à des recherches pratiques au moyen des dissections nécessaires ; et, pour atteindre ce but, il fut obligé de prendre une partie du temps déjà si court qu'il consacrait au sommeil. Toutefois, ce cours fut interrompu brusquement par suite d'un déplorable événement, la mort de la fille adoptive d'A. Cooper, qu'il avait mariée à M. Parmenter, le préparateur qui avait remplacé chez lui M. Lewis, dont il a été question plus haut.

Dans cette même année, il abandonna le quartier qu'il avait habité jusqu'alors, et le motif qui l'y détermina prouve que des idées d'ambition commençaient à germer en lui ; il voulait en effet se rapprocher de certains personnages par l'entremise desquels il désirait se faire attacher à la cour. Il est d'ailleurs probable qu'un autre motif non moins puissant le détermina aussi à prendre ce parti, celui de se soustraire à la fatigue excessive que lui occasionnait son immense pratique dans la cité, et dont on peut se faire une idée assez exacte en pensant que, pendant l'année 1815, ses recettes dépassèrent le chiffre de cent vingt-cinq mille francs ! Ses travaux trop nombreux altéraient déjà sensiblement sa santé ; il avait bien conservé toute sa vivacité et son appétit ; mais le défaut d'exercice lui avait fait prendre beaucoup d'embonpoint, et son teint, naturellement coloré, devenait de temps en temps bleuâtre lorsqu'il se donnait quelque mouvement. Il était, de plus, sujet à des attaques de vertiges, et un matin où le duc de Manchester le consultait, il lui en survint une qui le fit tomber à la renverse. Sa manière d'être en cette occasion peut servir à montrer quels soins, quelles précautions il apportait dans tout ce qui était relatif aux affaires de sa profession. A peine revenu à lui-même, les premiers mots qu'il prononça furent pour prier instamment le duc de ne jamais parler à personne de la scène dont il venait d'être témoin ; ce que le duc s'empressa de lui promettre ; et en effet, cette circonstance fut si bien tenue secrète pendant tout le temps que vécut A. Cooper, qu'elle ne fut connue que de ceux qui y avaient assisté ; savoir : le duc de Manchester, lady Cooper, M. Bransby Cooper, et le fidèle Balderson.

Dans l'année 1818, M. Cooper et son élève si distingué, M. Travers, firent paraître ensemble le premier volume de leurs essais chirurgicaux ; et l'accueil grandement favorable avec lequel il fut reçu par tous les hommes de l'art, dut les engager à publier le second aussi promptement que possible ; cependant l'ouvrage ne fut pas continué, et cela probablement parce qu'Astley Cooper resta convaincu que la publication de ces essais par volumes paraissant à des intervalles assez éloignés les uns des autres, seraient en réalité moins profitables que l'exposition séparée et en traités distincts des sujets les plus importants qui y étaient examinés.

En 1820, A. Cooper fit une perte qui lui fut très sensible, dans la personne de son excellent ami, le docteur Marcet. Il écrivit une esquisse biographique sur ce savant ; esquisse vraiment remarquable par les faits intéressants qui s'y trouvent consignés.

A partir de cette époque, A. Cooper eut de très fréquents rapports avec lord Liverpool, dont il devint le médecin ; ces rapports persistèrent jusqu'à la mort de ce dernier, et il paraît qu'ils conçurent mutuellement une très haute opinion l'un de l'autre.

(La fin à un prochain numéro.)

vient se placer dans la région thénar de la main pour s'anastomoser avec l'arcade palmaire superficielle venant de la cubitale ; or, ce rameau est beaucoup trop faible pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante. Nous croyons donc pouvoir persister à regarder l'artère palmaire profonde comme celle qui a été atteinte. On sait qu'il est de règle, en chirurgie, que quand une plaie d'artère est récente, et quand l'inflammation ne s'est pas encore développée, de chercher dans la plaie même les deux bouts du vaisseau divisé, afin d'appliquer une ligature. C'est ce que fit l'année dernière M. Chassaignac à l'hôpital Cochin, pour une plaie récente de l'artère cubitale un peu au-dessus du poignet, et au moment où l'hémorrhagie donnait encore. Pourquoi donc la même conduite n'a-t-elle pas été suivie à l'égard du malade qui fait le sujet de l'observation précédente ? Cela tient à une distinction que l'on doit, suivant M. Chassaignac, établir entre les plaies des artères de troisième et quatrième ordre, et celles des artères plus volumineuses. Si l'artère blessée eût été une brachiale, la blessure ne datant que de la veille, alors même qu'il ne se fût pas présenté un retour de l'hémorrhagie, la plaie eût été mise à découvert et la recherche du vaisseau eût été faite immédiatement, afin d'appliquer une ligature sur les deux bouts du vaisseau. En effet, l'inflammation n'ayant point encore eu le temps de se développer, et de grandes probabilités existant que la compression serait un moyen insuffisant d'arrêter définitivement l'hémorrhagie en présence d'un retour aussi présumable de cet accident, il eût été peu rationnel de s'exposer à être obligé de faire cette recherche et cette ligature au milieu de tissus ulcérés par l'inflammation. Mais, pour une artère du volume et de la terminaison de la radiale, l'observation a appris qu'il y a de nombreuses chances d'une suspension définitive de l'hémorrhagie par suite d'une compression bien faite.

Supposons maintenant que l'hémorrhagie se fût reproduite au bout de quelques jours, et alors que l'inflammation eût créé des obstacles à ce que la ligature fût faite dans la plaie même, M. Chassaignac avait projeté de procéder immédiatement à la ligature de la radiale au-dessus du poignet, après s'être assuré que la compression de cette artère, faite momentanément avec les doigts, pouvait arrêter temporairement l'hémorrhagie. C'est là une sorte de réactif qui fait connaître si l'hémorrhagie vient particulièrement de la radiale ou de la cubitale, et qui indique celle que l'on doit lier d'abord.

Dans les hémorrhagies de la main, il en est qui peuvent être entretenues à la fois par l'une et l'autre de ces deux artères à raison des anastomoses nombreuses qu'elles ont entre elles. Cependant, nous croyons pouvoir avancer que le plus habituellement c'est une seule de ces artères qui alimente principalement la source hémorrhagique. Le moyen de reconnaître celle des deux artères qui est dans ce cas, c'est de comprimer alternativement chacune d'elles, et de voir celle dont la compression suspend temporairement l'hémorrhagie. Si, dans un cas semblable à celui que nous avons rapporté, la ligature de la radiale fût restée insuffisante, on eût essayé d'abord de combiner avec cette ligature une compression sur la plaie et sur l'artère humérale ; et dans le cas où ces moyens eussent été insuffisants, on aurait eu recours à la ligature de la cubitale au-dessus du poignet.

Quant à défaire le pansement pour se livrer à des recherches qui auraient infailliblement ramené l'hémorrhagie, c'était enlever au malade les chances d'une guérison en quelque sorte spontanée. Ainsi, il faut bien convenir qu'en négligeant de rechercher les bouts du vaisseau, alors que la plaie ne datait que de vingt-quatre heures, c'était courir le risque d'avoir à faire cette recherche pour une hémorrhagie qui pouvait survenir à une époque où l'état inflammatoire des tissus aurait rendu le rôle du chirurgien beaucoup plus difficile ; mais, d'une autre part, c'était enlever au malade les chances assez nombreuses d'une guérison par simple compression, et qui, dans ce cas particulier, s'est effectuée de la manière la plus heureuse.

C'est donc un principe pour nous, que quand à la suite de plaie d'une artère du volume de la radiale à sa terminaison, l'hémorrhagie s'est arrêtée sous l'influence d'un appareil compressif bien appliqué, il ne faut point toucher à cet appareil, et attendre les accidents pour agir ; parce qu'il y a des chances légitimes d'une suspension définitive de l'hémorrhagie par la seule compression ; que si, au contraire, l'artère est plus volumineuse, ces chances favorables devenant beaucoup moindres, temporiser en pareil cas serait perdre un temps précieux, puisqu'à une plaie récente et non enflammée, très favorable par conséquent pour la ligature, on attendrait qu'il se fût substitué une plaie dans des conditions inflammatoires, c'est-à-dire avec friabilité des tissus et menace d'une section de l'artère sous la ligature.

Nous rapporterons prochainement une observation qui prouve que dans ces hémorrhagies rebelles de la main, la ligature d'une seule des artères de l'avant-bras, quand c'est elle qui doit être regardée comme alimentant d'une manière plus directe l'hémorrhagie, peut suffire pour arrêter celle-ci définitivement. Ce fait, dans lequel M. Chassaignac pratiqua la ligature de la radiale, s'est passé à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

A. GOURAINCOURT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre. — Présidence de M. FERRUS, vice-président.

A l'occasion du procès-verbal, M. Londe fait remarquer que son opinion sur la manière d'agir du froid a sans doute été mal comprise, puisqu'un confrère l'a, dans une lettre, accusé d'hérésie à cet égard. M. Londe ajoute qu'il n'a jamais mis en doute que le froid ne fût hyposthénisant ; qu'il a même rappelé que M. Poiseuille avait vu, sous l'influence d'application de glace, les globules sanguins ralentir manifestement leur cours ; mais que, par la réaction produite par le froid momentané il y a stimulation évidente ; que cet effet ne se manifeste pas seulement dans une partie du corps qui a été plongée momentanément dans la neige ; que M. Begni, prenant un certain nombre de bains dans la Moselle, par une température très basse, a constamment éprouvé, en sortant à temps du bain, une chaleur agréable et une rougeur de toute la surface du corps ; qu'enfin, cette réaction a été mise à profit dans certaines éruptions qui se faisaient imparfaitement.

Suivant la proposition adoptée dans la précédente séance, la commission des eaux minérales fait connaître que seul *M. Henry* s'est présenté pour aller analyser sur les lieux les eaux minérales d'Evaux.

On ouvre le scrutin pour ce sujet, et M. Henry obtient l'unanimité des suffrages.

— *M. Londe* lit un rapport sur un travail présenté par M. Levrat aîné, sous ce titre : Fascicules d'observations médico-chirurgicales.

Ces observations sont relatives 1° à des accidents d'asphyxie pendant le travail de l'accouchement ; 2° à quatre cas de superfétations ; 3° à une tumeur de la parotide guérie par l'emploi de l'iode à l'extérieur ; 4° à une ophthalmie sur un nouveau-né, déterminée par la présence d'acarus sur les cils ; 5° à une glossite ; 6° à un érysipèle de la cuisse ; 7° à une hernie étranglée ; 8° à une ascite.

De ces observations, celles relatives à la superfétation sont les plus dignes d'intérêt. Le rapporteur, après avoir rappelé que cette communication de M. Levrat avait déjà fait l'objet d'un premier rapport dont l'Académie ne voulut pas adopter les conclusions avant d'avoir demandé de plus amples renseignements à l'auteur, dit que malheureusement M. Levrat n'a envoyé, au lieu d'éclaircissements nouveaux sur les faits qu'il a observés, qu'une dissertation historique sur les faits analogues trouvés dans les Annales de la science ; que la plupart de ces faits manquent de garanties et de détails ; que la possibilité de la superfétation n'est admise que dans les cas d'utérus double, de grossesse extra-utérine préexistante, ou enfin lorsque le premier germe fécondé n'occupe pas encore la cavité de la matrice ; que par conséquent on n'admet dans ce dernier cas la sur-conception possible, que quelques jours seulement après la fécondation du premier germe ; qu'on la repousse après cette époque, parce que la membrane caduque est en contact immédiat avec toute la surface de la cavité utérine, occupe cette cavité de manière que l'orifice du col utérin et celui des trompes est exactement bouché, et que lorsque l'ovule descend dans l'utérus, il ne se coiffe de la membrane caduque qu'en pesant sur elle dans le point correspondant à l'orifice de la trompe par lequel il arrive, et en enfonçant peu à peu cette membrane. C'est là sommairement, suivant M. Londe, ce qu'oppose la théorie à la possibilité de la superfétation. Parmi les faits énoncés pour l'établir, les uns doivent être passés sous silence, puisqu'ils prouveraient tout au plus une superfétation de quelques heures, et qu'on est d'accord à ce sujet ; dans les autres, les accouchements ont lieu à trop peu d'intervalle pour qu'on puisse voir autre chose que des produits d'une même fécondation ; dans d'autres, enfin, où l'intervalle est plus considérable, l'enfant sur-conçu se trouve toujours plus fort et plus vigoureux que le premier né. Le rapporteur interprète de cette manière les diverses observations émises dans le travail de M. Levrat ; et quant à l'observation de cette femme souvent citée qui mit au monde deux enfants à terme dans un intervalle de cinq mois et demi, lesquels vécurent bien portants, M. Londe remarque que l'auteur aurait dû s'apercevoir qu'il manque à cette observation une circonstance importante, la constatation d'un utérus simple. Que les faits de M. Levrat sont dénués de preuves, et en opposition avec la pratique de tous les accoucheurs. Cependant, prenant en considération les communications antérieures faites par M. Levrat, la commission propose de lui adresser des remercîments et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

M. Dubois (d'Amiens) rappelle aussi que le premier rapport sur ces faits donna lieu à une mesure d'ajournement, et il demande en quoi les nouveaux renseignements ont éclairci le sujet.

M. Londe répond qu'il a écrit à M. Levrat, et donne lecture de sa lettre.

M. Mérat, comme motion d'ordre, fait remarquer qu'il n'est pas dans les usages qu'un rapporteur écrive lui-même ; il doit prier le secrétaire perpétuel de le faire.

M. Capuron. M. Levrat rapporte dans un de ses faits que la superfétation a eu lieu dans un cas d'imperforation du vagin. Cela est impossible ; car comment la fécondation aurait-elle pu s'opérer ? Il faut examiner avec beaucoup de soin ces cas de prétendues imperforations vaginales. Je me rappelle que Boyer m'adressa une femme qu'il croyait imperforée, et qui cependant, disait-il, était enceinte. Elle l'était en effet ; et après avoir constaté la grossesse, j'examinai le vagin et y aperçus un petit pertuis qui pouvait rendre compte de la conception. Lorsque la femme fut à terme, j'agrandis par une incision cette ouverture naturelle, et tout se passa normalement.

M. Londe. J'ai été consulté par une femme qui présentait une oblitération du vagin. Je lui proposai une opération pour la rendre apte à devenir mère. Elle me répondit qu'elle avait déjà eu un enfant, ce qui était visible par l'état de la peau de l'abdomen. Évidemment ici l'imperforation avait été consécutive à l'accouchement.

M. Capuron a vu une autre femme prétendue imperforée qui avait aussi eu un enfant. Mais on remarquait au fond du vagin une cicatrice par où certainement avait eu lieu une rupture antérieure.

M. Moreau. Il n'y a pas de bon esprit qui puisse admettre la possibilité de la fécondation dans les cas d'imperforation du vagin. Dans tous les cas cités, certainement l'oblitération a été consécutive. Tel est le cas de Roish, dans lequel il trouva chez une femme enceinte une double membrane qui formait le vagin. On peut dire avec assurance que cette double membrane avait été le produit d'un travail phlegmasique.

M. Royer-Collard croit qu'il peut y avoir inconvénient à limiter les cas dans lesquels la superfétation est possible. Peut-être pourrait-on envisager ce sujet sous un nouveau point de vue. Avec quelques autres personnes, il se livre à des expériences dont les résultats pourront jeter quelques lumières sur la question. On voit assez fréquemment, dit-il, des chiennes, après une première copulation, mettre bas après des parturitions successives des chiens qui rappellent l'origine de la copulation première. On dirait que le premier père a imprégné de son influence tous les petits qui naîtront successivement. J'ai cherché à me rendre compte de ce fait, et il me semble qu'on pourrait l'expliquer ainsi : Dans une première copulation, plusieurs ovules peuvent être fécondés ; un seul se détache et descend dans la matrice ; mais à l'occasion d'un nouveau coït par un autre mâle, un second ovule déjà fécondé peut descendre aussi, mûrir et venir à terme, portant la ressemblance du mâle qui l'a fécondé. De sorte qu'il ne me paraît pas impossible qu'une femme puisse faire des enfants d'un premier mari avec un second. (Hilarité générale prolongée.)

M. Breschet établit la différence qui existe entre l'imperforation et l'oblitération du vagin. L'imperforation est toujours congénitale, l'oblitération toujours accidentelle. Il rappelle la fameuse thèse de Louis qui faillit lui attirer les rigueurs du Parlement pour avoir conseillé, dans les cas d'imperforation, une autre voie que celle du vagin pour opérer la fécondation.

M. Gérardin. Les faits les plus célèbres sur lesquels on a voulu appuyer la possibilité des superfétations, ne supportent pas l'examen. Je n'en excepte pas ceux de Charlestown et de Buffon. Prenons celui-ci, par exemple. Une femme accouche d'un enfant blanc, quelque temps après d'un enfant noir. De là, violents soupçons d'une infidélité commise avec un nègre. Eh bien ! ce fait est impossible et tout à fait contre nature. D'abord, dans Buffon, pas d'autres renseignements que ceux-là. Qui a vu le fait ? D'où l'a-t-il tiré ? On n'en sait rien. Ensuite, tout le monde sait cela, les enfants des nègres ne naissent pas noirs ; ils sont blancs comme nous. Enfin, le produit de la fécondation entre une blanche et un nègre n'aurait pu être qu'un mulâtre.

M. Virey. Buffon a cité le fait d'après Personjs, qui l'avait publié dans les *Transactions philosophiques* de Londres.

M. Capuron. Quant au fait de la femme de Charlestown, la femme a avoué son infidélité. Revenant à l'opinion de M. Royer-Collard, M. Capuron nie la possibilité des superfétations par l'oblitération que produit sur les orifices de la matrice la présence de la membrane caduque.

M. Royer-Collard donne quelques nouvelles explications de son opinion que nous avouons n'avoir pas comprises.

M. Baudelocque croit que l'explication des superfétations est possible par la découverte qui fut communiquée à l'Académie il y a dix ou douze ans d'un canal qui communique de la matrice à une des trompes.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Bousquet* lit un mémoire sur la dégénérescence de l'ancien vaccin et sur la nécessité des revaccinations avec le nouveau vaccin.

M. Londe. Parmi les hommes qui ont contribué à répandre les idées que M. Bousquet vient d'émettre, il en est un dont il a oublié de parler et qui cependant est le premier qui ait soutenu la dégénérescence du vaccin : c'est M. James.

M. Bousquet. C'est là une erreur de M. Londe ; bien avant la personne qu'il vient de nommer, M. Brisset, M. Tueffard, M. Fiard avaient soutenu la même opinion, que je ne partageais pas alors à cause de la confusion qui régnait dans les doctrines diverses de ces messieurs. C'est la découverte du vaccin de 1836 qui me ramena à l'opinion que je professe aujourd'hui.

M. Moreau voit toujours avec chagrin s'élever des discussions semblables dans le sein de l'Académie ; elles ont pour lui un grand danger en ce qu'elles affaiblissent la confiance des familles dans l'efficacité préservatrice du vaccin. M. Bousquet a parlé de vaccine sans boutons qui préservait cependant aussi bien qu'aucune autre ; je lui demanderai quelques explications à cet égard, aussi bien que sur le fait du collége de Sorèze qu'il a cité. Je crois, pour mon compte, que les revaccinations sont de date trop récente pour qu'on puisse en rien conclure.

M. Bousquet. Le fait du collége de Sorèze est capital : une servante porte la petite vérole dans l'établissement ; deux élèves espagnols, non vaccinés, sont pris aussitôt de la maladie ; puis la varioloïde se déclare sur les élèves vaccinés, et bientôt quarante élèves la contractent. M. Milan, le médecin de la maison, pratique aussitôt la revaccination de tout le collége, composé de trois cents élèves, et l'épidémie cesse à l'instant, pas un nouvel élève n'est atteint. A Oran, M. le docteur Dugua, qui ne croyait pas à la dégénérescence du virus et à l'efficacité des revaccinations, a été converti par un fait non moins intéressant. Une épidémie de variole se déclare dans la ville, M. Dugua voit bientôt un grand nombre d'individus vaccinés être atteints, comme ceux qui ne le sont pas, mais à un moindre degré. Alors il revaccine toute la population, et la dernière revaccination était à peine pratiquée, que l'épidémie était éteinte. J'ai cité beaucoup d'autres faits semblables.

Après quelques observations de MM. Dupuy, Barthélemy et Gérardin la discussion est close.

— *M. Auzias* présente une femme sur laquelle il a pratiqué une ablation de cancer, et une restauration de la lèvre inférieure, assisté de MM. Pirard et Couan.

Il s'agissait d'un cancer ulcéré occupant en largeur les trois quarts de la lèvre inférieure, et s'étendant depuis le bord libre de cette lèvre entièrement détruit, jusqu'au-dessous du menton. Moins étendu à droite qu'à gauche, où il s'inclinait surtout en bas, ce cancer envoyait dans la même direction, c'est-à-dire à gauche, un prolongement de près d'un pouce de longueur et d'un demi-pouce de hauteur, lequel correspondait à l'adhérence de la lèvre avec l'os maxillaire inférieur.

Après avoir cerné le mal, abstraction faite de son appendice gauche par deux incisions parallèles supérieurement, et réunies en V près de l'os hyoïde, M. Auzias a enlevé ce qu'il en restait, par une autre incision en V ouvert en dedans, en regard de laquelle il a pratiqué sur l'autre lèvre de la plaie une dernière incision de même forme, mais moins étendue.

Il en est résulté, dissection faite, quatre lambeaux plus développés à gauche qu'à droite, de façon qu'en les rapprochant la ligne de réunion supéro-inférieure devenait à peu près médiaire. Celle-ci a été maintenue par dix points de suture entortillée, et une ou deux aiguilles ont suffi pour tenir rapprochés les bords respectifs des incisions en V.

Quatre jours après l'opération, la plaie s'est ouverte partiellement ; mais les aiguilles verticales sont restées, pour être enlevées à l'époque de la cicatrisation.

Dix mois se sont écoulés depuis l'opération.

Quoique la réunion immédiate n'ait pas complétement réussi, la cicatrice est médiane et à peine disgracieuse. Chez un homme, les lignes en seraient marquées par la barbe.

Les mouvements de la lèvre et de la mâchoire sont faciles et sans douleur, bien que la profession de l'opéré l'oblige à passer des heures entières près de nombreux fourneaux, à crier presque constamment, non-seulement pendant le jour, mais encore bien des fois durant la nuit.

Ce procédé chirurgical rentre dans la méthode ancienne d'autoplastie, appliquée à un cas où elle ne paraissait pas devoir suffire, mais où elle conserve tous les avantages qui lui sont propres.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 septembre 1843. — Présidence de M. SERRES.

M. Raciborski adresse une lettre en réponse à la réclamation de M. Négrier. « Au résumé, dit-il, je m'empresse de reconnaître, comme je l'ai déjà fait dans mon mémoire, que les conclusions de la première partie de mon travail ressemblent sous plusieurs rapports à celles auxquelles est arrivé M. Négrier, mais que toutefois, cette analogie ne cesse pas d'être du nombre de celles qui ont toujours existé entre les hypothèses plus ou moins ingénieuses et les démonstrations qui sont venues les appuyer. »

— *M. Guépin*, de Nantes, écrit pour soumettre à l'Académie les conséquences qui découlent de 92 opérations de pupilles artificielles qu'il a pratiquées depuis le 1er janvier 1841 jusqu'à ce jour.

1° Les opérations de pupille artificielle réussissent mieux en général que les opérations de cataracte. Voici en effet, dit-il, nos résultats.

1841.	—	35	opérations ;	26	succès ;	9	insuccès.
1842.	—	22	—	17	—	5	—
1843.	—	35	—	31	—	4	—
Total :		92		74		18	

Cependant nous avons opéré tous les cas qui se sont présentés ; nous avons abordé toutes les difficultés, quelles qu'elles fussent.

2° L'opération de la pupille artificielle peut être employée avec avantage dans les cas de cataracte étroite congénitale pour remplacer l'opération de la cataracte.

Tous les opérateurs savent que l'abaissement et l'extraction des cataractes congénitales présentent souvent les plus grandes difficultés, et sont fréquemment suivis d'insuccès. Il y a donc avantage, en pareille circonstance, à se servir d'une opération aussi difficile peut-être, mais qui présente, à cause de la liberté de la pupille, au moins trois fois plus de chances de succès.

3° Lorsque l'œil est affecté d'une iritis rebelle avec capsulite et atrésie pupillaire plus ou moins complète, il est de bonne pratique de

recourir à la pupille artificielle, comme moyen d'éviter de pratiquer un jour et la pupille artificielle et la cataracte.

Cette proposition n'est point un paradoxe. En effet, chez un nommé Chonan, d'Angers, que je soigne en ce moment, j'ai pratiqué avec succès, malgré l'iritis et la capsulite, deux pupilles artificielles, une dans chaque œil, et le malade voit à se conduire ; de plus, ses douleurs sus-orbitaires, qui datent d'une année, ont considérablement diminué depuis les opérations.

4° Aux méthodes connues nous avons ajouté l'enclavement dans la cornée, l'enclavement avec excision, l'excision par la sclérotique, le décollement simple ou avec excision par la sclérotique.

— *M. Plouvier*, de Lille, adresse une note sur la kéroplastie. — Jusqu'à présent l'auteur n'a pratiqué cette opération que sur des lapins. Voici comment il opère : les instruments dont il se sert sont un ophthalmostat, des petits ciseaux mousses courbes sur le plat, un couteau à cataracte, une aiguille à cataracte, des pinces très déliées, des aiguilles longues et fines, et du fil ordinaire très fin. Il s'est servi quelquefois de crin et de soie pour les points de suture, mais il s'en est constamment mal trouvé. Il place l'animal dans un petit sac qu'il fixe aussi solidement que possible sur une table. Un aide saisit les oreilles, lui renverse la tête de manière à présenter l'œil dans une position horizontale. Alors il place l'ophthalmostat afin de tenir les paupières écartées, puis il prend le couteau à cataracte qu'il plonge dans la cornée, à environ un demi ou à un millimètre de la sclérotique. Il fait une ouverture assez grande pour pouvoir y introduire les ciseaux avec lesquels il coupe la cornée dans tout son pourtour, conservant partout autant que possible la même distance, en ayant aussi le plus grand soin de ménager l'iris sur lequel doit glisser constamment une des lames des ciseaux. Ceci terminé, il prend l'aiguille à cataracte, il ouvre la membrane cristalloïde et il fait sortir le cristallin afin de faciliter le reste de l'opération, et puis pour éviter son opacité par la suite. Ici commence le temps le plus difficile du manuel opératoire, l'application des points de suture. On sait que la cornée est très dure, que pour la traverser avec une aiguille, il faut des efforts assez grands ; aussi pour peu que que l'animal remue au même moment, il arrive très souvent qu'on vide l'œil complétement ou en partie de son humeur vitrée, en même temps qu'il survient une hémorrhagie quelquefois très abondante. Très rarement même il a pu empêcher la sortie d'une certaine quantité de l'humeur vitrée. Ordinairement, pour avoir le moins de secousses possibles, il commence par traverser la nouvelle cornée de trois ou quatre fils destinés aux points de suture ; il saisit alors entre l'iris et la sclérotique le rebord de la cornée à laquelle il veut appliquer l'autre, et il le traverse avec une aiguille qu'il abandonne. Il prend de nouveau la même cornée à un millimètre ou deux du premier point, qu'il traverse encore avec une autre aiguille et ainsi des autres. Il en met un nombre d'autant plus grand que l'animal est plus docile, que ses yeux sont plus grands. Après, il fait des nœuds qu'il serre médiocrement. Il coupe les fils aussi près que possible des cornées. Vers le sixième ou septième jour, il enlève ordinairement les points de suture, avec des pinces et des ciseaux très minces. Il ne pense pas avoir réussi une seule opération en les enlevant du troisième au quatrième jour, c'est pourquoi il les laisse quelques jours de plus, malgré que ces fils soient une cause incessante d'irritation. Pour les couper il faut encore beaucoup de précautions ; cependant il lui suffit la plupart du temps de faire écarter les paupières par un aide.

Vers le troisième ou quatrième jour après l'opération, l'inflammation se développe ; au sixième ou septième jour le gonflement est considérable ; la suppuration, d'abord peu abondante, finit par baigner le globe de l'œil. Du 25e au 30e jour après l'opération, le gonflement diminue, l'inflammation aussi.

Toutes les fois que M. Plouvier a sacrifié les animaux sur lesquels il avait opéré, il a trouvé que presque toujours les globes oculaires étaient très aplatis antérieurement, les cornées paraissaient appliquées sur la membrane iris, la chambre antérieure ayant en apparence disparu. En disséquant ces yeux, il a vu que souvent la nouvelle cornée adhérait solidement sur la pupille, qu'elle était comme collée sur l'iris, et même qu'il y avait un assez grand nombre d'adhérences çà et là. La pupille est souvent immobile, et il pense que la vision doit se faire d'une manière incomplète.

— *M. Malbouche* écrit pour annoncer que M. Jourdant a été traité et guéri du bégaiement par son frère et que sa méthode ressemble beaucoup à celle de son frère.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. (Août 1843.)

Quelques faits de médecine pratique; par J.-B. MONDIÈRE.

Hoquet intermittent. — Aux faits de hoquet intermittent publiés depuis peu par MM. Mêlier et Duparcque, et guéris par le sulfate de quinine, il faut réunir celui que publie M. Mondière, et qui n'est pas le moins intéressant.

En 1839, à l'époque où les fièvres intermittentes régnaient dans les contrées où pratique M. Mondière, d'une manière presque épidémique, un jeune homme fut pris d'un hoquet d'abord continu, puis périodique dans les circonstances suivantes. Cet individu, âgé de dix-sept ans, d'une constitution nerveuse, et devenu plus irritable encore par suite d'excès dans la masturbation, se promenait dans la campagne, lorsque tout à coup, entendant crier au *chien fou !* il se détourne et aperçoit l'animal qui semble se diriger vers lui. Il éprouve une frayeur extrême, et tombe sans connaissance. Relevé par les personnes qui poursuivaient le chien enragé ou présumé tel, il est reporté chez lui, ne recouvre la connaissance que deux heures plus tard, et, bientôt après, est pris d'un hoquet fatigant et qui ne lui laisse presque pas de repos. Un officier de santé appelé presque aussitôt, emploie les calmants et les antispasmodiques sous toutes les formes, l'eau froide à l'extérieur et à l'intérieur, un vésicatoire à la région épigastrique, et plusieurs autres moyens comme l'immersion dans l'eau froide, mais le tout sans succès. Le jeune malade, ayant toujours l'esprit préoccupé du danger qu'il a couru, tombe de temps en temps dans des mouvements convulsifs avec perte de connaissance, et voit, après chacune de ces attaques, le hoquet devenir plus fréquent et plus fort. Les parents voyant l'inefficacité de la médecine, pensent que *c'est un sort qui a été jeté sur leur fils*, et prennent la résolution d'abandonner la maladie à sa marche naturelle.

Les accidents nerveux et le hoquet persistèrent encore aussi fréquents et aussi intenses pendant près d'un mois, puis diminuèrent, et bientôt le hoquet seul continua, revenant d'abord d'une manière irrégulière plusieurs fois par jour, puis régulièrement tous les deux jours, à quatre heures du soir, sans que son retour fût annoncé par un trouble quelconque. L'accès persistait ordinairement jusqu'au milieu de la nuit, sans que le malade pût, pendant sa durée, se livrer au sommeil. Il y avait déjà quinze jours que ce hoquet avait pris le caractère intermittent tierce, lorsque le malade fut amené à M. Mondière. Il était pâle, maigre, très faible, sans appétit ; le pouls était petit, fréquent ; la langue blanche, la respiration courte ; il y avait des palpitations au moindre mouvement : en un mot, le malade était dans un état voisin de l'anémie.

Après avoir recueilli les renseignements qu'il vient de faire connaître, M. Mondière pensa que tout en attaquant l'intermittence du hoquet par le sulfate de quinine, il devait chercher à modifier tout l'organisme en agissant sur le sang. En conséquence, il prescrivit, pour prendre tous les deux jours, 6 décigrammes de sulfate de quinine, et, tous les jours, une forte décoction de quinquina, des pilules de sous-carbonate de fer, et les poudres toniques suivantes qu'il emploie toujours avec succès dans les névroses gastriques (quinquina en poudre, rhubarbe ou gentiane en poudre, selon la liberté du ventre, oxyde de bismuth, de chaque 4 grammes ; mêlez et faites douze paquets, à prendre un par jour, dans une cuillerée de soupe). Quant au régime, il devait consister en potages gras, œufs, viandes grillées et rôties, vin rouge.

Huit jours après sa consultation, M. Mondière reçut des nouvelles du malade, le hoquet n'avait reparu qu'une seule fois, et son retour avait été prévenu par la continuation de l'emploi du sulfate de quinine, dont 24 grammes furent consommés. L'état général était bien plus satisfaisant, les forces, l'appétit étaient revenus, et les palpitations avaient presque disparu. Les mêmes moyens toniques furent continués et bientôt le malade eut recouvré sa santé première, une santé même plus robuste ; car prévenu par M. Mondière des dangers auxquels il s'exposait, il renonça entièrement à la mauvaise habitude de la masturbation.

Quelques mots sur les positions mento-postérieures de la face; par M. P. CAZEAUX.

Une polémique assez vive s'est élevée entre deux jeunes accoucheurs distingués, M. Cazeaux et M. Chailly, sur cette question obstétricale. Nous laisserons de côté la discussion personnelle pour ne faire connaître que le résultat pratique qu'elle a produit, et que M. Cazeaux a résumé dans les propositions suivantes :

Dans les positions mento-postérieures, l'accouchement spontané n'est en général possible qu'à la condition que le menton revienne en avant sous les pubis. Un assez grand nombre de faits bien observés prouvent cependant que, malgré la non-rotation de la tête, l'expulsion spontanée du fœtus peut avoir lieu ; la tête opérant alors dans l'excavation un mouvement de flexion par lequel le front, le vertex et l'occiput se dégagent d'abord au-dessous des pubis. Lorsque le menton reste en arrière, que la lenteur excessive du travail, ou un accident assez grave pour menacer les jours de la mère ou de l'enfant, nécessite la prompte intervention de l'art; les procédés dont l'expérience a démontré l'utilité varient suivant que la tête est ou n'est pas engagée, et dans le premier cas suivant son degré d'engagement.

A. Si la tête est encore au-dessus du détroit supérieur ; si surtout les membranes sont encore intactes ou rompues depuis peu de temps, la version pelvienne est certainement ce qu'il y a de mieux à faire. La version céphalique doit être exclusivement réservée pour les cas où le bassin est mal conformé, pourvu que le rétrécissement ne soit pas latéral.

B. Si la tête est seulement engagée dans la partie supérieure de l'excavation, on devra chercher à repousser la tête au-dessus du détroit supérieur ; car l'expérience de tous les auteurs démontre que ce refoulement a souvent été possible ; puis on pratiquera la version céphalique ou pelvienne, comme dans le cas précédent.

C. Si enfin le refoulement est impossible, soit parce que la tête a franchi le col, soit parce que la violente rétraction de l'utérus rend tout effort inutile, il n'y a évidemment de ressource que dans l'emploi des instruments ; le levier, le forceps, les crochets aigus et le céphalotribe ont tour à tour été proposés ; avant d'employer ces derniers, on doit toujours mettre les premier en usage.

Efficacité du cautère actuel dans un cas de fistule vésico-vaginale; observation recueillie par M. le docteur PAGAN.

Une femme âgée de trente et un ans fut, à la suite d'un accouchement laborieux, atteinte d'une fistule vésico-vaginale, et d'une fistule recto-vaginale. La dernière s'oblitéra spontanément ; mais il n'en fut pas de même de la première, qui persista et amena le malade à ce point de lui rendre l'existence insupportable.

L'ouverture de cette fistule était assez considérable pour que la malade pût aisément y faire passer le doigt enveloppé d'un linge. L'urine, pendant le séjour au lit, était reçue dans un vase qui avait été fabriqué tout exprès pour cet usage ; mais dans la station assise, et surtout dans la station verticale, rien ne pouvait plus s'opposer à son écoulement continuel.

Un chirurgien dont on réclama les soins tenta de déterminer une inflammation adhésive des lèvres de la fistule en employant la cautérisation ; mais le seul résultat auquel il arriva fut l'agrandissement de l'ouverture : il essaya ensuite l'application des points de suture, après l'avivement préalable des bords de la solution de continuité, et il n'obtint pas plus de succès de ce traitement qu'il n'en avait obtenu du premier.

Deux ans s'étaient écoulés depuis le début de cette infirmité, lorsque M. Pagan fut appelé. Une consultation eut lieu entre ce praticien et le docteur Liston, qui conseilla de revenir à l'emploi de la cautérisation à l'aide du fer rouge, en recommandant surtout de laisser entre les applications de ce moyen un intervalle suffisant pour permettre aux bords de la plaie de se rétracter, afin de ne pratiquer de nouvelle cautérisation qu'après avoir bien constaté les résultats de la précédente.

Cette médication fut mise en usage avec les précautions indiquées ; le cautère actuel fut appliqué sept fois, et l'intervalle laissé entre ces applications varia de deux à six mois. L'ouverture fistulaire se rétrécit progressivement et finit par se fermer tout à fait.

A la suite de ce succès, les règles reprirent leur cours ordinaire, mais toutefois avec un peu plus de difficulté qu'antérieurement : la femme devint enceinte au bout de trois ans, mais arrivée au troisième mois de la grossesse, elle fut prise des douleurs de l'accouchement, et la délivrance ne put s'opérer. M. Pagan, ayant été appelé de nouveau, examina le col utérin, qu'il trouva presque oblitéré ; il recourut aussitôt à l'emploi de l'instrument tranchant, et une légère incision suffit pour livrer un passage facile au fœtus. (*The Lancet.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 116. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Hydropisie ascite symptômatique. Difficulté du diagnostic différentiel.

Au n° 6 de la salle Saint-Antoine est couchée une femme de quarante-neuf ans, musicienne ambulante, entrée le 24 juillet.

D'une constitution autrefois assez bonne, mais détériorée, cette femme n'est plus réglée depuis six ans. Elle a toujours été d'une assez bonne santé, jusqu'à l'époque où a commencé la maladie actuelle. Mais les renseignements qu'elle donne sur le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital sont tellement obscurs et tellement contradictoires, qu'il est presque impossible d'en retirer aucun profit. Elle ne fait remonter sa maladie qu'à un mois, époque à laquelle elle aurait éprouvé une frayeur très vive relative à la santé d'un de ses enfants. A la suite de cette frayeur, et sans autre cause, son ventre aurait, dans un très court espace de temps, augmenté de près de la moitié de son volume. Pas de douleur de ventre. Interrogée de nouveau et pressée de questions, elle dit ressentir depuis près de quatre ans des douleurs dans la région lombaire; douleurs vagues non continues, et auxquelles elle a fait jusqu'ici peu d'attention. Les jambes volumineuses, sans être cependant infiltrées, présentent des nodosités variqueuses en grand nombre, et en général assez grosses. Etat variqueux des veines abdominales. Aphonie presque complète.

Voici l'état dans lequel on la trouve au moment de son entrée à l'hôpital :

L'abdomen, uniformément développé, présente environ le double de son volume normal. L'ombilic est effacé par suite de la distension du ventre; la résonnance donne un son tympanique intestinal à la partie moyenne et supérieure de l'abdomen. De chaque côté, en descendant vers les flancs, les quatre cinquièmes de la moitié abdominale donnent un son mat à la percussion; la matité est plus complète à gauche qu'à droite. En faisant changer de position à la malade, et la faisant coucher alternativement sur l'un et sur l'autre côté, la matité change de place également, et fait place à une résonnance claire et tympanique. La succussion et la percussion périphérique donnent à la main de l'explorateur la sensation d'une fluctuation bien manifeste, produite par un liquide contenu dans le sac péritonéal. La dépression des parois du ventre exercée avec force, et la percussion ne permettent pas de constater l'existence d'une tumeur circonscrite. L'abdomen, pendant toute cette exploration, n'est nullement douloureux. La malade affirme, du reste, n'avoir senti aucune douleur dans cette cavité depuis le commencement de la maladie actuelle.

Elle paraît avoir eu quelques vomissements, qui ont peut-être été provoqués par du nitrate de potasse, que l'on faisait dissoudre dans sa tisane et que l'on fut obligé de supprimer parce qu'elle ne pouvait le supporter. Urine peu abondante, rouge foncé, sans dépôt d'aucune espèce. Selles normales; ni diarrhée, ni constipation. Le foie, refoulé en haut par les liquides de l'abdomen, ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

Pas de battements de cœur. Pouls à 100-104, régulier, non redoublé, assez mou. Peau de chaleur naturelle, un peu moite. Le visage est amaigri, les traits un peu tirés. La malade déclare avoir beaucoup maigri dans ces derniers temps. Langue nette, soif vive, appétit conservé.

La voix est altérée depuis environ quinze jours, qu'elle s'est enrhumée en se levant la nuit. Aphonie presque complète. Un peu de toux sans expectoration. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés. Quelques étourdissements et bourdonnements d'oreilles quand elle se met à son séant, ou qu'elle veut se lever. Les sensations bien conservées; vue bien nette; intelligence non troublée. Les bruits du cœur, ausculiés à plusieurs reprises, sont nets, distincts, bien frappés, sans aucun mélange de souffle. Eau de Contrexeville, 1 pot; 2 potages.

Le 27, pouls à 100-104; diarrhée assez abondante; sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. Du reste, absolument même état que les jours précédents. Le ventre ne paraît pas avoir sensiblement diminué de volume; mais à la pression peut-être semble-t-il un peu moins tendu.

— La malade n'ayant point succombé dans le service, et ayant demandé sa sortie dans le courant du mois suivant, nous croyons inutile de nous étendre plus longuement sur les détails de l'observation, qui n'ont rien offert de particulier depuis le jour de l'entrée; son état est resté à peu près le même, et n'a pas subi de modification notable. Mais peut-être n'est-il pas sans intérêt de présenter ici quelques réflexions sur les symptômes qu'elle a éprouvés, et sur lesquels on a dû se baser pour établir le diagnostic. Cette malade avait manifestement une ascite. Mais de quelle lésion organique était-elle symptômatique? Etait-elle produite par une inflammation péritonéale chronique simple? Etait-elle l'effet d'une affection chronique organique du cœur, avec productions de concrétions anormales dans cet organe, et obstacle à la circulation? Etait-elle symptômatique enfin d'une maladie des reins ou d'une maladie du foie? Examinons tour à tour ces différentes opinions.

L'état de régularité du pouls, et plus encore l'étendue normale de la matité du cœur, la pureté des claquements valvulaires, l'absence de tout frémissement vibratoire, de souffle râpeux, de tout trouble enfin dans le rhythme des battements et dans les bruits, suffisaient pour écarter la pensée de l'existence d'une lésion de l'appareil circulatoire. Cette idée fut donc, et tout d'abord, éloignée, et il fut évident que ce n'était point à une affection de ce genre que l'on devait rapporter la cause de l'hydropisie ascite chez cette malade.

Il est une maladie qui porte principalement sur la couche corticale et sur la substance tubuleuse des reins, affection à laquelle, faute de connaître suffisamment sa nature, on a conservé pour toute dénomination, et peut-être a-t-on bien fait, le nom du médecin qui le premier l'a observée, la maladie de Bright, qui donne lieu tout à la fois et à une modification dans les qualités des urines, et à des suffusions séreuses qui s'établissent dans certaines cavités. Sans entrer dans les détails de l'histoire de cette maladie, contentons-nous de jeter un coup-d'œil sur la symptômatologie de l'hydropisie ascite déterminée par elle, et d'établir dans quelle proportion elle se développe en ce cas.

Ce n'est que lorsqu'elle est déjà fort avancée que la maladie de Bright donne lieu à l'hydropisie ascite. Et dans les cas dont il est question, elle présente à considérer quelques caractères qui lui sont propres. Elle cesse quelquefois dans un point pour reparaître dans un autre. La sérosité commence par s'épancher dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, phénomène qui n'existait point chez la malade dont nous parlons. Ce n'est point toujours d'ailleurs par les membres inférieurs qu'elle débute; elle peut commencer par les membres supérieurs, par les mains et même par le visage. Dans tous les cas, et quelque opiniâtre qu'elle soit, elle est toujours lente et ordinairement peu considérable, deux conditions qui ne se rencontrent point dans le cas qui fait le sujet de cet article.

De plus, et c'est là un caractère fondamental, le signe pathognomonique de la maladie, les urines sont d'un jaune pâle, présentant quelquefois au fond un léger énéorème, mais contenant toujours une certaine quantité d'albumine qui donne à l'urine un aspect mousseux particulier quand on l'agite, et que l'on précipite facilement en la coagulant, soit par l'alcool, soit par la chaleur, soit par un acide concentré. Ici, à vrai dire, et quoique la malade se fût plaint de douleur dans la région lombaire depuis près de deux ans, on n'essaya pas les urines par les agents chimiques que nous venons d'indiquer, et on n'y rechercha pas la présence de l'albumine. Mais c'est qu'elles ne présentaient pas, à première vue, les caractères indiquant la présence de l'albumine. Au lieu d'être jaunes claires, elles étaient d'un rouge foncé, non mousseuses, et ne présentaient pas cette consistance plus que normale qui indique le mélange d'un composé albumineux.

De plus, l'épanchement dans l'abdomen, déterminé par la maladie de Bright, ne se fait qu'à une époque extrêmement avancée de la maladie, et le cortége des symptômes qui l'ac-

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ I. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Coups portés par un fils à son père. — Question de médecine légale. — Epilepsie.* (Cour d'assises de l'Indre.)

En 1839, Jean Perrin se trouvait un soir chez un de ses voisins avec son père et sa mère. Dans le cours de la soirée, sa mère s'étant levée de sa chaise, Jean Perrin trouva spirituel de lui retirer son siége, afin de la faire rouler par terre au moment où elle viendrait se rasseoir. Cette odieuse farce réussit si bien, que la pauvre vieille femme tomba et se blessa assez grièvement. Le père de Perrin, en présence de qui ces faits se passaient, adressa d'assez durs reproches à son fils, qui reçut fort mal les représentations paternelles, répondit à ces reproches par les injures les plus grossières, et finalement s'armant d'un carreau qui lui tomba sous la main, en porta à son père un coup qui l'étendit à terre.

A une époque plus récente, dans le courant de l'année dernière, Perrin travaillant avec son père au pont d'Ingrande, eut avec lui une querelle dont on ne connaît bien ni le commencement ni les causes, mais à la suite de laquelle il se précipita sur lui et le maltraita horriblement.

C'est par suite de ces faits que Perrin comparaissait dernièrement sur les bancs de la Cour d'assises.

Il est âgé de vingt-huit ans, d'une figure maladive et hébétée, en somme insignifiante.

Les témoins assignés à la requête du ministère public établissent les faits qui viennent d'être rapportés, mais ils déposent en même temps d'une particularité qui doit avoir une grande influence sur le débat; c'est que l'accusé est épileptique; ce qui fait, ajoutent-ils, que, dans les moments qui précèdent ses accès, *il ne se connaît pas*.

Un médecin a été commis pour examiner Perrin, et donner son avis sur l'influence que l'horrible maladie dont ce prévenu est affecté, a pu exercer sur les faits qui lui sont reprochés. Ce médecin, entendu à l'audience dans une déposition longuement et fortement motivée, a déclaré que l'accusé jouissait de l'intégrité de sa raison au moment de la perpétration des faits qui font l'objet de la prévention.

L'avocat de l'inculpé a plaidé, en s'appuyant sur l'opinion de divers auteurs, que l'épilepsie pouvait dans certains cas faire subir à la raison une altération profonde; qu'elle pouvait aussi, qu'elle devait même, lorsque les attaques étaient fréquentes, comme dans l'espèce, déterminer chez le malade des accès de colère irréfléchis, désordonnés, fous; et à ce sujet, l'avocat a fait cette distinction : La colère excuse-t-elle le crime? Non, sans doute, si elle est naturelle, ou plutôt si elle prend sa source dans une cause naturelle, dans une cause dont celui qui y cède peut se rendre maître... Mais oui certainement, si la colère est maladive, si elle est produite par une affection qui ronge, qui dévore, qui vous domine, par un mal contre lequel il est impossible de lutter, ce qui le rend pour ainsi dire fatal. Le défenseur a établi que les faits à la charge de l'accusé avaient dû se passer dans un de ces moments où celui-ci, travaillé par l'approche d'une attaque, n'agissait plus, ne pensait plus que sous l'empire de son effroyable maladie.

Ce système a été accueilli par le jury, qui a rapporté un verdict d'acquittement.

II. *Voies de fait par un soldat envers son supérieur. — Soupçon d'aliénation mentale.* (Ier conseil de guerre de Paris.)

Le 14 août dernier, un capitaine du 2e régiment d'infanterie légère passait la revue de linge et de chaussure de sa compagnie, et parcourait les diverses chambres occupées par les hommes qui la composent. Arrivé dans celle où était le nommé Dejouani, le capitaine ayant été informé que ce militaire s'était absenté afin d'éviter son inspection, il lui fit enjoindre de revenir prendre sa place à côté de ses effets, et Dejouani n'obéit qu'en murmurant. Lorsque son tour de visite arriva, le capitaine le réprimanda tant sur sa mauvaise tenue que sur les peines qu'il donnait à ses sous-officiers et caporaux pour le maintenir dans la discipline. Sur cette observation, Dejouani fait un demi-tour, et, mettant les mains dans les poches de son pantalon, il fit à son supérieur un geste peu convenable. Le capitaine le réprimanda de nouveau, et comme il reconnut que les effets de ce soldat n'étaient pas au complet, il lui en demanda la raison. Pour toute réponse, Dejouani leva la main sur lui, et le frappa rudement à la figure. Le capitaine eut assez d'empire sur lui-même pour contenir sa juste indignation; et avant même qu'il n'eût donné l'ordre d'arrêter le coupable, les autres soldats s'étaient déjà emparés de la personne de ce dernier, et le conduisaient à la salle de police.

C'est à raison de ces faits que Dejouani comparaissait le 21 de ce mois devant le conseil de guerre.

Pendant l'instruction de la procédure, l'accusé a commis dans la prison plusieurs actes qui ont porté à croire qu'il pouvait être atteint d'aliénation mentale. M. le commandant-rapporteur a donc dû rechercher si, à l'époque du crime, ou antérieurement, cet homme n'avait pas donné des signes de démence.

« En septembre 1842, dit M. le colonel Drolenvaux, cet homme a commencé à donner les premiers signes d'aliénation mentale, vraie ou simulée. Cet homme ayant commis une faute, se précipita un jour en dehors des rangs de son bataillon, et, tombant à genoux devant le lieutenant-colonel, il demanda pardon à ses camarades, et priait le colonel de vouloir bien lui donner l'absolution. Ce fait et quelques autres le firent envoyer à l'infirmerie, où il fut confié aux soins spéciaux d'un officier de santé qui ne reconnut point en lui les caractères constitutifs de la démence. On le soumit à de nouvelles épreuves : les médecins de l'hôpital de Versailles déclarèrent qu'il simulait la folie, et le renvoyèrent au régiment pour y continuer son service.

» Depuis cette époque, plusieurs témoins ont attesté que ce militaire se plaignait souvent de ce que l'on mettait du poison dans son manger. Il répétait sans cesse qu'il valait mieux le renvoyer à sa famille que de le faire mourir par le poison. Il déchirait ses vêtements; et un jour ayant brisé son fusil, il fut traduit devant le conseil de guerre; mais les juges militaires pensant qu'il était sous l'impression d'une maladie morale qui avait pu déterminer son action, lui firent grâce et l'acquittèrent.

A son retour au régiment, le colonel demanda que cet homme fût de nouveau livré aux expériences des gens de l'art. En conséquence, on le plaça au Val-de-Grâce; mais peu de temps après, il fut renvoyé à son corps avec un billet de sortie portant que sa démence était entièrement simulée. Dejouani redisait : « Qu'on me renvoie chez moi, et je guérirai en prenant l'air du pays. »

« Telle était, dit M. le rapporteur, la disposition morale de ce militaire, lorsqu'il a frappé son capitaine. »

M. le commandant rapporteur a soutenu l'accusation, et, se fondant sur les décisions des médecins, il a déclaré penser que le chasseur Dejouani a simulé sa maladie, afin d'obtenir sans doute un congé de réforme, et il a conclu à l'application de la peine portée par la loi.

Le Conseil a déclaré l'accusé coupable de voies de fait envers son supérieur, et il l'a condamné à la peine de mort.

§ II. POLICE CORRECTIONNELLE.

Déclaration de naissance. — Médecin. — Révélation du nom de la mère. (Cour de Cassation.)

Nous avons rapporté dans l'avant-dernier numéro la décision de la Cour de cassation. Voici maintenant les motifs présentés par l'accusation et la défense. Ces détails nous paraissent importants.

M. le docteur Mallet, médecin à la Rochelle, s'est présenté devant l'officier de l'état civil de cette ville pour déclarer la naissance d'un enfant né deux jours auparavant, d'une femme à laquelle il avait donné ses soins. M. Mallet a refusé d'indiquer le nom de cette femme, par le motif

compagnent toujours démontre de la manière la plus formelle que l'organisme est profondément attaqué, et que la terminaison fatale est prochaine. Le pouls alors devient petit et faible, les forces du malade s'affaiblissent, les urines finissent par se supprimer entièrement ; des vomissements et une diarrhée séreuse que rien ne peut arrêter annoncent la mort prochaine du sujet. Or, de tous ces symptômes, la malade qui fait le sujet de l'observation précédente n'en présentait aucun. Si quelque chose, nous le répétons, eût pu en imposer pour l'existence d'une maladie granuleuse des reins, ce ne pouvait être que la douleur indiquée par la malade dans la région lombaire; mais ce seul caractère, et aussi vague, ne pouvait suffire, et si, accompagné de phénomènes plus précis, il eût pu devenir de quelque importance, il ne pouvait, isolé ainsi, avoir aucune signification.

Ainsi, et pour nous résumer en quelques mots, l'absence de l'anasarque, des symptômes généraux extrêmement graves qui signalent la période de la maladie de Bright où l'on voit se manifester l'ascite, la marche de l'affection dans le cas particulier qui nous occupe, et, plus que tout autre phénomène, l'absence de l'albumine dans les urines, n'y en avait-il pas assez pour pouvoir affirmer d'une manière certaine que la lésion organique n'était pas une lésion des reins ?

Il est des hydropisies qui ne reconnaissent d'autre cause qu'un état séreux du sang. Mais quels sont les symptômes principaux offerts par les sujets qui se trouvent dans ce cas? D'abord, et comme cause de cet état séreux du sang, on doit considérer les circonstances dans lesquelles se trouve le sujet malade. Une alimentation insuffisante, un état fébrile prolongé, des peines morales profondes, une diarrhée abondante et prolongée, une suppuration considérable, des hémorrhagies fréquentes et copieuses, telles sont les causes sous l'influence desquelles peut se développer cette espèce d'hydropisie. Or, la malade dont il s'agit ne se trouvait dans aucune de ces conditions. Voici donc, sous le rapport étiologique, une première raison qui doit écarter la pensée d'une ascite de ce genre.

Pour les symptômes, même remarque. La face est pâle et bouffie; il y a faiblesse générale ; les téguments à la surface du corps sont pâles, et soulevés par une sérosité abondante infiltrée dans le tissu cellulaire, surtout vers les parties les plus déclives. La chaleur est inégalement répartie ; quelquefois la surface du corps est froide ; le pouls est faible, débile, peu développé. Les veines sont affaissées, paraissent à peine sous la peau, sont remplies d'un sang décoloré, violacé. Les malades se plaignent de syncopes ; l'appétit est nul, les digestions difficiles ou impossibles ; il n'y a point de sueurs. Dans le cas actuel, il ne pouvait être question d'une ascite de ce genre. En effet, il n'y avait, avons-nous déjà dit, ni infiltration, ni œdème du tissu cellulaire sous-cutané, ni bouffissure de la face. La chaleur était normale, et la peau médiocrement sudorale ; les veines, loin d'être affaissées, pâles, remplies d'un sang décoloré, étaient au contraire fortement distendues sur les parois de l'abdomen, comme variqueuses en quelques points ; le même état de ces vaisseaux se faisait remarquer aux jambes, où il existait des varices volumineuses et en assez grand nombre. Il y avait bien, il est vrai, quelques palpitations, mais pas de syncopes, pas de faiblesse générale. De plus, l'appétit était conservé, et les digestions se faisaient assez facilement. Il restait donc à choisir entre deux sortes de lésions organiques, celles qui dépendaient d'une inflammation chronique de la membrane séreuse qui tapisse la cavité abdominale, et celles qui dépendent d'une altération dans les tissus du foie.

Il est une affection des plus graves, et d'autant plus redoutable que son diagnostic ne peut guère être établi que d'après des probabilités, et non sur un ensemble complet de symptômes certains et toujours identiques ; partant, qu'un traitement ne peut-être dirigé dès le début d'une manière efficace contre les lésions qui la constituent. Nous voulons parler de la cirrhose du foie. Dans ce cas, l'hydropisie ascite, qui existe très souvent, comme nous allons le voir, dépend manifestement d'un obstacle à la circulation veineuse, et la chose s'explique bien facilement. Le tissu du foie est tellement modifié que la disposition vasculaire a presque entièrement disparu, ce dont on peut se convaincre en pratiquant des injections. C'est avec la plus grande difficulté que l'on peut faire pénétrer les injec tions dans la substance de l'organe.

Examinons les symptômes qui accompagnent cette maladie, et comparons-les avec ceux qu'a présentés la malade dont nous avons raconté l'histoire. Le volume du foie commence par augmenter dans la première période de la maladie ; mais bientôt il diminue, surtout lorsque le développement de la maladie est lent. Ce n'est guère que dans les cas où le développement de l'affection est extrêmement rapide, que le foie peut s'hypertrophier. Dans les circonstances contraires, il perd peu à peu de son volume, se laisse refouler par l'épanchement abdominal, et devient le siége d'une disposition particulière que, malgré la singularité de l'expression, nous croyons pouvoir désigner sous le nom de *ratatinement*. Il est inutile de dire qu'alors il ne fait aucune saillie sous le rebord des fausses côtes, et que sa présence ne peut être appréciée par la dépression des parois abdominales. Ça été ici parfaitement le cas d'observer ces phénomènes, et voici déjà un point qui pourrait servir à aider au diagnostic. Ajoutons cependant que la malade n'a ressenti aucune douleur dans la région du foie ; mais que ce symptôme, qui existe quelquefois, peut manquer, et n'existe généralement que lorsque l'affection a suivi une marche aiguë des plus caractérisées.

L'hydropisie est un des caractères les plus constants de la cirrhose ; ce n'est, le plus fréquemment, que lorsque l'altération est parvenue à sa seconde période que ce phénomène se montre. L'épanchement se fait ordinairement d'une manière lente et graduelle, sans que le ventre soit douloureux, ni spontanément, ni à la pression. Certes, on ne peut nier que ce ne soit là le cas de notre malade.

Et ici nous trouvons un autre caractère qui, s'il avait toute la valeur qu'on lui a attribuée, pourrait puissamment aider au diagnostic. On a prétendu que dans les cas où il y avait cirrhose, il y avait constamment développement d'un système veineux collatéral, résultant de l'ampliation des veines sous-tégumentaires de la paroi antérieure du ventre. L'observateur auquel on doit d'avoir insisté sur ce point, pense que par suite du changement de capacité que l'on observe dans ces vaisseaux, une circulation plus active pouvait s'y effectuer, et remédier ainsi à l'oblitération plus ou moins complète de la veine porte. Dans cette hypothèse, l'état variqueux des veines de la paroi abdominale pourrait servir à l'établissement du diagnostic.

Or, ce symptôme s'est ici rencontré d'une manière frappante, et nous voyons mentionné dans l'observation ce fait du développement énorme et presque variqueux des veines de la paroi antérieure de l'abdomen. Mais nous sommes forcé de faire remarquer que, quelle que soit la cause d'une hydropisie ascite, lorsque l'épanchement est devenu considérable, et que la maladie dure depuis un certain temps, les vaisseaux veineux de la paroi abdominale deviennent saillants, en raison même de l'amincissement des membranes au milieu desquelles elles rompent ; qu'elles se dessinent sous forme de cordons flexueux, bleuâtres, qui soulèvent les téguments, et cela dans toute espèce de cas ; que ces vaisseaux peuvent finir par se dilater, en raison de l'obstacle qui s'oppose à la circulation, cet obstacle ne fût-il que le résultat de la compression produite par l'épanchement lui-même sur les gros troncs du système veineux abdominal. Dès lors, le signe indiqué par l'auteur auquel nous avons fait allusion, perd la plus grande partie de sa valeur.

La marche de l'hydropisie ascite, symptômatique d'un obstacle à la circulation veineuse, est ordinairement lente et progressive. Il arrive fréquemment que l'épanchement est déjà considérable et a donné à l'abdomen un volume notable, sans cependant attirer l'attention du sujet qui en est affecté. Peut-être ce cas serait-il celui que l'on devrait admettre ici ; car il n'est pas possible de supposer que ce soit en si peu de temps que l'a dit la malade, que se soient produits les désordres que l'on a pu observer ici ; et l'on est d'autant plus fondé à croire inexacts les renseignements qu'elle a donnés, qu'il en est de contradictoires et dont on n'a pu tirer le moindre profit.

Mais ce ne sont pas là les seuls symptômes de la cirrhose. Dans les cas où la cirrhose est simple, sans complication de maladie d'aucun autre appareil, les fonctions digestives ne sont pas troublées ; l'appétit est conservé jusqu'à une époque fort avancée de la maladie. Un peu de dyspnée, quelques flatuosités, de l'oppression après le repas, un sentiment de fatigue générale, tels sont les seuls troubles sympathiques qui caractérisent le début de l'affection. A peine observe-t-on dans quelques cas un peu de constipation. Ce n'est que lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, que des troubles fonctionnels, graves, surviennent du côté du tube digestif, et alors les malades sont pris d'une diarrhée colliquative qui est le prélude des accidents plus graves qui annoncent la terminaison fatale.

Il est rare que l'ictère survienne pendant le cours de l'affection dont nous parlons. Ce serait, du reste, un caractère de plus qui viendrait à l'appui de l'opinion de ceux qui voudraient voir une cirrhose dans la maladie dont est affectée la femme qui fait le sujet de cet article, et dont la peau, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, n'a pas présenté un seul instant la couleur ictérique. Mais si beaucoup de raisons viennent militer en faveur de l'opinion qui attribuerait à une cirrhose l'épanchement abdominal, il en est d'autres qui viennent les combattre. Et d'abord, la cirrhose est une affection essentiellement apyrétique ; il n'y a jamais de mouvement fébrile, lorsqu'il n'existe pas une inflammation due à une complication. Or, dans le cas actuel, le pouls a toujours donné 100-104 pulsations par minute, et n'est jamais, pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, descendu au-dessous de 96. C'est là manifestement un état fébrile, et à quelle autre cause pourrait-on le rapporter qu'à l'existence d'une inflammation aiguë ou chronique d'un organe important. Mais cette fréquence fébrile du pouls n'étant accompagnée d'aucun symptôme de réaction générale, tel que chaleur de la peau, coloration vive du visage, il était nécessaire de supposer que l'on avait affaire, non point à une inflammation aiguë, mais à une phlegmasie chronique, et nous verrons plus loin sur quelles bases M. Rostan se fondait pour adopter cette opinion.

Pour les troubles respiratoires qui accompagnent la cirrhose, ils se réduisent à un effet purement mécanique produit par la compression exercée par l'épanchement sur le foie et sur le diaphragme. On ne pourrait donc en tirer aucune conclusion qui ne lui fût commune avec toute autre espèce d'hydropisie.

Une dernière opinion enfin, et sur laquelle nous insisterons, parce que c'est celle qu'a partagée le professeur Rostan, est celle qui rapporterait dans ce cas la production de l'ascite à l'existence d'une phlegmasie chronique de la membrane péritonéale. Bien qu'il soit évident, et nous venons de le prouver

---

qu'il n'avait connu l'accouchement et le nom de l'accouchée qu'en sa qualité de médecin et sous le sceau du secret le plus absolu, et que, dès-lors, d'après l'article 378 du Code pénal, il ne pouvait être tenu à aucune révélation.

Poursuivi comme ayant commis le délit prévu par l'article 346 du Code pénal, relatif au défaut de déclaration de naissance, M. Mallet fut acquitté par un jugement du tribunal de la Rochelle, jugement dont le tribunal supérieur de Saintes a adopté les motifs.

Le procureur du roi près le tribunal de Saintes s'est pourvu en cassation contre ce jugement.

Devant la Cour, après le rapport fait par M. le conseiller de Haussy, Me Ledru-Rollin, avocat de M. Mallet, intervenant et défendeur au pourvoi, s'est exprimé ainsi :

« Messieurs, après le rapport développé et si lumineux que vous venez d'entendre, je ne dirai que peu de mots pour soutenir le pourvoi. Un médecin, qui a appris sous le voile du secret le nom d'une mère qu'il a délivrée des douleurs de l'enfantement, est-il tenu de déclarer le nom de cette mère dans l'acte de naissance de l'enfant ? Les textes et les considérations morales se réunissent pour imposer une solution négative.

» Vous connaissez les dispositions des articles 55 et 56 du Code civil; vous savez qu'ils imposent au père, et, à défaut du père, aux médecins, sages-femmes, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, l'obligation de déclarer dans un délai de trois jours la naissance de l'enfant. Ces dispositions de notre droit civil trouvent leur sanction dans l'article 346 du Code pénal, qui frappe toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration prescrite par l'article 56.

» En restant dans les termes des articles 56 et 346 combinés, on pourrait sans doute soutenir avec avantage que le médecin doit révéler le nom de la mère. Mais il est un autre article du Code pénal qui résume les vrais principes de la saine morale ; c'est l'article 378, qui punit les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets.

» Voilà deux principes contraires qui sont en présence. Celui qui doit prédominer, c'est évidemment celui que pose l'article 378 ; car si le médecin a appris le fait qu'on prétend aujourd'hui lui faire révéler en vertu de l'article 346, ce n'est que dans l'exercice de sa profession de médecin, qui lui fait, ainsi que l'article 378, une loi du secret. L'article 378 n'admet qu'une seule exception, c'est le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur.

» Y a-t-il dans la déclaration dont il s'agit une dénonciation, et en tous cas le nom de dénonciateur peut-il s'appliquer à un médecin ?

» La dénonciation ! il y avait un cas où la loi obligeait à la faire; c'était sous le Code pénal de 1810, article 103, le cas d'un complot contre l'état. Mais cet article, qui portait une peine contre le non-révélateur, a été abrogé par la loi du 28 avril 1832. Aujourd'hui, nous lisons encore dans le Code d'instruction criminelle, article 30 ; « Toute » personne qui aura été témoin d'un attentat soit contre la sûreté pu- » blique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, sera tenue » d'en donner avis au procureur du roi. » L'article 31 ajoute : « Les » dénonciations seront rédigées par les dénonciateurs ; elles seront si- » gnées, etc. » Que demande-t-on donc au médecin dans cette affaire? Est-ce la dénonciation d'un attentat contre la sûreté publique, contre la vie d'une personne, contre ses propriétés ?

» Ce n'est rien de tout cela. L'article 30, qui oblige à la dénonciation, ne saurait s'appliquer à la cause. Voyez, d'ailleurs, l'article 31 : Le dénonciateur devra signer sa dénonciation. Peut-on donc établir raisonnablement une comparaison entre une dénonciation et la déclaration à consigner sur les registres de l'état civil ? La dénonciation ne s'applique qu'à l'attentat dont on a été témoin.

» Eh bien, ici, le fait que vous prétendez obliger à dénoncer n'est pas encore commis. Le délit, s'il existe, ne peut se constituer que par le silence du médecin. Le secret que la mère a demandé au médecin ne peut être regardé comme le délit, puisque la mère n'est pas comprise dans les énumérations de l'article 56, qui ne pouvait la contraindre à quitter son lit de douleur pour se traîner à la mairie.

» Le texte de la loi est donc manifestement contraire au pourvoi que vous avez à apprécier. Les considérations, peut-on les invoquer en faveur de l'enfant ? Non, car la déclaration du nom de la mère dans l'acte de naissance n'est rien pour la filiation ; c'est le désaveu de la mère qui est tout. Si la déclaration du nom de la mère n'est pas faite par le père légitime, elle est impuissante à prouver la maternité : n'avez-vous pas jugé que, quand, dans un acte de naissance, on lit le nom de la mère, cette énonciation ne peut pas servir de commencement de preuve par écrit à celui qui se prétend né de cette femme pour établir son identité avec l'enfant dont elle est accouchée? Or, est-ce que la mère ne veut pas désavouer, est-ce qu'elle ne fait pas un désaveu anticipé, quand elle dit au médecin : « Vous ne m'accoucherez pas si » vous ne jurez pas un secret inviolable? »

» Si le ministère public lui refuse ce secret, attendez quelques jours, et vous la verrez, se levant de son lit de douleurs, se traîner devant l'officier de l'état civil pour protester devant lui, exercer le désaveu, et faire ainsi écrouler l'échafaudage qu'on aura bâti sur son nom. Il est donc évident que, quant à l'enfant, il n'a pas d'intérêt.

» L'intérêt social, quel devoir impose-t-il au médecin ? N'a-t-il pas rempli toutes ses obligations envers la société, quand il est allé trouver l'officier de l'état civil, et lui a dit ; « Ouvrez les yeux, là est né un enfant ; que la société protége cet enfant ! » Et la société ouvrira les yeux, et elle protégera cet enfant, car elle saura ce qu'il lui importe de savoir, la naissance de l'enfant, le lieu où il est né, et elle en saura assez pour que l'enfant ne disparaisse pas.

» Les conséquences du système contraire à celui que je soutiens vous ont été signalées ; cette malheureuse mère, vous allez la mettre aux prises avec sa tendresse et son déshonneur ; la conséquence de ce système, vous l'apercevez, c'est l'infanticide. Oui, cette femme n'aura pas d'autre alternative que de subir son déshonneur, ou de détruire le fruit qu'elle a porté dans son sein !

» Vous le voyez, Messieurs, le texte, les considérations se réunissent pour vous porter à rejeter le pourvoi. »

M. l'avocat-général Quesnault a pris ensuite la parole en ces termes ;

« S'il fallait en croire la consultation qui vous a été distribuée et l'avocat du sieur Mallet, s'il fallait céder aux illusions qu'on a cherché à faire naître, il semble que tous les cœurs généreux devraient sympathiser avec la cause qu'il a défendue. Le spectacle des intérêts contraires en présence dans cette cause, nous inspire un sentiment bien différent.

» Que voyons-nous, en effet, dans ce procès ? D'un côté, une mère qui s'efforce de rompre les liens que la nature et la loi avaient formés entre elle et son enfant, et d'en faire disparaître la trace ; c'est un médecin, témoin de l'accouchement, confident de la maternité, qui se rend le complice et l'instrument de cette fraude, et, s'exagérant ses devoirs envers la mère, il sacrifie ses devoirs envers l'enfant. De l'autre côté, c'est une faible créature, incapable de pourvoir à la conservation de ses droits, qui se trouve dépouillée du premier de tous les titres par les personnes que la nature et la loi lui donnent pour protecteurs. Nous voyons aussi, de ce côté, quelque chose de plus que l'intérêt d'un enfant ; il importe dans l'intérêt public de la société, comme dans l'intérêt particulier de chacun de ses membres, que leur état civil soit fidèlement constaté. L'enfant naît, non pas pour lui seul, mais pour une famille et pour la cité. Les titres de l'état civil des citoyens sont aussi les titres de la constitution des familles, qui est la base de l'ordre social.

» Ainsi, lorsque les lois ont pris sous leur protection et sous leur garde l'état civil de l'enfant, lorsqu'elles ont ainsi pourvu au premier de ses intérêts, à cette époque de la vie où il ne peut y veiller lui-même, elles ont en même temps pourvu à l'intérêt public. C'est au nom de l'intérêt public que les lois ont érigé en délit l'omission de la déclaration de naissance de l'enfant, et prononcé des peines, non seulement contre le père, mais contre les médecins, chirurgiens, sages-femmes, et même contre les simples témoins de l'accouchement qui manqueraient à faire la déclaration de naissance de l'enfant.

en partie, qu'un grand nombre d'hydropisies de la séreuse de l'abdomen surviennent indépendamment d'un travail phlegmasique de cette membrane ; il n'en est pas moins démontré qu'à la suite d'une péritonite chronique, la paroi abdominale est assez communément soulevée par une abondante quantité de liquide. M. Broussais est un des premiers qui aient insisté sur ce fait de la possibilité d'une hypersécrétion de liquide séreux dans la cavité du péritoine, par suite d'une inflammation chronique de cette membrane. Des observations nombreuses sont venues chaque jour à l'appui de cette opinion, et la science possède maintenant un nombre considérable de faits de ce genre d'une authenticité incontestable.

Les symptômes que l'on observe dans des cas analogues doivent être attentivement examinés. Et d'abord, le péritoine peut être affecté d'une phlegmasie chronique, sans qu'aucune douleur vienne révéler cet état. Dans des circonstances pareilles, pendant la vie, il peut arriver que l'on croie à l'existence d'une ascite idiopathique. Elle se développe sans douleur, comme chez la femme dont nous avons raconté l'histoire, et n'altère pas notablement le mouvement nutritif général. La langue est nette, l'appétit est naturel, conservé ; les digestions assez faciles, les selles régulières ; parfois on observe, comme chez notre malade au moment de son entrée, un peu de constipation. La peau reste de chaleur normale.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la chaleur de la peau devient plus forte, le pouls s'accélère médiocrement. Une suffusion séreuse se fait dans l'abdomen et l'épanchement présente tous les caractères d'une ascite du genre de celles dont nous avons parlé plus haut. C'est-à-dire qu'il y a absence de douleur, de tumeur circonscrite dans l'abdomen, développement et saillie des veines sous-cutanées abdominales, etc. Tous symptômes dont la malade dont nous avons raconté l'histoire a présenté l'ensemble le plus complet.

Quant aux renseignements que l'on pourrait tirer des réponses de la malade sur la durée extérieure de sa maladie, outre que ces réponses étaient fort inexactes, ainsi que nous avons eu plusieurs fois occasion de le remarquer, de plus la durée et la marche de la péritonite chronique sont fort irrégulières, et l'on ne pourrait rien conclure de la marche qu'aurait suivie l'affection dans ce cas particulier.

C'est donc, d'après l'ensemble des symptômes observés chez cette malade, et en procédant par voie d'exclusion, en éliminant tour à tour celles des affections principales qui peuvent déterminer la production d'une ascite, que M. Rostan est arrivé à considérer celle qui existait ici comme résultat d'une péritonite chronique. Aussi, quoiqu'il fût bien convaincu que tout traitement était à peu près inutile et serait probablement sans efficacité, s'est-il contenté de boissons diurétiques et de quelques laxatifs doux de temps en temps. Dr A. F.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Plaie par arme à feu, divisant dans toute sa hauteur le premier espace inter-osseux de la main gauche. Hemorrhagies consécutives multipliées.

(Suite du numéro précédent.)

Rousseau (Michel), âgé de vingt-deux ans, charron, fut grièvement blessé par un canon de fusil qui lui éclata dans la main gauche, dans la journée du lundi 15 octobre 1827. Dans la journée du mardi 23, la plaie, qui marchait assez bien, donna une petite hémorrhagie. Le 24, l'hémorrhagie fut très abondante et se renouvela dans la journée du 25. Enfin, le 26, jour où il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, il en avait encore eu une très forte : presque toutes s'étaient accompagnées de syncope. Un tourniquet avait été appliqué sur le bras. Le soir, à huit heures, moment de l'entrée du malade, voici quel était son état : regard inquiet, face pâle, parole mal assurée, vives inquiétudes sur le retour de l'hémorrhagie. Un second tourniquet avait été appliqué à l'avant bras ; la main était énormément tuméfiée ; le pouce écarté de l'axe de la main et formant presque un angle droit avec elle. Une grande quantité de charpie, des compresses et des bandes, avaient été appliquées sur la plaie ; la charpie fut enlevée avec précaution jusqu'au lieu dans lequel le sang l'avait imbibée ; de la poudre de ratanhia, de l'agaric et quelques bourdonnets de charpie furent appliqués et maintenus par une bande médiocrement serrée. Le tourniquet fut relâché et l'avant-bras placé de manière à ce que la main gardât une position élevée.

Le lendemain, 27, à une heure de l'après-midi, retour de l'hémorrhagie. La plaie fut alors mise à découvert. Elle occupait toute la hauteur du premier espace inter-osseux, et c'était de sa partie la plus profonde que provenait l'hémorrhagie ; le sang paraissait sortir de deux points à la fois. Après quelques tentatives pour appliquer des ligatures sur des tissus qui se déchiraient entre les doigts, on cautérisa avec l'acide hydrochlorique. Le sang s'écoulant encore, on exerça une forte compression ; l'appareil s'imbiba d'une sérosité sanguinolente pâle. A sept heures du soir, vives douleurs à la main ; pouls petit, à peine sensible.

Le 29, récidive de l'hémorrhagie à sept heures et demie du matin. La plaie est tamponnée une seconde fois. Anxiété très vive. Pendant l'hémorrhagie, pouls fréquent et dur. A six heures du soir, le malade n'a cessé de se plaindre toute la journée des vives douleurs que lui cause la compression ; il demande avec instance qu'on relâche l'appareil, et accuse une chaleur brûlante à la main ; le pouls est peu fréquent. Le même état dura toute la soirée. A dix heures, agitation extrêmes ; paroles incohérentes. A minuit, nouvelle hémorrhagie. On vint me prévenir, et je trouvai le malade dans un état d'exaltation difficile à décrire. Lui, qui s'était montré jusque-là pusillanime et craignant la mort, demandait instamment qu'on laissât couler le sang, et qu'on le débarrassât, quoi qu'il en pût arriver, des douleurs atroces que lui causait la compression.

Bien convaincu par tant d'épreuves déjà impuissantes de l'inefficacité de la compression pour arrêter une pareille hémorrhagie, redoutant d'ailleurs les dangers qu'un état aussi intolérable faisait courir au malade, je résolus de recourir à la ligature de la radiale, et au cas où cette ligature ne serait pas suffisante, d'en appliquer une autre sur la cubitale. Je commençai, avant d'inciser la peau, par m'assurer que la compression de la radiale avait quelque influence sur l'hémorrhagie. En conséquence, ayant débarrassé la plaie de tout ce qui l'obstruait, et voyant que chaque fois que la radiale était comprimée l'hémorrhagie s'arrêtait, je fus confirmé dans l'idée de lier cette artère, et ayant fait une incision de deux pouces sur le trajet de la radiale à sa partie inférieure, j'appliquai une ligature composée d'un seul fil, et je rapprochai les lèvres de la plaie par des bandelettes agglutinatives. Je rapprochai ensuite le pouce du reste de la main dont il était considérablement écarté, et j'appliquai sur la main un cataplasme émollient.

Le 30, l'état du malade est satisfaisant.

Le 31, presque plus de douleur à la main ; dégorgement très marqué du pouce ; suppuration peu abondante. Pansement simple.

Le 1er novembre, sommeil paisible cette nuit ; peau à peine chaude ; pouls très lent.

Les jours suivants l'amélioration marcha avec une extrême rapidité.

Le 7 novembre, neuvième jour de l'opération, la ligature se détacha spontanément.

Le 15, la plaie de l'opération était parfaitement cicatrisée ; et le 3 décembre, la plaie de la main était complètement fermée. Le pouce, que j'avais constamment rapproché de la main à partir du moment de l'opération, était réuni, et le premier intervalle métacarpien, ouvert d'abord dans toute sa hauteur, s'était complètement réformé.

— On a pu voir dans la première observation, que nous avons rapportée dans le numéro précédent, que le malade, après l'application de l'appareil, avait plongé sa main dans un seau d'eau froide. Nous ne savons quelle influence ce moyen peut avoir exercé sur la suspension de l'hémorrhagie, et si c'est à lui, autant qu'à la compression, ce qui ne nous paraît pas vraisemblable, qu'il faut faire honneur du résultat obtenu. Toujours est-il que, dans certains cas, l'on peut, à l'aide du bain froid extrêmement prolongé, arrêter définitivement une hémorrhagie rebelle à la compression. A ce sujet, M. Chassaignac a rappelé l'observation suivante, qu'il a recueillie à l'Hôtel-Dieu de Nantes en 1827.

Le nommé Peyrée (Pierre), aubergiste, âgé de quarante-six ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 7 juin 1827, pour une coupure profonde qu'il s'était faite à la main onze jours auparavant avec un verre de bouteille. Les trois premiers jours, à partir du moment où la plaie avait été faite, il n'y eut rien d'extraordinaire, et le malade continuait son régime, lorsque le quatrième jour une hémorrhagie abondante se manifesta, et le chirurgien qui fut appelé établit une compression sur le lieu même de la blessure. L'hémorrhagie s'arrêta pendant trois jours ; le septième, nouvelle hémorrhagie ; nouveau tamponnement, et de plus, application du tourniquet. Ce fut dans cet état que le malade se présenta à l'hôpital. On dut relâcher le tourniquet, qui causait de vives douleurs.

Le 10 juin, l'hémorrhagie s'étant reproduite, le membre fut plongé dans un bain froid dont on avait soin de renouveler l'eau de manière à en maintenir la température au même degré. Dès qu'on était obligé de retirer le bras du malade du bain où il était plongé, soit pour panser la plaie, soit pour renouveler le liquide, il y avait retour d'une vive chaleur dans le membre ; la plaie devenait saignante et le malade était pris d'une grande inquiétude. L'immersion du membre fut continuée pendant huit jours. La plaie était pansée tous les jours avec de la charpie imbibée d'eau froide. La suppuration était presque nulle.

Par suite de l'application du tourniquet, le membre avait pris un développement considérable qui persista jusqu'au 30 juin. A cette époque on reconnut qu'il existait une contracture du biceps.

Au 12 juillet, la plaie n'était point encore cicatrisée, et présentait toujours, lors des pansements, une tendance à fournir du sang. L'application du tourniquet avait été suivie d'engorgements durs et épais ; le biceps était tendu, gonflé et douloureux, s'opposant à l'extension du bras. La plaie offrait un arrière-fond qui s'étendait presque vers la face dorsale de la la main, et ne paraissait avoir aucune tendance à se combler. Le pus semblait s'y creuser une retraite. La main, qui jusque là reposait par sa face dorsale, ayant été posée dans la pronation, cet arrière-fond s'oblitéra dans l'espace de deux jours.

Le 14 juillet, le malado sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri. A. GOURAINCOURT.

» En quoi consiste cette obligation, à laquelle la loi attache tant d'importance, qu'elle a cru devoir assurer son accomplissement par des dispositions pénales ? Se réduit-elle, conformément à la théorie que le sieur Mallet a mise en pratique, se réduit-elle à déclarer qu'un enfant est né tel jour, dans telle ville, et qu'il est de tel ou tel sexe ?

» Pour apprécier une pareille déclaration, il suffirait peut-être de considérer que les indications si insuffisantes qu'elle contient sont précisément celles que le Code civil demande dans l'article 58 pour les enfants trouvés ; est-ce donc pour donner à l'enfant l'état civil d'un enfant trouvé, que la loi appelle d'abord le père, et, à défaut du père, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, enfin tous les témoins de l'accouchement, à déposer devant l'officier de l'état civil ?

» Non, Messieurs, la loi attend davantage, dans l'intérêt de l'enfant, de l'intervention obligée de ces témoins. L'article 346 du Code pénal est placé sous la rubrique des *crimes ou délits tendant à empêcher ou à détruire la preuve de l'état civil d'un enfant*. Cet article a donc pour objet d'obliger à fournir une déclaration qui serve à la preuve de l'état civil de l'enfant. Or, dites-nous, je vous prie, de quelle utilité serait, pour l'état civil de l'enfant, une déclaration qui ne le rattacherait à personne dans la société, qui ne lui désignerait pas même une mère ?

» Mais, dit-on, l'article 56 du Code civil, auquel se réfère l'article 346 du Code pénal, n'exprime pas que la déclaration doive mentionner le nom de la mère. L'article 56, Messieurs, se borne à prescrire la déclaration ; il n'indique aucun des renseignements qu'elle doit contenir. Mais il ajoute que l'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins, et l'article 57 énumère les énonciations que cet acte de naissance doit renfermer. D'où pourrait venir à l'officier de l'état civil la connaissance des renseignements à insérer dans l'acte de naissance qu'il doit rédiger de suite après la déclaration, si ce n'est de la déclaration même qu'on est obligé de lui faire ? L'acte de naissance n'est, à vrai dire, autre chose que la transcription de la déclaration de naissance sur les registres de l'état civil. Le ministère des officiers de l'état civil, dit M. Siméon dans son rapport sur ce titre, est entièrement passif ; simples instruments de la rédaction des actes, ils ne doivent y insérer que ce qui leur est déclaré par les comparants. Donc, la déclaration exigée doit contenir toutes les énonciations essentielles à insérer dans l'acte de naissance, c'est-à-dire suivant la prescription de l'article 57, outre le jour, l'heure et le lieu de la naissance, outre le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés, les prénoms, nom, profession et domicile des père et mère, ou tout au moins de la mère.

» L'article 57 va plus loin que nous, peut-on nous dire : il réclame le nom du père ; et si la déclaration doit contenir toutes les énonciations exigées par l'article 57 dans l'acte de naissance, il faudra donc, même dans le cas où l'enfant serait le fruit d'un commerce illégitime, déclarer la paternité, dont la recherche serait néanmoins interdite dans ce cas ? M. Siméon, dans son rapport, a répondu à cette objection : « De l'obligation de nommer le père, dit il, on n'induira pas qu'il doive » être nommé s'il ne se déclare pas, ou s'il n'est pas connu par son » mariage avec la mère ; ce sont des faits certains qui doivent être » déclarés. L'existence de l'enfant est un fait, l'accouchement est un » fait ; la mère est certaine et connue. » Ce que dit M. Siméon, comme rapporteur, au Tribunat, est conforme à ce qui avait été dit au Conseil-d'Etat dans la séance du 2 frimaire an X.

» L'intérêt de la conservation de l'état de l'enfant, que nous devrions appeler, non pas seulement un intérêt, mais un droit, exige que la mère soit nommée. Si l'enfant est né hors mariage, la recherche de la maternité est autorisée par la loi, et la déclaration du nom de la mère empêche de perdre sa trace, et met sur la voie de cette recherche. On a objecté que le fait de la désignation de la mère dans l'acte de naissance n'est pas une preuve légale de la maternité. Mais, comme le fait remarquer M. Merlin, c'est tout au moins la preuve de l'accouchement, c'est-à-dire la première preuve à faire dans l'intérêt de l'enfant. Si la mère est mariée, l'enfant a pour lui, d'après la loi, la présomption de légitimité, sauf au mari à désavouer, s'il y a lieu. De quel droit un tiers, témoin de l'accouchement, oserait-il préjuger contre l'enfant la question si grave de sa légitimité, et, sur un simple préjugé, sans débat, sans preuves, supprimer l'état de l'enfant qui aurait en sa faveur la présomption de la loi ?

» Tels sont, Messieurs, les motifs qui nous déterminent à penser que la déclaration de naissance de l'enfant doit indiquer le nom de la mère.

» Cette opinion est celle de MM. Merlin, Toullier, Duranton, Favard de Langlade, Rielf, auteur d'un *Commentaire sur les actes de l'état civil*.

» Le sieur Mallet n'a donc fait qu'une déclaration insuffisante, illusoire, qui ne satisfait pas à la prescription de la loi. Examinons maintenant si le sieur Mallet était dispensé d'obéir à cette prescription. Assurément cette dispense n'avait pu résulter pour le sieur Mallet de la promesse par lui faite de garder le secret sur le nom de la mère, car on ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public.

» Mais le sieur Mallet prétend qu'une disposition de la loi, celle de l'article 378 du Code pénal, lui aurait non-seulement permis, mais enjoint de garder le silence sur le nom de la mère, qui lui aurait été confié sous le sceau du secret, à l'occasion de l'exercice de sa profession de médecin. Si l'article 378 avait le sens et la portée que lui attribue le jugement du Tribunal de Saintes ; il faudrait reprocher au législateur une contradiction monstrueuse, car l'article 378 du Code pénal dispenserait, à raison de leur profession, les médecins, chirurgiens et sages-femmes, de l'obligation que l'article 346 du même Code et l'article 56 du Code civil imposent à ces mêmes personnes également à raison de leur profession. En outre, si l'on admettait, avec le jugement attaqué, que, par l'article 378, les devoirs des médecins sont modifiés en ce sens qu'ils peuvent se borner à faire une déclaration restreinte comme celle du sieur Mallet, il faudrait reconnaître plusieurs sortes de déclarations pour constater les naissances ; des déclarations avec réticences de la part des médecins, des déclarations plus complètes de la part de simples témoins de l'accouchement, comme s'il ne s'agissait pas, pour toutes ces personnes, d'un seul et même acte, celui des articles 56 et 57, d'un seul et même intérêt à satisfaire, celui de la constatation de l'état civil de l'enfant.

» Il est temps, Messieurs, de faire justice de ces contradictions que l'on veut trouver dans nos lois, et qui ne doivent leur existence apparente qu'à la fausse interprétation donnée par le jugement attaqué à l'article 378. L'article 378 n'est pas applicable aux révélations provoquées dans l'intérêt public, et surtout aux déclarations commandées par la loi. L'article 378, placé sous la rubrique des *Calomnies et Injures*, ne prohibe et ne punit que les révélations spontanées, indiscrètes, inspirées par la méchanceté et par le désir de nuire : c'est ce que fait entendre l'orateur du gouvernement dans l'exposé des motifs de la loi ; c'est ce que vous avez formellement décidé dans un précédent arrêt du 23 juillet 1830.

» Si, comme vous l'avez jugé, les personnes désignées dans l'article 378 ne sont pas dispensées par leur profession de faire les révélations que provoque la justice, apparemment elles ne sont pas non plus dispensées de faire les déclarations que la loi commande par une disposition formelle. D'après votre jurisprudence, si dans un procès un médecin était appelé pour donner à la justice des renseignements sur un accouchement auquel il aurait assisté, il ne pourrait refuser son témoignage à la justice, et vous voudriez qu'il pût refuser le témoignage que la loi lui demande d'une manière bien plus formelle encore pour la constatation de l'état civil d'un enfant !

» Les lois et la jurisprudence qui les a interprétés, ne dispensent de toutes révélations que les personnes qui sont obligées au secret par un devoir supérieur consacré dans l'intérêt public. Le prêtre, pour ce qui est parvenu à sa connaissance sous le sceau de la confession, parce que le secret de la confession est inséparable de la liberté de l'exercice de la religion catholique, garantie comme droit public par la Charte constitutionnelle ; l'avocat, parce que l'inviolabilité de ses communications avec son client est inséparable de la liberté de la défense, qui est de l'essence de l'administration de la justice criminelle, et que votre jurisprudence élève à ce titre au rang des principes de notre droit public. Mais la dispense réclamée par les médecins n'aurait pour objet que de protéger les secrets d'intérêts privés qui leur sont confiés ; c'est faire

SUR LES REMÈDES NOUVEAUX QUI ÉTAIENT VIEUX AUTREFOIS...

A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je comprends qu'un charlatan ou un ignorant médicastre fasse secret d'un remède nouveau qui existait deux ou trois cents ans avant lui; ou même qu'il demande un brevet d'invention pour certaine formule qu'il aura trouvée dans quelque vieux bouquin qu'il s'imagine être perdu pour tout le monde; tout cela n'a rien de surprenant; nous savons tous que les charlatans et les médicastres vivent d'audace et de mensonges. Mais que des hommes d'un vrai mérite, et riches de leur propre fonds, se parent aussi de la plume du paon, et viennent nous donner pour nouveau ce qui était vieux autrefois, c'est un sot orgoeil, une triste vanité que je ne puis comprendre.

Je n'ai pas relevé ces sortes de larcins toutes les fois que le hasard m'en a fourni l'occasion; cependant en 1828 et le 20 février, j'écrivis aux rédacteurs des Ephémérides médicales de Montpellier, une lettre qui fut insérée dans le 7e volume page 210 et suivantes de cet ouvrage périodique, pour faire rendre à un médecin de la province, ce que l'auteur de l'article *Fistule à l'anus*, du Dictionnaire des sciences médicales, 15e volume, donnait à notre grand Larrey. En effet, toutes les modifications qui ont été apportées dans le procédé opératoire de la fistule à l'anus, pour en assurer le succès, et que l'auteur de l'article que je viens de citer donne à Larrey, après l'explication de la planche représentant le gorgeret et le stylet canelé de cet opérateur; toutes ces modifications opératoires, dis-je, se trouvent littéralement exprimées dans l'excellente monographie que le docteur Brunel fils, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, publia en 1783, sous ce titre: *Réflexions critiques sur la théorie des fistules à l'anus, pour servir à la cure de ces maladies, par des procédés plus sûrs et moins douloureux.* (In-8o, à Avignon, chez Guichard, imprimeur-libraire, 1783.)

C'est tout comme des saignées coup sur coup et en grand nombre, que l'on nous recommande aujourd'hui d'employer pour combattre toutes les maladies aiguës; on a aussi décoré du titre de nouvelle, cette méthode de traitement. Pour moi, j'ai dit dans la Gazette médicale de Montpellier, du 21 février dernier, que *cette méthode nouvelle était vieille autrefois*, et en voici la preuve:

J'ai dans ma bibliothèque un volume in-8o de 383 pages, intitulé: *Guide dans le traitement des maladies les plus fréquentes*, sans nom d'auteur, mais imprimé à Paris, chez Brunet, rue des Ecrivains, en 1777, avec approbation et privilége du roi. L'auteur de ce livre, qui ne manque ni de méthode, ni de science, recommande de combattre toutes les maladies aiguës à coups de lancette, et de ne jamais épargner les saignées. Pour ne pas être trop long, je ne vous en citerai qu'un exemple. En parlant de la *curation* de la fièvre lypirée: « il » faut saigner dans cette fièvre, dit-il, même pendant le frisson: c'est » le seul remède. Il faut tirer une palette de sang; quelque temps » après une autre; mettre le doigt sur la veine; quelque temps après » en tirer une troisième, et ainsi jusqu'à vingt à vingt-cinq palettes en » vingt-quatre heures (page 170). » Et comme je ne pense pas que M. le professeur Bouillaud ait porté le nombre des saignées coup sur coup au-delà de vingt-cinq en vingt-quatre heures, d'après la citation ci-dessus et la date de l'impression de l'ouvrage qui la contient, je trouve que les disciples de ce professeur sont dans l'erreur quand ils nous présentent cette méthode des saignées coup sur coup comme une méthode nouvelle.

Mais voici une troisième nouveauté qui n'est pas mal vieille non plus. Dans le no 56, tome V, de votre *Gazette des Hôpitaux* (samedi, 13 mai courant), vous rapportez, extrait du Bulletin général de Thérapeutique, un article (page 224) qui a pour titre: « Sur une *nouvelle pâte* » caustique avec le sulfate de cuivre, et sur son emploi dans la pus- » tule maligne; par M. le docteur Payan, chirurgien en chef de l'Hô- » tel-Dieu d'Aix. » Cet article de votre intéressant journal est terminé par ces mots: « C'est, du reste, un *nouveau* caustique à expérimenter, » et sur la valeur duquel on ne peut prononcer définitivement qu'a- » près avoir recueilli un bon nombre d'observations de son emploi. » Qui douterait, d'après ces paroles, que M. Payan ne soit l'auteur de ce nouveau caustique? Et qu'il est tellement nouveau que l'expérience n'a pas encore prononcé sur sa valeur. Eh bien, Monsieur le rédacteur, ce sont là autant d'erreurs. Le remède est très ancien, et les observations recueillies sur la valeur de ses effets sont sans nombre.

Pour vous en donner la preuve, je vous transmets ici, copie littérale d'une circulaire des consuls et assesseurs d'Aix, etc.

Lettre circulaire.

Aix, le 2 avril 1764.

« Messieurs, — le sieur Bonet, du lieu de Rougier (département du Var), qui avait un spécifique pour goérir la maladie dite du charbon (aujourd'hui pustule maligne), a donné son secret à la province. L'assemblée particulière du 1er février dernier lui accorda une gratification de 2,400 livres, et nous chargea de donner ce remède au public. Nous vous envoyons la recette de ce spécifique, pour que ceux des habitans de votre communauté qui en seront atteints puissent en faire usage.

» Nous sommes très parfaitement, etc. Les consuls et assesseurs d'Aix, procureurs du pays de Provence, signés, Lestang, Parade, Siméon, Myrouette, et Benoit. »

SPÉCIFIQUE.

« Le charbon est une maladie des plus aiguës; le plus souvent funeste; il en est de plusieurs espèces: le remède dont nous allons faire mention convient à toutes; on l'applique avec succès dans tous les temps de la maladie. »

Préparation. PR. de l'une des trois espèces de vitriol, mettez en la quantité que vous voudrez en poudre; mêlez cette poudre avec le jaune d'un œuf frais, pour en faire une pâte qui puisse tenir sans couler. Appliquez cette pâte sur le charbon, autant qu'il en faut pour le couvrir; mettez de la charpie par dessus, ou chargez en un plumasseau de charpie, que vous placerez sur le charbon; fixez-le avec un emplâtre et des compresses; assujétissez-le avec un bandage convenable à la partie affectée, afin que la pâte ne quitte pas la place qu'occupe le point charbonneux.

» Une seule application suffit ordinairement pour fixer le mal en faisant une escharre; si cela n'arrive pas, ce que l'on connait au gonflement et à la tension de la partie malade et à l'obstination des accidents, on fait une seconde application huit ou dix heures après. Il est rare qu'on soit obligé d'en venir à une troisième.

» Ce remède excite une escharre, dont on procure la chute avec l'onguent basilicum, etc. »

Suivent les détails relatifs aux pansements, aux moyens thérapeutiques internes, à la diète, et même au régime à observer pendant la convalescence. — Voila ce qoi, en 1764, fut porté à la connaissance, non-seulement de tous les médecins et chirurgiens, mais à celle de tous les hommes notables de la Provence. Et notez bien que lorsque cette pâte caustique devint la propriété du public, elle était depuis long-temps celle du particulier qui vendit son secret au parlement d'Aix 2,400 fr.

D'après une telle publicité, on ne pouvait guère s'attendre que ce serait un médecin d'Aix qui, quatre-vingts ans après, reproduirait le même topique sous le nom de *nouvelle pâte caustique*, etc. En agir ainsi, c'est ne croire ni à la mémoire, ni à l'érudition de personne; c'est prendre tous ses confrères pour des ignorants. Aussi, c'est pour l'honneur du corps, ou du moins des vieux praticiens, que je vous prie d'insérer ma lettre dans un de vos plus prochains numérss.

Dans cette attente, agréez, etc.

PLEINDOUX père, D.-M.-M.

P. S. J'étais chirurgien dans le département des Bouches-du-Rhône (à Barbantane, arrondissement de Tarascon), en 1792, 1793 et 1794, alors que M. le docteur Payan n'était pas encore né. A cette époque, comme tous les chirurgiens de la province, je me suis servi assez souvent dans le traitement de la pustule maligne, de sa nouvelle pâte caustique, que j'ai abandonnée depuis long-temps. Je vous dirai pourquoi dans un envoi prochain, afin de fournir un contingent à l'expérimentation qui doit faire juger de la valeur de ce nouveau caustique.

P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas de séjour prolongé de corps étrangers dans l'économie; par M. le docteur EITNER, de Steinau-sur-l'Oder.

Première observation. — Une petite fille de trois ans portait, dans la région iliaque droite, une tumeur de la grosseur d'une noix, légèrement aplatie et d'une couleur rouge-bleuâtre. La peau qui la recouvrait était mince, et l'on sentait au travers que le contenu était de nature granuleuse comme de la semoule; on y reconnaissait, de plus, la présence d'un corps dur et mobile. On ne se rappelait pas qu'il eût jamais existé dans ce point de contusion, ni aucune autre lésion externe, et la mère de l'enfant ne pouvait fournir aucun renseignement sur l'origine de la tumeur.

A l'ouverture il s'en écoula un liquide jaunâtre sanguinolent, et en même temps une substance granuleuse semblable à du sable grossier, et qui paraissait être renfermée dans un kyste. Le corps dur que l'on avait reconnu antérieurement s'était déplacé, de manière qu'il ne pouvait plus être découvert. Mais le lendemain il se fit remarquer de nouveau, et on put le retirer; il consistait en la moitié d'une épingle à friser de la longueur de quatre à cinq centimètres environ, que l'enfant avait peut-être avalée plus ou moins de temps avant l'apparition des accidents.

La guérison ne se fit pas attendre long-temps.

Deuxième observation. — Un jeune garçon, âgé de huit ans, était affecté depuis long-temps d'un ulcère à la plante de l'un des pieds. De temps à autre cette plaie devenait le siége d'un écoulement hémorrhagique abondant, et elle paraissait tirer son origine d'une carie de l'un des os du métatarse. L'hémorrhagie fut arrêtée par l'application d'agents styptiques; mais, comme l'ulcère ne voulait pas se cicatriser, on pratiqua une incision pour pouvoir mieux en apprécier le fond, et pour faciliter l'action des médicaments topiques. Cette incision détermina la sortie d'une épine de prunellier, longue de plus d'un centimètre, que le petit malade s'était enfoncée, sans le savoir, plus de quatre mois avant cette époque.

Dès lors, la cicatrisation marcha promptement, et la plaie fut bientôt complétement fermée. (*Hufeland's Journal.*)

Cas d'emploi de la pommade iodurée; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

M. Pitschaft établit, d'après une lungue expérience, que la pommade d'iodore de potassium convient spécialement dans les affections suivantes:

1o Dans les cas d'induration du foie, des ovaires, de la prostate, de l'utérus;

2o Dans l'atrophie mésentérique;

3o Dans les périostites par cause strumeuse, rachitique, goutteuse, syphilitique;

4o Dans les cas de salivation;

5o Contre les végétations syphilitiques;

6o Dans les cas de gonorrhée.

Il suppose, mais apparemment sans jamais s'en être assuré directement, qu'elle doit réussir également bien dans le cas d'induration du pancréas.

Enfin, il termine en demandant si personne, jusqu'ici, n'a eu l'idée de recourir à son emploi dans le traitement de la plique polonaise?

(*Ibid.*)

assez pour ces intérêts privés que de les garantir contre les révélations sans nécessité, sans autre motif que de diffamer et de nuire; mais ce serait dépasser le but posé par la loi et la jurisprudence, que de chercher à faire prévaloir ces intérêts privés sur l'intérêt public, et sur les prescriptions établies dans ce grand intérêt.

» Votre arrêt, Messieurs, remettra toutes choses à leur vraie place; et, en condamnant la fraude faite à une loi d'ordre public, fera cesser une perturbation fâcheuse dans les idées que l'on s'est formées des devoirs en matière de déclaration de naissance.

» Le premier devoir, en morale et en droit, c'est le devoir envers l'enfant pour la conservation de son état et de ses droits. Les autres devoirs sont d'un ordre inférieur. Ainsi le devoir imposé par la mère de garder le secret sur sa maternité, doit céder au devoir envers l'enfant; car la mère, toujoors obligée envers l'enfant par la nature et par la loi, ne peut dicter des devoirs contraires à ses propres obligations. Les médecins, les sages-femmes, les témoins de l'accouchement, ne sont pas, d'ailleurs, comme ils paraissent le croire, les représentants et les mandataires des volontés de la mère; ils sont des témoins institués par la loi, dans l'intérêt de l'enfant, ou plutôt dans l'intérêt public, qui veut que l'état des citoyens ne soit pas supprimé, mais fidèlement conservé. Ils comprennent bien mal l'importance de ce mandat public et leur vraie dignité, qui consiste à le remplir fidèlement, ceux-là qui l'abdiquent pour céder à des considérations privées et peut-être des suggestions coupables. Dans tous les cas, ils manquent à un devoir commandé par la loi dans l'intérêt public, sous une sanction pénale, et qu'il importe de rétablir dans toute son autorité. »

Après deux heures et un quart de délibération dans la chambre du conseil, la Cour a rendu l'arrêt suivant:

« La Cour,

» Attendu que l'article 56 du Code civil n'impose aux personnes y dénommées qu'une obligation formelle, celle de déclarer le fait de la naissance de l'enfant à laquelle ils ont assisté;

» Que cet article n'exige pas que l'on déclare les noms des père et mère de l'enfant;

» Attendu que les dispositions de l'article 56 précité ne sauraient être étendues, alors surtout qu'il s'agit d'appliquer la disposition de l'article 346 du Code pénal qui leur sert de sanction;

» Attendu que ledit article se réfère uniquement à l'article 56 du Code civil, et ne s'occupe que de la déclaration qu'il prescrit;

» Attendu que, dans l'espèce, il est déclaré par le jugement attaqué, que Mallet avait déclaré à l'officier de l'état civil le fait de la naissance de l'enfant à laquelle il avait assisté en qualité de médecin-accoucheur, ainsi que le sexe de cet enfant et les prénoms qu'il lui donnait, et qu'en refusant de déclarer le nom de la mère de cet enfant, il n'a point contrevenu aux dispositions de l'article 346 du Code pénal; que, par conséquent, le jugement attaqué, en relaxant ledit Mallet de la poursuite dirigée contre lui, n'a violé ni méconnu lesdits articles;

» Par ces motifs, rejette le pourvoi. »

Par cet arrêt, dont la doctrine est en harmonie parfaite avec le texte et l'esprit de la loi, la Cour suprême a consacré des principes qui seront, nous aimons à le croire, adoptés par tous les magistrats français.

(*Gazette des Tribunaux.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Kuess, prosecteur de la Faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques dans la même faculté, à la suite d'un concours qui s'est terminé le 25 du mois d'août dernier.

— MM. les docteurs Behrend et Hildenbrand, à Berlin, viennent de publier le premier cahier d'un journal des maladies des enfants (*Journal fuer Kinderkrankheiten*). C'est une publication qui promet de présenter un grand intérêt, si les numéros suivants ressemblent au premier, dans lequel se trouvent contenus des mémoires sur la fièvre intermittente des enfants, sur la desquammation de l'épithélium des muqueuses dans les exanthèmes aigus, sur la séméiotique des nouveau-nés, et sur la pleurésie des enfants.

— Une scène terrible a eu lieu le 14 septembre à Marseille, dans la chambre d'un malade dont la femme avait fait appeler l'honorable docteur P....i. En entrant dans cette chambre, le docteur vit un homme, le nommé Salveti, âgé de soixante-trois ans, piémontais, s'élancer de son lit et se précipiter sur lui en dirigeant vers sa poitrine la pointe d'un poignard. Une lutte s'est engagée entre le malade armé de son poignard et le médecin, qui à l'aide d'un parapluie dont il était heureusement muni, a pu détourner les coups que ce furieux lui portait, et est ensuite parvenu à le renverser sur son lit. La femme du malade et un autre individu présents à cette scène inouïe sont restés assez impassibles spectateurs d'une lutte qui, sans le courage et la présence d'esprit de notre confrère, aurait pu avoir pour lui les plus terribles conséquences.

Peu d'heures après cet événement, Salveti, dont les facultés mentales paraissent avoir été dérangées par la souffrance et la misère, a essayé de se tuer en se donnant à la gorge plusieurs coups de rasoir. On a transporté à l'hôpital ce malheureux dans un état désespéré.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 117. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Goître enkysté ou aqueux. Considérations pratiques et historiques.

La nommée Malvi Onésime, âgée de trente-deux ans, habitant la campagne, où elle exerce la profession de gantière, est entrée dans les salles de la Clinique pour s'y faire traiter d'une tumeur occupant la région antérieure du cou. Cette femme, d'une assez bonne constitution, blonde, et un peu lympbatique, a toujours joui d'une bonne santé. Elle a eu deux enfants; le dernier il y a neuf ans et demi. Trois ou quatre mois après sa dernière grossesse, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite tumeur faisant saillie à la région antérieure du cou, le long du bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens. Cette tumeur avait un diamètre plus considérable en hauteur qu'en largeur; elle n'était accompagnée que d'un peu de gêne lorsque la malade parlait haut ou qu'elle faisait quelque effort, soit dans la déglutition ou tout autre mouvement de l'arrière-gorge. Il n'y avait d'ailleurs aucune douleur spontanée. Cette tumeur resta à peu près stationnaire pendant six ans environ; cependant dans cet intervalle elle s'était un peu étendue et avait envahi la partie antérieure du larynx et de la trachée artère. Mais au bout de ces six ans son volume acquit un volume considérable, semblable au volume du poing; en même temps elle s'est subitement accru; dans un court espace de temps elle s'est ramollie et est devenue fluctuante. A cette époque, la malade consulta pour la première fois M. Bérard, il y a de cela trois ans. M. Bérard ayant cru reconnaître un goître aqueux ou kyste, proposa à la malade de l'opérer; mais celle-ci s'y refusa, sous le prétexte qu'elle n'éprouvait aucune douleur. La tumeur, après avoir acquis en peu de temps le volume que nous venons d'indiquer, resta de nouveau stationnaire encore pendant trois ans. Enfin depuis quinze jours de nouveaux accidents se sont manifestés; le volume de la tumeur s'est de nouveau accru avec une grande rapidité, au point de devenir presque le double de ce qu'elle était; il est survenu en outre des douleurs vives, se faisant ressentir surtout pendant la nuit, douleurs qui, partant du siége de la tumeur, se propageaient jusque dans l'oreille, à la tempe et dans la gorge. Cette douleur était accompagnée, en outre, d'une gêne considérable dans l'acte de la déglutition et dans la respiration. Cette gêne était telle, que la malade était souvent obligée, pendant la nuit, de se placer sur son séant pour respirer plus librement. C'est dans cet état que cette femme est venue pour la seconde fois consulter M. Bérard. Un nouvel examen fit reconnaître comme la première fois de la fluctuation, mais d'une manière un peu plus obscure; la tumeur offrait un peu plus de dureté et de résistance. Du reste, tout comme auparavant, point de changement de couleur à la peau, pas de battements; la tumeur suivait les mouvements du larynx pendant la déglutition.

M. Bérard pratiqua alors une ponction exploratrice qui donna issue à quelques gouttes d'un liquide épais, brunâtre, ressemblant à du marc de café. Il jugea à propos de ne pas laisser vider la tumeur, et oblitéra aussitôt la petite ouverture percée par le trois-quart.

Le lendemain, la malade se plaignait d'éprouver quelque douleur et un peu de gêne dans la respiration; cependant la tumeur était un peu diminuée de volume depuis la veille, indépendamment de la diminution qui devait être attribuée à l'issue de quelques gouttes de liquide produite par la ponction. Mais cette diminution de volume ne fut que momentanée. Les deux jours suivants la tumeur recommença à s'accroître; il survint de l'empâtement et un peu d'œdème dans les téguments de la région antérieure du cou.

Tel était l'état de cette malade lorsque M. Bérard se détermina à lui pratiquer l'opération dont nous allons entretenir tout à l'heure nos lecteurs. Reproduisons auparavant les réflexions cliniques que ce fait lui a inspirées.

Cette maladie est très obscure, elle est très peu connue, et n'a été qu'incomplètement décrite par les auteurs. Aussi croyons-nous devoir, à cette occasion, rassembler les documents que nous connaissons sur cette maladie pour en esquisser l'histoire.

L'un des chirurgiens qui se sont le plus occupés de ce sujet, M. Maunoir, de Genève, a donné à cette affection le nom d'*hydocoèle du cou*. Etymologiquement, cette expression est assez exacte; mais l'analogie qu'elle pourrait rappeler à l'esprit avec la maladie connue sous ce nom serait fausse, et l'extension que l'on donnerait à cette dénomination serait forcée. D'autres ont appelé cette tumeur *hydro-bronchite;* d'autres encore l'ont confondue avec le goître, ou bien l'ont désignée sous le nom de *goître aqueux*, de *goître enkysté*. Cette dernière dénomination est celle que nous adoptons, comme exprimant qu'il s'agit à la fois d'une hypertrophie du corps thyroïde et d'une collection d'eau.

Cette maladie, disais-je, n'a été décrite, ni d'une manière exacte, ni d'une manière complète dans les auteurs; on n'en trouve guère que quelques observations éparses et isolées, notamment dans Heister, Tenon, etc., mais point d'histoire générale. M. Maunoir en a fait la première description en 1816. Pelletan et Percy, chargés par l'Académie des sciences de faire un rapport sur le mémoire de M. Maunoir, le firent d'une manière peu favorable. En 1820, M. Maunoir publia son mémoire avec une réfutation du rapport de la commission. Malgré le bruit qui résulta à cette époque, de ce conflit, le travail de M. Maunoir parut tomber dans une espèce de discrédit, et la question retomba de nouveau pendant plusieurs années dans l'oubli. Cependant tout ce que l'on a publié jusqu'ici sur ce sujet, a été plus ou moins emprunté aux recherches de M. Maunoir. Enfin, tout récemment on s'est occupé de nouveau de cette question, mais plus spécialement sous le point de vue du traitement. Parmi les derniers travaux qui ont été publiés, le plus complet, sans contredit, sous ce rapport, est le mémoire de M. Velpeau sur les cavités closes, inséré dans les Annales de Chirurgie. Nous empruntons aux divers documents que nous venons de citer l'histoire que nous allons tracer.

Causes. — Sous le rapport des causes, le goître ordinaire et l'affection que nous désignons sous le nom de goître aqueux ou enkysté diffèrent au point que la considération seule de ces causes révèle en quelque sorte la spécificité de l'affection; de sorte que tout ce qui a été dit du goître ne saurait s'appliquer ici. Le goître est héréditaire, ainsi que Fodéré et M. de Humbolt l'ont depuis long-temps démontré; tandis que le goître aqueux ne l'est point.

Les localités ont une influence toute particulière sur la production du goître; tout le monde sait qu'il est endémique dans certaines vallées, en Suisse. Pour le goître aqueux, on n'a constaté aucune influence ni du climat, ni des saisons.

Relativement à l'âge auquel la maladie se développe, la moyenne paraît être de 20 à 30 ans, rarement 40, plus rarement après 60 ans.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence spéciale. Dans les deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service, les sujets affectés étaient deux femmes. Mais on ne peut rien conclure d'un aussi petit nombre. Les hommes n'en sont point exempts en effet. Les cas rapportés par M. Maunoir et M. Velpeau sont, pour la plupart, trait à des hommes; de sorte qu'on peut provisoirement admettre qu'il y a une proportion égale d'hommes et de femmes.

Relativement à l'influence des professions, voici ce qu'on a observé. On a remarqué que les efforts musculaires, les mouvements violents, produisent une tuméfaction de la glande thyroïde qui dispose au goître; il est commun d'observer chez les personnes qui se livrent habituellement à de violents efforts musculaires ce premier degré d'hypertrophie du corps thyroïde, que l'on désigne sous le nom de *gros cou*. On n'observe rien de ce genre pour le goître aqueux.

On a signalé comme une circonstance prédisposante l'habitude d'avoir le cou nu. C'est possible; mais il n'a rien été constaté de positif à cet égard.

Symptômes et marche. — L'affection débute par les parties latérales, tantôt à droite, tantôt à gauche indistinctement.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Retour des émigrants. — La chasse et la pêche. — Aventure de chasse singulière. — Nouvelle théorie de la fécondation. — Jongleries magnétiques. — L'horizon chirurgical se rembrunit. — La phrénologie et le crâne de Raphaël.

Grâce à la température qui nous a conduits en plein mois décembre, nos émigrants reviennent peu à peu et avant l'heure. Les académies, les salons, les cercles reprennent leur activité, leurs causeries, leurs médisances. Chacun raconte ses impressions de voyage ou ses prouesses de chasse; car depuis que les princes chassent peu, les médecins chassent beaucoup. On en cite qui ont meute et grand veneur, qui louent des chasses de plusieurs milliers d'hectares, et qui manient aussi bien un fusil de Lepage que le stéthoscope ou le couteau. Ce n'est pas moi qui m'en plaindrai, quoique mes goûts soient beaucoup moins héroïques et moins princiers. J'ai été rencontré pêchant bravement à la ligne dans l'étang d'Enghien, et le confrère qui me trouva très attentionné par cette grave occupation, ayant pris, depuis cinq heures du matin jusqu'à dix heures, une *perche* et deux *gardons*, me menaça de dénoncer mon escapade aux *Causeries* de ce Journal. J'aime mieux me dénoncer moi-même, et braver courageusement l'application du vieux proverbe à l'endroit des pêcheurs à la ligne. Du reste, si mon exemple ne suffisait pas pour le faire mentir, cet injuste proverbe, je citerais celui de notre excellent maître Marjolin, dont la réputation parmi les pêcheurs est au moins égale à celle dont il jouit parmi les médecins; je citerais encore le professeur Bérard aîné, qui a désempoissonné le confluent de la Seine et de la Marne, et qui pousse ses excursions jusqu'à l'Eure et à l'Oise, rivières chères aux pêcheurs par leurs truites excellentes. De ces exemples, auxquels je me borne pour ne pas sortir de notre spécialité, je conclus qu'on peut être pêcheur à la ligne et ne pas être absolument un imbécile.

Comme aventure de chasse, il n'en est pas de pareille à celle dont fut le héros un chirurgien de Paris, grand chasseur, et qui porte un nom aimé de tous. Quoique le fait ne soit pas d'une date très récente, je le raconterai néanmoins, car il est inédit et d'ailleurs fort singulier. C'était après la révolution de juillet; les hôpitaux étaient encombrés de blessés, et quoique le chirurgien dont je parle n'appartînt pas à l'administration, il fut chargé d'un service temporaire à l'Hôtel-Dieu. Pendant huit ou dix jours, tout alla bien; le service fut fait avec la plus grande exactitude; mais notre homme entendit parler de cailles, et il n'y tint plus. Il pria un de ses collègues de le remplacer pendant deux jours, et il partit. Les deux jours s'écoulèrent, et bien d'autres à la file; le chirurgien ne revint pas. Où était-il? Dans quels champs, dans quels bois avait-il été porter le ravage et la mort? Nul ne le savait; tout ce dont on était sûr, c'était de l'avoir vu sortir par la barrière d'Italie, le havre-sac sur le dos, le fusil sur l'épaule, et suivi de son chien. On apprit plus tard, et à son retour, qui eut lieu deux mois après, qu'une compagnie de perdreaux avait été cause d'un bien long et singulier voyage. De remise en remise, comme disent les chasseurs, notre chirurgien avait été conduit jusqu'à Toulon. Là il avait rencontré un ancien camarade, capitaine de vaisseau, qui lui parla d'Alger, dont la conquête toute récente agitait les esprits. Il s'embarqua. Présenté au maréchal Clauzel, celui-ci fut frappé de ses allures déterminées, et il lui proposa une mission délicate et périlleuse auprès du bey de Constantine. Il l'accepta, et après mille dangers il arriva à Constantine. De quelle nature fut la mission dont il était chargé, personne ne l'a jamais su; mais ce qui est certain, c'est que le bey fut si satisfait de l'ambassadeur, qu'il le combla de cadeaux, des peaux magnifiques, des armes les plus rares, et sur le tout trois femmes de son harem, dont une Géorgienne de la plus grande beauté, et d'un eunuque noir. Notre chirurgien revint rendre compte de sa mission au général, qui parut aussi très content, et qui le recommanda au gouvernement pour la croix d'honneur, qu'il attend cependant encore. Il revint en France avec ses trois femmes et l'eunuque. Mais soit que notre climat se prête peu aux habitudes orientales, soit par satiété, soit encore, et j'aime mieux cette version, par respect pour les mœurs de ses compatriotes, à peine était-il à Marseille qu'il sentit le besoin de réduire son harem. Un entrepreneur de café le débarrassa d'une belle négresse, qui fut installée dans un comptoir de la Canoebière. A Lyon, un restaurateur s'accommoda de la Persane, et il revint à Paris seul avec la Géorgienne et son eunuque noir. Quoique plus de treize ans aient passé sur ce fait, la Géorgienne et son eunuque n'ont pas été abandonnés aux périls et à la misère de la vie parisienne. Seulement, et pour se mettre en règle avec le Code civil, qui n'admet d'esclaves d'aucun sexe, l'une est devenue une pauvre *orpheline*, dont on est le protecteur, et l'autre un brave domestique dont les mœurs, par exemple, sont irréprochables.

Nous nous sommes enrichis cette semaine d'une nouvelle théorie sur la fécondation, théorie fort rassurante pour les dames, mais singulièrement inquiétante pour les maris. L'Académie de médecine en a été prise d'un rire homérique; ce qui ne prouverait pas pour sa charité à l'endroit des infortunes conjugales, s'il ne fallait plutôt attribuer son explosion d'hilarité à l'excentricité des opinions dont M. Royer-Collard s'est fait le patron. Cet académicien ayant remarqué que les chiennes, après avoir été couvertes par un chien d'une certaine espèce, étant couvertes plus tard par un chien d'une autre espèce, font des portées dont tous les petits ressemblent au premier père, s'est demandé s'il ne serait pas possible d'admettre le même phénomène pour l'espèce humaine. Ce phénomène d'ailleurs pourrait s'expliquer ainsi, bien entendu selon M. Royer-Collard : Dans une première copulation, plusieurs ovules descendent dans la trompe de Fallope, mais un seul pénètre dans la matrice; les autres n'en ont pas moins reçu l'imprégnation du premier père, et à l'occasion d'une nouvelle copulation avec un autre mâle ils deviennent aptes à leur tour à subir tous les phénomènes de développement. Voilà comment il se fait que plusieurs petits nés d'un second ou d'un troisième père ressemblent au premier, et comment on peut concevoir qu'une femme ait avec un second mari des enfants du premier.

Ce que, dans plusieurs circonstances, cette théorie peut avoir de commode pour les dames en général, et en particulier pour celles qui vivent dans cet état qui n'est pas le mariage, mais qui n'est pas non plus le célibat, frappera les yeux les moins clairvoyants. La théorie Royer-Collard, qui n'a eu qu'un succès de moquerie à l'Académie de médecine, est appelée à jouir de la plus grande faveur dans le quartier Notre-Dame-de-Lorette. Je n'en dirai pas plus long sur ce sujet, qui a été l'occasion d'une infinité de bons mots et de plaisanteries dont la reproduction n'est pas permise.

Grande séance magnétique. M. Callixte fera sa rentrée le, etc. Telles sont les premières lignes d'une grande affiche placardée à l'heure qu'il est sur tous les murs de Paris. Prix : 2 fr. Comprenez-vous, maintenant, apôtres sincères et de bonne foi? comprenez-vous que vous avez été, que vous êtes et que vous serez continuellement dupes d'indignes jongleurs qui, après avoir fait appel à votre bourse, ne cherchent qu'à vider celle de cet excellent public? Il y a dans le code pénal un article qui range parmi les faits d'escroquerie toute manœuvre tendant à faire croire à un crédit chimérique, toute promesse fondée sur un pouvoir imaginaire : y a-t-il rien de plus chimérique et de plus imaginaire que les promesses faites sur l'affiche dont je parle?

Si le *Constitutionnel* s'occupait de nos affaires médicales, et surtout chirurgicales, il ne manquerait pas de s'écrier : L'horizon se rembrunit. Il est on ne peut pas plus noir, en effet, et tout présage une tempête prochaine. Il n'est pas en mon pouvoir de conjurer l'orage, mon petit filet de voix serait ridicule à prononcer le *Quos ego* — et je me retire sur le rivage, non pour chanter le *Suave mari magno*, etc., mais pour voir si je ne pourrai pas jeter la corde de sauvetage à quelque malheureux naufragé. Je recommande à tous du calme et du sang-froid, au vainqueur de la modération dans la victoire, au vaincu de la résignation dans la défaite et plus de prudence à l'avenir. On peut être battu sur un point et se relever sur un autre, cela arrive tous les jours. Seulement, il n'y a jamais profit à se mettre en opposition avec les plus légitimes instincts de son époque; il n'est pas aujourd'hui d'esprit

O'beirn dit que c'est presque toujours du côté gauche que siége la maladie à son début ; mais il se fonde sur une statistique de 8 ou 9 cas. Il est évident que ce nombre est insuffisant. Le hasard seul, d'ailleurs, peut avoir fait passer successivement sous ses yeux un certain nombre de cas de goîtres aqueux siégeant du même côté ; ce sont de ces sortes de veines que l'on rencontre souvent dans l'observation des faits de toute sorte et dont on ne peut rien conclure. Chez notre malade, c'est à droite qu'a débuté et que siége la maladie. Ce qui paraît certain, c'est que dans le plus grand nombre des faits connus c'est sur les côtés qu'on l'a vu débuter ; dans quelques cas seulement on l'a observée, dès le principe, à la partie moyenne.

A son début, la maladie se présente sous la forme d'une tumeur indolore, sans changement de couleur à la peau, subissant des mouvements de progression subordonnés aux mouvements d'ascension et d'abaissement du larynx, et se déplaçant pendant les mouvements de déglutition. Cette tumeur peut rester long-temps stationnaire, après quoi il survient une nouvelle série d'accidents qui constituent la deuxième période de la maladie. Son volume s'accroît d'une manière sensible ; jusque-là indolente, la tumeur devient douloureuse. Son développement présente des particularités qu'il importe de faire connaître, par suite de la disposition des parties qui recouvrent la glande, de la présence de muscles et d'aponévroses qui la brident ; la tumeur, lorsqu'elle vient à s'accroître rapidement de volume, au lieu de se développer en avant, comme dans tous les autres sens, ne se développe qu'en haut et en bas, dans le sens vertical et transversalement sur les côtés, et même en arrière où elle ne trouve pour point d'appui qu'un plan mobile, peu résistant.

On prévoit de suite les conséquences de cette dernière circonstance, c'est-à-dire la gêne de la respiration, l'asphyxie par suite de la compression du larynx, l'impossibilité de la déglutition par la compression de l'œsophage. La gêne de la circulation cérébrale n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le supposer et le craindre au premier abord, à cause de la grande puissance du cours du sang artériel dans cette région, mais le retour du sang veineux étant plus difficile il y a lieu de craindre les conséquences d'une stase sanguine, enfin la tumeur ne comprime pas seulement les voies aériennes ; l'œsophage et les vaisseaux du cou, mais elle comprime également les nerfs laryngés, le nerf pneumogastrique, d'où, comme conséquence immédiate, l'aphonie et la gêne des fonctions respiratoires ; elle comprime enfin des filets qui se rendent aux parties latérales du cou, à la tempe, à l'oreille, et détermine les douleurs que le malade ressent dans ces diverses parties.

Les tumeurs de ce genre, après s'être développées sur l'un des côtés du larynx, passent à mesure qu'elles se développent au-devant du cou, puis envahissent le côté opposé. Dans quelques cas elles acquièrent un volume tellement considérable qu'elles forment comme une seconde tête, une sorte d'oreiller sur lequel le sujet peut appuyer la tête, ainsi que Maunoir en a vu un exemple. On a vu de ces tumeurs recouvrir le ventre et descendre quelquefois jusqu'aux parties génitales. Elles diffèrent sous ce rapport d'avec les goîtres proprement dits ou hypertrophies simples de la glande tyroïde qui ne se développent jamais que dans certaines limites ; tandis que les kystes en question, comme tous les kystes en général, ne reconnaissent point de bornes.

Dans quelques circonstances on a vu la maladie rétrograder dans sa marche et finir par se résoudre ; mais cette terminaison est très-rare. Le plus souvent la tumeur après avoir acquis un certain volume reste stationnaire. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, il survient une rupture spontanée. On en trouve un exemple dans Maunoir. La relation de cette observation toutefois laisse des doutes dans l'esprit. Ce médecin raconte qu'une femme portant une tumeur au devant du cou fut prise tout à coup d'un accès de suffocation et rejeta une grande quantité de liquide sanguinolent, après quoi la tumeur s'affaissa à l'instant et disparut.

Anatomie pathologique. — Sous le point de vue de l'anatomie pathologique ces tumeurs offrent à considérer la poche et le liquide qui y est contenu.

Le liquide est rarement limpide, il est presque toujours plus ou moins trouble et coloré. Quelquefois cependant on l'a trouvé d'une grande limpidité ; dans un cas je l'ai vu moi-même clair comme de l'eau ; mais, je le répète, dans le plus grand nombre des cas il a une couleur foncée qui s'approche plus ou moins de la couleur du chocolat ou du café ; ou bien de celle du sang. Il contient assez souvent des flocons. D'autres fois il est d'une grande fluidité. La poche est tantôt entièrement creuse, mince et membraniforme ; tantôt sa surface offre une épaisseur considérable, quelquefois de plusieurs centimètres ; elle est dure, résistante, coriace ; elle est presque toujours uniloculaire. Dans quelques cas on l'a trouvée composée de plusieurs loges, mais cette disposition est en quelque sorte exceptionnelle, le plus souvent elle n'est formée que d'une seule cavité. Enfin, tantôt le corps thyroïde est sain, tantôt il est hypertrophié, ses aréoles sont développées ou multipliées ; la tumeur offre intérieurement assez bien l'aspect d'un hydrosarcocèle à cela près cependant qu'elle ne participe en rien de la nature cancéreuse.

Diagnostic. Cette maladie peut être confondue avec plusieurs autres tumeurs qui la simulent plus ou moins ; tels sont les abcès froids, les diverses espèces de kystes sous-cutanés, les anévrismes et enfin les autres espèces de goîtres. Examinons un à un les caractères différentiels à l'aide desquels la tumeur en question peut être reconnue et distinguée d'avec les diverses maladies que nous venons d'énumérer.

a. Les abcès. Ce n'est évidemment qu'avec les accès froids que cette tumeur pourrait être confondue ; mais cette confusion elle-même sera facile à éviter, car les commémoratifs seuls, indépendamment des caractères mêmes de ces abcès, suffiraient pour prévenir toute erreur de ce genre ; la circonstance de la constitution scrofuleuse, enfin la considération de l'âge même viendront en aide au diagnostic ; on sait en effet que les abcès scrofuleux se développent rarement passé vingt ans.

b. Anévrisme. Les anévrismes présentent un mouvement d'expansion qu'on ne retrouve pas dans le goître. Il est vrai qu'on a dit que les battements des carotides sur lesquelles repose la tumeur pouvaient la soulever et lui imprimer une expression semblable à celle des anévrismes. Il a été reproché à M. Maunoir d'avoir omis ce signe. M. Maunoir a répondu qu'il était bien possible que les choses se passassent ainsi, mais que, pour son compte, il ne l'avait jamais vu. Dans les deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer, ces mouvements d'expansion manquaient également, de sorte que nous sommes autorisés à regarder cette circonstance de l'absence de pulsations comme un des caractères du goître ; du moins est-ce là un motif de présomption. D'ailleurs, dans le cas où ces battements existeraient, il resterait encore un moyen de s'assurer s'ils dépendent d'un anévrisme ou s'ils sont uniquement imprimés par les pulsations des carotides ; ce moyen consiste à déplacer la tumeur autant que cela est possible. Si, malgré ce déplacement, les battements continuaient, il y a tout lieu de croire que l'on a affaire à un anévrisme. Dans ce cas contraire, en effet, ces battement devraient cesser.

c. Cancer et autres tumeurs. — Après les goîtres et les anévrismes, il est peu commun de rencontrer d'autres tumeurs dans cette région. Les cancers y sont fort rares. Nous en avons vu récemment un exemple, mais c'est le seul que nous ayons rencontré. Quant aux tumeurs d'une autre nature, telles que kystes, lipomes, etc., un caractère commun les distingue de la tumeur en question, c'est qu'elles ne suivent point, comme cette dernière, les mouvements du larynx. Mais le diagnostic devient beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit de distinguer le goître aqueux d'avec le goître solide. Ce dernier est, en général, plus dur, mais ce caractère n'est cependant pas constant, et il est des cas où le goître donne la sensation d'une fluctuation, bien qu'il ne contienne pas de liquide. D'un autre côté, un goître aqueux peut avoir des parois tellement solides qu'il n'est pas possible de reconnaître la fluctuation ; de sorte qu'un goître solide peut offrir les apparences de la fluctuation, tandis que ce caractère peut manquer dans le goître aqueux. On voit par là combien le diagnostic différentiel de ces deux affections peut offrir de difficultés. Ces difficultés sont plus grandes encore lorsqu'il s'agit de distinguer le goître aqueux du goître purulent et de l'hématique, la mollesse de ceux-ci pouvant en imposer pour une hydrocèle. De là l'embarras des praticiens les plus exercés. Cependant, dans ce cas encore, il reste un moyen d'exploration qui peut lever la difficulté, moyen qui n'offre aucun danger, et qu'on ne doit point, par conséquent, hésiter à employer, c'est la ponction à l'aide d'un petit troquart explorateur. Si la ponction révèle la présence d'un liquide, que doit-on faire ? Doit-on vider immédiatement la tumeur en totalité, ou bien temporiser en se bornant à n'extraire qu'une petite quantité du liquide ? L'expérience est restée à peu près muette sur ce point jusqu'à présent ; elle ne nous a rien appris à cet égard, et l'embarras du praticien est grand ; car, bien que cette opération soit, en général, sans grand danger, ainsi que nous vous le disions tout à l'heure, elle offre néanmoins des inconvénients de part et d'autre, quel que soit le parti auquel on s'arrête. D'une part, en vidant la totalité de la tumeur, on est exposé à voir s'établir une fistule permanente. D'autre part, le liquide qu'on laisse séjourner dans la tumeur peut s'infiltrer par l'ouverture faite à sa poche, dans les tissus voisins, et occasionner des désordres plus ou moins considérables : c'est ce qui a eu lieu chez notre malade. M. Maunoir cite deux cas où cet accident est arrivé ; une fois notamment où il y eut une infiltration tellement considérable, qu'on crut avoir ouvert un gros vaisseau. Il y a, comme on le voit, en somme, plus de chances de danger à ne pas vider qu'à vider complètement la tumeur ; aussi, pensons-nous que ce dernier moyen est préférable, bien qu'il ne soit pas lui-même tout à fait dépourvu d'inconvénients, mais ils sont évidemment beaucoup moins grands que ceux qui sont inhérents à la première méthode.

Pronostic. — A une certaine époque on a dû considérer cette affection comme grave, n'en connaissant ni la nature ni le traitement ; elle est assez grave sans doute ; mais on ne peut méconnaître que le pronostic à porter sur cette maladie devient de moins en moins fâcheux à mesure qu'elle est mieux étudiée et que ses méthodes de traitement se perfectionnent. On est beaucoup plus rassuré à cet égard, surtout depuis le travail de M. Velpeau sur cette matière.

Traitement. — Quels sont les moyens de traitement à opposer à la maladie qui nous occupe ? Nous repousserons de suite tous les moyens empiriques employés jusqu'à ces derniers temps, tels que les résolutifs, les fondants, l'iode, etc. Que peut-on espérer obtenir en effet de ces moyens contre un kyste ? Nous n'aurons pas recours non plus à ces traitements chirurgicaux violents qui ont été proposés contre les différen-

---

sérieux, élevé, libéral, qui ne proclame la nécessité du concours comme la seule voie ouverte au travail et au talent, comme la seule garantie contre l'intrigue et le favoritisme. La raison publique, le bon sens des masses et les sympathies de tous les hommes de progrès se tourneront toujours vers les soutiens de cette institution ; ce serait un aveuglement inouï de ne pas voir cette tendance ; ce serait une énorme maladresse de la combattre.

J'ai reçu un livre dont mes lecteurs liront avec intérêt quelques extraits. C'est un ouvrage de M. Lélut, intitulé : *Rejet de l'organologie phrénologique de Gall et de ses successeurs*. Ce livre, on le sait, n'est pas la première attaque de M. Lélut contre la phrénologie ; on lui doit déjà plusieurs mémoires soit sur le développement du cerveau, soit sur le développement du crâne, considérés dans leurs rapports avec le développement de l'intelligence, sur l'examen anatomique de l'encéphale des suppliciés, etc. Ces divers travaux n'étaient que des combats partiels contre quelques fragments de la doctrine. Aujourd'hui il l'attaque d'ensemble, dans son dogme, dans sa philosophie, dans les faits. Il la prend à sa naissance et telle que l'exposa Gall, son fondateur ; il la suit dans les modifications que lui imprima Spurzheim, dans celles que leurs nombreux successeurs lui ont fait subir, et partout il trouve l'erreur, l'impossible, l'absurde. Cet ouvrage est très bien et très sérieusement fait : j'y reviendrai probablement dans une autre circonstance ; car je fais dans ce moment pour mon propre compte l'étude dont M. Lélut vient de donner les résultats au public. Je ne veux dans ce moment que citer un extrait du chapitre intitulé : *Histoires organologiques édifiantes* ; il s'agit du crâne de Raphaël :

« Le docteur Schoël, de Copenhague (c'est Gall qui raconte), avait » suivi l'un de mes cours à Vienne ; de là il alla à Rome. Un jour il » entra tout d'un coup chez moi, dans un moment où j'étais entouré » d'un assez bon nombre d'auditeurs, et me présenta un crâne en plâ- » tre sur lequel il me pria de lui dire mon avis. Jamais, m'écriai-je, » je n'ai vu l'organe des arts développé au point où il l'est dans ce » crâne. Schoël continua de m'interroger. Je fis remarquer aux assis- » tants un développement assez considérable de l'organe de l'amour » physique et de celui de la mimique (imitation). — Comment, con- » tinua-t-il, trouvez-vous l'organe des couleurs ? — Je n'y aurais pas » fait attention, répondis-je, car il n'était que médiocrement développé. » M. Schoël déclara alors, avec toutes les marques de la joie la plus » vive, que c'était le plâtre du crâne de Raphaël qu'il venait de me » remettre, et que, pendant son séjour en Italie, il avait trouvé mes » idées confirmées par l'étude des antiques. »

« C'est là, certes, une histoire aussi démonstrative qu'elle est joliment contée. Signaler du premier coup, sur un plâtre dont on ne connaît pas l'original, les organes de l'amour physique, du sens de l'imitation et de celui des arts ; y constater en même temps l'absence de l'organe du coloris, et que ce crâne se trouve précisément être celui de Raphaël Sanzio, ce roi de la peinture moderne, qui mourut pour avoir trop aimé, peintre sans égal parce qu'il n'était pas trop grand coloriste, et qui porta à la fois, à un si haut degré, l'art du portrait et le génie de la composition ! C'était quelque chose de prodigieux qu'une telle réussite, et ce devait être un curieux spectacle que l'ébahissement de ces bons auditeurs de Gall.

» Voilà donc le crâne du divin Sanzio proclamé une des pierres de touche de la phrénologie, soumis à ses victorieuses analyses, numéroté parmi les articles de vente, et opposé aux détracteurs de la doctrine comme un de ces faits providentiels qui eussent seuls suffi à la fonder.....

» Cependant ce crâne de Raphaël, que Gall avait pour ainsi dire reconnu d'inspiration, ou qu'au moins il avait affirmé devoir être celui du plus grand de tous les peintres,..... ce crâne que le docteur Schoël rapportait de Rome en triomphe comme étant celui de Raphaël ; dont G. Combe, le Spurzheim de l'Angleterre, avait donné l'analyse si concluante ; que la phrénologie présentait avec un égal orgueil à ses amis et à ses ennemis ; ce crâne n'était pas celui de Raphaël !... C'était celui d'un chanoine romain nommé *Adjutori*, mort bien long-temps après Raphaël, et *institutore della fraternità dei virtuosi di san Giuseppe di terra santa !*

» Un tel mécompte était sans exemple, et la phrénologie, il faut lui rendre cette justice, ne pouvait nullement le prévoir. Depuis un temps qu'on ne saurait au juste assigner, l'Académie de Saint-Luc, à Rome, l'Ecole des beaux-arts de la ville sacrée, montrait comme une relique presque sainte un crâne universellement regardé comme étant celui de Raphaël..... Comment se fait-il donc que cette tête fût celle d'un dignitaire de l'église ?.... Quelle main, à l'avance ennemie de la phrénologie, avait pu, il y a un ou deux siècles, faire accepter aux académiciens de Saint-Luc le crâne d'un chanoine du Panthéon pour celui du grand peintre dont les restes reposaient dans cette église ? Sur ces questions, on en est véritablement réduit aux conjectures. Mais ce que personne ne peut mettre en doute, c'est que le crâne que possédait l'Académie de Saint-Luc n'est pas celui de Raphaël ; et voici pourquoi la phrénologie elle-même n'a pu dire le contraire, et a été obligée de rayer de ses catalogues jusqu'au nom du peintre d'Urbin.

» Sa sainteté Grégoire XVI, qui peut-être avait entendu mal parler d'elle, et qui devait regarder comme une profanation son analyse imaginaire d'un crâne qui avait failli porter la barrette, voulut un jour prouver à tous que celui qui avait été le sujet de cette analyse n'avait point appartenu à Raphaël. Elle fit donc ouvrir en grande pompe, dans l'église de Sainte-Marie de la Rotonde (le Panthéon), la tombe du peintre du Vatican, et son squelette, y compris sa tête, y fut trouvé tout entier. Avant que, pour les rendre au sépulcre, on ne plaçât ces restes authentiques dans l'urne de marbre qui devait désormais les protéger, une empreinte fut prise de la tête, non point par la phrénologie, qui n'avait point été conviée à la cérémonie, mais par des délégués du Pape. Quelques exemplaires du plâtre qui y fut coulé consacrèrent immédiatement le déboire de l'Académie de Saint-Luc et celui des admirateurs de Gall, et les gazettes romaines furent chargées d'apprendre *urbi et orbi* les détails de cette triste histoire. »

Cette histoire n'est pas la seule qui soit racontée par M. Lélut ; on lira avec intérêt celles du crâne de Napoléon, de Bigonnet, de Mangiamelle et quelques autres qui ont donné de singuliers crocs-en-jambes à la doctrine phrénologique.

Jean Raimond.

De l'emploi de l'eau à la glace comme moyen de soulager promptement les maux de gorge de nature catarrhale ; par M. le docteur Gumprecht, de Hambourg.

Un chanteur âgé de trente-quatre ans, se trouvait depuis plusieurs jours atteint d'une angine tonsillaire catarrhale qui était survenue à la suite d'un refroidissement.

On avait inutilement eu recours à l'administration d'un émétique et à l'application d'un sinapisme à la nuque, et à l'emploi de différents gargarismes. Le pauvre malade en était réduit à ce point de ne pouvoir plus avaler la moindre chose, lorsque l'auteur proposa de lui faire tenir dans la bouche de l'eau glacée, sans chercher toutefois à s'en gargariser, mais en se contentant de la tenir en contact avec les organes malades. Ce contact était favorisé par la position de la tête, que le malade tenait légèrement renversée en arrière, et l'eau était rejetée aussitôt qu'elle s'était mise en équilibre de température avec les parois de la cavité buccale.

Il résulta un tel avantage de cette médication si simple, que déjà, au bout de six heures, la douleur était notablement diminuée, et que la déglutition était redevenue possible.

Dès lors on ne pratiqua plus ces fomentations froides que toutes les deux ou trois heures, et le jour suivant l'angine avait complètement disparu.

Le même moyen, employé dans plusieurs autres cas du même genre, a toujours été suivie d'un égal succès. (*Annali univ. di Med.*)

tes espèces de goître, tels que la ligature, l'ablation, la cautérisation, etc., moyens qui présentent tous des dangers plus ou moins grands. Il nous reste donc deux ordres de moyens qui sont également du ressort de la chirurgie, et que nous distinguerons en moyens palliatifs et moyens curatifs. Nous allons les examiner un à un.

Traitement palliatif. — L'un des principaux moyens palliatifs consiste à pratiquer des ponctions répétées. Ces ponctions ne donnent que très-peu de résultats, et elles ne sont pas dépourvues d'inconvénients. A chaque ponction nouvelle survient une nouvelle irritation, une inflammation plus ou moins intense qui ne fait qu'empirer le plus souvent l'état des malades. C'est donc là un mauvais moyen qui ne serait applicable tout au plus qu'aux cas où la tumeur aurait un volume extrêmement considérable.

Nous n'avons pas parlé d'un autre moyen palliatif qui serait applicable aux cas de suffocation imminente, c'est la section des muscles sterno et cléido-mastoïdiens ; ce moyen a été proposé par M. Bonnet. Nous ne sachons pas qu'il ait jamais été employé ; on pourrait lui adresser plus d'une objection ; il nous paraît beaucoup plus simple, dans ce cas, de recourir à la ponction.

Traitement curatif. — Parmi les moyens curatifs il en est trois qui doivent spécialement fixer notre attention ; ce sont : l'incision, le séton et l'injection.

La première méthode consiste à pratiquer sur la tumeur une large incision comprenant les téguments, et les parois de la poche elle-même, à partir du menton jusqu'à la base de la tumeur, de manière à pouvoir la vider entièrement du premier coup, après quoi on remplit la poche de charpie et on laisse suppurer. C'est sur cette suppuration que l'on compte pour obtenir la destruction totale de la tumeur. Cette méthode a plus d'un inconvénient : d'abord on peut, en pratiquant l'incision, blesser des vaisseaux ou des nerfs importants ; une inflammation violente peut en être la suite ; ou bien l'on peut voir se former des fusées purulentes dans le cou et jusque dans l'intérieur de la poitrine. Enfin l'un des moindres inconvénients est de laisser après la guérison une cicatrice difforme. Cette méthode est cependant celle qu'on emploie lorsqu'on ne veut pas faire l'injection, ou bien lorsqu'après avoir traité par la seconde méthode le séton on a eu à essuyer quelques-uns de ces accidents qui en sont assez fréquemment la suite, tels qu'une hémorrhagie, une exhalation sanguine remplissant immédiatement la tumeur, etc. Dans ce cas il faut en effet ouvrir largement la poche, afin de pouvoir mettre à découvert les vaisseaux lésés et y porter remède. C'est ce qui est arrivé une fois à M. Michon.

La seconde méthode, celle du séton, a été proposée par M. Maunoir. Elle consiste à faire traverser le kyste par une mèche qu'on y laisse à demeure. Le séjour de cette mèche détermine une suppuration d'abord de mauvaise nature ; puis plus tard le pus acquiert de bonnes qualités, et la cavité du kyste s'oblitère graduellement. Cette méthode, préférable à la précédente, n'a guère d'autre inconvénient sérieux que d'exiger un temps très long. Avec quelques perfectionnements, la méthode du séton peut évidemment rendre de grands services. Ce n'est cependant pas celle à laquelle nous aurons recours chez notre malade ; nous donnons la préférence aux deux méthodes dont il vient d'être question, à la méthode de l'injection.

L'injection a été tentée pour la première fois par M. Maunoir ; mais entre les mains de ce chirurgien, l'injection a donné lieu à de graves accidents qui l'ont obligé à y renoncer. Ces accidents, toutefois, qui tenaient à la quantité des liquides injectés et aux conditions dans lesquelles on s'en était servi, sont rendus beaucoup plus rares par l'heureuse modification que M. Velpeau a fait subir à cette méthode. Il a substitué l'iode injecté à froid au vin et aux autres liquides chauds, et grâce à cette simple substitution, il n'a eu dans les nombreuses opérations qu'il a pratiquées qu'une seule fois un accident de peu d'importance. Ce sera donc à cette dernière méthode que nous aurons recours. Nous modifierons seulement en deux points le procédé de M. Velpeau. Au lieu de faire une ponction directe et de traverser simultanément les téguments et la poche du kyste, nous ferons la ponction d'après la méthode sous-cutanée, c'est-à-dire en faisant parcourir à l'instrument un trajet étendu et sinueux entre la peau et le kyste ; nous nous servirons à cet effet d'un petit bistouri à lame étroite, puis nous lui substituerons un trocart. Enfin nous nous servirons, pour ce dernier temps de l'opération, d'un trocart plus volumineux que celui dont se sert M. Velpeau.

Après avoir émis ces considérations, M. Bérard a procédé à l'opération dont nous ferons connaître dans un second article les détails et les suites.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Vidal (de Cassis).

Nous ajournons ce que nous avons encore à dire sur les maladies du testicule, pour faire connaître à nos lecteurs un fait très remarquable d'hémorrhagie urétrale, et pour leur indiquer une pratique que les véritables chirurgiens ne dédaigneront pas.

1° Hémorrhahie considérable par l'urètre. 2° Compression de la verge pour calmer les douleurs opiniâtres.

1° *Hémorrhagie urétrale.* — Au n° 2 de la salle 10 est couché un charpentier âgé de vingt-neuf ans, d'une complexion ordinaire. Depuis deux ou trois ans il rendait, après les dernières gouttes d'urine, une humeur blanche, plus blanche que celle de la blennorrhagie. A cette évacuation morbide ne se rattachait d'ailleurs qu'une douleur légère, à peine marquée, vers ce que le malade appelle les reins, c'est-à-dire vers le bas du sacrum et le coccyx. Plus tard, cette douleur se manifesta également derrière le pubis. Il en souffrait si peu qu'il n'y faisait presque pas attention, et qu'il n'a pas songé à interrompre son rude métier. Il rendait ses urines environ deux fois par jour, sans intermission dans leur jet et sans mélange de sang ou de graviers ; il n'éprouvait aucune colique du côté des lombes ; il n'éprouvait pas au gland cette sorte de picotement ou de démangeaison particulière que la compression calme ou fait disparaître. Les fonctions du rectum étaient régulières.

Il y a deux mois, ce malade eut, pour la première fois de sa vie, des rapports intimes avec une femme, et cinq ou six jours après il éprouva les symptômes d'une véritable blennorrhagie. Alors il y eut suppression de ce liquide blanc dont l'émission suivait celle de l'urine. La douleur cocci-pubienne avait persisté au même degré. La blennorrhagie négligée était passée à l'état chronique, et le charpentier, sans avoir rien changé au train ordinaire de ses occupations, se considérait à peu près comme à l'état de santé, lorsque dimanche, 10 septembre, en se promenant, il fut pris, sans cause connue, sans augmentation préalable de la douleur, d'un pissement de sang pur ; ce sang coula sans interruption pendant trois heures. C'était une sorte d'écoulement qui se faisait sans effort, sans que rien indiquât la contraction de la vessie ; il était d'ailleurs purement sanguin, sans trace d'urine, comme l'urine qui fut rendue après était sans trace de sang. Cette hémorrhagie, qui avait paru le dimanche, se répéta de la même manière, mais avec bien moins d'abondance, le lundi, le mardi et le mercredi ; elle se remontra le jeudi et dura une demi-heure ; le vendredi, comme le malade venait à l'hôpital, elle recommença et continua pendant trois quarts d'heure. Le samedi rien ; le dimanche suivant le sang évacué remplit à moitié le vase de nuit, et le malade assure en avoir perdu plus de *dix litres* en huit jours. Le dixième jour après le début il s'en écoula encore deux forts verres. Depuis lors il n'a pas reparu. Ce qui paraissait en provoquer le retour, c'était la marche, la miction, et la dernière fois les efforts d'un vomissement occasionné par une indigestion de petit-lait.

Dans les petites crises et sur la fin des grandes, le sang coulant alors goutte à goutte était ainsi quelquefois rejeté en caillots noirs, mous, cylindriques, longs de trois à quatre doigts.

Cette perte énorme avait rendu le malade très faible, presque exsangue. Aujourd'hui, douze jours après l'invasion de ces accidents, il se sent beaucoup mieux ; mais en voulant s'asseoir dans son lit il a encore éprouvé de la fatigue et presque un éblouissement. Jusque-là il n'avait eu aucun des autres symptômes des grandes hémorrhagies, ni syncopes, ni frissons, ni sueurs froides. Hors sa faiblesse, il ne ressentait, au contraire, que du bien-être, un grand soulagement derrière le pubis.

L'état de souffrance et d'épuisement du sujet, la facilité avec laquelle se produit l'hémorrhagie, n'ont pas permis encore à M. Vidal de pratiquer le cathétérisme, ni le toucher, ni l'examen par le palper à la face antérieure de la région vésico-prostatique.

Avant les renseignements plus décisifs qu'on attend de cette exploration, en quelque sorte toute physique, du siége du mal, peut-on hasarder des conjectures sur le diagnostic ? De cette triple circonstance, que l'urine est rendue dans l'intervalle des hémorrhagies sans mélange de sang ; et le sang sans mélange d'urine et sans aucun indice de contraction vésicale, n'en résulte-t-il pas clairement que la source de cet écoulement n'était ni au rein, ni à l'uratère, ni dans le réservoir urinaire, mois à l'urètre ? Maintenant, à quelle affection de ce canal peut-on le rapporter ? Si l'inflammation de l'urètre s'accompagne, à la suite d'une déchirure intérieure déterminée par un coup ou par une violente érection, ou encore à la suite d'injections astringentes ; si, dis-je, l'urétrite peut, dans ces cas, s'accompagner de quelque saignement, il est presque toujours léger, et constitue rarement une véritable complication. Ici l'accident s'est élevé au degré d'une hémorrhagie grave. D'ailleurs, c'est dans la période aiguë que cet accident se montre, à moins qu'il ne soit occasionné par les moyens de traitement. Aucune des conditions qui peuvent le faire naître n'existait ici ; d'abord, c'était la forme chronique de l'urétrite, et point de violence extérieure ni d'érections préalables. Cette hémorrhagie ne se lierait donc pas à la blennorrhée. D'un autre côté, on se rappelait l'ancienne douleur des environs du pubis et du coccyx, douleur coïncidant avec la régularité des fonctions de la vessie, et cette humeur blanche qui suivait au dehors la dernière goutte de l'urine, ne se reporte-t-on pas vers une lésion de la prostate ? Pour se prononcer sur ta nature et même sur la réalité de son existence, M. Vidal attend l'examen dont nous avons signalé l'impossibilité actuelle.

Aujourd'hui, 25 septembre, M. Vidal a palpé méthodiquement la région hypogastrique ; il a pratiqué le cathétérisme et opéré le toucher de la prostate par le rectum. Cette triple exploration n'a pu lui indiquer qu'il y eût dans la vessie ou à la prostate aucune tumeur, aucun corps étranger. Les symptômes disent assez que la maladie ne vient pas d'une partie profonde de l'appareil urinaire ; mais l'absence de renseignements fournis par le cathéter et par le toucher rectal ne peut complétement absoudre la prostate ; car cette glande pourrait être malade sans tuméfaction appréciable par les moyens de diagnostic mis en usage.

2° *Compression de la verge.* — Il y a, dit M. Vidal, un symptôme des affections de l'urètre qui persiste quelquefois avec une désespérante opiniâtreté quand la maladie semble avoir complétement disparu. Ce symptôme, c'est la douleur ou une altération de la sensibilité qui tient du prurit, du fourmillement et de la douleur. On rencontre ordinairement cette espèce d'état névralgique chez les sujets nerveux voisins de l'hypocondrie. Ceux qui traitent particulièrement les maladies de l'appareil génito-urinaire sont en butte aux obsessions des malheureux malades. Quelquefois l'imagination du thérapeutiste le plus profond en moyens s'épuise, et la douleur se joue de tout. Injections de toute nature, cautérisations, frictions de toute espèce, balsamiques les plus en réputation, moyen intrà et extrà-urétraux, moyens directs et indirects, tout échoue et la douleur persiste. Elle est au périnée, au-devant des bourses, au niveau du gland. C'est là surtout qu'elle se montre avec le plus d'opiniâtreté et avec les caractères les plus tranchés d'une névralgie. M. Vidal a pour principe d'attaquer la douleur d'abord par des applications de sangsues, et quand elle se lie à un état phlegmasique de l'urètre et de ses dependances, sous l'influence des saignées locales on voit cette douleur disparaître, ou bien se calmer considérablement. M. Vidal fait appliquer des sangsues au périnée, sur le trajet de l'urètre, au-devant des bourses et au dessous du gland, sur les côtés du frein. Il est remarquable de voir quelquefois la douleur marcher du périnée vers les bourses, au-devant des bourses, pour se fixer vers le gland ; alors on la poursuit avec des sangsues.

Mais quand l'état inflammatoire a cessé, et que la douleur ou la modification de la sensibilité persiste, les saignées locales sont inutiles. C'est alors que M. Vidal applique la compression au moyen de bandelettes de diachylon, absolument comme on le fait pour la compression de la jambe. Bien entendu, cette manière de comprimer ne peut s'appliquer qu'à la partie de l'urètre qui est antérieure aux bourses et sur le gland. Ce qui a conduit M. Vidal à l'emploi de ce moyen, c'est le soulagement qu'éprouvent les malades quand ils se pressent le gland. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette compression, selon M. Vidal, pourrait guérir des douleurs du gland sympathiques comme celles qui sont locales. Ainsi, on pourrait faire disparaître certaines lésions de la sensibilité qui sont la suite d'une affection antérieure du col de la vessie. Voici maintenant un fait que nous venons de recueillir dans le service de M. Vidal ; il nous paraît assez remarquable pour fixer l'attention des médecins.

Salle 11, n° 5. Butel, tourneur en cuivre, âgé de dix-huit ans, avait contracté un écoulement blennorrhagique qui, depuis deux mois, avait complétement disparu ; mais il lui restait un symptôme assez pénible par lui-même, et surtout par son opiniâtre persistance ; c'était une douleur vive qui se faisait sentir à la fosse naviculaire au moment de l'émission des premières gouttes d'urine ; elle n'existait exactement que pendant cet instant ; nulle auparavant et nulle pendant que l'évacuation continuait. La compression de la verge par le procédé de M. Vidal a fait justice de cet accident en quatre jours.

M. L.

HÉMORRHAGIE INTRA-UTÉRINE PENDANT LA GROSSESSE.

Observation recueillie par M. Troussel. (Août 1843.)

La femme d'un concierge, réglée à onze ans, mariée à dix-neuf, devint mère à vingt ans, et accoucha heureusement, nonobstant une incurvation de la colonne vertébrale ayant son siége à la région dorsale, mais survenue après la puberté, et par conséquent n'ayant en aucune façon nui au développement normal du bassin.

A l'âge de trente-deux ans elle avait eu cinq enfants, et ses couches n'avaient rien offert de remarquable, si ce n'est une perte assez considerable qui suivit le premier et le deuxième accouchement.

Cependant depuis quelques années cette femme, qui menait une vie sédentaire, et était d'un caractère vif, emporté, se plaignait de gêne dans la respiration, d'essoufflement, de palpitations de cœur au moindre exercice, et principalement quand elle montait. Cet état parut dépendre d'un vice de conformation, et plus particulièrement d'une hypertrophie des cavités gauches du cœur. On était assez souvent obligé de la saigner.

Dans les premiers jours d'octobre 1842, à quarante et un ans, elle attendait ses règles, qui ne parurent pas, et ne tarda pas à éprouver divers malaises qui firent présumer une grossesse. En raison de sa constitution pléthorique, on dut bientôt avoir recours à la saignée du bras, pour combattre les étourdissements et l'étouffement habituels qui étaient notablement augmentés. Mais le soulagement obtenu ne fut que momentané, et la gestation continua d'être pénible. Cette femme éprouvait des agacements nerveux, et un embarras de tête qui lui faisait dire qu'elle craignait de devenir folle. Peut-être cet état était-il en partie occasionné par l'usage des boissons alcooliques.

Vers le sixième mois de la gestation, une seconde saignée fut pratiquée, et fit du bien ; on avait soin d'entretenir la liberté du ventre, et de faire prendre assez souvent des bains entiers tièdes.

La grossesse avançait, et tout faisait espérer qu'elle arriverait à son terme, qui devait être vers le 25 juin ; mais le 28 mai, environ à huit mois, sans cause connue, sans avoir fait de chute ni d'effort quelconque, n'ayant reçu aucun coup, ni éprouvé d'émotion morale vive, elle ressentit tout à coup, entre onze heures et midi, une vive douleur dans le ventre, immédiatement suivie de violents mouvements de son enfant, qui, dit-elle, lui sembla se retourner dans son sein. En même temps elle se plaignait d'un grand malaise, devint très pâle, et dit à son mari qu'elle se sentait mourir. Bientôt à cet état d'anxiété se joignirent de vives douleurs dans le bas-ventre et vers les lombes ; douleurs revenant par intervalles, et indiquant un commencement de travail. Les mouvements de l'enfant avaient cessé comme ils étaient venus, c'est-à-dire brusquement.

Cet état ayant avec raison alarmé le mari, un de mes honorables confrères fut prié, en mon absence, de venir voir la malade ; il l'examina, reconnut par le toucher que le travail d'accouchement était encore fort peu avancé, et déclara que si les douleurs persistaient, la délivrance pourrait avoir lieu le lendemain.

Cependant à une heure et demie j'arrivai près de cette femme, que je trouvai dans l'état suivant :

Elle était debout, appuyée contre son lit, et soutenue par deux personnes ; son visage était très pâle, décomposé ; elle se plaignait d'éblouissements, de tintements d'oreilles, de défaillance ; il y avait en effet imminence de syncope. Le pouls était très accéléré, mais faible ; les extrémités étaient froides ; elle accusait des douleurs de ventre revenant à de courts intervalles. Cet état durait, me dit on, depuis plus de deux heures. L'ayant fait promptement étendre sur son lit, je procédai au toucher, qui me fit reconnaître que les lèvres du col utérin avaient encore beaucoup d'épaisseur, quoique son orifice laissât facilement arriver le doigt jusqu'aux membranes, qui ne se tendaient pas pendant les douleurs. Il était évident pour moi que, malgré l'époque de la grossesse, ne datant que de huit mois, le travail de la parturition était commencé. Il est à remarquer toutefois qu'aucun écoulement sanguin ou autre n'avait encore eu lieu. Le ventre était dur, tendu, même dans l'intervalle des douleurs ; il était en outre assez douloureux à la pression. Le pouls continuait d'être petit, serré, fréquent, tout en conservant cependant une certaine force.

J'avoue que je ne savais à quoi attribuer les accidents que j'observais, et qui, s'étant montrés tout à coup, persistaient depuis plusieurs heures. Je craignais, en raison de l'irritabilité nerveuse habituelle de cette femme, qu'elle n'eût une attaque d'éclampsie. D'un autre côté, considérant la douleur qu'elle avait éprouvée tout à coup, les mouvements violents, mais de courte durée du fœtus, qui avaient suivi presque immédiatement cette douleur, la demi-syncope qui persistait, j'eus la pensée de la possibilité d'une rupture de la matrice; mais la persistance et l'augmentation des douleurs d'accouchement me firent abandonner cette idée.

Une potion antispasmodique éthérée ranima la malade, et parut éloigner les défaillances. Les douleurs devinrent plus fortes, plus longues, avec de moins courts intervalles.

A trois heures, les eaux de l'amnios s'écoulèrent en assez grande quantité; elles n'étaient pas colorées par du sang. Le col était presque totalement effacé, et son orifice offrait une dilatation de l'étendue d'une pièce de cinq francs. Il me fut possible alors de constater que la tête se présentait en première position du sommet. A mesure que le travail avançait, les accidents inquiétants qui s'étaient manifestés s'éloignaient. La tête de l'enfant ne tarda pas à s'engager davantage dans l'excavation du bassin; les douleurs devinrent expulsives; la malade sentit le besoin de faire des efforts, le périnée se distendit, et à quatre heures la tête franchit la vulve sans beaucoup de résistance. Je reconnus aussitôt que le cordon ombilical entourait le cou de l'enfant; mais pendant que je cherchais des ciseaux pour en faire la section, une douleur énergique expulsa l'enfant, qui était mort.

Après avoir coupé le cordon, qui était assez grêle et ne donna point de sang, ni par sa portion ombilicale, ni par celle qui restait adhérente à l'arrière-faix; et quand j'eus éloigné l'enfant, afin que la mère ignorât qu'il avait cessé de vivre, je revins près de celle-ci, et remarquai que son ventre conservait encore un grand volume. En le palpant, je sentis une tumeur dure, inégale, bosselée, s'élevant au dessus de l'ombilic, et trop volumineuse pour pouvoir être uniquement attribuée à la présence du placenta dans l'utérus; aussi pensai-je un instant que cet organe pouvait contenir un second fœtus.

Cependant de nouvelles douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir, et expulsèrent brusquement le placenta sur le cordon duquel n'avait été exercée aucune traction. La sortie du délivre, qui se présenta à la vulve par le centre de sa face fœtale, fut immédiatement suivie de celle de deux énormes caillots de sang, irrégulièrement arrondis, noirs, assez durs pour ne se laisser que difficilement écraser entre les doigts. Ils avaient chacun le volume de deux poings d'adulte, et pesaient au moins ensemble un kilogramme (deux livres). Il s'écoula en même temps assez de sang liquide pour traverser le matelas, le lit de sangle, et se répandre sur le sol.

Après la délivrance et l'expulsion de ces deux caillots, la matrice revint assez bien sur elle-même, tout en offrant vers son fond et un peu à gauche, des inégalités assez saillantes. Tout écoulement de sang cessa; mais l'agitation nerveuse et la fréquence du pouls persistèrent. La malade éprouvait du frisson, comme d'ailleurs cela s'observe souvent après l'accouchement même le plus heureux.

L'enfant était bien conformé, et aussi développé qu'il pouvait l'être au terme de huit mois. La teinte de sa peau n'était ni livide, ni tout à fait blanche; l'épiderme adhérait partout au derme, Le cordon, de longueur ordinaire, mais assez grêle, comme je l'ai déjà dit, n'offrait aucune trace de déchirure, ni de lésion quelconque,

Le placenta, peu volumineux, était à l'état normal dans toutes ses parties; en effet, sa face fœtale ne présentait aucune altération organique, aucune déchirure; sa face utérine, d'une teinte rouge plus pâle qu'elle ne l'est d'ordinaire, n'offrait à l'observation aucune marque de décollement ancien. Je ne trouvai pas d'épanchement sanguin circonscrit dans l'épaisseur de son tissu.

Les suites de couche n'eurent rien de remarquable, si ce n'est la persistance, pendant quelques jours, de l'agitation nerveuse, de la fréquence du pouls, de la pâleur du visage, avec insomnie, céphalalgie occipitale, douleurs à l'épigastre, état pénible d'anxiété.

Le volume de l'utérus ne diminua qu'avec lenteur; on constata, pendant plusieurs jours, la persistance des bosselures, des inégalités trouvées vers le fond de la matrice après la délivrance. Les seins se tuméfièrent, comme à l'ordinaire, du troisième au quatrième jour de l'accouchement; l'écoulement des lochies fut peu abondant. Cette femme ne se rétablit pas aussi promptement qu'après ses précédentes couches.

Persuadé que la science et l'humanité gagneraient autant à ce que les praticiens fissent avec franchise l'aveu de leurs erreurs et de leurs revers qu'à ce qu'ils publiassent leurs succès, je n'hésite pas, pour mon compte, à déclarer que je n'ai connu la cause de l'accident arrivé à cette femme et à son enfant qu'après la délivrance.

Exerçant la médecine depuis plus de vingt-cinq ans, ayant fait un assez grand nombre d'accouchements, je n'avais cependant pas encore observé d'hémorrhagie intra-utérine pendant la grossesse. Les annales de l'art prouvent en effet que cet accident est assez rare, après le sixième mois de la gestation. Peut-être aussi, dans bien des cas, a-t-il été méconnu : les chirurgiens n'ayant pas toujours assez fixé leur attention sur la quantité du sang liquide ou en caillots qui était rendu au moment même de la délivrance, ou immédiatement après l'expulsion du placenta, lorsque l'enfant avait cessé de vivre peu de temps avant l'accouchement.

Appliquant l'analyse aux détails de l'observation que je publie, il me paraît prouvé que, sous l'influence d'un état de pléthore générale, de la prédisposition de cette femme aux hémorrhagies après l'accouchement, de l'activité anormale de la circulation produite par l'hypertrophie du cœur, il est survenu tout à coup, sans cause occasionnelle appréciable, une congestion sanguine vers l'utérus, et une hémorrhagie des vaisseaux utéro-placentaires, qui a déterminé un épanchement de sang vers le centre du placenta.

Le sang, en s'accumulant, a séparé plus ou moins complétement l'utérus de l'arrière-faix, sans décoller les membranes, arrêté la circulation utéro-placentale, et par conséquent celle de la mère à l'enfant, qui n'a pas tardé à cesser de vivre, après avoir fait de grands mouvements, pareils à ceux qu'on observe souvent chez les individus qui vont périr d'hémorrhagie; convulsions qui ont lieu aussi chez les animaux soumis aux expériences et qui succombent aux hémorrhagies, ainsi que l'a constaté tant de fois mon savant ami Amussat. Mais il est à remarquer, dans le cas dont je donne l'histoire, que ce n'est pas par les mouvements violents de l'enfant qu'a commencé l'ensemble des malaises que cette femme a éprouvés.

Le sang, en s'épanchant, n'ayant pas décollé les membranes, et pris son cours par l'orifice utérin, s'est amassé entre l'arrière-faix et la matrice, dont les parois dans ce point se sont laissé distendre de manière à produire les bosselures, les inégalités, remarquées vers le fond de l'utérus aussitôt après l'expulsion de l'enfant et avant celle du placenta; inégalités qui m'ont fait croire à la présence d'un second fœtus, et qui ont même persisté pendant deux jours après l'accouchement, la contractilité organique sensible s'étant exercée dans cette partie de la matrice avec moins d'énergie que dans les autres. Peut-être les choses se passent-elles de cette manière dans les cas de délivrance difficile, lorsque le placenta, ne se détachant pas aussi promptement qu'à l'ordinaire, reste, comme on l'a dit, enchatonné.

J'ai dit que le cordon ombilical entourait le cou de l'enfant. Pourrait-on attribuer l'hémorrhagie à cette circonstance, le tiraillement du cordon ayant pu déterminer le décollement du placenta? Je ne crois pas que telle ait été la cause de l'accident, attendu que le cordon n'était pas très court; que la femme n'a été soumise à aucune violence; qu'elle n'a point fait de chute; qu'elle n'a pas été secouée par les cahots d'une voiture; que les mouvements de l'enfant, au terme de huit mois, ne peuvent être des mouvements de totalité, de culbute, comme dans les temps anciens on la supposait avoir lieu vers cette époque de la grossesse; qu'enfin ce qui est, je pense, la meilleure raison à donner, c'est que les grands mouvements de l'enfant n'ont eu lieu, comme je l'ai déjà dit, qu'après que cette femme eut annoncé qu'elle venait d'éprouver une douleur aiguë dans le ventre, et qu'elle se sentait défaillir. Ces mouvements convulsifs du fœtus ont donc été l'effet et non la cause de l'hémorrhagie.

Cette femme n'a été saignée que deux fois dans le cours de sa grossesse, vers trois et six mois. Aurait-on prévenu l'accident qui lui est arrivé en lui pratiquant une ou plusieurs saignées après le sixième mois? Je ne sais.

Quand bien même j'aurais de prime-abord reconnu positivement la cause réelle des phénomènes inquiétants que cette femme a offerts tout à coup au huitième mois de sa grossesse, y aurait-il eu quelque chose à faire de plus que je n'ai fait? Je ne le pense pas, quand je considère qu'au moment où j'ai vu la malade les douleurs d'enfantement étaient déjà assez énergiques et répétées, et que par conséquent le travail était commencé, l'épanchement du sang ayant sollicité les contractions de la matrice, qui devaient avoir pour effet d'arrêter l'hémorrhagie, d'un autre côté la faiblesse générale n'augmentant pas, et paraissant au contraire moins grande depuis que la malade avait été couchée horizontalement, et qu'elle avait pris quelques cuillerées d'une potion éthérée, enfin la dilatation du col s'opérant rapidement.

Dans ce cas, il est évident que la nature seule a tout fait pour arrêter l'hémorrhagie interne qui s'était produite et pour compléter la délivrance. Mais, dans une circonstance analogue, en supposant qu'on fût parvenu à établir le diagnostic d'une hémorrhagie occulte dans la matrice; si l'état de faiblesse générale persistait; si les douleurs, c'est-à-dire les contractions utérines étaient nulles ou peu énergiques, conviendrait-il de donner issue à l'eau de l'amnios en perçant les membranes, dans le but d'exciter la contractilité organique sensible des parois de la matrice? Je crois que telle serait l'indication; en même temps qu'on tâcherait de toutes manières de ranimer les forces générales de la malade, et de stimuler l'énergie de l'utérus par des frictions pratiquées sur l'abdomen, par l'agacement direct du col utérin, et par l'emploi du seigle ergoté.

A l'occasion de ce fait de pratique, j'ai lu avec un vif intérêt l'ouvrage le plus complet que possède la science sur ce sujet, et je ne saurais trop le recommander aux jeunes accoucheurs (1). Qu'il me soit permis, à cause de leur analogie avec mon observation, de citer deux faits que j'ai trouvés relatés avec beaucoup d'autres dans cette excellente monographie.

« Le 12 octobre 1698, j'ai accouché, dit Mauriceau, une dame au terme de huit mois et demi de sa grossesse, d'un enfant mâle mort en son ventre par le détachement de l'arrière-faix, qui avait causé à la mère une perte de sang intérieurement si abondante que son enfant en était mort; ce qui était arrivé que depuis un jour, comme il me parut vraisemblable par la disposition de l'enfant, qui n'était point corrompu, et par de gros caillots de sang endurci dont toute la face intérieure de l'arrière-faix était farcie; ce qui manifestait bien le détachement prématuré qui en était arrivé, qui avait fait ainsi périr l'enfant (1). »

« Une femme âgée de trente-six ans, mère de plusieurs enfants, parvenue au huitième mois d'une nouvelle grossesse, éprouvait, depuis quelques jours, une toux violente et de la fièvre. Etant pressée de douleurs, elle envoya chercher la sage-femme, qui, après avoir été présente pendant douze heures, la vit tomber dans un état alarmant : la connaissance se perdit, les yeux s'éteignirent. Ayant attendu toujours, mais en vain, l'accouchement, qu'elle croyait apparemment devoir sauver la malade, elle fit prier M. de Lafortérie de venir à son secours. Ce chirurgien n'arriva qu'après la mort. Il se hâta de pratiquer l'opération césarienne. Ayant ouvert le fond de la matrice avec précaution, il en sortit un flot de sang noir non coagulé, que l'on estima à trois chopines au moins; ce qui donna lieu de reconnaître un grand vide entre le placenta et le fond de la matrice. Alors, introduisant la main dans toute la circonférence de cette cavité, le chirurgien reconnut que les bords du placenta avaient conservé leurs adhérences naturelles avec l'utérus. Le fond de cet organe était sans rupture. L'enfant vivait encore; mais il périt bientôt. Le vagin ne contenait aucune trace de sang, pas même des glaires rougeâtres; l'orifice de la matrice paraissait peu dilaté (2). »

(1) Traité des hémorrhagies internes de l'utérus, qui surviennent pendant la grossesse, dans le cours du travail et après l'accouchement; par A.-C. Baudelocque. — Paris, 1831.

(1) Dernières Observations sur la grossesse et sur les accouchements, etc. Obs. 108, p. 641.

(2) Journal général de Médecine. Tome 29, p. 384.

Nouveau mode de préparation de la pommade d'iodure de potassium; par MM. T. et H. Smith, d'Edimbourg.

D'après ces deux chimistes, le mode de préparation actuellement mis en usage dans les officines pour confectionner cette pommade, et qui consiste à mêler le sel à l'axonge par trituration dans un mortier, est peut-être celui qui convient le moins. En conséquence, ils proposent de lui substituer le mode opératoire suivant.

On fait dissoudre la quantité d'iodure de potassium voulue dans la même quantité en poids d'eau distillée simple ou aromatique. On mêle ensuite intimement, à l'aide de la trituration dans un mortier, cette dissolution avec la dose nécessaire d'axonge.

La pommade, ainsi préparée, doit posséder une action beaucoup plus énergique, parce que l'iodure, à l'état de soluté, se trouve dans une condition bien plus favorable à l'absorption.

(*The Edimburgh Monthly journal of medical sciences.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 119. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Anasarque chez un sujet affecté d'une maladie de Bright et de tuberculisation pulmonaire. Quelques considérations sur la maladie de Bright dans l'enfance.

Au n° 16 de la salle Saint-Jean a été couché le nommé Jean Lacalle, âgé de dix ans, entré à l'hôpital des Enfants le 17 avril.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament un peu lymphatique, cet enfant est entré il y a trois mois dans les salles de M. Guersant pour une rougeole, de laquelle il est sorti guéri il y a six semaines. Au bout de quelques jours, il rentra pour une angine assez intense, causée, dit-il, par un refroidissement qu'il éprouva étant en sueur. Son séjour fut de courte durée, et il sortit complétement guéri. A part ces deux dernières maladies, il paraîtrait qu'il jouit habituellement d'une bonne santé, et qu'il n'est sujet à aucune indisposition grave. Il rentre aujourd'hui pour la troisième fois dans le même service pour un œdème très considérable des membres inférieurs, des parois de l'abdomen, du scrotum et de la verge. La cavité abdominale paraît contenir du liquide en assez grande abondance. Cette affection est survenue sans cause connue; l'enfant, avant le début de la maladie, ne se plaignait que de lassitude, un peu de courbature, quelques douleurs vagues dans la région des reins, peu intenses, profondes. Depuis quelques semaines, et sans qu'il puisse la rapporter à aucune cause appréciable, l'enfant a été pris d'une toux sèche, assez fréquente.

Voici l'état dans lequel on le trouve, le jour de son entrée à l'hôpital :

Visage pâle, un peu bouffi, sans cependant qu'il y ait d'œdème bien marqué. Les téguments de la face décolorés, comme transparents. Un peu de faiblesse et d'abattement; pas d'étourdissements ni de bourdonnements d'oreilles, même quand il s'assied dans son lit. Pas d'épistaxis. Pas de nausées ni de vomissements. Langue assez humide, blanche; soif modérée, anorexie. Persistance des douleurs vagues dans la région des reins. L'abdomen contient manifestement un liquide assez abondant. Les membres inférieurs, le scrotum, la verge et les parois abdominales sont infiltrés; leur volume est augmenté, la peau tendue, dépressible sous le doigt, dont l'impression reste sensible. Les urines peu abondantes, pâles, mousseuses, offrent dans la couche inférieure du vase qui les renferme, un dépôt assez abondant; elles contiennent une énorme quantité d'albumine qui se coagule soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique.

Persistance de la toux. Résonnance assez bonne en avant des deux côtés, un peu plus faible au sommet à droite, qu'à gauche, tant en avant qu'en arrière. Rudesse de la respiration; quelques sifflements, et ronflements graves au sommet. Ni crépitation, ni souffle. Pouls à 96. Infusion de fleurs de mauve avec addition de nitrate de potasse, 2 grammes; deux bouillons.

Le 26 avril, l'état du malade n'a pas sensiblement changé. La toux persiste. Mêmes phénomènes du côté de la résonnance et de la respiration. Le murmure vésiculaire de plus en plus faible au sommet des deux poumons, en avant et en arrière, surtout à droite. Pas d'expectoration. L'œdème, qui occupe toujours les mêmes parties, semble avoir fait quelques progrès, et être un peu plus considérable que les jours précédents. L'abdomen est un peu plus volumineux, plus tendu. Le visage est plus bouffi, tuméfié; la peau, soulevée par un liquide infiltré dans le tissu cellulaire, conserve l'impression du doigt. Pouls toujours à 96-100, non redoublé, petit, peu développé. Vésicatoire au sommet du poumon droit. Mêmes boissons; bouillons.

Le 1er mai, on entend dans toute l'étendue du poumon droit, depuis le haut jusqu'en bas, mais surtout dans le tiers supérieur, un râle muqueux fin, à petites bulles, entremêlé de temps en temps de sifflements et de ronchus grave. Résonnance faible dans tout ce poumon; matité presque complète au sommet. Persistance de la toux sans expectoration. Même pâleur et bouffissure du visage. Œdème des membres inférieurs. Pas de changement notable dans le volume du ventre. Somnolence presque continuelle. La pression de l'abdomen ne provoque que peu de douleurs, vagues, profondes, siégeant principalement dans la région lombaire. On constate encore dans les urines la présence d'une quantité considérable d'albumine. Les urines sont rares, un peu rouges, sédimenteuses. Même traitement. Sulfate de soude, 25 grammes.

Le 7 mai, du 1er au 7 du même mois, l'état de l'enfant reste à peu près stationnaire. Cependant on observe un léger amendement dans les phénomènes respiratoires, en ce sens que le murmure vésiculaire remplace en quelques points le râle muqueux que l'on n'observe plus guère qu'à la partie supérieure et inférieure du poumon droit. Même œdème et bouffissure du visage et des extrémités inférieures. Affaiblissement du malade, qui ne se tient plus que difficilement assis son lit, et se plaint de lassitude et d'étourdissements. Chaleur modérée de la peau. Un peu de refroidissement des extrémités. une épistaxis assez abondante avant-hier. Pouls à 92-96, petit, peu développé. Langue, blanche, un peu moins humide que les jours précédents. Soif vive. Anorexie.

Le 28 mai, depuis quelques jours l'enfant est sujet à une diarrhée assez abondante; sept à huit selles par jour. Ventre un peu sensible à la pression. Langue, lèvres et dents sèches, croûteuses, fuligineuses. Soif vive. Respiration assez courte, fréquente, à 28 par minute. Pouls à 96-100, petit, peu développé. Le poumon droit, dans la presque totalité duquel on constate une résonnance très faible, offre partout un râle muqueux à grosses bulles, humide. Somnolence presque continuelle, interrompue de temps en temps par un peu d'agitation. Urines rares, toujours albumineuses.

Tous les symptômes que nous venons d'indiquer augmentèrent de plus en plus d'intensité pendant les derniers jours du mois de mai et les premiers jours de juin. L'enfant succomba le 9 après une courte agonie.

Autopsie. — Le poumon droit, dont le tissu cellulaire interlobulaire offre des traces bien évidentes d'un œdème considérable, laisse écouler, par les sections que l'on pratique dans son parenchyme, une sérosité abondante, sanguinolente, un peu spumeuse. Au sommet de ce poumon, on rencontre une assez grande quantité de tubercules à l'état de crudité et de granulations. Quelques-uns commencent à se ramollir, sans qu'il y ait cependant encore de cavernes. C'est à la base de ce poumon que l'on observe l'œdème le plus considérable. Cependant le poumon gauche en offre aussi quelques vestiges. Le cœur est sain.

Les deux reins sont un peu augmentés de volume; leur aspect extérieur est d'un rouge un peu jaunâtre. La capsule n'adhère point au tissu du rein, et s'en détache facilement. Une section de l'organe laisse voir la substance corticale pâle, d'une teinte légèrement jaunâtre; l'épaisseur de cette couche corticale est un peu augmentée. On exprime du rein, par la pression, un liquide séro-albumineux assez abondant. Pas de granulations. La substance corticale, dont la consistance est moindre qu'à l'état normal, s'écrase assez facilement sous le doigt; la substance tubuleuse d'un rouge vif.

Le péritoine offre çà et là des granulations tuberculeuses assez nombreuses. Les ganglions mésentériques, gonflés, contiennent une substance tuberculeuse en partie ramollie, en partie à l'état de crudité. Un peu de rougeur de la muqueuse intestinale dans la dernière portion de l'iléon et dans le gros intestin.

— L'observation dont nous venons de donner les détails est curieuse sous plus d'un rapport. D'abord, elle offre un exemple d'une maladie importante qui n'est bien connue que depuis fort peu de temps, la néphrite albumineuse, à laquelle le plus grand nombre des médecins conserve, avec raison peut-être, le nom de maladie de Bright. Puis, en même temps, il y eut, chez ce jeune sujet, complication d'une affection tuber-

---

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ 1er. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Tentative de viol par un homme de quarante-neuf ans sur une jeune fille de vingt et un ans.* (Cour d'assises de Namur.)

Le 2 septembre 184 , le nommé Thomas, propriétaire dans l'arrondissement de Dinant, faisant route avec la fille Eugénie Hazard, dans un sentier qui traversait des bois et dans lesquels ils se trouvaient seuls alors, saisit tout à coup cette jeune fille dans ses bras sans lui adresser une parole, la renversa dans une fosse profonde d'un mètre cinquante centimètres environ, et se rua sur elle pour la violer. Alors, lui ayant relevé les jupons jusque sur la tête, d'une main il chercha à étouffer ses cris, tandis que de l'autre il s'efforçait d'écarter les jambes. Pendant cette lutte, et au moment où la résistance d'Eugénie devenait désespérée, elle ressentit tout à coup une violente douleur dans le ventre, et cria à son aggresseur qu'il l'avait blessée soit avec ses genoux, soit avec ses poings. Au même moment elle le saisit par les cheveux et le tira avec tant de violence qu'elle parvint à faire cesser ses étreintes. Pendant qu'elle était renversée, elle avait senti, dit-elle, que Thomas lui introduisait dans les parties quelque chose de dur qu'elle crut être ses doigts, et cela avec la plus grande violence. Lorsqu'il la laissa, elle était toute mouillée de quelque chose de gluant. En se relevant, elle vit très distinctement qu'il remettait sa chemise dans son pantalon.

Eugénie, après cette scène, resta sans en parler à sa famille, espérant cacher ainsi à tout le monde ce qu'elle appelait une souillure qui ternissait son honneur de jeune fille, et dont personne n'avait été témoin, ainsi qu'elle avait eu le soin de s'en assurer lorsque Thomas s'était relevé et éloigné d'elle. Mais, depuis ce moment, chaque fois qu'elle avait besoin d'uriner, elle ressentait des douleurs fort aiguës, et dans d'autres instants elle éprouvait un grand malaise. Enfin, elle devint de plus en plus souffrante, mais elle chercha à donner le change sur l'origine et la nature du mal dont elle était affectée en l'attribuant à une blessure qu'elle aurait reçue en travaillant à un pressoir à vinaigre.

Néanmoins, inquiets de l'altération toujours croissante qui se manifestait dans l'état de sa santé, ses parents réclamèrent les conseils de M. le docteur L..., qui la vit pour la première fois le 30 novembre suivant, c'est-à-dire, trois mois environ après l'événement.

Ce médecin la trouva *vaquant encore*, dit-il, *à ses affaires*. Il la visita cependant, et découvrit dans l'hypochondre droit une tumeur, qu'il attribua à une inflammation du foie. Il prescrivit de fortes applications de sangsues, qui furent renouvelées trois ou quatre fois.

Jusqu'au 15 décembre, la malade persista à soutenir que son mal était venu seul; qu'elle n'avait reçu ni coup ni violence, et n'avait fait ni chute ni efforts capables de produire un semblable résultat; mais, vers cette époque, sa mère l'ayant questionnée de nouveau, parvint, à force de soins et de sollicitations, à lui arracher la confidence entière des événements du 2 septembre. Dès lors on pensa que la maladie exigeait plutôt les secours de la chirurgie que ceux de la médecine, et, en conséquence, on remercia M. le docteur L... pour appeler M. le docteur C...

Le 20 décembre, ce dernier vit Eugénie pour la première fois, et ce jour même aussi, il obtint la confidence entière des faits que l'on avait d'abord cherché à lui cacher. Comme son confrère, il reconnut l'existence d'une tumeur située au côté droit, grosse comme le poing, et tellement douloureuse, que tout contact, même celui d'un linge, faisait jeter de hauts cris à la malade.

Reconnaissant la gravité de l'affection à laquelle il avait affaire, M. C... provoqua une consultation qui eut lieu le 26 décembre, et dans laquelle on lui adjoignit MM. les docteurs B... et W....

La tumeur fut reconnue et caractérisée abcès ou collection purulente, et l'on décida que l'ouverture devait en être pratiquée au plutôt; pour cela, on recourut à la potasse caustique, qui bientôt donna issue à un flot de pus. Depuis lors la suppuration continua pendant plusieurs mois.

Il restait à savoir si cet abcès, qui n'avait été ouvert que 117 jours après la scène de violence du 2 septembre, pouvait néanmoins être considéré comme étant une conséquence de cette même scène. Comme une instruction judiciaire était commencée contre Thomas, à l'occasion de la tentative de viol dont il s'était rendu coupable, les quatre médecins qui avaient vu la malade furent appelés à se prononcer sur la question de savoir si les 117 jours qui s'étaient écoulés depuis le 2 septembre jusqu'au 27 décembre suivant, moment de l'ouverture du foyer, embrassaient un laps de temps en rapport avec les accidents remarqués chez Eugénie Hazard, la cause de ces accidents étant supposée avoir agi le 2 septembre, tandis que l'effet n'a été constaté par l'ouverture de l'abcès que le 27 décembre. Voici les réponses de ces praticiens.

M. le docteur B.... — Il déclare qu'il ne peut répondre à cette question, parce qu'il n'a pas suivi la marche de la maladie et qu'il n'a pas reçu de renseignements à cet égard. « Il est vrai, ajoute-t-il, qu'Eugénie Hazard m'a dit, lorsque je l'ai vue, que la tumeur que j'ai remarquée à son côté droit provenait d'un coup de pied qu'elle avait reçu. Ce coup pouvait exister depuis six mois, et même depuis beaucoup plus long-temps encore, et amener les résultats qui ont été constatés. Mille faits pourraient être cités à l'appui de mon opinion, et la science l'autorise suffisamment. » Toutefois M. B... ajoute qu'il n'affirme rien dans l'espèce.

M. le docteur L.... — « Je ne pense nullement, dit-il, que les 117 jours qui se sont écoulés depuis le 2 septembre jusqu'au 27 décembre suivant embrassent un laps de temps en rapport avec les susdits accidents, car l'effet d'une cause telle qu'on la suppose aurait été constaté beaucoup plus tôt, et les tissus vivants, lésés de cette manière, n'auraient pas attendu deux mois pour donner les premiers signes de leur lésion.... La marche de cette tumeur est bien de forme aiguë, non comme dans le phlegmon proprement dit, chez une personne d'un tempérament sanguin, mais de nuance de forme aiguë, en rapport avec un tempérament plus ou moins lymphatique.... D'après les auteurs modernes et d'après Dupuytren, l'abcès aigu est ordinairement occasionné par des stimulations instantanées et violentes; or, ici, un coup, une chute, une pression violente, des efforts de même nature, ne rentrent-ils pas dans la classe des stimulations instantanées ou violentes? Le 30 novembre et le 2 décembre, je lui ai fait appliquer vingt-quatre sangsues, ainsi que des cataplasmes émollients; alors, le temps menstruel étant arrivé, je ne lui conseillai plus d'émission sanguine, mais la continuation des cataplasmes; et l'on a vu quel développement a pris cette tumeur malgré ces moyens; donc on doit inférer de là que le traitement n'a pas retardé son développement. »

M. le docteur C... — « Appelé le 20 décembre, tous les symptômes étaient, à cette date, *franchement inflammatoires; j'ignore s'il a été indolent auparavant*..... Je ne puis que répéter qu'au 20 décembre, il avait constitué un phlegmon aigu et franchement inflammatoire: le pus revêtait tous les caractères d'un pus de bonne nature, bien lié et d'un blanc crêmeux.; l'abcès provenait des tissus qui forment la paroi abdominale, car le foie se trouvait dans un état d'intégrité parfaite..... Ainsi, les 117 jours ne sont pas en rapport avec un phlegmon *aigu et franchement inflammatoire;* mais j'ignore si l'abcès a présenté ce caractère dès le principe..... La science, à ma connaissance, n'admet pas qu'un *abcès inflammatoire* puisse demeurer 117 jours *sans se faire jour. Le traitement* mis en œuvre, avant mon arrivée et après, *a dû nécessairement ralentir ou retarder la marche de l'affection.* »

M. le docteur W... — « Dans la plupart des cas, les effets seraient plus rapprochés de la cause qui a agi. *Je ne veux pas cependant nier qu'il en ait été autrement dans la question qui nous occupe.* Du reste, je n'ai vu qu'une seule fois la malade; cette visite ne me suffit pas pour répondre d'une manière satisfaisante à la question. Dans ma pratique, je n'ai jamais observé d'abcès qui se fût développé aussi long-

culeuse du poumon et du péritoine, et comme symptôme une anasarque générale et un œdème du poumon symptômatique.

Sans entrer ici dans le détail des lésions anatomiques qui caractérisent la maladie connue sous le nom de maladie de Bright, nous dirons que cette affection offre plusieurs degrés qui diffèrent entre eux par la profondeur et l'intensité des altérations de structure, depuis la simple hypérémie, ou congestion sanguine sans développement appréciable des granulations, jusqu'au développement le plus manifeste de ces granulations, assez nombreuses et assez volumineuses pour donner au tissu une apparence marbrée ou granitée.

Notre dessein n'est point d'insister plus longuement sur ces altérations organiques, sur lesquelles on trouvera de plus grands détails dans les traités spéciaux. C'est surtout sur la marche, les symptômes et le traitement que doivent porter nos réflexions.

Causes. — L'étiologie de la maladie de Bright est une chose assez importante. On a remarqué comme une cause dont on ne peut révoquer en doute la puissance le passage subit et rapide du chaud au froid, ou le séjour habituel dans des lieux froids et humides. Cette action du froid est plus évidente et plus dangereuse à la suite des fièvres éruptives, de la scarlatine surtout. Nous voyons que chez l'enfant qui fait le sujet de cet article, c'est à la suite d'une rougeole que cet enfant éprouva un brusque refroidissement, dont le premier résultat fut la production d'une angine. L'influence du froid n'est cependant pas la seule cause de la néphrite albumineuse. Une nourriture mauvaise ou insuffisante, la phtisie pulmonaire, les maladies du cœur, outre qu'elles peuvent donner lieu à des symptômes analogues à certains des symptômes de la maladie de Bright, sont des conditions sous l'influence desquelles se développe quelquefois cette affection d'une manière non équivoque.

C'est surtout à la suite des fièvres éruptives que, chez les enfants, elle se développe. L'influence des sexes semble n'être pas indifférente. Il paraîtrait que, soit chez les adultes, soit chez les enfants, la maladie dont nous parlons serait plus commune chez les hommes que chez les femmes, différence dont on n'a pu entrevoir la moindre raison. Les conditions hygiéniques peu favorables, une constitution lymphatique, sont des circonstances dont il est nécessaire de tenir compte, et dont on ne peut faire abstraction.

Symptômes. — Moins tranchés chez l'enfant que chez l'adulte, les symptômes caractéristiques de la néphrite albumineuse sont cependant le plus souvent assez évidents pour ne laisser aucun doute dans l'esprit de l'observateur. La douleur lombaire, plus commune chez l'adulte, existe rarement chez l'enfant. Nous l'avons cependant rencontré chez le petit malade qui fait le sujet de cet article. Mais les douleurs, au lieu d'être aiguës, lancinantes, comme elles le sont quelquefois, ont été, dans ce cas-ci, profondes, vagues, obscures. Du reste, on conçoit que la douleur échappe facilement chez les enfants, surtout si l'on néglige d'interroger, par la palpation et la percussion, la région lombaire.

Les hydropisies, les épanchements de sérosité dans les cavités séreuses et les infiltrations dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, sont des phénomènes extrêmement fréquents dans la néphrite albumineuse, tant chez les enfants que chez les adultes; la plus fréquente est l'anasarque, qui se rencontre dans la grande majorité des cas. Comme en même temps elle est la plus apparente, c'est souvent elle qui est notée comme le premier symptôme de la maladie. Il semblerait, d'après ce que disent les auteurs à ce sujet, qu'elle est souvent d'emblée générale. Quelquefois elle commence par la face, d'autres fois par les membres inférieurs. Souvent, comme chez l'enfant cité plus haut, la bouffissure du visage et l'infiltration des membres inférieurs se montrent en même temps. L'anasarque persiste ordinairement jusqu'à la terminaison fatale. Il est rare qu'elle se dissipe lorsque la maladie doit se terminer par la mort. Cependant il faudrait se garder de croire que sa disparution fût un signe certain de guérison. Le seul signe auquel on puisse se confier pour admettre d'une manière positive la guérison du sujet est l'absence de l'albumine dans les urines.

Pendant que la sérosité s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané, des épanchements, avons-nous dit, se forment dans les cavités séreuses, et l'on observe soit des ascites, et c'est l'épanchement le plus commun; soit des hydrothorax; soit, comme chez notre jeune garçon, des œdèmes des poumons.

Presque toujours, surtout quand l'affection approche de sa terminaison, il survient des troubles dans les fonctions digestives, de la diarrhée particulièrement, surtout chez les sujets chez lesquels une autre affection chronique, telle que la phtisie, vient compliquer la maladie principale.

Les troubles des fonctions respiratoires sont de deux sortes; ils peuvent dépendre soit de l'œdème pulmonaire consécutif et symptômatique de la néphrite albumineuse, soit d'une affection inflammatoire de l'appareil respiratoire, développée simultanément. Dans ce dernier cas, le diagnostic est facile à établir à l'aide des signes que donnent l'auscultation et la percussion. Il en est de même pour les phénomènes auxquels l'observateur peut reconnaître les affections chroniques organiques du cœur, qui produisent souvent des symptômes analogues à quelques-uns de ceux de la maladie de Bright.

Mais le symptôme le plus important, le seul vraiment caractéristique de l'affection, c'est la présence de l'albumine dans les urines. Il arrive quelquefois que la sécrétion urinaire est beaucoup moins abondante que dans l'état de santé, principalement au début. Alors elles sont foncées en couleur, sédimenteuses. Elles ne sont pâles que dans les cas où elles sont fort abondantes. Mais que les urines soient rares ou abondantes, colorées ou pâles, elles contiennent constamment une quantité plus ou moins considérable d'albumine, dont on démontre facilement la présence, soit par l'action de la chaleur, soit par l'acide nitrique.

Bien qu'habituellement le pouls soit fréquent, sa vitesse n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la maladie. Il augmente de rapidité, ou lorsqu'une phlegmasie concomitante vient compliquer la néphrite, ou lorsque la maladie approche de sa terminaison fatale.

Marche, durée. — La néphrite albumineuse peut être aiguë ou chronique. Chacune de ces formes peut elle-même être accompagnée ou non d'un mouvement fébrile. Elle débute soit par des symptômes généraux, soit sans aucun de ces symptômes, et dans ce dernier cas, les symptômes généraux ne se manifestent que lorsque l'affection existe déjà depuis quelque temps. La forme chronique, assez commune chez l'adulte, est rare au contraire chez l'enfant, surtout quand il s'agit de la forme chronique développée d'emblée. Lors cependant que cette forme chronique s'établit d'emblée, l'enfant est pâle, anémique; ses chairs sont flasques, à moins que la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire ne soit assez abondante pour donner aux téguments une rénitence factice.

Cet état persiste pendant un temps plus ou moins long, avec différents degrés dans l'intensité de l'anasarque, et dans l'abondance de l'albumine dans l'urine. Puis bientôt, à l'anasarque, se joignent des hydrothorax, des ascites, des œdèmes du poumon, et ces complications sont d'autant plus graves qu'elles sont plus étendues et qu'elles se rapprochent davantage des inflammations réelles.

La durée de la maladie de Bright est variable, selon qu'on a affaire à la forme aiguë ou à la forme chronique. Quand la maladie doit guérir, elle peut ne durer que quinze ou vingt jours; quand elle doit se terminer par la mort, elle peut durer depuis quatre ou cinq jours jusqu'à trente ou quarante environ. Les complications de phlegmasies intercurrentes peuvent, suivant leur degré de gravité, abréger plus ou moins la durée de la maladie.

La durée de la néphrite albumineuse chronique est variable aussi. Les auteurs d'un traité récent sur les maladies des enfants disent ne l'avoir pas vue durer plus de quatre mois, ni moins de quarante jours. Cependant, ils font observer qu'il est certains cas de néphrite albumineuse aiguë apyrétique dont l'apparence est presque la même que celle de la forme chronique, et que la seule différence consiste dans la durée dont la limite ne saurait être établie d'une manière fixe. Du reste, ajoutent-ils, les mêmes complications peuvent survenir dans les deux espèces, et s'y montrer avec une apparence semblable.

Il va sans dire, et nos lecteurs l'auront facilement compris eux-mêmes sans qu'il soit besoin d'y insister longuement, que la néphrite albumineuse est une maladie grave tant par elle-même que par les complications qui peuvent survenir pendant sa durée, partant que le pronostic est toujours extrêmement sérieux. Les auteurs croient avoir cependant remarqué la guérison dans une proportion assez considérable, puisque, selon eux, la moitié environ des cas se serait terminée favorablement. Nous pensons que cette proportion est peut être un peu exagérée. En effet, a-t-on fait attention que dans un grand nombre d'affections dont un symptôme est un épanchement dans une cavité séreuse, les urines contiennent souvent une assez notable quantité d'albumine, sans qu'il y ait pour cela maladie des reins? N'est-il pas démontré par l'observation de tous les jours que l'hydropisie ascite, suite de péritonite subaiguë ou chronique ou de toute autre affection indépendante d'une affection rénale, que la pleurésie avec épanchement, que l'œdème qui survient souvent à la suite de la scarlatine; n'est-il pas démontré, disons-nous, que ces hydropisies sont presque toujours accompagnées de la présence de l'albumine dans les urines? Peut-être résulterait-il de cette observation, que l'on aurait quelquefois cru avoir affaire à une maladie de Bright dont on aurait pris pour un symptôme l'hydropisie concomitante, tandis que la présence de l'albumine dans les urines n'aurait été qu'un symptôme de l'affection étrangère dont l'hydropisie était le symptôme, telle qu'une pleurésie, une péritonite chronique, etc.

Ce qui nous porterait à croire qu'il y a pu avoir assez souvent erreur sous ce rapport, c'est que deux des ouvrages les plus récents qui se soient occupés de cette affection se trouvent en contradiction formelle dans cette question, les uns prétendant que la néphrite albumineuse guérit plus facilement et plus souvent quand elle revêt la forme chronique que quand elle est aiguë; l'autre affirmant que, la plupart du temps, la maladie ne peut guérir que lorsqu'elle est aiguë. C'est un point encore obscur de la maladie, et qui a besoin d'être élucidé par de nouvelles et plus complètes observations.

Les complications de la maladie de Bright peuvent être nombreuses. Les principales sont les inflammations des mêmes organes dans lesquels il peut se faire une hydropisie. Ce seront donc de préférence les phlegmasies des membranes séreuses, puis du poumon. Ces phlegmasies ont ceci de spécial dans ce cas, qu'elles s'accompagnent d'un épanchement de liquides séreux toujours abondants, pendant que les produits inflammatoires eux-mêmes sont rares. La pneumonie, par exemple, est souvent œdémateuse. La pleurésie plus souvent

---

temps après la cause déterminante: *sans toutefois assurer qu'il n'en ait pas été autrement dans l'espèce, ce qui aurait pu être possible.* »

A côté de ces quatre réponses, où l'on peut remarquer d'assez singulières dissidences sur les mêmes points, par exemple, celle de MM. L... et C... sur l'influence qu'a dû exercer le traitement employé, nous devons mentionner l'opinion de M. le docteur A. Didot, de Dinant, qui a été chargé, à titre d'expert, d'examiner cette affaire au point de vue médico-légal et d'en faire un rapport. Ce médecin, se basant à la fois sur le détail exact des faits, sur la constitution délicate de la fille Eugénie Hazard, ainsi que sur la prédominance du système lymphatique qui existe dans sa constitution, enfin sur les opinions qui sont admises dans la science par rapport à la marche possible des accidents qui ont été observés dans le cas en question, ce médecin, disons-nous, a terminé son rapport par les conclusions suivantes :

1° « Les violences exercées le 2 septembre 184.., par Thomas sur Eugénie Hazard, sont de nature à produire l'abcès que cette jeune fille porte dans l'hypochondre droit;

2° » La marche de la maladie et les symptômes observés sont tout à fait en rapport avec la cause qui est présumée les avoir produits, et avec le temps qu'ils ont mis dans l'évolution des phénomènes qui les caractérisent;

3° » Il n'est pas à présumer qu'une cause autre que celle mentionnée ait agi comme cause déterminante ou directe, et il y a quasi certitude du contraire;

4° » Il est probable que la constitution d'Eugénie Hazard a contribué secondairement à fournir quelques éléments à la maladie qu'elle présente;

5° » Enfin, d'après la déposition d'Eugénie Hazard, il est probable qu'elle n'a pu s'opposer efficacement à la consommation du viol. »

Pendant toute la durée de l'instruction, le prévenu était resté caché; mais, aussitôt après son renvoi par-devant la Cour d'assises de Namur, il s'est constitué prisonnier. Déclaré non coupable par le jury, il a été acquitté. (*Annales médicales belges.*)

II. *Empoisonnement d'un mari par sa femme et par l'amant de celle-ci. — Peine de mort. — Cassation de l'arrêt.* (Cour de Cassation.)

Il s'agit ici de l'affaire d'empoisonnement qui s'est déroulée dernièrement devant la Cour d'assises de la Haute-Loire, affaire dont nous avons déjà fait connaître les détails, au sujet d'une divergence d'opinion entre M. Orfila et M. Dupasquier par rapport à la réalité ou plutôt à la constatation authentique, scientifiquement parlant, de l'empoisonnement dont les deux prévenus ont été reconnus coupables par le jury. Marie-Agnès Camus, veuve Pouchon, et Marie-André Rocher, condamnés à la peine de mort, se sont pourvus en cassation, et la Cour, sur le rapport de M. le conseiller Bresson, sur la plaidoirie de Me Lanvin, et d'après le réquisitoire de M. l'avocat-général Quesnault, a cassé l'arrêt de la Cour d'assises de la Haute Loire.

Lorsque l'on procédera à de nouveaux débats, nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de cette affaire qui offre un si grand intérêt sous le rapport chimico-légal; mais, en attendant ce moment, nous espérons pouvoir leur faire connaître, plus exactement qu'il ne nous a été possible de le faire jusqu'ici, l'opinion émise par M. Dupasquier : nous espérons, en effet, recevoir sous peu de ce savant professeur le Mémoire bien circonstancié qu'il a rédigé sur les faits de la cause.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Défaut de déclaration de naissance. — Sage-femme.* (Tribunal de police correctionnelle de Paris.)

Une sage-femme de Paris, madame Virginie Messager, comparaissait dernièrement devant la police correctionnelle (7e chambre), comme prévenue, 1° de n'avoir pas fait, aux termes des articles 55 et 56 du Code civil, la déclaration d'un enfant né chez elle le 21 novembre 1841, de la fille Robin, et 2° de n'avoir déclaré que tardivement la naissance d'un second enfant dont la même fille est accouchée encore chez elle le 1er août dernier.

Par rapport à la première inculpation, la prévenue répond que si elle a agi ainsi, c'est par pure discrétion. La fille Robin l'avait priée de déposer son enfant aux Enfants-Trouvés, en l'engageant à ne pas parler de cette naissance. Elle craignait qu'on ne prît des renseignements dans le magasin de broderies où elle travaillait; ce qui lui aurait fait beaucoup de tort. « Ma bonne, ajoute madame Messager, a porté l'enfant aux Enfants-Trouvés, le croyant déclaré; quant à moi, j'ai négliger d'en aller faire la déclaration. »

Quant au second enfant qui a été porté le 8 août au bureau de l'état civil, elle répond qu'il est né seulement le 5 ou le 6 août (elle n'est pas bien certaine de celui de ces deux jours auquel l'accouchement a eu lieu), et non pas le 1er, comme le prétend l'accusation.

Sur les conclusions de l'avocat du roi, qui requiert l'application sévère de l'article 346 du Code pénal (tout en annonçant qu'il fait des réserves afin de poursuivre criminellement la prévenue pour crime de faux dans la déclaration de naissance du second enfant de la fille Robin), et malgré les efforts du défenseur qui s'attache à faire ressortir le défaut d'intérêt qu'avait madame Messager à commettre les délits qui lui sont reprochés, le tribunal condamne la femme Messager à 200 fr. d'amende et aux dépens.

II. *Dispense du service militaire. — L'eau merveilleuse.* (Tribunal de police correctionnelle de Tarbes.)

Le 3 juin dernier, un jeune soldat faisant partie du 5e régiment d'infanterie de ligne, le nommé Jean Bruzon, fit citer devant le juge de paix du canton de Castelnau (Hautes Pyrénées), le sieur Jean Ricaud Talabat, dentiste, pour se voir condamner à la restitution d'une somme de 80 fr., que le demandeur disait lui avoir été escroquée à l'aide des manœuvres suivantes :

Bruzon, au moment de partir comme conscrit, fut mis en rapport avec Ricaud Talabat, qui, voulant tirer parti du dégoût qu'inspirait le métier des armes à ce jeune homme, lui promit de le rendre à la vie civile. Au moyen d'une eau merveilleuse dont il était l'inventeur et qu'il préparerait tout exprès pour lui, il devait lui procurer une bonne fièvre continue qui, sans lui occasionner le moindre mal, finirait cependant, au bout de cinq à six mois, par l'amener insensiblement à un état tel qu'il deviendrait tout à fait impropre au service militaire.

Un spécifique aussi précieux ne pouvait manquer d'être d'une valeur assez élevée : en effet, il était du prix de 80 francs. La moitié de cette somme fut payée comptant à l'inventeur; le restant fut déposé entre les mains d'un tiers chargé de le remettre à l'habile dentiste quand, après les six mois indiqués, le résultat désiré, c'est-à-dire la réforme, aurait été obtenu. Mais ces six mois s'écoulèrent, et bien d'autres encore les suivirent, sans que le jeune soldat éprouvât de changement dans sa position; car, loin d'être libéré du service, comme il s'y attendait si bien, il fut promu au grade de caporal! C'est à la suite de ce désappointement que fut lancée la citation dont il a été question plus haut.

Pour se soustraire aux poursuitee dont il était menacé, le dentiste ne crut pas devoir hésiter à restituer la somme reçue, et il s'empressa en effet de la rembourser. Mais, malheureusement, le juge de paix, dont l'attention avait été éveillé par l'objet de la malencontreuse citation, avait considéré le marché proposé par Ricaud comme une véritable escroquerie, et, en conséquence, il avait cru devoir le dénoncer au ministère public, qui traduisit le donneur de fièvre en police correctionnelle.

Devant le tribunal, Ricaud a dit, pour sa défense, qu'à l'époque où il était entré en arrangement avec Bruzon, il se trouvait dans un état de complet dénuement; que, désespérant de pouvoir se procurer l'argent dont il avait besoin, il avait eu recours à ce moyen, mais avec la ferme intention de restituer plus tard une somme qu'il ne prenait qu'à titre d'emprunt, comme il l'a prouvé par le remboursement intégral qu'il s'est hâté d'opérer à la première demande de Bruzon. Du reste, a-t-il ajouté, il avait eu si peu l'intention d'altérer la santé du jeune

accompagnée d'épanchement que de fausses membranes ou de pus. Les inflammations du tube digestif sont un peu moins fréquentes. On observe quelquefois à la fin de la maladie, comme dans le cas actuel, une diarrhée assez abondante : mais souvent, comme encore dans le cas actuel, on pourrait aussi bien la rapporter à une affection concomitante, telle que la diathèse tuberculeuse, à laquelle sont quelquefois en proie les sujets malades. Quelles qu'elles soient, les complications aggravent toujours la maladie principale.

Traitement. — Arrivons enfin au traitement, qui est la chose, sans contredit, la plus importante, une fois que l'observation des symptômes dans le détail desquels nous sommes entré, le diagnostic a été établi d'une manière positive. Comme traitement prophylactique d'abord, on doit faire attention à écarter les causes principales sous l'influence desquelles nous avons dit que se développait souvent la maladie de Bright, nous voulons parler du froid et de l'humidité tenant aux habitations, de la mauvaise nourriture, etc. Nous devons ajouter que souvent, eu égard aux conditions de fortune dans lesquelles se trouvent les parents, il est impossible de soustraire les enfants à ces pernicieuses influences. Une fois la maladie déclarée, un traitement actif doit être dirigé contre elle. Il est, en général, assez simple. Quand la maladie suit une marche aiguë, fébrile, on peut employer avec succès les émissions sanguines générales ou locales, plus souvent ces dernières, mais peu abondantes et peu nombreuses. On joindra à ces antiphlogistiques les cataplasmes sur la région douloureuse, les boissons émollientes et légèrement diurétiques. Comme diurétiques, on peut conseiller le nitrate de potasse à faible dose dans la tisane. Cette dose de nitrate de potasse a pu être portée sans inconvénient depuis 0,50 jusqu'à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. L'oximel scillitique a été mis en usage aussi avec quelque succès dans un certain nombre de cas ; mais on ne doit jamais regarder ces boissons que comme des moyens adjuvants et auxiliaires qui seraient peut-être inutiles s'ils n'étaient secondés par une thérapeutique plus active. La digitale peut être encore employée, mais à dose très faible; une infusion de 2 à 3 grammes de feuilles de digitale dans 100 à 150 grammes d'eau bouillante, constituera, convenablement édulcorée, une potion à prendre dans les vingt-quatre heures.

Les purgatifs, quoique pouvant être administrés seuls, auront plus de succès, en général, après l'emploi des émissions sanguines, à moins que la constitution de l'enfant ne soit déjà détériorée ou affaiblie par des maladies précédentes, comme chez l'enfant dont nous avons raconté l'histoire. On se bornera, le plus souvent, à des purgatifs salins, et l'on n'usera qu'avec la plus grande prudence des drastiques, tels que le jalap, la scammonée, etc. Il est bien entendu que les purgatifs devront être abandonnés aussitôt que les moindres symptômes diarrhéiques viendront à se manifester. Ils ne doivent être mis en usage que dans les cas où le tube digestif est parfaitement

Les sudorifiques, que l'on a recommandés puissamment, n'ont pas été sans quelque influence sur la marche de la maladie, soit aiguë, soit chronique. Ils ont consisté principalement en bains de vapeur administrés à l'enfant sans le sortir de son lit. Enfin, et comme dernière ressource, on a vu mettre en usage les révulsifs cutanés, les vésicatoires sur la région lombaire, mais sans que les effets qu'ils ont produits aient pu être manifestement appréciés.

Nous ne parlerons point du traitement des complications. Les maladies qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright seront traitées comme elles le seraient chez des enfants bien portants du reste, en subissant seulement les modifications nécessitées par l'affaiblissement de la constitution du sujet, produit par la maladie principale.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Ongle incarné opéré sans succès par diverses méthodes, guéri radicalement par le procédé de M. Baudens. (Observations recueillies par M. BAELEN.)

D..., soldat au 62e régiment de ligne, couché au lit 39, salle 31, est atteint, depuis plusieurs années, d'un ongle incarné au côté interne du gros orteil du pied droit.

Ce militaire, dont la famille est blanchisseuse à Boulogne, près Paris, a été admis plusieurs fois dans les hôpitaux civils pour y chercher la guérison de son mal.

Vainement a-t-on eu recours à la plaque de plomb, à la destruction par l'emploi du bistouri des fongosités qui débordaient sur le côté de l'ongle ; vainement a-t-on détruit avec le caustique la portion de l'ongle incarné ; ces moyens infidèles n'ont eu que des succès passagers ; l'infirmité est redevenue plus grave que jamais.

M. Baudens a eu recours au moyen qu'il a imaginé il y a quatorze ans, et que depuis il a mis tant de fois en usage avec le plus grand succès.

On sait que Dupuytren avait une prédilection marquée pour le procédé de l'arrachement, et que ce moyen, extrêmement douloureux, ne met pas à l'abri d'une récidive.

L'ongle, dont on avait préalablement circonscrit la matrice avec la pointe d'un bistouri, on l'arrachait après avoir engagé à sa partie centrale un lame de ciseaux pour en faire la division. L'arrachement opéré, on détruisait les fongosités avec le bistouri, et plus souvent encore avec le cautère actuel. Toutes les indications, M. Baudens les résume en un seul temps opératoire dont la rapidité égale la sûreté, la précision, et exclut la douleur.

Le doigt sur lequel on doit opérer est tenu comme une plume ; au moment de le tailler le bistouri est saisi à pleine main comme le canif dont on va se servir pour tailler une plume.

Le tranchant est engagé vivement et perpendiculairement à deux lignes au-delà de la naissance de l'ongle, pour embrasser sa matrice ; puis ramené horizontalement, il rase la phalange et emporte d'un seul coup matrice de l'ongle, portion de l'ongle incarné, fongosités.

Quelques secondes suffisent ; l'opéré a à peine le temps de percevoir la douleur tant elle est instantanée.

Il reste une plaie que l'on panse simplement et que l'on couvre de compresses imbibées d'eau froide, pour prévenir une forte inflammation, et après quinze jours celle-ci se couvre d'une cicatrice dure, d'apparence cornée. La guérison est définitive.

Staphylomes des deux yeux compliqués de leucoma et de perte complète de la vue, traités par la méthode des ponctions multiples de M. Baudens. Guérison des staphylomes ; recouvrement partiel de la vue.

J..., marin, âgé de vingt-six ans, a contracté, à bord d'un bâtiment baleinier, une ophthalmie qui a été traitée par les saignées générales et par quelques collyres. Cette affection n'a jamais cédé, et après un an d'invasion, quand, le 15 août dernier, ce malade est entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, voici dans quel état il était :

Les cornées sont tellement proéminentes, et le globe oculaire fait tellement saillie que les paupières ne peuvent plus se fermer ; plusieurs taies siégent sur ces cornées, et entre elles il existe des espaces libres bleuâtres offrant des bosselures. Dans ces points la cornée, poussée en forme de hernie par l'humeur aqueuse, est évidemment considérablement amincie ; la vue est détruite des deux côtés, seulement le malade distingue encore le jour d'avec la nuit. La conjonctive oculaire est rouge, injectée, comme variqueuse.

M. Baudens fait pratiquer deux petites saignées du bras à quelques jours de distance, et donne, dans l'intervalle, quelques purgatifs légers. Les vaisseaux variqueux furent excisés, et les points herniés de la cornée furent ponctionnés au moins douze à quinze fois dans l'espace de six semaines, en évitant de porter la pointe de la lancette sur le centre de la cornée transparente.

A chaque ponction, l'humeur aqueuse s'échappait avec force ; les enveloppes oculaires revenaient sur elles-mêmes ; le globe oculaire, affaissé, reprenait son volume normal. En même temps les leucoma diminuait d'étendue et d'épaisseur ; la vue gagnait sensiblement.

Plus tard on fit usage de collyres astringents, et surtout composés avec le nitrate d'argent. Des révulsifs furent appliqués à la nuque, et après six semaines de ce traitement l'hydropisie oculaire a complètement disparu, et la vue s'est suffisamment améliorée pour que le malade puisse distinguer les gros objets et se diriger sans secours étranger.

Ce succès tout récent et dont les élèves du Val-de-Grâce ont été témoins, vient donner un nouveau prix à la méthode des ponctions coup sur coup pour le traitement des hydropisies en général imaginé par M. Baudens. Plusieurs succès de ce genre, extraits de la clinique de ce chirurgien, ont été déjà publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, et lui assurent la priorité d'un traitement dont les praticiens, nous l'espérons, sauront apprécier les avantages.

Luxation huméro-cubitale avec tuméfaction considérable. Réduction le troisième jour par la méthode de M. Baudens. Emploi de la glace pendant vingt-cinq jours

Au n° 3 de la salle 29 est couché un garde municipal, âgé de vingt-huit ans, qui, par suite d'une chute violente sur le sol, s'était luxé depuis vingt-quatre heures l'articulation huméro-cubitale du côté droit quand il est entré au Val-de-Grâce.

Le membre thoracique est le siége d'une énorme tuméfaction, deux à trois fois le volume normal ; il est rouge, chaud, douloureux, étendu, sans pouvoir être fléchi. On présume une luxation huméro-cubitale, mais les saillies osseuses ont disparu sous l'énorme tuméfaction des parties molles ; il faut se borner à des conjectures, avant tout combattre les accidents actuellement existants et prévenir un érysipèle phlegmoneux.

Deux saignées de 4 à 500 grammes sont pratiquées dans les premières vingt-quatre heures, et le membre thoracique est recouvert de glace absolument comme une bouteille de vin de Champagne. Au bout de trois heures de l'emploi de ce moyen, l'excès de calorique étant tombé, le chirurgien voulut prévenir la congélation, et se contenta de mettre sur le membre des compresses recouvertes de distance en distance par de petits glaçons pour s'opposer à la réaction et laisser le membre dans un bain froid.

Cette médication fut suivie immédiatement d'un état de sédation bien prononcé. La douleur disparut comme par enchantement, la tuméfacton tomba, le membre devint souple, et au bout de quarante-huit heures, il fut facile de reconnaître avec les saillies osseuses la luxation du coude en arrière.

Cette luxation fut immédiatement réduite par la méthode de M. Baudens. Celle-ci consiste à faire soutenir solidement le bras, à faire opérer des tractions douces et graduées sur l'avant-bras, et à ne commencer celles-ci que lorsque le chi-

---

soldat que la boisson qu'il lui avait fait prendre consistait seulement en une infusion de chicorée sauvage.

D'après le rapport des témoins, ce dernier fait serait exact ; car, toutes les fois qu'ils ont questionné Bruzon sur l'effet que le remède produisait en lui, il n'a jamais manqué de leur répondre que, plus il en prenait, et plus son appétit devenait fort.

Néanmoins les débats ne sont pas venus à l'appui de tous les dires de l'inculpé ; il a été prouvé, en effet, que Bruzon n'était pas le premier conscrit auquel il se fût adressé pour contracter un emprunt de ce genre ; et, bien plus, deux témoins ont déposé qu'il leur avait proposé de les associer à son trafic et au gain qui lui en revenait, s'ils consentaient à lui chercher des dupes lors du tirage au sort.

En présence de ces faits, le tribunal ne pouvait que reconnaître comme établi le fait d'escroquerie reproché à l'inculpé, et c'est ce qui a eu lieu ; puis, lui faisant application de l'article 405 du Code pénal, modifié par l'article 463 du même code, il l'a condamné à un mois de prison.

IV. *Exercice illégal de la pharmacie.* (Tribunal correctionnel de la Seine.)

L'exercice de la pharmacie, à Paris surtout, exige une aptitude reconnue et constatée, la responsabilité qui peut peser sur le pharmacien, par suite d'une erreur ou d'une négligence, étant d'une extrême gravité. Aussi, l'administration exerce-t-elle une surveillance assidue, afin de prévenir les accidents qui se renouvellent chaque année, malgré tout son zèle, par suite de la vente de médicaments avariés ou mal choisis.

Dans le courant de mai dernier, M. le préfet de police fut averti qu'un sieur Richard, titulaire d'un diplôme de pharmacien, ne dirigeait pas lui-même sa pharmacie, située rue Neuve-Saint-Augustin, où se fournissent plus habituellement les Anglais résidant à Paris et les personnes attachées à l'ambassade anglaise.

Par suite de renseignements ultérieurs, on sut même que le sieur Richard n'habitait pas ordinairement le local où s'exploite sa pharmacie, et qu'il n'y était en quelque sorte que le prête-nom d'un sieur O'Grady, docteur en médecine. Celui-ci dirigeait réellement la confection et la vente des médicaments de concert avec ses deux fils, qui ont comme lui un intérêt considérable dans cette officine, et en partagent les produits avec leur père dans la proportion de leur mise.

C'était ainsi, comme on l'a dit à l'audience, une véritable association en commandite pour assurer le plus prompt et le plus avantageux débit des drogues de toute espèce dont l'établissement des sieurs Richard, O'Grady et compagnie était si abondamment pourvu.

L'autorité ayant été ainsi avertie, le 4 mai dernier, sur l'invitation de M. le préfet de police, un professeur de l'école de pharmacie se présenta, en compagnie de M. le commissaire de police du quartier, rue Neuve-Saint-Augustin, à la pharmacie désignée, pour constater l'état des médicaments, leur quantité et leur qualité, ainsi que celle de la personne qui était à la tête de la maison. Le premier élève n'était autre que le fils aîné du docteur O'Grady, qui répondit aux questions qui lui furent adressées, que M. Richard, le titulaire, était à la campagne pour raison de santé depuis plusieurs mois, et qu'on ignorait son adresse. Le jeune homme ajouta même que les médicaments étaient préparés et vendus par son père et par lui. Lesdites déclarations et les réponses intervenues à la suite furent constatées dans un procès-verbal, transmis à M. le procureur du roi.

En conséquence, MM. O'Grady et Richard furent cités en police correctionnelle sous la prévention d'avoir, l'un, M. O'Grady, illégalement exercé la pharmacie ; l'autre, M. Richard, de s'être rendu complice du même délit, prévu par les lois du 21 germinal an XI et 29 pluviôse an XIII.

Malgré tous les motifs que leurs défenseurs ont pu faire valoir en leur faveur, ils viennent, sur les conclusions de M. l'avocat du roi, d'être condamnés à 200 francs d'amende et aux dépens.

§ III. JUSTICE ADMINISTRATIVE.

Patentes. — Médecin. — Exemption. (Conseil-d'Etat.)

Le médecin attaché à l'Hôtel-Dieu d'une ville, par arrêté du préfet, alors qu'il y exerce un service permanent, doit être, aux termes de l'article 29 de la loi du 1er brumaire an VII, déchargé de la patente de médecin.

Ainsi jugé sur les conclusions conformes de M. Boulatignier, maître des requêtes, remplissant les fonctions du ministère public, par réformation d'un arrêté du conseil de préfecture de la Loire-Inférieure, du 4 août 1841, qui avait maintenu au rôle des patentes M. Mareschal, attaché, par arrêté préfectoral, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où il exerce un service permanent. (*Gazette des Tribunaux.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la photophobie scrofuleuse chez les jeunes enfants ; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

Pr. Cinabre artificiel,	1 gramme ;
Poudre de feuilles de belladone,	5 centigrammes ;
Poudre de ciguë	5 centigrammes ;
Iode,	5
Sucre blanc,	8 grammes.

M. et F. S. A., une poudre parfaitement homogène qui devra être divisée en vingt paquets bien égaux.

Cette poudre, destinée spécialement aux enfants d'un à trois ans, leur est administrée à la dose d'un paquet, matin et soir.

En même temps, il convient d'employer à l'extérieur le *baume ophthalmique de Saint-Yves*, ou encore la pommade suivante :

Pr. Beurre frais,	8 grammes ;
Iodure de potassium,	10 centigrammes.

M. et F. S. A., une pommade parfaitement homogène.

On peut aussi accélérer la guérison en recourant à l'emploi des bains avec addition de sel de cuisine.

Les applications de sangsues doivent être rejetées tout à fait ; car, dans la photophobie, l'inflammation scrofuleuse a son siége dans la paroi postérieure de la sclérotique qui est, comme on le sait, très pauvre en vaisseaux sanguins.

Dans les cas opiniâtres, on prescrit avec avantage l'application de petits vésicatoires à la région des tempes, et on a soin d'en entretenir et d'en exciter la suppuration aussi vivement que possible.

M. Pitschaft fait observer que plus l'affection se prolonge, et plus elle s'étend en envahissant la conjonctive, la cornée et les paupières.

(*Hufeland's Journal.*)

Emploi du chlorure de zinc contre l'odontalgie ; par M. le docteur STANELLI, de Kasten.

Suivant M. Stanelli, le chlorure de zinc, tombé en deliquium par suite de son exposition à l'air, compte au nombre de ses propriétés medicinales celle de calmer la douleur des dents.

Son mode d'application est des plus simples. A l'aide d'un petit pinceau, on en porte une petite quantité dans la cavité de la dent douloureuse, et, dans l'espace de quelques minutes, il en appaise les souffrances les plus aiguës, sans d'ailleurs en irriter aucunement les nerfs.

Avant de procéder à l'application, il est indispensable d'entourer soigneusement la dent avec du coton ouatté, et puis, lorsque le chlorure a été appliqué, de bien remplir la cavité avec cette même sorte de coton. Enfin on termine par laver la bouche avec un peu d'eau tiède.

L'auteur affirme qu'il a obtenu un succès constant de ce moyen dans plus de cinquante cas, et que jamais il n'a observé que la marche de la carie en ait été rendue plus active.

(*Annali universali di medicina.*)

rurgien a appliqué sur le sommet de l'olécrane qui est remonté ses deux pouces croisés l'un sur l'autre pour leur donner une plus grande puissance; lorsque le chirurgien, faisant effort avec ses pouces sur l'olécrane pour le faire descendre, s'aperçoit qu'il obtient le résultat désiré, il se fait aider au besoin par les aides chargés de tirer sur la main et l'avant-bras, et quand il est arrivé au degré voulu, il opère, à l'aide des autres doigts croisés sur le pli du bras, un mouvement de bascule en avant qui remet dans leurs rapports normaux les surfaces articulaires.

La glace fut reprise ensuite et continuée encore une vingtaine de jours, tant qu'il resta dans le membre un excès de chaleur et de la disposition à de la réaction; puis on eut recours à des fomentations de fleurs de sureau, froides d'abord, puis tièdes. Chaque jour le malade imprimait au membre quelques mouvements, et, après six semaines, il est sorti guéri, sans aucune gêne dans l'articulation du coude. Cela a eu lieu chez le militaire qui fait l'objet de cette observation.

Varices du membre pelvien droit opérées avec succès par l'emploi de la potasse caustique.

F..., soldat au 17e léger, est porteur, depuis plusieurs années, d'énormes paquets variqueux sur tout le membre pelvien du côté droit, mais surtout en dedans et au-dessous du genou.

Cette infirmité nécessita la réforme de ce militaire, qui, hors d'état de pourvoir à sa subsistance, s'adressa au chirurgien en chef du Val-de-Grâce, dans le service duquel il entra, salle 31, lit 45.

Après avoir exposé, dans une leçon clinique intéressante, les diverses méthodes curatives, le professeur s'est principalement arrêté à celles qui consistent à lier le vaisseau par une ligature sous-cutanée, ou à le détruire par la potasse caustique.

Récemment il avait eu occasion de guérir d'un énorme varicocèle un élève de l'Ecole polytechnique qu'il avait soumis au traitement par le fil constricteur sous-cutané. Cette fois, il fit choix de la potasse caustique, si préconisée par une foule de chirurgiens d'un haut mérite.

Deux traînées de potasse caustique, larges comme le dos d'un couteau, dans une rigole pratiquée dans quelques morceaux de sparadrap superposés, furent placé, à six jours de distance, sur d'énormes cordons variqueux situés à la face interne de la jambe.

Deux eschares profondes et étroites survinrent; elles tombèrent au bout de douze jours, et après un mois d'un traitement simple, les plaies qu'elles avaient engendrées étaient couvertes d'une cicatrice dure et résistante. Le malade resta encore quelque temps à l'hôpital, se livra à de grands exercices, à des marches forcées, et, à sa grande satisfaction, il put se convaincre que le mal était réduit des quatre cinquièmes. Il quitta l'hôpital et retourna chez ses parents plein de joie.

M. Baudens a expérimenté plus d'une fois la ligature sous-cutanée et la potasse caustique. Il n'a pas eu encore à combattre les accidents redoutables de la phlébite, qui malheureusement font à juste titre tant redouter le traitement des varices.

A ce point de vue, il n'a pas le droit de faire un choix entre l'une et l'autre de ces méthodes. Toutefois, il pense que la ligature sous-cutanée est moins longue à guérir, qu'elle n'entraîne pas une suppuration dont l'abondance peut parfois être préjudiciable. Il est des cas surtout où il donne toujours la préférence à la ligature; c'est lorsqu'il a affaire à un varicocèle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 août 1843. — Présidence de M. Fl. Léger.

La Société reçoit : 1° Le Bulletin des séances de la Société médicale de Tours; 2° un manuscrit sur le traitement de la blennorrhagie, par M. Corbel-Lagneau, qui demande à faire partie de la Société. MM. Terrier et Foucart sont chargés de rendre compte de ce travail.

— *M. Puzin* présente une malade dont l'affection lui semble digne d'intérêt, et sur la nature de laquelle il sollicite les avis de la Société.

C'est une femme du *Point-du-Jour*, près Paris, qui vint le consulter il y a peu de temps pour une dysphagie. En examinant la gorge, il découvrit à son fonds, sur cette partie de la muqueuse qui tapisse la colonne vertébrale, une petite ulcération qu'il cautérisa légèrement avec le nitrate d'argent. Pendant quelques jours la malade avala plus facilement, mais la dysphagie revint bientôt. En explorant la gorge avec le doigt, il sentit des granulations assez volumineuses, disséminées autour de la glotte. M. Robert conseilla de toucher la gorge avec du miel rosat et de l'alun, ce qui fut fait sans résultat bien marqué. D'après l'avis de M. Trousseau, on porta dans la gorge une petite éponge attachée au bec d'une sonde d'argent, et imbibée d'une solution de nitrate d'argent. Enfin, continue M. Puzin, pour porter aussi loin que possible l'instrument explorateur, je passai un mandrin d'argent très mince dans la sonde; j'y fixai l'éponge, et je le poussai aussi loin que possible. J'acquis ainsi la certitude qu'il existait des végétations à partir du pourtour de l'épiglotte, jusqu'à un travers de doigt ou deux du cardia. La maladie date de quatre mois; cette femme n'a point eu d'affection vénérienne.

M. Ch. Masson. Le hasard m'a fourni l'occasion de traiter une malade qui pourrait servir de pendant à celle de M. Puzin. Je fus appelé à donner des soins à une vieille dame qui portait des végétations dans la gorge, végétations qui s'étendaient fort avant dans l'œsophage. J'employai des gargarismes astringents, je touchai les parties que je pus atteindre avec des solutions cathérétiques; la malade alla mieux, je la perdis de vue. Plus tard, je fus rappelé près d'elle pour une fracture du col du fémur. Je voulus m'informer de l'état de la gorge; en portant le doigt le plus avant possible, je trouvai des granulations autour de la glotte, et je m'aperçus avec étonnement que le voile du palais était troué à y passer le doigt. Bien que cette dame occupât une position qui ne permettait guère de supposer qu'elle eût eu une affection syphilitique, je me décidai à lui donner le sublimé à doses fractionnées. La maladie alla assez bien pour que je pusse la regarder comme guérie.

M. Duhamel. Je suis fort aise de savoir que le traitement mercuriel a réussi dans l'observatinn curieuse que M. Masson vient de rapporter. J'ai vu, il y a peu de temps, trois malades qui se présentaient dans des circonstances à peu près semblables. Je proposai un traitement anti-syphilitique; mais les confrères appelés en consultation s'y opposèrent. J'en ai d'autant plus de regret que l'observation de M. Masson vient fortifier mon opinion.

M. Pédélaborde. En général, lorsque les maladies dont la nature est obscure présentent de l'opiniâtreté, il faut avoir toujours l'œil sur la syphilis; car il est étonnant combien cette maladie est commune. Aux consultations de la charité, que je suis habituellement, M. Velpeau donne souvent, comme par inspiration, le traitement mercuriel; on est étonné de voir revenir les malades, au bout de douze ou quinze jours, avec une amélioration remarquable.

M. Serrurier lit un travail sur l'opportunité de l'emploi du sulfate de quinine dans les fièvres typhoïdes. Après avoir démontré qu'on est encore loin d'être fixé sur le diagnostic différentiel de cette maladie par rapport aux fièvres qui la simulent, M. Serrurier prouve, par l'étude des auteurs anciens, qu'on la guérissait avant l'importation de l'écorce du Pérou.

« Les discussions que le sulfate de quinine soulève dans le sein des sociétés médicales, de l'Académie particulièrement, auront-elles pour résultat, dit M. Serrurier, de fixer une fois pour toutes l'opinion sur l'appréciation de son emploi contre la fièvre typhoïde, et sera-t-on forcé d'avouer que la méthode pratique qui guérit est la meilleure? Je ne saurais le penser; tant de contradictions naissent parmi les hommes, que celui qui a raison aujourd'hui est démenti demain par la raisnn même. C'est donc à l'expérience qu'il faut avoir recours; c'est par des exemples particuliers et propres à chaque médecin; c'est en opposant des faits à des faits, moyen rationnel et unique, que l'on pourra espérer parvenir à une conclusion définitive.

» En effet, qui de nous, déjà arrivé à une période avancée de pratique médicale, n'a pas remarqué que telle fièvre typhoïde, combattue par tel procédé, a été guérie, et telle autre, par une modification apportée au procédé premier, le médecin ne s'étant imposé d'autre règle à suivre que de considérer la nature dans sa marche, de l'étudier dans sa conduite, de la seconder dans ses efforts, et d'arriver avec elle au terme heureux de sa longue et pénible course. »

M. Serrurier insiste ensuite sur les conditions inhérentes à la maladie ou à l'individu, et propres à indiquer ou à repousser l'administration du médicament. « Je me rappelle, dit-il, avoir été atteint à l'âge de dix ans, d'une fièvre que l'on nommait alors fièvre *putride maligne*, dont la durée dépassa 35 jours. La maladie fut terminée simplement à l'aide d'évacuations déterminées par de l'eau de veau émétisée, par une boisson habituelle de limonade ou d'eau d'orge, acidulée avec de la gelée de groseille; puis le tout se termina par deux purgatifs préparés avec le séné, la rhubarbe, la manne, le tamarin et le sulfate de soude. Ma santé se rétablit malgré le danger que j'avais couru. Il ne fut jamais question de m'administrer le quinquina; seulement, en raison de la faiblesse de l'estomac, le médecin me mit encore pendant quelque temps à l'usage de la poudre de rhubarbe et de simarouba, que je prenais entre deux tranches de soupe. Mais s'ensuit-il de cet exemple que toutes les fièvres typhoïdes doivent être traitées de la sorte? et si ces fièvres, n'offrant pas une complication trop prononcée d'adynamie, ont été guéries ou guérissent sans le secours du quinquina et de ses préparations, doit-on en conclure qu'on doive l'exclure du traitement des fièvres typhoïdes proprement dites, accompagnées de tout le cortége qui les distingue. »

Après avoir démontré que la fièvre typhoïde peut se terminer heureusement sans usage de quinine, notre honorable confrère établit la nocuité de cette substance donnée à trop haute dose ou mal à propos. Arrivant aux indications rationnelles de ce médicament, il prouve d'abord qu'avant sa découverte, les maladies dans lesquelles on l'emploie aujourd'hui avec succès, cédaient à d'autres moyens. Quant à ce qui concerne son emploi dans la fièvre typhoïde, M. Serrurier pense qu'il est entièrement abandonné aux phénomènes de la maladie, au tempérament de l'individu, et aux circonstances qui l'entourent. Il rapporte deux observations de fièvre typhoïde, dans lesquelles le sulfate de quinine donné à propos, parvint à conjurer les symptômes formidables qui eussent infailliblement entraîné la perte du malade.

M. Serrurier termine ainsi :

« Les considérations dans lesquelles je suis entré au commencement
» de ce mémoire, se trouvent appuyées et résumées dans les faits que
» je viens d'exposer; elles se réduisent en définitive à dire : usez du
» sulfate de quinine dans les moments d'opportunité, sans toutefois le
» regarder comme unique dans ses effets, lorsqu'ils peuvent être secon-
» dés et même obtenus par d'autres moyens combinés ou non combi-
» nés avec lui, avec autant d'avantage que dans les cas qui paraissent
» le plus requérir son administration. Ne nous laissons point entraîner
» par l'enthousiasme; déposons aux pieds de l'expérience toutes ces
» théories, enfants orgueilleux d'une imagination ardente, qui, après
» avoir fait beaucoup de bruit, va s'éteindre dans un profond et éter-
» nel silence. »

M. Eguisier cite trois faits qui viennent à l'appui des questions émises par M. Serrurier.

M. Puzin en cite aussi. Lui-même a été atteint d'une fièvre typhoïde, dont il a été guéri par l'emploi opportun du quinquina.

M. Tanchou. Je ne viens pas contester l'efficacité du quinquina dans les fièvres typhoïdes, mais il ne faudrait pas trop en généraliser l'emploi. Je ne puis oublier qu'à l'armée, où les fièvres typhoïdes sont très fréquentes, c'était quelquesfois lorsque nous n'avions plus de quinquina que nous guérissions le mieux. Je me rappellerai toujours, entre autres faits remarquables, que parti de Kleigenfurt pour accompagner un convoi de soldats atteints de fièvre typhoïde, nous manquâmes pendant un trajet de 35 lieues, de médicaments. Les malades n'avaient que de l'eau froide à leur disposition; ils étaient presque entièrement exposés à l'air sur des fourgons, qu'ils ne quittèrent pas durant toute la route; *je n'en perdis pas un seul.* Sur la fin des fièvres typhoïdes, le besoin d'alimentation fait naître souvent une série de symptômes nerveux qu'on attaque à tort par le quinquina. Il est vrai qu'il se forme une réaction, et l'économie reprend le dessus, comme dans les cas cités par M. Serrurier; mais d'autres fois elle succombe.

M. Masson. croit qu'on se méprend souvent sur la nature de la maladie. Il survient quelquefois une complication nerveuse des plus pernicieuses; c'est alors que le sulfate de quinine triomphe.

M. Duhamel appuie l'opinion de M. Tanchou, relativement au besoin d'alimentation à la fin de la maladie.

La question soulevée par M. Serrurier est continuée à la séance prochaine, vu son importance.

Le secrétaire annuel, Eguisier.

On lit dans la journal *la Clinique* de Marseille, du 1er octobre:

« M. le docteur Fabre, ancien médecin en chef de la Charité, a succombé ces jours derniers à une courte maladie. Cette mort attriste tout le corps médical de notre ville, qui avait su apprécier les qualités d'honnête homme et de médecin dévoué que possédait ce praticien. »

Voici comment s'explique sur le même sujet un autre journal de cette ville:

« M. le docteur Fabre, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, est mort avant-hier jeudi, après une maladie de quelques jours, qui était loin d'annoncer d'abord une issue si prompte et si malheureuse. Attaché à l'hospice pendant quarante années, chéri de la population de la vieille ville, à laquelle il donnait tous ses soins, sa carrière médicale fut honorable autant qu'heureuse; et quand les suites d'une attaque d'apoplexie l'obligèrent, il y a deux ans, à quitter sa maison pour celle de sa fille, une foule immense suivit avec attendrissement la chaise à porteurs qui l'enlevait à son quartier. Sa maladie ne porta atteinte ni à ses facultés intellectuelles, ni même à ses traits si remarquables par leur conservation. Il vivait en patriarche au milieu de trois générations d'enfants, et son humeur ne se ressentait point de ses infirmités, quand un mal peu dangereux en apparence est venu l'atteindre. Il ne s'est pas mépris sur sa gravité, et a demandé et reçu les derniers secours de la religion avec un empressement digne de la piété dont il se faisait honneur. Son seul regret en mourant a dû être de ne pas voir auprès de son lit un fils dont les travaux étaient l'honneur de sa vieillesse, M. le docteur Fabre (de Paris), rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur de plusieurs ouvrages importants sur les sciences médicales, et qui se fit comme poète une juste réputation par des satires pleines de verve, dirigées contre les abus qui déparent sa noble profession. » (*Gazette du Midi.*)

Correspondance.

Mon cher confrère,

A la réclamation que vous avez insérée dans votre dernier numéro, concernant l'enseignement soi-disant libre de l'Ecole pratique, permettez-moi de joindre la mienne. On sait que de 1834 à 1839 j'ai fait constammeot des sours de chirurgie à l'Ecole pratique. A compter de cette dernière époque, précisément après le fameux rapport de M. Ollivier à l'Académie de médecine sur mes expériences, et la discussion animée que j'ai dû soutenir corps à corps contre M. Orfila dans le cabinet de M. le préfet de police, il a plu à M. le doyen de me défendre de sa propre autorité de faire des cours. Mes cours, cependant, étaient gratuits, assez suivis, et n'ont jamais donné lieu à un désordre quelconque. J'ai réclamé deux fois depuis lors auprès de M. Orfila lui-même; pas de réponse. En 1840 et 1841, je me suis présenté de nouveau à l'Ecole pratique pour m'inscrire sur les registres, afin de reprendre mes cours; le conservateur des amphithéâtres, M. Gaucherand, m'a répondu qu'il y avait toujours ordre formel du doyen de m'en défendre l'accès.

Ainsi l'enseignement de l'Ecole pratique est tellement libre qu'il suffit du caprice ou d'une vengeance personnelle du doyen pour être défendu d'y faire des cours gratuits dans l'intérêt de la science et des élèves.

Agréez, etc.

Rognetta.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 120. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 9 OCTOBRE 1843.

Nous avons appris avec étonnement, et disons-le, avec peine, la nouvelle du procès en diffamation intenté par M. J. Guérin contre deux chirurgiens des hôpitaux de Paris, nos confrères en journalisme, MM. Vidal (de Cassis) et Malgaigne. Nous disons avec peine, non pas que l'issue de ce procès nous inquiète pour nos deux honorables confrères, mais parce qu'il est inouï et sans exemple que l'on ait déféré devant les tribunaux, à moins de recourir aux traditions burlesques des procès sur l'antimoine, une question de science et de principe. Tout d'abord, pour l'honneur, la dignité et la liberté de penser et d'écrire, nous devons hautement protester contre cette malheureuse et déplorable tentative pour étouffer toute discussion gênante. Le procédé serait commode s'il était praticable; nous espérons bien que les juges réduiront à leur valeur des prétentions aussi malheureusement exorbitantes.

La loi nous défend d'entrer dans le fond même du procès, et sous le feu de la passion nouvelle de M. Guérin pour le papier timbré, nous nous garderons bien de lui donner un nouvel aliment contre nous-même. Nous nous bornerons à quelques courtes remarques, qui mettront l'affaire dans son véritable jour.

Deux lettres ont été publiées : l'une dans *Le Siècle*, l'autre dans la *Gazette des Hôpitaux*, signées *plusieurs chirurgiens des hôpitaux*. M. Guérin a crié à l'injure et à la calomnie, et par deux fois, dans son journal, sommé de par l'honneur et à cause de la *responsabilité de plus d'un genre qui peut en résulter*, les signataires de se faire connaître. Seize chirurgiens des hôpitaux de Paris répondent à cet appel, acceptent tous les genres de responsabilité de ces deux lettres, et leur déclaration est corroborée par l'adhésion de presque tous les autres chirurgiens, jeunes et anciens, par les hommes les plus éminents et les plus recommandables. Que fait M. Guérin? Il choisit deux noms dans cette longue liste, deux noms qui peuvent fort bien n'être pas ceux des rédacteurs véritables de ces deux lettres, et il les traduit en police correctionnelle, leur demandant à chacun pour ce fait aggravé, dit-il, de quelques articles publiés dans les journaux de ces chirurgiens, VINGT MILLE FRANCS de dommages et intérêts!

Cependant, M. Guérin est un homme intelligent; il a un journal dans lequel il ne s'est pas fait faute, et il en avait le droit, de répondre ce qu'il a cru convenable à sa défense. La *Gazette des Hôpitaux*, en outre, lui a libéralement en toute occasion ouvert ses colonnes; il a souvent et largement usé de notre libéralité, et c'est quand on possède des éléments aussi riches de publicité qu'on s'adresse à la police correctionnelle! C'est alors qu'au, lieu de se défendre ou de combattre au grand jour, on va s'envelopper des mystères d'un procès en diffamation dont il est défendu de rendre compte!

A voir l'impression générale, nous pourrions dire unanime, que la détermination de M. Guérin a produite sur les esprits, on peut prévoir les tristes résultats qu'il en retirera. D'abord, ce n'est pas seulement deux adversaires que M. Guérin trouvera devant les juges, mais bien les seize signataires qui l'ont mis en émoi. Ils y viendront réclamer leur part de solidarité et de responsabilité dans l'inqualifiable action que M. Guérin intente à deux de leurs collègues. Ils y viendront appuyés de l'adhésion des noms les plus considérables, des hommes les plus éminents dans la chirurgie parisienne. Bon gré malgré, le débat sortira des vulgaires limites d'un procès en diffamation; il s'élèvera à la hauteur d'une question de pratique, aux proportions d'une question de principes.

Certes, il sera beau de voir seize jeunes chirurgiens assistés de leurs anciens venir réclamer le droit de libre discussion contre un homme de la presse, et démontrer clairement par leur parfaite union, dans cette circonstance, qu'il ne s'agit pas ici d'une mesquine question de personnes, bien que M. Guérin ait cru pouvoir demander la somme énorme de soixante mille francs, *à cause du tort occasionné à son établissement de la Muette*.

La science doit planer au-dessus de ces considérations d'intérêt particulier, et la justice, assurons-le, respectera les limites d'une libre discussion.

Au milieu de ce concours général, que presque tous les professeurs de la faculté de Paris prêtent ostensiblement aux défenseurs de la liberté d'écrire, il était naturel de se demander quel rôle jouait M. le doyen? Il est difficile de le dire; en toute occasion défenseur officieux et chaleureux de M. J. Guérin, lui prêtera-t-il son influence et son secours? On ne peut l'affirmer; tout ce que l'on sait, c'est qu'il n'a pris aucune part aux démonstrations faites par ses collègues en faveur des chirurgiens des hôpitaux; c'est qu'il s'est isolé dans cette levée de boucliers pour le principe du concours; c'est qu'il se trouve à peu près seul dans cette position qu'il s'est imprudemment faite de souteneur de l'admission sans concours aux places de chirurgien des hôpitaux.

Pour nous donc, il y a imprudence, faute et maladresse, à avoir intenté un semblable procès. Il y a plus, et cela seulement nous touche, il y a mépris du droit de la critique et de la liberté d'écrire; nous devions le dire et nous le disons.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Des rapports fonctionnels que les organes génitaux ont entre eux, et de ceux qu'ils ont avec les parties voisines.

(Suite du n° 112.)

Chez les femmes mariées, et que l'on sait par expérience être fécondes, il peut se manifester des maladies qui simulent la grossesse, en imposant au médecin, et le jettent dans un assez grand embarras. Il ne pourra en sortir et éviter l'erreur qu'en observant attentivement les phénomènes morbides propres à chacune de ces affections; mais de plus, et surtout, il devra se rappeler l'ordre d'apparition, le mode de développement, la nature, la durée et la marche des modifications physiologico-pathologiques soumises à son observation. Très rarement, si tant est même que cela soit quelquefois possible, et pour notre part nous en doutons, très rarement ces modifications, produites par les maladies qui simulent la grossesse, présentent dans leur ensemble cette constance, cette harmonie, cette régularité des nombreux phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent la grande fonction de la reproduction.

Que se passe-t-il, en effet, chez une femme bien conformée, bien constituée, chez laquelle la fécondation vient de s'opérer. Il y a d'abord suspension de la menstruation sans aucune cause accidentelle; puis succèdent à cela des dérangements sympathiques vers les organes unis à cet appareil par les rapports que nous avons indiqués; puis l'ampliation de l'abdomen, l'augmentation des seins, la sécrétion du lait, etc.; enfin l'accouchement et le retour de tous les organes à leur état normal.

Dans les affections morbides qui simulent la grossesse, vous ne trouvez pas cet ensemble de phénomènes, complet, régulier, et aussi constamment appréciable.

Les fonctions des différents organes qui composent le système générateur, ne sont pas sous une dépendance mutuelle uniquement sous le rapport de la fécondation. Tous ces organes recevant les éléments de leur nutrition et de leur sensibilité d'une source commune, on comprend comment la circulation et la sensibilité, de même que les actes qui dérivent de ces deux grandes fonctions étant troublées on altérées dans l'un d'eux, le seront également dans les autres; aussi, lorsqu'après la fécondation l'utérus acquiert plus de sensibilité et devient le siége d'un mouvement fluxionnaire, cette plus grande activité ne se borne pas à l'organe gestateur, mais s'étend jusqu'aux ovaires, qui augmentent de volume, jusqu'au vagin et à la vulve, qui se développent et deviennent le siége d'une turgescence active démasquée par l'activité de la circulation, l'augmentation de la sensibilité, de la chaleur, de la rougeur, de la sécrétion et de la tension des parties. Il n'est pas jusqu'aux symphyses pelviennes qui ne se ressentent de cette sur-activité passagère et de cette hyper-sécrétion qui en est le résultat. Les ligaments et les synoviales qui entrent dans

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Procès en diffamation. — Soixante mille francs de dommages-intérêts. — Procès en contrefaçon. — M. Gannal et M. Marchal (de Calvi). — Le plagiat du bégaiement. — Un *puff* malencontreux. — Un chien célèbre. — La canne de Sydenham. — Erreur géographique. — Naïveté d'un confrère. — Bon mot d'un syphilographe.

Ne me demandez pas de vous parler de ce qui occupe en ce moment l'attention du monde médical à Paris, car je ne pourrais ni ne voudrais vous répondre. Cela se résume d'ailleurs en quatre mots : M. Jules Guérin a intenté un procès en diffamation à deux chirurgiens journalistes, MM. Malgaigne et Vidat (de Cassis); il leur demande à chacun vingt mille francs de dommages-intérêts, qui, réunis aux vingt mille francs qu'il réclame au rédacteur de *l'Expérience*, forment la somme rondelette de soixante mille francs. Ce procédé s'éloigne un peu, comme vous voyez, de la méthode sous-cutanée; il a beaucoup plus de rapport, ce me semble, avec celui de l'un de ses adversaires sur le débridement multiple. Quoi qu'il en soit, ce grand procès, qui en fait trois, ou ces trois procès qui n'en font qu'un, absolument comme la Sainte-Trinité, sera ou seront jugés demain mercredi, 11 octobre, à la 6e chambre. Je ne veux pas, et ne peux pas vous en dire davantage, Qui vivra verra de l'imprévu et de l'étrange. J'avais bien raison, mardi dernier, de prédire des tempêtes; les voilà qui éclatent, et, je le crains, elles seront plus violentes et plus longues qu'on ne le croit. La salle des Pas-Perdus présentera demain un curieux spectacle.

A part cet incident judiciaire, qui me paraît gros d'événements futurs, la semaine s'est écoulée calme et monotone. Peut-être pas très calme pour M. Gannal, que son intrépide adversaire veut décidément amener devant les tribunaux. M. Marchal (de Calvi) a, comme vous l'avez vu, embaumé un cadavre par l'injection carotidienne, et a fait constater par un commissaire de police qu'il employait un tout autre liquide que celui de M. Gannal. Vous savez, en effet, que celui-ci élève la prétention d'avoir le droit exclusif d'embaumement par l'injection de la carotide gauche, quel que soit le liquide employé. C'est ce droit que M. Marchal (de Calvi) lui conteste; et, pour faire décider une fois pour toutes les questions, il s'est exposé sciemment aux assignations de M. Gannal. De part ou d'autre, la question suivra tous les degrés de la juridiction, et la jurisprudence sera définitivement établie sur ce point. Nous le devrons à M. Marchal (de Calvi), qui fait preuve en cette circonstance de courage et de résolution.

L'affaire du bégaiement me paraît aussi bien près de sa fin. Cet ouvrier mécanicien qui avec les seules ressources de son intelligence inculte, avait imaginé, disait son cornac, une méthode de traitement aussi facile que philosophique, qui s'était guéri lui-même et qui avait guéri un de nos confrères dont la reconnaissance n'avait pu s'empêcher de faire explosion, cet ouvrier qui avait trouvé auprès des gros bonnets de l'Académie des sciences aide et protection et qui avait causé quelques insomnies à M. Colombat (de l'Isère), cet inventeur ne serait qu'un plagiaire de M. Malbouche; du moins c'est ce que celui-ci a affirmé lundi dernier dans une lettre adressée à l'Institut. M. Colombat en sera donc quitte pour la peur, et M. Arago dont l'admiration avait été cette fois un peu prématurée, pourra répéter à M. Jourdant le mot de Voltaire à maître André.

Un magnétiseur en renom, et docteur en médecine, s'est trouvé dans une position assez désagréable. On avait fait annoncer dans un journal que, passant fort tard dans une rue isolée de Paris, il avait été arrêté par deux brigands, et que, faisant appel à tout son fluide magnétique, il n'avait eu qu'à étendre les mains sur les voleurs pour les frapper d'impuissance et de paralysie. Il est vrai, ajoutait le journaliste, qu'à une de ses mains brillait le canon d'un pistolet. Sur ce, l'autorité s'émeut, les paisibles habitants du quartier s'alarment; on procède à une enquête, et l'on découvre que le fait est..... inexact, pour parler un langage parlementaire. Cette histoire était tout bonnement un *puff* qu'il a fallu démentir. Les deux brigands se sont transformés en deux amis qui voulaient faire une plaisanterie, et le pistolet, en un innocent instrument de chirurgie. J'aimais mieux l'autre version, en supprimant le pistolet.

Les honneurs académiques et les salons scientifiques sont réservés dans ce moment à un individu qui s'en passerait fort bien, et qui ne prévoyait pas assurément d'aussi hautes destinées; je parle d'un pauvre chien appartenant à M. le docteur Blondlot, et sur lequel il a pratiqué une perforation stomacale qui est devenue une fistule permanente. Au moyen d'icelle on recueille à volonté le suc gastrique qui se développe dans l'estomac de l'animal. Tous les physiologistes et les chimistes de Paris arrivent à la file, qui avec sa petite bouteille, qui avec ses réactifs; le salon du chien ne désemplit pas. L'animal est, du reste, d'une complaisance extrême; et depuis deux ans que la source de son suc gastrique a été découverte, elle a toujours coulé aussi abondamment. Il semble n'en pâtir en aucune façon, ce qui paraît asser étrange.

Je connais un médecin de Paris qui a pris au sérieux l'apophthegme de Sydenham, qui voulait, disait-il, renfermer toute la matière médicale dans la pomme de sa canne. Cela était facile à l'Hippocrate anglais, comme on dit de l'autre côté du détroit; car quelques grains d'opium suffisaient à la besogne. Mais ce n'est pas ainsi que l'a compris notre confrère parisien, et sa canne est un véritable microscome, un chef-d'œuvre d'industrie dont M. Charrière pourrait être jaloux. Je l'ai vue, je l'ai examinée pièce à pièce, et je puis en dresser l'inventaire exact. Elle contient 1° une montre à secondes; 2° un lancetier; 3° un sthétoscope; 4° des sondes pour les deux sexes; 5° un étui à caustique; 6° des pinces; 7° des ciseaux; 8° deux bistouris; 9° une tabatière; 10° un flacon d'éther, et un autre de vinaigre anglais; 11° une petite boîte renfermant de l'amadou, du taffetas d'Angleterre et du sparadrap; 12° enfin, un petit compartiment où se logent à l'aise quatre cigarres. Ce n'est pas tout; à l'extrémité inférieure se trouve un briquet allemand et de petites mèches de bougie. La fameuse canne de M. de Balzac n'était qu'un vil rotin à côté de cela.

Il paraît que dans un de mes derniers articles j'ai commis une hérésie géographique pendable. C'est du moins ce qu'assure un monsieur *Ascagnio*, qui a pris la peine de se mettre en frais d'esprit pour me prouver que la forêt des Ardennes n'était pas la forêt Noire. Il est certain que j'ai fait cette énorme bévue dont je m'accuse; j'ai mis au Nord ce qui est au Levant; mais il est certain aussi que je n'ai pas compris autre chose à l'epître de *M. Ascagnio*, qui me parle de M. Cogniard, d'Alphonse Karr, de guêpes, de fourmis, et autres insectes dont, je l'avoue, je n'ai pas senti l'aiguillon.

Un confrère, célèbre par sa naïveté devenue proverbiale, racontait l'autre jour devant une réunion de médecins qui exposaient plus ou moins sincèrement leur position médicale, qu'il gagnait 12,000 fr. par an. Comme chacun se récriait sur le chiffre, il ajouta très sérieusement : 10,000 fr. du côté de ma femme, et 2,000 fr. à peu près de ma clientelle, cela fait bien douze. Un méchant reprit tout haut : Vous les gagnez bien.

Un syphilographe bien connu, à qui un confrère vantait les succès des préparations d'or contre la syphilis, a répondu : L'or n'est bon que du malade au médecin; du médecin au malade, c'est un très mauvais système.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

On nous prie d'insérer l'avis suivant :

Par suite de reconstruction de la salle de ses séances, l'Académie de médecine se réunira aujourd'hui mardi et les mardis suivants à la Faculté de médecine, salle de la Bibliothèque, à l'heure accoutumée.

— La séance dans laquelle seront distribuées aux professeurs particuliers les heures des cours d'hiver dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique, aura lieu le mardi 18 octobre, à midi très précis, à la Faculté de médecine.

leur composition s'injectent, s'abreuvent de liquides, se gonflent, sécrètent avec surabondance, et de-là résultent le relâchement et l'écartement des surfaces articulaires.

Dans les maladies de l'utérus, surtout dans les affections aiguës, il y a une irritation, une excitation générale partagée par les organes groupés autour de lui, à tel point souvent que l'utérus est le siége de la maladie, et les organes voisins sont le siége des symptômes. Cette excitation peut être portée à un degré tel, qu'il se produise, ainsi que l'a prouvé M. Lisfranc, une véritable nymphomanie, qui cesse avec la disparition de l'affection utérine. Ce sont des douleurs très vives qui se manifestent à la vulve, dont toutes les parties constituantes sont très saines, sans phénomènes du même genre du côté de l'utérus. Ce consensus pathologique existe souvent entre la matrice et les ovaires, et très souvent dans les maladies chroniques de l'organe gestateur, j'ai trouvé les ovaires plus ou moins altérés.

Dans la grossesse, dans les maladies qui s'accompagnent d'une augmentation dans le volume de l'utérus, la circulation veineuse des organes génitaux externes, de même que celle du rectum, sont troublées, et l'on voit naître des varices, des hémorrhoïdes, des hémorrhagies intestinales, etc. Souvent même on a pu croire, et avec raison, que les hémorrhoïdes tenaient à la répétition trop fréquente des désirs vénériens non satisfaits. Il est évident que l'abstinence des rapports conjugaux pendant le veuvage, qui prive tout d'un coup les organes génitaux d'un acte auquel ils étaient habitués, prolonge sur ces parties la durée d'une turgescence qui devrait n'être que passagère, et dispose ainsi à la phlébectasie.

Si l'utérus projette sur ses annexes et sur les organes génitaux externes une portion de l'excitation dont il est le siége, il n'est pas rare de voir ces organes stimuler, *perturber* à leur tour, si je puis m'exprimer ainsi, l'organe gestateur, et réagir sur lui lorsqu'ils sont le foyer d'une activité anormale physiologique ou pathologique, et cela toujours en vertu des liens anatomico-physiologiques qui les unissent.

Dans la grossesse extra utérine, quelle qu'en soit la forme, qu'elle soit ovarique ou tubaire, l'utérus n'est pas le siége de l'excitation passagère qui résulte de la fécondation. Il le devient consécutivement. Il y a développement de la cavité utérine ; on a vu cette cavité offrir jusqu'à 0,15 ou 0,16 centim. d'étendue. Elle se tapisse à l'intérieur d'une membrane caduque qui se développe comme dans une grossesse utérine parfaitement normale. Ces effets sont le résultat des connexions fonctionnelles qui unissent entre elles les diverses parties du système utérin, et non le résultat des sympathies dont cet appareil est le siége.

Dans les affections qui consistent en une simple excitation, ou en une lésion organique de la vulve, l'utérus ne tarde pas à sortir de son état de calme et de son rhythme normal, pour participer à l'état d'après lequel agit le pudendum. Il y a plus ; c'est que dans certaines circonstances, les fonctions utérines sont plus troublées par les excitations et les affections vulvaires, que celles dévolues aux organes génitaux externes, d'où une source d'erreurs qui ne sont pas toujours faciles à éviter.

Non-seulement il existe une union, un assemblage intimes entre les parties constituantes du système générateur, mais ces liens existent encore entre des parties dont les fonctions sont tout à fait différentes et indépendantes de celles de l'utérus. La vessie et le rectum sont si étroitement liés aux organes génitaux par les liens anatomiques et physiologiques, que lorsque ces derniers sont le siége d'une congestion ou d'une douleur peu intense, il est extrêmement rare qu'elle ne s'étende pas aux premiers. Et même, les expressions symptomatiques de cette congestion sont plus manifestes sur la vessie ou le rectum que sur les organes génitaux malades.

D'autres fois, c'est la vessie ou l'intestin qui sont le siége d'une affection dont les malades rattachent le point de départ aux organes génitaux. De cette anomalie dans le siége des phénomènes morbides, résulte la possibilité de commettre des fautes graves dans le diagnostic. M. Lisfranc rapporte dans le second volume de sa *Clinique chirurgicale*, que des engorgements du col de l'utérus furent pris pour des maladies du rectum et *vice versâ*. J'ai donné, l'an dernier, des soins à une dame affectée d'une fissure et d'une contraction spasmodique du sphincter de l'anus. On l'avait soignée jusqu'alors pour un engorgement du col de l'utérus, à la veille de dégénérer en cancer. Je dois dire, pour excuser le médecin qui avait commis cette erreur, que la malade n'accusait de douleurs que vers une partie du fond du vagin, à travers les parois duquel on sentait vers la partie postérieure de l'utérus des matières fécales endurcies et accumulées.

Cette année-ci (1843), j'ai eu occasion de donner des soins à une dame de province, chez laquelle l'engorgement de l'utérus fut pris par les premiers médecins qu'elle consulta pour une cystite, tant étaient grandes l'irritation de la vessie et les douleurs vésicales, et fréquents les besoins d'évacuer l'urine. Le toucher nous fit reconnaître l'engorgement de l'utérus ; et les accidents vésicaux, les seuls dont la malade se plaignit, disparurent comme par enchantement, sous l'influence des moyens thérapeutiques dirigés contre la maladie du col de l'utérus.

Les nerfs et les vaisseaux ne sont pas les seuls moyens d'union des organes générateurs avec la vessie et le rectum. Le système musculaire en fournit aussi quelques-uns. A part des petits muscles spéciaux pour chacune de ces parties, et qui cependant ont encore ceci de commun qu'ils viennent presque tous aboutir et se confondre au raphé périnéal, comme le sphincter du vagin, celui du rectum, à part ces petits faisceaux musculaires particuliers, il existe au fond du bassin, tendu sur le détroit inférieur de l'excavation pelvienne, un grand muscle, le releveur de l'anus, et des fibres musculaires en anses, qui appartiennent tout à la fois à l'extrémité inférieure du rectum, au vagin et à la vessie. De telle sorte que ces organes musculaires agissent à la fois et simultanément sur la partie inférieure de ces trois parties, et leur permettent de s'élever, de s'abaisser, de se resserrer ou de se relâcher en même temps. Souvent même, associés qu'ils sont aux muscles spéciaux de chaque appareil organique, ils se contractent avec eux, et causent dans tout le détroit inférieur un sentiment de constriction, de rigidité et de dureté insupportables. Cette contraction étendue peut être produite aussi bien par l'excitation ou l'irritation du rectum, que par celle du vagin, de la vessie ou même du clitoris, d'où des embarras pour déterminer son véritable point de départ. De là naissent aussi quelquefois des désirs dépravés, et ce sont ordinairement des malades de ce genre chez lesquels on trouve quelquefois des corps étrangers introduits dans le rectum, par exemple, dans le but de se procurer des jouissances. La circulation et la sensibilité des membres abdominaux et de l'extrémité pelvienne du tronc sont liées jusqu'à un certain point à celles des organes génitaux, et suivent les mêmes modifications.

Des sympathies physiologiques ou pathologiques du système utérin avec les autres appareils organiques, et de la réaction de ceux-ci sur ce système.

L'influence que le système sexuel a sur les autres systèmes de l'économie, ou, si l'on veut, les relations sympathiques qui existent entre les organes génitaux de la femme et les principaux appareils de relation et de nutrition, ne se manifestent guère qu'à l'époque de la nubilité, au moment du développement physique de ce système, et ne durent pas au-delà de l'époque pendant laquelle la femme est apte à la reproduction de l'espèce. Considérez, en effet, la jeune fille avant le développement de l'appareil génital et la manifestation des premières règles, lorsque les organes qui doivent propager son espèce sont encore dans l'état de calme absolu, de repos complet. Vous la trouverez vive, joyeuse, insouciante, partageant les plaisirs bruyants de ses frères, dont elle a également, à cette époque, l'organisation physique. Ainsi, nulle différence n'existe entre eux sous le rapport du volume des seins, des dimensions du bassin, de la courbure du sacrum, de l'organisation de la poitrine, du larynx, etc. Mais à peine le système utérin sort-il de l'état léthargique dans lequel la nature l'avait plongé pendant la première période de la vie, c'est-à-dire, pendant ce temps de l'existence consacré au développement et à la perfection des principaux organes, et surtout de ceux de relation, que vous voyez la jeune fille devenir douce, timide, accessible à la pudeur, recherchant les occupations auxquelles elle est naturellement destinée. Bientôt elle devient pensive et rêveuse ; des sensations, des émotions, des besoins jusqu'alors inconnus et un instinct merveilleux l'avertissent qu'elle n'est plus ce qu'elle était, qu'entre elle et son frère il existe une différence dont, dans sa naïveté et son innocence, elle ne se rend pas encore compte. Si vous examinez la femme après le moment où s'est établie la menstruation, vous voyez qu'elle a changé du tout au tout.

A mesure que mûrissent et se développent les organes générateurs, que la nubilité approche, la femme se révèle de plus en plus, et en proportion du développement du système utérin ; des caractères tranchés tant au physique qu'au moral, la séparent nettement du sexe opposé. Mais ne perdons pas de vue que la nature a une telle tendance à l'unité de conformation et d'action, qu'une fois que la femme a rempli le grand acte de la reproduction, elle lui commande en quelque sorte de reprendre ses caractères primitifs, ceux qui la rapprochent le plus de l'homme. Les organes génitaux, les seins s'atrophient ; les formes perdent leurs grâces, leurs contours doux et arrondis. Les mouvements n'ont plus cette légèreté, cette souplesse remarquables. La voix cesse d'être douce, suave, et timide, et devient semblable à celle de l'homme. Le caractère devient plus tranché, plus ferme ; le système nerveux moins mobile. A cette époque de la vie, la femme n'étant plus soumise aux besoins et aux réactions sympathiques du système utérin, devient comme l'homme, apte aux travaux sérieux qui exigent un jugement sûr et une attention soutenue.

La vie de la femme pendant la période de la fécondité, est semblable à celle de ces plantes éphémères qui naissent, jouissent d'un brillant éclat, et meurent sitôt après l'acte de la reproduction. Ce brillant éclat, dont jouit temporairement la femme, et qui produit sur l'homme un effet si puissant et si magique, est si bien le résultat des irradiations sympathiques qui partent du système général, et en particulier de l'utérus, que lorsque ce dernier organe vient à manquer, la femme ne revêt pas les caractères de son sexe. Avant d'examiner en détail chacune de ces sympathies, il ne nous paraît pas déplacé de jeter un coup-d'œil sur l'historique des sympathies du système utérin.

La grande influence de l'appareil génital de la femme sur son moral et sur son habitude extérieure, n'avait pas échappé aux philosophes de l'antiquité. Démocrite, qui a tant médité sur la nature de l'homme, dit dans une lettre écrite à Hippocrate, son ami et son médecin, que l'utérus est, chez la femme, la cause d'un nombre indéfini de malheurs, d'afflictions. « *Uterus sexcentarum ærumnarum in mulieribus causa.* » On raconte même qu'il avait une telle connaissance de l'influence sympathique du système utérin sur le système de relation, qu'ayant salué du titre de fille une jeune personne qui accompagnait Hippocrate pendant une visite que celui-ci lui faisait, il la salua le lendemain du titre de femme, reconnaissant à ses yeux et à son aspect extérieur qu'elle avait été déflorée la nuit précédente.

S'il faut en croire Diogène, il reconnaissait à la simple inspection du cou, si les rapports sexuels auxquels la femme s'était abandonnée ont été suivis de fécondation.

Platon, qui vécut quelques années après, et qui florissait vers la 98 ou 99e olympiade, connaissait bien aussi cette corrélation. Mais comme il ignorait, ainsi que tous ses contemporains, les liens sympathiques qui enchaînent nos organes, tout en reconnaissant l'influence que le système utérin en action a sur toute l'économie, il ne pouvait l'expliquer qu'en supposant que l'utérus était un être à part qui pouvait se porter à son gré dans les diverses parties et en troubler les fonctions. La matrice, dit-il, est un animal sauvage qui n'obéit pas au frein de la raison (ce qui veut dire que lorsque l'influence du système utérin se fait sentir chez la femme, elle n'est plus maîtresse d'elle-même, et perd toute liberté d'esprit) ; mais qui, lorsque ses désirs sont satisfaits, erre dans l'intérieur des corps, et excite toute sorte de mouvements irréguliers. C'est-à dire que pendant le rapprochement des sexes, les vives sensations éprouvées par les organes génitaux retentissent au loin, ébranlent, troublent les principales fonctions, et provoquent chez la femme des mouvements irréguliers et involontaires.

Vanhelmont, qui florissait vers 1630, qui avait beaucoup étudié, et nous a laissé des travaux innombrables sur tous les sujets, s'est occupé, entre autres choses, du caractère et de l'organisation physique et morale de la femme. Or, voici comment dans son style énergique et pittoresque, il exprime ce qu'il pensait des réactions qu'exerce l'utérus sur les appareils de relation de la femme : *Propter solum uterum*, dit-il, *mulier est id quod est*.... Et plus loin : *Fœmina omnem bis patitur morbum.*

Si nous passons aux auteurs plus récents, aux auteurs contemporains, nous voyons Tiedmann dans son excellent ouvrage publié à Heidelberg, et qui a pour titre : *Tabulæ nervorum uteri*, traiter avec un soin au-dessus de tout éloge les connexions sympathiques que l'appareil utérin présente avec les autres organes pendant l'état de santé ; pendant la menstruation, la conception, la grossesse, l'accouchement, la lactation, et pendant les maladies de l'appareil génital. Avec les soins minutieux et la consciencieuse patience qu'on lui connaît, il a cherché à établir anatomiquement les voies que parcourent ces irradiations sympathiques pour se rendre aux appareils de relation et de nutrition. Il a disséqué avec un soin admirable la plupart des anastomoses que le système nerveux utérin peut avoir avec les nerfs ganglionnaires et les nerfs céphalo-rachidiens.

Voyons maintenant de quelle importance peuvent être ces connaissances. Leur importance n'est nullement douteuse. En effet, pour bien se rendre compte des liens sympathiques qui enchaînent l'appareil générateur aux autres systèmes organiques, il faut non seulement étudier l'influence qu'il exerce à distance sur les divers organes, mais encore celle que ceux-ci ont sur cet appareil. Et cela, dans les circonstances ordinaires de la vie pendant la santé, et en outre dans l'état morbide qui produit et révèle un grand nombre de connexions qui, sans lui, n'eussent jamais été connues des physiologistes.

Cette association physiologique, qui joue un si grand rôle dans la philosophie de la science, la psychologie et la séméiotique, mérite de fixer au plus haut degré l'attention de l'homme de l'art, s'il veut être véritablement utile, s'éviter des mécomptes, et même des remords d'autant plus poignants que les accidents qui ont été la conséquence de son impéritie, sont le plus souvent irréparables, et frappent la famille dans ce qu'elle a de plus cher et de plus sacré, dans la mère.

Tous les organes ne répondent pas, si nous pouvons nous exprimer ainsi, avec le même empressement aux irradiations que le système utérin projette dans l'économie, et n'en ressentent pas l'influence aussi vivement les uns que les autres. Nous pouvons, sous le rapport de l'impressionnabilité, les ranger à peu près dans l'ordre suivant :

1° Le bassin destiné à loger et à justifier l'appareil sexuel, ainsi que son produit, est le premier à recevoir l'éveil et à se mettre en harmonie d'action avec ce système. Aussi voyons-nous, chez la jeune fille qui va devenir pubère, le bassin prendre tout d'abord un mouvement d'expansion particulier. Le diamètre vertical de la cavité semble s'arrêter ; mais il est le seul dans ce cas. Au contraire, toutes les autres dimensions de la filière pelvienne s'accroissent. Les fosses iliaques s'élargissent, les crêtes se renversent en dehors, de telle sorte que leur face interne devient presque supérieure. La face antérieure du sacrum se creuse davantage. L'angle sacro-vertébral fait plus ou moins de saillie et *l'ensellure* (concavité de la région lombaire) est beaucoup plus prononcée. L'arcade sous-pubienne s'élargit en même temps qu'elle se renverse en dehors avec les tubérosités de l'ischion. Par suite de cet agrandissement transversal, les cavités cotyloïdes s'écartent, et de leur éloignement résulte ce caractère qu'offre dans sa conformation l'extrémité pelvienne du tronc chez la femme, et un éloignement proportionné de la partie supérieure des cuisses. Ces divers changements survenus dans le bassin, les formes particulières de l'extrémité pelvienne et la direction de la racine des membres abdominaux sont des plus importants à noter chez la femme. Il est extrêmement utile pour le médecin de pouvoir apprécier au premier coup-d'œil si la femme est bien conformée ; lorsque les hanches ne sont pas suffisamment larges, et que par suite sa démarche ne présente pas ce caractère particulier que l'on a parfaitement décrit, en la rapprochant par une comparaison vulgaire de la marche de l'oie, on jugera tout d'abord, et d'une manière certaine, qu'elle est mal conformée, et que l'accouchement ne pourra se faire avec la facilité voulue par la nature.

2° Après le bassin, viennent les changements qui peuvent s'opérer dans le volume, la consistance des seins. Les mamelles, qui avaient été plutôt indiquées que créées, se développent avec les organes génitaux et l'apparition des premières règles. Ce développement est d'autant plus considérable que la menstruation est plus régulière, que les organes génitaux sont plus développés et fonctionnent avec plus de régularité. Nous avons dit après le bassin ; ce n'est point après, mais en même temps, que nous eussions dû dire. Le pubis s'ombrage de poils nombreux, et simultanément, le mamelon, qui n'avait été que marqué par un point noirâtre, s'érige, devient saillant, se développe, grandit. Voilà, certes, une liaison bien

manifeste qui prouve bien l'enchaînement qui existe entre ces organes.

A chaque époque menstruelle, les seins deviennent le siége d'une turgescence particulière, d'une douce chaleur, un peu plus forte cependant que la chaleur normale, d'un chatouillement, d'un sentiment de titillation au mamelon, qui souvent le fait entrer en érection. Chez certaines femmes, dans quelques circonstances, surtout quand la menstruation est irrégulière ou difficile, lorsque l'utérus est le siége de quelque lésion, les femmes éprouvent des cuissons, des élancements, de véritables douleurs, quelquefois insupportables, qui même ont pu être assez fortes pour être considérées comme des symptômes de maladies essentielles de la mamelle; des névralgies de cet organe, etc., M. Lisfranc a rapporté plusieurs cas de méprises semblables. Nous pourrions en citer un tout aussi remarquable, que nous avons observé récemment. Quelques emménagogues qui rendirent les règles plus abondantes et plus régulières suffirent pour dissiper les vives douleurs que la malade ressentait dans les seins.

Nous avons eu cette année une malade couchée au n° 9 de la salle Saint-Bruno, affectée d'un catarrhe utérin, et qui, quoique régulièrement menstruée, éprouvait de violentes douleurs dans les seins qui, à chaque époque menstruelle, augmentait de volume, au point de faire craindre la manifestation d'une inflammation. Ces douleurs diminuèrent considérablement, ainsi que la turgescence qui les accompagnait, à mesure que l'affection de l'utérus disparut.

Ces turgescences mensuelles des mamelles sont souvent la cause d'accidents qui, sans elles, ne se manifesteraient pas. C'est là une des grandes sources des affections du sein, que le praticien ne doit jamais perdre de vue.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Fièvre typhoïde grave. Délire. Hémorrhagie intestinale. Guérison.

François Barbet, âgé de dix-neuf ans, tailleur, grand, système musculaire bien développé, cheveux châtains, peau brune. A Paris depuis six mois, ce jeune homme habite une chambre spacieuse, claire et bien aérée. Il se nourrit convenablement et évite tout excès. Bien portant habituellement, il n'a fait qu'une seule maladie il y a deux ans, maladie qu'il ne connaît par aucun nom, et dont la durée fut de trois mois, pendant lesquels il ne put exercer sa profession, mais sans être obligé toutefois de garder le lit. Malaise général, faiblesse, brisement dans les membres, tels en furent les caractères principaux. Deux saignées lui furent pratiquées, et on lui fit une application de sangsues à l'anus.

Dans les quelques jours qui ont précédé le début de la maladie actuelle, il ne s'est point écarté de son genre de vivre ordinaire, et ne saurait la rapporter à aucune cause. Vers la fin de mars 1843, il commença par éprouver, pendant deux ou trois jours, de la céphalalgie et de l'anorexie.

Le 28, le malaise devint tel qu'il fut contraint de s'aliter. Il fut immédiatement saigné du bras, et le lendemain il prit un purgatif. La céphalalgie diminua. Il n'y eut ni épistaxis, ni bourdonnements d'oreilles, ni trouble de la vue et de l'audition, ni même de diarrhée.

Le 3 avril, il entra à l'hôpital Beaujon, salle Laënnec, n° 20. Dans la soirée, il eut un peu de délire; et comme il accusait de la constipation, on lui fit prendre une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4, on nota ce qui suit :

Décubitus dorsal, pommettes colorées en rose; pupilles larges; stupeur très peu marquée, un peu de titubation. Céphalalgie nulle; tous les sens à l'état normal. Langue sèche, rouge à la pointe, couverte d'enduit blanc à la base. Soif vive, anorexie. Abdomen assez développé, un peu météorisé; le foie et la rate ne débordent pas les côtes; pas de gargouillement dans la fosse iléo-cœcale; aucune douleur spontanée ni à la pression. Sept à huit selles liquides, sans coliques. Quatorze taches lenticulaires pâles sur la partie inférieure et antérieure du thorax. Pas de toux; percussion et auscultation de la poitrine à l'état normal. Pouls à 118, large, fort; peau chaude, sudorale; pas de sudamina. Sommeil la nuit. L'urine, par l'acide nitrique, donne un léger disque critique. Limonade, compresses froides sur la tête, cataplasme émollient sur le ventre; diète.

Le 5, sentiment de mieux-être. Un peu d'appétit. Deux selles liquides. Pouls à 120, un peu faible, chaleur modérée. Pectorale, deux pots; julep béchique; le reste *ut suprà.*

Le 6, face pâle; dents et lèvres légèrement fuligineuses; ventre très volumineux, ballonné; deux nouvelles taches lenticulaires; un litre au moins de liquide sanguinolent, d'un rouge foncé, a été rendu par les garderobes. Plusieurs évacuations alvines liquides, non sanguinolentes, ont eu lieu dans le lit, aussi bien que l'émission des urines; la vessie ne dépasse pas le pubis. Pouls plus faible que la veille, de même fréquence; peau un peu chaude; moins de sommeil. L'urine précipite de l'albumine par l'acide nitrique et la chaleur. Nuage critique.

Le 7, selles sanguinolentes nombreuses et abondantes; quatre nouvelles taches lenticulaires en dehors du mamelon gauche. Eau de riz avec sirop de coing et eau de Rabel. Julep béchique avec ratanhia, 1 gramme. — Le reste *idem.*

Le 8, prostration, somnolence presque continuelle. Un peu de toux, sans expectoration. Râle sibilant des deux côtés de la poitrine, tant en arrière qu'en avant. Pouls à 124, faible. Plusieurs taches lenticulaires ont disparu; il en existe douze sur le ventre. Quelques sudamina au dessous des clavicules. Cataplasmes vinaigrés aux membres inférieurs.

Le 9, quelques propos incohérents par intervalles; léger degré de surdité. La langue humide et jaunâtre le 7, sèche le 8, est humide le 10. Soubresauts dans les tendons; lèvres tremblottantes. Les garderobes sont moins rouges, un peu brûnâtres. Pouls à 100, dicrote; chaleur modérée.

Le 12, stupeur presque nulle; intelligence normale; plus de soubresauts dans les tendons, plus de tremblement des lèvres. Depuis la veille, langue brune et sèche. Nombreux sudamina autour des clavicules, sur les épaules et la région épigastrique. Pouls à 108, plus consistant. Appétit. Julep béchique, ratanhia, 50 centigrammes. — 1 potage; même prescription du reste.

Le 13, facies satisfaisant, mais toujours pâle; la langue, les dents et les lèvres s'humectent et se dépouillent des fuliginosités; peu de soif. Abdomen à peine météorisé. Les garderobes n'ont plus rien de leur aspect primitif, une selle, jaunâtre et liquide, a été rendue. Il ne reste plus qu'une tache lenticulaire sur le ventre. Peu de toux; quelques bulles de râle souscrépitant à la partie postérieure du thorax; même râle sibilant.

Le 15, l'amélioration continue; les forces renaissent, et le malade demande le bassin pour satisfaire à la garderobe et rendre les urines. Diarrhée très peu abondante; plus de taches lenticulaires; beaucoup de sudamina se sont crevés ou ont été résorbés. Pouls à 116; chaleur de la peau naturelle. L'urine présente toujours les mêmes caractères.

Le 17, face légèrement colorée en rose. Abdomen à l'état normal; plus de diarrhée; plus de sudamina; ni toux, ni râles dans la poitrine. Pouls à 84, encore un peu dicrote. Il prend ce dernier caractère les jours suivants, pour revenir ensuite à son type normal. La convalescence se fait rapidement. On donne une demie portion d'aliments le 19, et le malade en mange trois lorsqu'il quitte l'hôpital le 7 mai, ayant recouvré un peu d'embonpoint qu'il avait perdu dans le cours de sa maladie.

Réflexions. — Le récit du malade, la présence des taches lenticulaires indiquaient au moins huit jours de maladie, quand le commencement de cette observation fut recueillie. Alors les symptômes ne paraissaient plus extrêmement graves, malgré le délire léger dont il fut atteint; mais on n'ignore pas qu'il est des sujets dont l'intelligence se trouble avec une facilité extrême, sans que pour cela le pronostic en doive être défavorable. Ici, outre que le délire ne fut que passager, l'état général restait satisfaisant, et la maladie nous parut affecter la forme abdominale. D'un autre côté, si l'on versait quelques gouttes d'acide nitrique dans une petite quantité des urines du malade, on déterminait un trouble nuageux suspendu au milieu du liquide; trouble que M. Martin-Solon appelle disque ou nuage critique, suivant sa forme et son intensité, et qui pour lui est un signe de bon augure.

Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations, on vit, les deux jours suivants, le ventre se météoriser considérablement, et le troisième, les garderobes étaient sanguinolentes. C'était là sans doute un symptôme de quelque gravité. Il pouvait dépendre ou bien du progrès des ulcérations intestinales, ou bien d'une exhalation sanguine à la surface de la muqueuse de l'iléon. Il arrive, en effet, quelquefois que les plaques de Peyer venant à se ramollir, des vaisseaux compris dans la destruction des parois viscérales, versent une quantité de sang plus ou moins abondante dans la cavité de l'intestin. Mais pour qu'un tel effet ait lieu, il faut au moins que toute l'épaisseur de la muqueuse soit ulcérée, et cette lésion n'a pas lieu, en général, avant le quinzième ou le vingtième jour, tandis que l'exhalation sanguine, dépendant simplement de l'intensité de l'inflammation, peut se montrer bien auparavant. Ce serait donc le hasard, et peut-être, dans le cas qui nous occupe, que d'attribuer l'hémorrhagie à une cause plutôt qu'à l'autre. Dire que la maladie n'était qu'à son douzième jour, et que, par conséquent, les ulcérations étaient nulles ou commençaient à peine, ne peut-être considéré comme un argument plausible; car la maladie pouvait avoir marché de deux à trois jours plus vite que dans les cas les plus ordinaires.

Laissant de côté cette question, nous n'en conviendrons pas moins que toujours les garderobes sanglantes doivent être considérées comme un symptôme grave de la fièvre typhoïde. Pour peu qu'elles conservent ce caractère un certain temps, les malades s'affaiblissent, et, si elles sont abondantes, ils tombent bientôt dans un état de prostration extrême qui les emporte en peu de temps. Tel fut cependant le cas de notre malade; nous n'avons pu apprécier au juste la quantité de sang rendu dans les vingt-quatre heures, attendu qu'une partie des garderobes étaient cachées dans le lit; mais elles se composaient de sang presque pur, et étaient abondantes. Dès leur apparition, les forces s'affaiblirent sensiblement, l'intelligence se troubla, et l'état du malade ne laissa pas que d'inspirer quelque sollicitude; mais cependant il sut résister à ce cortége de symptômes, et l'hémorrhagie intestinale cessa quelques jours après l'emploi des médicaments astringents. Ce mode de traitement était indiqué dès que celle-ci débuta. Néanmoins nous remarquons qu'il ne fut administré que le lendemain; en voici la raison. Ce n'est pas le premier jour que surgirent les symptômes inquiétants; l'hémorrhagie pouvait n'apparaître que comme épiphénomène passager, ainsi que cela a lieu quelquefois, et se suspendre dans la journée. En conséquence, on pouvait continuer l'expectation jusqu'à ce qu'il fût indiqué d'agir, et c'est ce qui eut lieu en effet.

SOCIÉTÉ MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 2 août 1843. — Présidence de M. CORNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance renferme: 1° Un mémoire de M. Brachet, de Lyon, sur *les causes de lassitude et d'anhélation dans les ascensions sur les hautes montagnes.* (Rpporteur, M. Caffe.)

2° Un mémoire *sur la cataracte pigmenteuse ou urénne.*

— *Observations médico-légales sur les monomanes tristes hallucinés.* — *M. Brierre de Boismont* a la parole pour une lecture. Il se propose d'appeler l'attention de la Société sur une classe particulière d'aliénés qui se croient poursuivis par des ennemis, en butte aux machinations de la police, etc.; très souvent, dit-il, ces infortunés se suicident, provoquent en duel, blessent et tuent. Il y a peu de temps qu'un employé du ministère des finances, qui était atteint de ce genre de folie, se rendit chez son supérieur et lui tira deux coups de pistolet. Chargé, conjointement avec M. Foville, de constater l'état mental de cet individu, nous reconnûmes que, depuis ans, il avait la conviction qu'on voulait l'empoisonner; son père n'avait pas été exempt de cette accusation, et il eût pu, dans un moment d'exaltation, commettre un parricide. Cette pensée, qui ne le quittait pas, lui faisait voir partout des gens malveillants qui le menaçaient, le couchaient en joue, cherchaient à le frapper d'un poignard, à scier les barreaux de sa chambre. Malgré ces idées fausses, malgré ces hallucinations qui l'obligeaient à changer sans cesse de logement, à préparer ses aliments ou à les acheter dans le premier endroit venu, il s'acquittait très bien des devoirs de sa place. Pendant ces huit années il n'a cessé, en effet, de monter en grade. Dans la prison même où nous l'avons visité, il avait composé un projet de réforme, qui n'aurait pas fait soupçonner l'état de son esprit. Certes, si l'on se fût borné à l'examen de cette pièce, à sa conversation ordinaire, à la manière dont il avait rempli ses fonctions, on aurait pu, à l'exemple de quelques personnes, attribuer son action à une vengeance ou à tout autre mauvais motif. Mais l'examen des pièces de la procédure, l'interrogatoire de l'inculpé, la recherche de ses antécédents ne pouvaient laisser de doute sur le dérangement de ses facultés intellectuelles. Aussi nos conclusions furent-elles qu'il n'avait pas son libre arbitre au moment de l'action qui lui était reprochée; que le trouble de ses idées continuait encore, et qu'il était nécessaire de le faire traiter dans un établissement consacré aux maladies mentales.

Il est hors de doute que beaucoup de suicides, de provocations en duel et de meurtres sont commis par ces individus. Nous avons encore à examiner en ce moment, avec M. Ferrus, un artisan détenu à Bicêtre, qui a blessé mortellement un négociant qu'il avait à peine vu, et qui n'a pas donné d'autre raison de ce fait que celle-ci, *il fallait qu'il payât pour les autres.* Il y a huit jours on a conduit dans mon établissement un employé d'administration qui est sous l'influence de cette idée d'ennemis, et parle si raisonnablement sur tous les autres objets, qu'on a eu toutes les peines du monde à le faire placer; il fallait, disait-on, qu'il eût fait quelque acte répréhensible. Ce malade a avoué à l'un de ses commensaux qu'il avait aiguisé pendant huit jours un couteau pour tuer un de ses ennemis.

MM. Adorne et *Souberbielle* citent des faits analogues à ceux que vient de rapporter M. Brierre.

M. Bourjot voudrait que M. Brierre fit connaître à la Société comment il comprend le traitement de ce genre de folie.

M. Brierre pense qu'il convient d'isoler, dans des établissements spéciaux, les aliénés qui se livrent à des tentatives d'assassinat, et de les priver indéfiniment de la liberté, à moins que le retour à la raison ne fût complet. Mais on devra se rappeler que les cas de récidive sont fréquents, et à ce sujet M. Brierre rappelle l'observation d'un ancien avoué qui, après avoir assassiné sa femme et sa belle-sœur, après plusieurs années de sa manie sanguinaire, voulut encore assassiner une femme avec laquelle il vivait, et qui ne lui échappa qu'en se précipitant par la croisée.

Ce qu'il faut surtout essayer, dit M. Brierre, c'est de dompter l'idée exclusive de ces malheureux, d'en vaincre l'acuité par un traitement moral, et, si celui-ci échouait, à l'aide de moyens coërcitifs.

M. Gilette pense qu'en général on se hâte trop de recourir au traitement médical dès que l'on s'aperçoit des premières atteintes de la folie. Pour lui, il voudrait que l'on insistât principalement sur le traitement moral, en le variant d'après le caractère de la personne que l'on est appelé à traiter. A ce sujet, il rapporte l'observation d'une demoiselle de trente ans, d'un caractère sérieux, d'un esprit *contemplatif*, et d'une piété éclairée, qui, victime d'un grand mécompte dans ses affections, est restée habituellement triste et mélancolique. Elle se distrait par des œuvres de charité. Depuis deux ans elle est devenue irritable et soupçonneuse. Plusieurs fois elle s'est plaint secrètement à sa mère d'entendre de mauvais propos tenus contre elle.

Depuis un an fort triste, elle vit dans l'isolement, elle gémit et prie sans cesse. Un jour elle me déclare avec exaltation qu'elle est bien malheureuse, et elle m'énumère tous les détails d'une conspiration ourdie contre elle dans le quartier qu'elle habite par une domestique renvoyée, pour la faire insulter. Ouvre-t-elle ses fenêtres, aussitôt les ouvriers qui passent dans la rue rient d'elle en criant : *Voici la fille qui veut se marier.* Puis les divers cris des marchands se transforment en outrage pour elle. Il est à remarquer qu'elle entend presque toujours juste la plus grande partie de ce qui est ainsi dit ou crié; seulement elle en dénature le sens en changeant les consonnances, et s'applique ainsi tout ce qu'elle entend. Tous ces propos viennent toujours des personnes placées dans les rangs inférieurs de la société. Ainsi, se rend-elle en soirée, elle entend les domestiques qui sont dans l'antichambre la critiquer à l'envi et rire à ses dépens; mais, une fois entrée dans le salon, l'hallucination cesse seulement dans ses mauvais jours; elle entend quelques personnes lui prodiguer des marques de pitié pour les calomnies dont elle est l'objet. Pendant plusieurs mois elle ne veut plus sortir à pied; elle veut sans cesse changer d'appartement. Du reste, les détails qu'elle donne sont empreints d'un tel accent de vérité que ses parents sont sa dupe, et que j'ai de la peine à les désabuser. D'ailleurs, lorsque mademoiselle X. est dans une société et qu'elle se mêle à la conversation, sur quelque sujet qu'elle roule, on reconnaît une femme d'une haute instruction, d'une moralité sévère à laquelle on ne pourrait reprocher qu'un peu de brusquerie. Jugeant qu'il était impossible de la désabuser, je l'engageai à ne pas s'affecter de ces calomnies; je fis appel à sa piété pour l'engager à prendre patience. Et insensiblement je parvins à la forcer de convenir qu'elle pouvait bien elle-même, par préoccupation, s'appliquer ce qui ne s'adressait point à elle.

M. Gilette ajoute que, d'après ses conseils, la famille acheta une maison de campagne, et que l'on plaça mademoiselle X... à la tête de toute l'économie domestique, et qu'elle s'y livra avec ardeur aux exigences de sa nouvelle position. Il s'est déjà opéré, au moral et au physique, chez cette demoiselle, un changement on ne peut plus favorable, et il est à croire que la guérison se maintiendra.

M. Larrey fait remarquer que rarement une tentative de suicide n'est pas suivie de plusieurs autres. Cette monomanie paraît être une des plus sujettes à récidives. Il rappelle l'exemple d'un militaire nommé Mercier, à qui Dupuytren pratiqua la réduction du maxillaire inférieur fracassé par un coup de feu. C'était la cinquième tentative de suicide qu'avait fait Mercier. Depuis sa guérison il n'a pas eu de récidive.

M. Caffe ajoute que Dupuytren donna des soins à un officier de la vieille garde qui, après plusieurs tentatives de suicide, avait été mis en séquestration, avec soin de ne rien laisser à sa portée, dont il pût faire usage pour se détruire. Eh bien, cet homme, persévérant dans ses idées, était venu à bout de cacher un poinçon qu'il s'enfonça dans la région du cœur à coups répétés de tire-botte.

M. Brierre. S'il est un fait qui prouve jusqu'à quel point la monomanie en question est ingénieuse à atteindre le but qu'elle se propose, et à déjouer les combinaisons de surveillance les mieux entendues, c'est sans contredit le suivant : un homme d'une classe riche et élevée est conduit dans une maison de santé après plusieurs tentatives de suicide. On l'enferme dans une chambre avec deux gardiens qui ne le quittent pas un instant, et qui, pendant son sommeil, sont placés, l'un à droite, l'autre à gauche de son lit. M. X., contrarié dans ses desseins par cette active surveillance, fait observer à ses deux gardiens qu'il n'y a pas de supplice comparable à celui qu'ils lui font endurer en ne

quittant pas un seul instant les deux côtés de son lit, et en restant les yeux ainsi fixés sur lui : en conséquence, il les prie de se promener dans la chambre ; c'est la seule grâce qu'il leur demande ; nos deux gardiens y consentent ; M. X., alors couché, s'occupe ardemment d'arriver a son but ; à peine les deux Argus ont-ils le dos tourné qu'il s'arrange dans les draps et la couverture, si bien qu'à leur insu il déchire sa chemise, s'en passe un lambeau autour du cou, et s'étrangle par ce procédé.

— *Occlusion spasmodique des paupières* (chorée partielle). — *M. Caffe* fait à la Société la communication suivante :

Le 22 juin de cette année, je fus consulté par M. S..., âgé de trente-cinq ans, curé de la paroisse de Fougères, département de l'Aube, affecté depuis cinq mois d'une contraction spasmodique et intermittente des paupières supérieures, devenue beaucoup plus fréquente et plus manifeste depuis trois mois environ.

Cette contraction avec occlusion complète des deux yeux se répète à des époques indéterminées de la journée, et sans qu'aucun signe avant-coureur puisse avertir M. S... de cette cécité subite ; aussi ne sort-il jamais sans donner le bras à quelqu'un. Au milieu d'une lecture, pendant la promenade, lorsque M. S... monte en chaire ou à l'autel, tout à coup ses paupières s'abaissent comme un rideau de théâtre ; sa volonté est insuffisante pour faire cesser cette occlusion, et il est obligé de porter la main à ses yeux et de soulever les paupières avec ses doigts par un effort assez violent, tant la contraction spasmodique oppose de résistance. Abandonnées à elles-mêmes, la durée de ces contractions ne se prolonge jamais au-delà de quelques minutes, et les paupières une fois relevées, aucune limite de temps ne peut être assignée pour le retour de la contraction qui ne se reproduit que par un caprice insaisissable dans ses causes, tantôt après un quart d'heure, tantôt après plusieurs heures. Quelques clignotements des muscles palpébraux se remarquent aussi fréquemment.

Lorsque la voix est rhithmée, le malade n'éprouve jamais son affection. M. J. Cloquet, qui a été aussi consulté par ce malade, m'a dit avoir donné son avis, il y a plus de vingt ans, à madame de P..., affectée de la même infirmité, et qui ne la ressentait jamais lorsqu'elle chantait, et ce cas était resté unique pour lui jusqu'à ce jour.

La vue de M. S. a la portée de celle des myopes ordinaires ; il se sert de lunettes depuis l'âge de vingt-cinq ans, et n'a point encore changé de numéro. L'iris est coloré en brun ; il n'y a pas de strabisme, et les paupières, dont le muscle orbiculaire est puissant, sont saines, et n'ont pas une longueur anormale. La santé générale de M. S. est parfaite ; il y a cinq ans, il fut atteint d'urticaire qui dura près d'un an. Là se bornent toutes les indispositions dont sa mémoire peut lui fournir le souvenir.

Le presbytère qui sert d'habitation à M. S., ainsi que l'église dans laquelle il officie, sont très humides. Depuis trois ans M. S dessert cette paroisse, et maintefais il a éprouvé la sensation d'un froid glacial sur le front et le visage au moment où il entrait dans son église.

Une circonstance qui n'a pu m'échapper, et dont l'importance sera ici bien appréciée, c'est une espèce d'hésitation ou de chorée de la parole, et sous cetaines influences des membres thoraciques et abdominaux plus spécialement.

En tenant compte de toutes les circonstances énumérées, je me crois fondé à porter le diagnostic suivant : *Contraction spasmodique intermittente des paupières. Chorée partielle.*

M. Larrey fait remarquer qu'il y a une certaine analogie entre le phénomène dont M. Caffe vient d'entretenir la Société, et la forme de bégaiement que l'on fait cesser par la musique.

M. Bourjot voit dans l'affection palpébrale de M. X., une névrose du nerf facial. Cette opinion s'accorde fort bien avec la manière de voir de Bell, qui regarde le nerf facial comme présidant à l'occlusion des ouvertures naturelles à la face.

M. Caffe ne pense pas qu'on puisse admettre dans le cas dont il s'agit une paralysie ; celle-ci se complique toujours de la paralysie d'un ou plusieurs muscles de l'œil, et par conséquent de strabisme ; or rien de pareil n'existe chez le malade en question. De plus, l'abaissement des paupières dans la paralysie est purement passif, et il la reproduit dès que la paupière supérieure n'est plus maintenue soulevée.

La séance est levée à dix heures.

EMBAUMEMENT. — PRIVILÉGE.

Nous publions une lettre de M. Gannal et la faisons suivre de la réponse de MM. Marchal (de Calvi) et Trousseau. On y verra un fait bien singulier ; selon M. Gannal, il aurait fait saisir *en contrefaçon* nos deux honorables confrères, l'un il y a quatre ans, l'autre il y a huit jours ; or, ni l'un ni l'autre n'a eu de nouvelles de cette prétendue saisie. On concevrait jusqu'à un certain point que M. Marchal en fût encore à attendre le papier timbré de M. Gannal ; mais M. Trousseau, dont l'affaire remonte au mois de décembre 1839, devrait, ce nous semble, l'avoir reçu ou ne le recevra probablement jamais. On verra encore que M. Gannal n'a jamais pu se désister d'une plainte qu'il n'avait pas portée. Cette manière d'agir est vraiment extraordinaire, et on serait tenté de croire que M. Gannal n'a pas foi lui-même en la validité de son brevet. Quoi qu'il en soit, voici les pièces :

Paris, le 6 octobre 1843.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 5 de ce mois, vous annoncez à vos lecteurs que M. le docteur Marchal (de Calvi) a adressé à l'Académie une lettre par laquelle il informe cette illustre assemblée qu'il vient de pratiquer un embaumement *suivant la méthode du docteur Tranchina*. Pour être entièrement véridique, M. Marchal aurait dû ajouter que c'est le samedi à quatre heures du soir, trois longs jours avant sa communication, qu'il a été saisi en contrefaçon de mon brevet, ce qui laisse à croire qu'il ne s'est décidé à écrire à l'Académie que pour atténuer l'effet de la constatation du délit. Cela paraîtra d'autant plus probable, qu'il n'est pas de soin et de peine qu'il n'ait pris en cette occurrence pour échapper à la juste surveillance de mes droits.

Mais ce qu'il y a de plus étonnant dans toute cette affaire, c'est que M. Marchal, après m'avoir attaqué avec une si grande vivacité, vienne lui-même avouer que *ce n'est qu'en cédant au désir formellement, instamment exprimé par la famille du défunt qu'il s'est décidé à opérer, tout en regrettant d'être obligé de se rendre à ce désir dans un moment où la question des embaumements par injection est soumise par lui à l'examen d'une commission nommée par l'Académie.*

A cette dernière allégation, nous répondrons à M. Marchal que, pour ne s'être pas occupé de travaux scientifiques, il devrait savoir pourtant que cette compagnie savante n'examine jamais des questions purement commerciales.

Il est vrai que, par une connexité d'intérêt, M. Marchal voit arriver à son aide M. Trousseau, qui, oubliant le noble caractère dont il est revêtu, ne craint pas de lever contre moi l'étendard d'une croisade médicale. Mais qui pourra se rallier au cri d'alarme jeté par M. Trousseau, lorsqu'on saura qu'après avoir fait aussi saisir celui-ci en contrefaçon de mon brevet, rue de l'Université, 29, par M. Barlet, commissaire de police, je ne me suis désisté de ma plainte que par respect pour la Faculté de médecine, dont M. Trousseau est professeur?

Quoi qu'il en soit, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire dans ma lettre du mois d'août dernier, la discussion soulevée par M. Marchal n'ayant de solution possible que devant les tribunaux, j'ai dû saisir l'occasion que m'offre *involontairement* mon adversaire pour démontrer *légalement* que j'étais dans mon droit lorsque j'ai basé mon brevet industriel sur trois points incontestablement d'invention : l'injection par la carotide gauche, comme la pratique la plus simple et la plus commode, mais toujours sans autre ouverture ou mutilation ; la composition d'un liquide conservateur ; enfin la préparation qui doit empêcher la moisissure des corps immédiatement renfermés dans des cercueils de plomb.

Agréez, etc. GANNAL.

9 octobre 1843.

Monsieur le rédacteur,

J'ai, en 1839, procédé à l'embaumement de M. d'Epinay, 19, rue l'Université, assisté de MM. Pidoux et Barruel. Cet embaumement se fit par l'ancienne méthode, après l'injection préalable dans la carotide. Un commissaire de police vint pendant l'autopsie, me déclarant procès-verbal parce que je la faisais seulement vingt heures après la constatation du décès. Je crois me rappeler que derrière le commissaire de police auquel j'avais été dénoncé par le sieur Gannal, celui-ci se glissa, et fit, en présence de quelques membres de la famille, une sortie tellement inconvenante, que l'on fut obligé de l'engager à se retirer le plus promptement possible. Depuis lors, je n'ai plus entendu parler de M. Gannal, et je ne comprends pas ce qu'il appelle *désistement* d'une plainte dont je n'ai pas eu connaissance.

Je comprends d'ailleurs que vous n'ayez pas inséré la fin de ma lettre du 4 courant, non qu'elle contînt rien d'injurieux pour personne, mais parce qu'elle avait trait à une souscription proposée pour soutenir M. Marchal, proposition que je reconnais être contraire aux dispositions des lois de septembre.

Agréez, etc., A. TROUSSEAU.

Mon cher confrère,

La lettre de M. Gannal soulève en moi tout ce que j'ai d'honnête ; mais je désire être convenable, même avec M. Gannal. Je vais répondre brièvement à chacune de ses *allégations*.

1° M. Gannal dit que c'est trois longs jours après avoir pratiqué l'embaumement de M. C. que j'ai écrit à l'Institut. Le cercueil de plomb s'étant fait attendre, je n'ai pu finir mon opération que le samedi, à onze heures et demie du soir. Ma lettre a été remise à M. Flourens, à trois heures de relevée, le lundi. Comment M. Gannal fera-t-il tenir *trois longs* jours entre la nuit du samedi et le milieu de la journée du lundi suivant ? D'ailleurs, je suppose qu'il y eût eu *trois longs jours* entre le moment de l'embaumement et celui de ma communication, il n'était pas en mon pouvoir d'avancer la séance de l'Académie.

2° M. Gannal persiste à dire que j'ai été *saisi* en contrefaçon de son brevet. Cela est absolument faux. Personne ne m'a déclaré que je fusse saisi, et je ne crois pas que l'on puisse être saisi sans en avoir connaissance. L'assertion de M. Gannal, à cet égard, est aussi audacieusement contraire à la vérité que possible. M. Gannal ajoute que c'est pour atténuer l'effet de la constatation du *délit* que j'ai écrit à l'Institut. Mais on vient de voir qu'il n'y a pas eu constatation de *délit* ; ensuite ce n'est que le mercredi que M. Gannal a fait dire dans les journaux qu'il m'avait fait saisir ; or, j'avais écrit le lundi. Comment aurais-je écrit le lundi pour atténuer un acte qui ne devait m'être connu que le mercredi suivant ?

3° M. Gannal dit qu'il n'est pas de soins et de peine que je n'aie pris pour échapper à ce qu'il appelle la *juste surveillance de ses droits*. Cela est encore de toute fausseté. C'est par mes soins qu'a été prévenu le commissaire de police qui a assisté à l'opération. (Ci joint, pour votre édification, une pièce qui le prouve.) (1).

4° M. Gannal feint de ne pas comprendre le motif pour lequel j'ai dit que c'est à regret, et en cédant à un désir formellement, instamment exprimé par la famille, que j'ai pratiqué l'embaumement de M. C. Mais peut-être n'est-ce pas une feinte, et M. Gannal n'est-il pas à même de comprendre que je devais m'excuser envers l'Académie d'avoir été obligé de devancer par le fait la décision que je lui avais demandée ?

5° M. Gannal veut que je ne me sois pas occupé de travaux scientifiques. Il n'est pas mon juge sous ce rapport, et je ne crains pas qu'il en fasse accroire là-dessus à ceux de nos confrères qui ont vécu dans le mouvement scientifique depuis quelques années.

M. Gannal parle beaucoup d'une plainte devant les tribunaux, et met, à ce sujet, des réclames dans tous les journaux. Je le somme de donner suite à sa menace, et de me faire assigner. Je crains que tout ce bruit n'ait uniquement pour but d'abuser le public. Quand il aura dit sur tous les tons qu'il est décidé à me poursuivre, on finira par croire qu'il m'a poursuivi. Mais je suis décidé à ne pas me prêter à cette comédie.

Je ne crois pas avoir besoin d'expliquer longuement ma position dans cette question. Ce n'est pas pour moi une affaire d'intérêt. Je ne veux pas faire d'embaumements. J'en ai fait un pour établir pratiquement ce que j'avais établi théoriquement ; et je l'ai fait (gratuitement) sur le corps d'un homme que j'avais soigné.

Encore une fois, que M. Gannal fasse plus de besogne et moins de bruit, si cela lui est possible. Qu'il m'assigne. Je suis prêt.

Agréez, etc. MARCHAL (de Calvi).

(1) Nous avons vu, en effet, l'autorisation écrite de M. le commissaire de police. *(Note du Rédacteur.)*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pommade contre les rhagades des orteils; par M. le dr HERSCHMANN.

Les gerçures existant à la face interne des orteils, et qui, entourées d'un cercle rouge, secrètent un pus syphilitique, présentent une des formes les plus douloureuses de la syphilis secondaire. Les malades qui en sont affectés passent les nuits sans dormir et maigrissent à vue d'œil, bien que leur pouls ne soit pas même fébrile.

Dans quelques cas rares, il est vrai, il y survient de la gangrène, et si l'on n'a pas recours à un traitement anti-syphilitique énergique, on voit tomber les orteils les uns après les autres.

Pour arrêter promptement les douleurs qui résultent de ces rhagades, et pour opérer rapidement la guérison de ces plaies, M. Herschmann recommande une pommade composée d'axonge, de litharge et de précipité blanc, à laquelle, dans les cas très opiniâtres, il fait ajouter quelques gouttes de laudanum de Sydenham.

Cette pommade ne réussit pas moins bien dans le traitement des ulcères phagédéniques profonds qui se forment quelquefois à la suite de la vaccination, soit que le vaccin employé soit de mauvaise nature, soit que les sujets aient de la prédisposition à la cachexie scrofuleuse, syphilitique ou autre. On peut hâter beaucoup la guérison de ces ulcères en les lotionnant plusieurs fois par jour avec une infusion de mauve ou de cigoë. *(Œsterr. med. Wochenschrift.)*

Efficacité de l'emploi alternatif de l'iode et du mercure contre la syphilis ; par M. le docteur WEST.

M. West emploie avec le plus grand succès, dit-il, contre les symptômes primitifs ou secondaires de la syphilis, des préparations alternées d'iode et de mercure.

Il se sert sans aucune exception, et sans jamais varier les doses, de la formule suivante :

1° *Pr.* Teinture d'iode, 15 gouttes.
A prendre, trois fois par jour, dans un verre d'eau.

2° *Pr.* Pilules mercurielles, 75 milligrammes.
Poudre de Dover, 15 centigrammes.
Conserve de roses, Q. S.
M. et F. S. A. une pilule.
On prend, matin et soir, une pilule semblable.

Ce médecin rapporte six cas confirmatifs de l'efficacité de ce mode de médication ; il donne, entre autres, l'observation d'une femme âgée de trente-trois ans, malade depuis deux ans, et qui avait été soignée par plusieurs médecins et par différentes méthodes, sans en obtenir le moindre résultat avantageux ; loin de là, la maladie avait plutôt paru faire des progrès que s'amender. La malade avait eu d'abord une éruption, puis des ulcérations dans le pharynx, de fortes douleurs ostéocopes qui la privaient de sommeil, une tuméfaction considérable du tibia droit et de l'os frontal. Ces deux tumeurs osseuses étaient extrêmement sensibles au toucher ; elles s'ulcérèrent quelques jours après la première visite de M. West.

Deux mois de traitement suffirent pour le rétablissement ; il n'eut besoin que d'y ajouter l'usage d'un gargarisme approprié. *(The Lond. Med. Gaz.)*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 121. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 11 OCTOBRE 1843.

Le procès intenté par M. Jules Guérin à MM. Vidal (de Cassis) et Malgaigne, n'a pas été plaidé aujourd'hui. Un juge, M. Cazenave, gendre de M. le professeur Fouquier, s'est récusé sur ce motif, dit-on, que le nom de son beau-père se trouve sur la couverture du Journal de Médecine, qui est cependant bien distinct du Journal de Chirurgie publié par M. Malgaigne.

Nous ne pouvons que respecter cette susceptibilité, alors même qu'elle nous paraîtrait exagérée, et les parties intéressées partageront notre regret de voir cette cause privée des lumières et de la haute impartialité de M. Cazenave.

Mais nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que la cause avait été indiquée à un délai des plus bref, que les articles incriminés avaient plus d'un mois de date, que l'assignation avait été faite le 3 octobre pour le 11 ; délai tout à fait hors des usages du palais, et que les inculpés avaient été obligés de faire des diligences extraordinaires pour être prêts au jour de l'audience.

Cependant ils l'étaient : pièces justificatives, discours, plaidoyers, tout était disposé, et au moment où l'on croyait être jugé, on annonce une remise au 14 novembre, basée sur le motif que nous avons fait connaître.

Nous avions annoncé de l'imprévu , il y en aurait eu en effet , et les nombreux médecins qu'avait attirés au palais le bruit de ce procès, regardaient avec étonnement une cohorte impotente de bossus, de rachitiques, de pieds-bots, etc., amenée par M. Guérin et gisant dans la salle des Pas - Perdus. Quelle exhibition M. Guérin voulait-il en faire ? Dans quel but et pour quels motifs voulait-il montrer ces pauvres gens à ses juges ? Chacun se perdait en conjectures. Plus les choses vont , plus elles s'embrouillent , et ce procès est destiné à de singulières péripéties.

On avait annoncé , de plus , que M. Guérin devait se présenter devant ses juges appuyé sur le bras de M. Orfila ; cette annonce ne s'est pas réalisée.

Signalons enfin , comme un des faits les plus remarquables de tous les incidents que suscite ce procès , l'empressement des médecins de Paris et même des départements à signer la protestation en faveur du droit de libre discussion. M. Guérin ne s'attendait qu'à une défense, il se trouve en face d'une manifestation.

M. Gendrin a refusé d'apposer sa signature au bas de la protestation.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Rhumatisme articulaire aigu général. Symptômes graves. Nitrate de potasse. Insuccès. Emissions sanguines. Guérison.

Leroux, âgé de trente-huit ans, taille un peu au-dessus de la moyenne, assez musclé, cheveux chatains, peau brune. Cocher autrefois, cet homme est, depuis une époque récente, attaché comme commissionnaire à un magasin pour lequel il fait des courses en ville. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, non plus que ses père et mère, qui sont morts âgés. Il fut atteint plus d'une fois de courbatures. Une entre autres, il y a des années, le retint vingt-sept jours au lit, et pendant cet intervalle il eut à souffrir de douleurs intenses à la région lombaire. Il n'a jamais eu d'autre maladie. Il avoue être sujet aux excès alcooliques, mais n'en a pas commis récemment. Il n'a point contracté de refroidissement, et ne sait à quoi rapporter son affection actuelle.

Le 29 avril 1843, il éprouva des douleurs assez vives qui semblent avoir eu pour siége le cuir chevelu ; car elles étaient superficielles et exaspérées au moindre contact. Ces douleurs s'étendirent à la partie postérieure du col, gagnèrent la continuité des membres supérieurs, dont les mouvements devinrent embarrassés. Néanmoins, il continua ses occupations ordinaires jusqu'au 2 mai. A cette époque les douleurs diminuèrent d'intensité, tandis qu'il s'en développait d'autres dans les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, qui se tuméfièrent.

Le 4, il fut obligé de s'aliter. L'appétit avait diminué ; il fit une demi-diète, mais aucun traitement.

Entré le 6 à l'hôpital Beaujon, n° 3, il se présentait le 7 dans l'état suivant :

Facies naturel, coloré en rose. Langue blanche, soif modérée, un peu d'appétit. Pas d'évacuations alvines depuis deux jours. Le cuir chevelu n'est plus le siége d'aucune douleur ; les mouvements du cou en provoquent une légère à la région de la nuque, et ceux des membres supérieurs en produisent dans leur continuité.

La partie antérieure du genou droit et des coude-pieds est légèrement colorée en rouge sur quelques points, mais sans tuméfaction appréciable ; la pression y est douloureuse ; elle l'est également sur l'extrémité inférieure du muscle droit antérieur de la cuisse gauche, où la peau conserve son aspect normal. La malléole interne gauche, et l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du même côté, sont le siége d'une tuméfaction médiocre avec rougeur et douleur. Les mouvements de flexion et d'extension de cette dernière, aussi bien que de l'articulation tibio-tarsienne, sont impossibles. Sur toutes ces parties la température de la peau est à l'état normal. Les douleurs sont plus vives la nuit que le jour, et empêchent le sommeil.

Percussion du thorax partout sonore ; expansion vésiculaire pure et sans râle. Bruits du cœur nets et réguliers. Pas de toux ; pouls à 104, régulier, égal, sans développement anormal ; peau de chaleur naturelle. Tisane pectorale avec nitrate de potasse, 30 grammes en 3 pots ; 2 bouillons.

Le 8, quelques nausées ce matin. Anorexie ; coliques très légères ; urine en quantité médiocre ; un peu de transpiration la nuit. Même pouls ; peau chaude sans humidité.

La nuque et les membres supérieurs ont cessé d'être douloureux, même lors des mouvements. Les génoux sont tuméfiés sensiblement ; les rotules soulevées par du liquide, et la fluctuation est manifeste sur ses parties latérales et jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus. Douleur vive à la pression ; rougeur modérée des téguments. Le gros orteil droit est moins gonflé, moins rouge. Même état des coude-pieds. Même prescription.

Le 9, urines abondantes, suivant le récit du malade. Douleur médiocre, sans autre symptôme, dans les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale gauches.

L'épanchement du genou droit a presque disparu ; la rotule n'est plus sensiblement soulevée.

Les articulations malades des extrémités inférieures ne sont plus ni rouges, ni tuméfiées ; la douleur y est très modérée ; toutefois un peu plus sensible du côté droit que du côté gauche. Nitrate de potasse, 40 grammes en 4 pots ; 2 bouillons.

Le 10 ; à peine des nausées ; une selle normale ; urines abondantes ; pas de sueurs. Pouls à 96, sans développement. chaleur naturelle.

Les articulations scapulo-humérales sont à ce point douloureuses qu'elles causent l'immobilité des membres supérieurs, et qu'elles ont empêché le sommeil. La pression n'augmente pas la douleur. L'épanchement s'est reproduit dans le genou droit. A gauche, il n'a que très faiblement diminué. Nitrate de potasse, 36 grammes en 4 pots.

Le 11, la tisane est bien tolérée ; transpiration la nuit seulement.

Epanchement nul dans le genou droit, presque nul aussi dans le genou gauche ; aucune douleur. Mouvements faciles de la jambe sur la cuisse. Même traitement.

Le 12, même état général ; appétit ; pouls à 80, sans caractère particulier. Sommeil la nuit.

Les articulations scapulo-humérales ne sont plus douloureu-

FEUILLETON.

NOTICE BIOGRAPHIQUE SUR ASTLEY COOPER.

(FIN.)

Dans le cours de la même année, A. Cooper fut appelé pour donner des soins au roi Georges IV, bien qu'il ne fût pas attaché officiellement au service de ce souverain : on peut croire qu'il ne le fut que sur le bruit de sa grande réputation , qui parvint aux oreilles du monarque. Au printemps de l'année suivante (1821), il enleva une tumeur stéatomateuse qui s'était développée sur la tête de ce royal malade, et il pratiqua cette opération en présence de sir Halford , de sir M. Tierney, de sir Everard Home, de M. Cline, et de sir B. Brodie.

Les observations laissées par sir A. Cooper dans ses notes sur Georges IV, sont assurément très flatteuses pour ce souverain ; mais , par contre, elles sentent beaucoup trop le courtisan, et elles donnent lieu de penser que le grand chirurgien avait trouvé moyen de passer à un sentiment politique diamétralement opposé à celui qu'il avait affiché pendant les premières années de son séjour à Londres.

A. Cooper ne s'était d'ailleurs chargé de cette opération qu'à son corps défendant, ainsi qu'on peut en juger par la note suivante : « Je priai, dit-il, lord Liverpool de persuader au roi qu'il devait faire choix de Home pour se faire opérer, et cela avec d'autant plus de raison que l'étiquette le voulait ainsi, puisqu'il était chirurgien en titre ; mais lord Liverpool me répondit qu'il était très difficile à lui de s'interposer dans le choix d'un opérateur. J'avais cependant une excessive répugnance à me charger de cette commission. Jusqu'alors j'avais toujours été très heureux , et j'avais à craindre que cette opération , si elle était malheureusement suivie d'érysipèle , ne vînt à bouleverser mon bonheur et ternir ma réputation.... Bientôt après , sir Henry Halford fut appelé dans le cabinet, et en étant sorti immédiatement, il me dit que j'avais été choisi pour pratiquer l'opération. Cette annonce fit sur moi l'effet de la foudre, et je fus saisi de vertiges en pensant que mon sort à venir était maintenant attaché à l'issue d'un pareil événement. » On ne concevrait pas les craintes si fortes qu'éprouvait A. Cooper dans cette circonstance , si l'on ne se rappelait les crises nerveuses auxquelles il était sujet, et dont il redoutait d'être atteint à l'instant même d'opérer. Rien n'est en effet plus capable d'ôter la confiance en soi-même, que l'appréhension d'une attaque qui peut survenir tout à coup et faire perdre, pendant un temps plus ou moins long, l'usage des facultés.

Peu de temps après cette opération, le roi anoblit A. Cooper, en le faisant baronet , titre dont il assura , sur sa demande, la transmission héréditaire à son neveu et fils adoptif , Astley. Il lui fit en outre remettre un très beau présent de la valeur de cinq cents guinées. Deux jours après son élévation au titre de baronet, A. Cooper maria son fils adoptif avec miss Rickford , et ce mariage fut pour lui un sujet de grande satisfaction.

En 1822 , il fut élu examinateur au Collége des chirurgiens , et sa conduite dans ce poste fut toujours caractérisée par une extrême affabilité à l'égard des candidats. Jamais, dans les examens, il ne posa de questions embarrassantes ou sur des sujets abstraits ; mais on le vit constamment s'occuper de choses essentiellement et exclusivement pratiques, et avoir soin de présenter ses demandes d'une manière simple, claire et concise. Ce fut toujours une pénible tâche pour lui que d'annoncer à un candidat qu'il n'était pas admis , et lorsqu'il s'y trouva obligé comme président, il chercha à adoucir, par le choix de ses expressions, ce qu'il y avait de pénible dans cette mission. Il lui arriva souvent, dans les cas de ce genre, d'écrire, même sans y avoir été engagé , aux parents des élèves refusés pour leur expliquer les circonstances qui avaient motivé le rejet, et pour leur dire que quelques semaines de bon travail suffiraient pour réparer pleinement cet échec.

Dans la même année, il publia son grand ouvrage sur les luxations et les fractures , dont une partie considérable avait déjà paru en substance dans les Essais chirurgicaux.

Vers la fin de 1824 , ses crises nerveuses devinrent plus fréquentes , et s'accompagnèrent parfois de difficulté de respirer ; mais quelques jours de repos à la campagne suffisaient toujours pour faire disparaître ces accidents et le remettre à bien. Se trouvant un peu alarmé des retours trop multipliés de ces attaques, et les attribuant en grande partie à la fatigue des cours dont il était chargé, il voulut se borner à ses seules leçons de chirurgie ; mais, après Noël, il fut obligé d'y renoncer entièrement , et il donna sa démission au mois de janvier 1825. Depuis quelque temps , il s'était fait remplacer quelquefois par M. Rey dans ses leçons chirurgicales, et par M. Bransby Cooper dans ses cours d'anatomie ; il désira donc, en se retirant, les voir appelés à lui succéder, et il pensait bien que rien ne pouvait s'opposer à ce qu'il en fût ainsi. Mais il fut trompé dans son attente , au moins pour l'un des deux , car M. South fut appelé à la chaire d'anatomie, et cette circonstance devint la source d'une dissidence qui détermina la création d'une nouvelle école de médecine dans l'hôpital de Guy. Il y eut même, à cette occasion , une proposition de duel entre sir Astley et le docteur Cholmondely ; mais ce dernier ayant déclaré s'en rapporter au jugement de M. Power pour décider ce qu'il y aurait à faire à cet égard , et celui-ci lui ayant donné tort, il le reconnut publiquement, et l'affaire se termina ainsi.

L'établissement de l'école de Guy engagea sir A. Cooper à s'occupe lui-même d'y former un Muséum pour le besoin des leçons ; car ses anciennes préparations étaient restées à Saint-Thomas où elles avaien été primitivement déposées , et se trouvaient par conséquent perdues pour lui. Les préparations qu'il y rassembla depuis lors, jointes à celles qu'y avait déjà placées M. le docteur Haighton, formèrent le noyau de ce Muséum, aujourd'hui l'un des plus riches de tous ceux qui existent en Europe.

Depuis un certain temps , sir A. Cooper avait voulu s'occuper de faire valoir une propriété rurale dont il avait fait l'acquisition à Gadesbridge ; mais, comme il arrive ordinairement à ceux qui n'ont pas fait leur spécialité de ce genre d'exploitation, il en tira plus de plaisir que de profit.

En 1824, il lithotomisa le vice-chancelier, sir John Leach.

Au mois d'octobre 1826, il fut appelé en consultation pour le duc d'Yorck, et il lui continua ses soins jusqu'à la mort.

En janvier 1827, M. Cline mourut , et sir A. Cooper fut naturellement très affecté de la perte d'un homme qui avait été son professeur et qui était son ami depuis si long-temps , surtout en raison de ce que les discussions relatives à la séparation entre les hôpitaux de Saint-Thomas et de Guy les avaient un peu éloignés l'un de l'autre.

Dans la même année, sir Astley Cooper fut élu président du collége royal de chirurgie, honneur qu'il reçut une seconde fois en 1836. Au mois de juin de cette même année 1827, il perdit sa femme, qui mourut à Gadesbridge d'un érysipèle à la face, et le vif chagrin qu'il en ressentit augmenta la fréquence de ses crises nerveuses , ce qui le contraignit souvent de prolonger son séjour à la campagne beaucoup plus long-temps qu'il ne se proposait de le faire. Cette circonstance l'engagea, au mois de septembre suivant, à renoncer définitivement à la pratique, et à se retirer tout à fait à la campagne.

Pendant les premiers temps, la nouveauté du genre de vie qu'il menait, la libre disposition de tous ses moments, lui procurèrent un assez vif plaisir ; mais il ne tarda pas à éprouver un ennui qu'il n'avait pas encore connu , et à sentir le besoin de cette excitation que son long exercice et son activité naturelle rendaient indispensable à son bonheur. Il fut affecté en outre d'une fièvre intermittente , dont l'issue faillit lui devenir fatale. Immédiatement après son rétablissement, il prit sagement le parti de recommencer à pratiquer son art, et il revint à Londres après une absence d'environ six mois. Il s'était décidé à ne voir que quelques-uns de ses vieux clients, trois ou quatre jours par semaine seulement ; mais son retour fut à peine connu que les malades lui arrivèrent en foule. Son vieux domestique Balderson , qu'il avait établi dans une ferme, ne l'accompagna pas à son retour à Londres.

ses, si ce n'est, mais très faiblement, à la pression et lors des mouvements, qui redeviennent assez faciles. Le poignet gauche, la région dorsale de la main et les articulations des doigts de ce côté, sont un peu tuméfiés, assez douloureux, incapables d'exécuter ni flexion ni extension; la peau qui recouvre ces parties est rouge et chaude. Même prescription; une soupe.

Le 13, langue normale; pas de garderobes depuis le 10; urine assez abondante. Même poul. Le poignet gauche est un peu plus gonflé; le droit est légèrement tuméfié, douloureux, et la peau faiblement colorée. Douleur légère au niveau des articulations sacro-iliaques et sacro-vertébrales. Looch blanc; cataplasme sur l'hypogastre; lavement émollient.

Le 14, urines copieuses; transpiration telle qu'il a fallu changer la chemise du malade. Les articulations scapulo-humérales sont parfaitement à l'état normal. La face dorsale de la main droite et les articulations métatarso-phalangiennes sont aussi tuméfiées que du côté gauche. Diminution légère dans le volume des genoux. Douleur des articulations sacro-vertébrale et sacro-iliaque un peu moindre. Deux soupes.

Le 15, disparition complète de tout symptôme inflammatoire dans les articulations de l'extrémité du membre thoracique droit. Même épanchement dans les genoux; mais ils ne sont plus le siége d'aucune douleur. Pouls à 92, fort, large; peau chaude, sudorale. Nitrale de potassium, 30 grammes en trois pots.

Le 16, la rotule droite est plus éloignée que la veille de l'extrémité du fémur; la fluctuation a augmenté. Pouls à 88, toujours large. Du reste, même état. Un échaudé.

Le 17, tout épanchement de liquide a disparu dans le genou gauche; il est à peine sensible à droite. Douleur modérée dans l'articulation coxo-fémorale droite, sans autre phénomène particulier. Toux moindre, ne provoquant plus de douleur au-dessus du pubis. Pouls à 84, de force modérée; peau de chaleur normale. Deux échaudés.

Le 18, délire, agitation et insomnie la nuit. Le matin, intelligence normale; langue blanche; conservation de l'appétit; ni nausées, ni coliques. Douleur dans l'hypocondre gauche, augmentée par la pression. Pas de garderobes. Tout le poignet, toute la main gauche, sont le siége d'une tuméfaction des plus considérables, avec rougeur et douleurs vives. Les doigts sont volumineux et presque dans l'extension complète. La synoviale des genoux, la gauche principalement, est distendue à un dégré remarquable; mais ces articulations ne sont douloureuses que lors des mouvements. Un peu de gonflement, sans rougeur, se voit au niveau des articulations métatarso-phalangiennes gauches. Les mouvements des bras provoquent de la couleur dans les articulations scapulo-humérales.

Mêmes râles dans la poitrine; bruits du cœur très nets, très réguliers. Toux modérée; même expectoration. Pouls à 84, large, régulier; peau chaude; transpiration abondante la nuit. Pectorale simple; looch blanc; saignées; 2 soupes; 1 échaudé.

Le 19, 300 grammes de sang tirés de la veine; 130 de sérum; caillot ferme, couenne de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Face pâle; deux selles liquides ce matin, sans coliques. Ce matin encore, palpitations pendant une demi-heure environ. L'auscultation de la région précordiale donne toujours des signes négatifs.

Poignet droit un peu tuméfié, rouge, douloureux. Pression un peu sensible sur les parties antérieure et supérieure de l'épaule droite. Epanchement des genoux peut-être augmenté. Saignée.

Le 20, tuméfaction des poignets nulle, légère à l'indicateur gauche. La douleur des épaules est telle, que les bras sont condamnés à l'immobilité. Le genou et le téton gauches sont un peu douloureux.

Le premier bruit du cœur semble un peu plus prolongé à la pointe qu'à la base. Pouls à 72, régulier, sans développement; chaleur modérée; diarrhée assez abondante. 3 ventouses scarifiées à la région précordiale; frictions mercurielles sur les genoux.

Le 21, les ventouses ont donné 150 grammes de sang, dont 50 de sérum; rondelles non couenneuses, consistantes.

Langue à l'état normal; diarrhée moins abondante; épanchement des genoux diminué de moitié environ. Pouls à 84, large; peau chaude. Du reste, mêmes symptômes.

Le 22, résorption complète du liquide épanché dans l'articulation fémoro-tibiale gauche; la droite n'en contient plus notablement. Poignet droit un peu tuméfié, rouge. Même diarrhée. Pouls à 72, de force et consistance normales. Chaleur de la peau naturelle, 2 grammes de diascordium.

Le 23, toutes les articulations sont revenues à l'état normal, à l'exception du poignet droit, qui reste encore un peu douloureux.

Le 24, cette douleur du poignet disparaît.

A dater de ce jour, la convalescence marche régulièrement; la diarrhée, qui persistait à un faible degré, cesse les jours suivants. Le malade quitte l'hôpital à la fin du mois, mangeant une portion.

Réflexions. — Un homme bien constitué, d'une bonne santé habituelle, non sujet aux rhumatismes, est pris, sans cause connue, de cette affection. Le mal débute par le cuir chevelu, et nous le voyons ensuite envahir rapidement plusieurs des articulations les plus importantes. Le nitrate de potasse est administré à haute dose; mais ce médicament ne modifie en rien la marche de la maladie; elle continue ses progrès en présentant chaque jour des variations remarquables du mieux au pis, et *vice versâ*. Après avoir ainsi offert plusieurs rémissions et exacerbations successives, tout à coup la maladie articulaire sévit avec une nouvelle intensité; l'état général s'aggrave, s'altère; du délire s'est déclaré. Force est alors de modifier le traitement: on a recours aux émissions sanguines. La maladie ne tarda pas alors à marcher vers une terminaison heureuse.

Ce fait semblerait peu favorable au nitrate de potasse; mais faut-il juger par un fait? M. Martin-Solon, qui a expérimenté un grand nombre de fois, fut étonné de cet insuccès, attendu qu'il a rarement trouvé des cas aussi rebelles. Cependant, de ce que l'efficacité d'un médicament est reconnue, ne peut-il pas échouer quelquefois? Et ne voyons-nous pas l'antipériodique par excellence faire défaut lui-même dans certains cas où des remèdes vulgaires, tels que les amandes amères, le poivre, la petite centaurée, ont pu réussir.

B. DE MONTESSUS.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Calcul vésico-prostatique très volumineux. Tentative de lithotritie. Calculs prostatiques multiples; taille latéralisée avec modification du procédé opératoire.

Au nº 16 de la salle Saint-Jean, est couché le nommé Héchard (Alexis-Frédéric), âgé de vingt-quatre ans et demi, cultivateur à Gonesse, entré à l'hôpital de la Charité le 19 septembre 1843. La première remarque qui nous frappe en découvrant ce malade, c'est qu'il ne cesse de se livrer à ces attractions continuelles de la verge, propres aux sujets atteints de calculs urinaires. La verge présente une longueur anormale, et le prépuce dépasse dans une étendue notable l'extrémité du gland. On pratique immédiatement le cathétérisme avec l'algalie. M. Chassaignac reconnaît aussitôt un calcul volumineux engagé dans le col de la vessie, et se prolongeant à une grande profondeur dans le corps de l'organe. On est conduit à penser que le calcul est engagé dans le col de la vessie, à raison de son immobilité, de la promptitude avec laquelle on arrive à la pierre, de la manière dont le cathéter est en quelque sorte pressé contre elle dans les mouvements de va et vient qu'on imprime à l'instrument, et aussi par l'impossibilité de franchir le col vésical sans avoir touché d'abord le calcul. Il s'écoule par la sonde une urine chargée d'un résidu calculeux blanchâtre; on peut enfin apprécier la consistance de la pierre, qui paraît assez friable, car on ne trouve point le bruit sec des calculs durs et résistants. Plusieurs des personnes présentes, en plaçant la main sur la sonde, pendant que le chirurgien lui imprime de légers mouvements alternatifs d'arrière en avant et d'avant en arrière, peuvent apprécier parfaitement bien la sensation du contact d'un calcul.

Ce malade nous apprend que depuis une tentative de lithotritie qu'il a subie tout récemment en ville, il éprouve tous les jours un frisson qui survient de quatre à cinq heures du soir, et qui plus tard est remplacé par de la sueur, accompagnée d'une chaleur incommode qui persiste jusqu'à dix ou onze heures dans la soirée, et à partir de ce moment il est assez tranquille et dort pendant quelques heures. L'émission spontanée des urines ne peut avoir lieu qu'à l'aide de violents efforts, et le malade se plaçant sur un vase de nuit. C'est, dit-il, depuis l'âge de six à sept ans qu'il a commencé à éprouver les accidents que l'on observe aujourd'hui. Voilà tout ce qu'il nous a été possible d'obtenir d'une manière bien précise de ce malade, qui, nous ne savons dans quel but, a paru vouloir nous cacher plusieurs des circonstances du traitement qu'on lui a fait subir avant son entrée à l'hôpital. Nous sommes donc forcés de nous borner à l'exposé de sa narration, dans laquelle, ainsi que nous en avons la preuve, il chercha d'abord à nous tromper sur le nom du médecin qui lui avait donné des soins depuis son arrivée de la campagne.

Voici cette narration:

Le 7 septembre, nous dit-il, éprouvant des difficultés d'uriner de plus en plus grandes, il se rendit a Vaugirard chez un sien parent qu'il ne veut pas nommer, s'y installe, et vient de là à Paris, le même jour, consulter M. Simon (c'est le nom qu'il donne au médecin qui lui a donné des soins, et qui demeure rue Louis-le-Grand). Ce médecin le sonde, l'engage à revenir le lendemain, vendredi 8, pour commencer le broiement de sa pierre. Le malade retourne à Vaugirard, et revient le vendredi chez M. Simon, qui fait des tentatives de broiement pendant vingt minutes; il prescrit une tisane d'orge au malade, qui retourne immédiatement à Vaugirard en voiture. Une certaine quantité de gravier s'échappe avec les urines pendant la nuit qui suit l'opération. Le mardi suivant, 12, c'est-à-dire quatre jours après, il retourne de nouveau chez la personne qui a fait la première tentative de broiement, et qui la renouvelle pendant un espace de temps aussi long que la première fois. Le malade retourne encore à Vaugirard; mais arrivé là, il éprouve de vives douleurs, le ventre devient tendu, l'émission des urines est impossible; l'anxiété du malade est à son comble, et le lendemain 13, il prend une voiture qui le ramène à Paris. Là, une nouvelle tentative de broiement a encore lieu, et, après cela, le malade retourne à son domicile, c'est-à-dire à Vaugirard. Enfin, les choses n'allant point à son gré, il s'impatiente, se rend le samedi, 16, chez la personne qu'il désigne sous le nom de M. Simon, et lui annonce l'intention de retourner dans son pays. Ce méde-

---

Au mois de juillet 1828, sir Astley contracta un nouveau mariage, et épousa miss C. Jones. A la même époque, il fut nommé chirurgien titulaire du roi.

En 1829, il publia la première partie de son admirable *Illustration des maladies de la poitrine.*

En 1830, il fut élu vice-président de la Société Royale, dans le conseil de laquelle il figurait déjà comme membre. Vers la fin de l'été de cette année, il fit, avec sa femme et une autre dame, un voyage très long sur le continent, et, dans l'automne de 1831, il alla visiter l'ouest et le sud-ouest de l'Angleterre: ce fut pendant cette dernière promenade qu'il fit l'acquisition d'un très beau fossile du genre ichthyosaure, dont le dessin a paru depuis dans le traité publié par M. le docteur Buckland.

A l'avénement du roi Guillaume IV, il fut confirmé dans le poste de chirurgien titulaire; il connaissait personnellement ce prince depuis 1818, époque à laquelle il avait été appelé pour traiter son fils, le capitaine Fitz-Clarence, qui s'était fracturé la jambe en tombant de cheval.

Au commencement de l'année suivante, sir Astley publia son livre sur l'anatomie du thymus. A la même époque, il fut nommé membre de l'Institut de France, en remplacement de Delpech, et il reçut du roi Louis-Philippe les insignes d'officier de l'ordre de la Légion-d'Honneur.

Au mois de juin 1834, à l'occasion de l'installation du duc de Wellington à Oxford, l'université de cette ville lui conféra le titre honoraire de docteur ès-lois civiles.

Dans la même année, il fit avec sa femme et quelques autres personnes de sa famille, un voyage pendant lequel il parcourut une grande partie de l'Allemagne; puis il revint par la France en traversant la Suisse. Il avait encore pour principal objet, dans cette longue tournée, d'augmenter la masse de ses connaissances chirurgicales pratiques; aussi, ne laissait-il pas, sur sa route, un seul hôpital sans le visiter, et il lui arriva souvent de se détourner de sa direction pour pouvoir examiner quelque Muséum public ou quelque collection particulière relative au sujet de ses études favorites.

En 1835, il fut élu membre honoraire du collége royal des chirurgiens d'Edimbourg, et, peu de temps après, il résolut de visiter l'Ecosse; mais ce voyage n'eut lieu qu'en 1837. Il reçut à Edimbourg un accueil des plus flatteurs; le collége des chirurgiens lui donna un grand dîner, dans lequel un toast lui fut porté aux acclamations de tous les convives; le lendemain, l'université lui conféra le titre de docteur ès-lois, et les magistrats de la ville lui accordèrent le droit de bourgeoisie de la cité. Trois années plus tard, il fut proposé avec deux autres candidats, le duc de Wellington et le marquis de Breadalbane, pour l'office de lord recteur de l'université de Glasgow; ce fut le dernier qui fut élu.

En 1840, sir Astley publia son dernier ouvrage, sur l'anatomie de la poitrine, ouvrage d'un mérite transcendant, et véritablement étonnant si l'on réfléchit que l'auteur, au moment de sa publication, avait atteint soixante-dix ans, et que ses matériaux étaient le fruit de recherches entreprises surtout dans les dernières années de sa vie. Nous ajouterons que, tout en rédigeant ce livre, il trouva encore le temps de faire paraître dans le premier volume des *Guy's hospital Reports*, plusieurs mémoires sur des sujets variés.

Sir Astley ne pensait rien moins qu'à mourir; cependant, ses crises nerveuses avaient toujours persisté, et, dans les derniers temps, elles s'étaient transformées en attaques de goutte. Vers la fin de 1840, il lui survint une très grande difficulté de respirer, gêne qui s'accroissait considérablement par l'action de monter. Ces accidents étaient portés à ce point, qu'ayant eu peu de temps avant Noël à pratiquer une opération importante sur lady L...., il envoya, avant de consentir à s'en charger, un homme de confiance pour s'assurer du nombre des marches qu'il avait à monter pour arriver à la chambre de la malade, disant que, s'il y en avait davantage que pour parvenir à celle qu'il habitait lui-même, il serait indispensable de transporter cette dame à un étage inférieur, sans quoi il refuserait de l'opérer.

A Noël, il partit avec sa femme pour Westerham, où il devait passer une quinzaine chez un ami, comme il avait l'habitude de le faire tous les ans; mais, les quinze jours écoulés, il se trouva trop mal pour repartir, et dans le but de cacher à ses amis la cause réelle de son retard et la nature sérieuse de sa maladie, il écrivit à Londres qu'il avait l'intention de prolonger son absence pendant une semaine de plus.

Lorsqu'il fut de retour, M. Bransby Cooper l'alla voir aussitôt, et fut frappé du changement qui s'était opéré en lui pendant un si court espace de temps. En arrivant près de lui, il le trouva la tête penchée sur la poitrine, et au lieu de cette réception vive et affectueuse à laquelle il était accoutumé, il le vit se remuer à peine et lui tendre la main avec une mélancolique expression, en cherchant à reconnaître l'impression que sa vue pouvait produire. M. Bransby ne put en effet cacher son émotion, et sir Astley l'ayant observée, il lui pressa la main.

Enfin, après quelques jours de maladie, pendant lesquels il fut souvent pris de délire, il succomba le 12 février 1841, dans la soixante-treizième année de son âge. Il avait reçu, dans cette dernière maladie, les soins empressés des docteurs Bright, Chambers, Key, Tyrrel et Bransby Cooper; dans les intervalles où le délire avait cessé et lui avait laissé le libre exercice de ses facultés intellectuelles, il avait fait preuve d'une religieuse résignation, car il avait complétement la conscience de son état. Ses restes mortels furent déposés, suivant le désir qu'il en avait exprimé, au-dessous de la chapelle de l'hôpital de Guy. Quelques jours après ses funérailles, une réunion des anciens élèves de l'hôpital eut lieu dans le but d'ouvrir une souscription pour faire placer, en mémoire de lui, une pierre sépulcrale dans cette même chapelle; mais ce projet fut abandonné pour celui d'un buste qui fut exécuté par M. Town, et placé dans le muséum de l'hôpital. Un autre buste, exécuté par M. Behnes, doit être placé dans la salle du conseil du Collége des chirurgiens. Depuis, les anciens confrères se réunirent en grand meeting, et nommèrent un comité chargé de recevoir les souscriptions pour lui faire élever une statue colossale dans l'église de Saint-Paul, statue qui a été confiée au ciseau de M. Baily, et qui n'est pas encore terminée.

Sir Astley Cooper a fondé un prix triennal de 300 livres sterlings (7,500 fr.), pour le meilleur essai inédit sur un sujet médical quelconque, et il a déterminé lui-même les six premiers sujets. Les membres du service de santé des hôpitaux de Saint-Thomas et de Guy, qui doivent décerner le prix, sont seuls exclus du concours.

Dans les notes laissées par sir Astley sur les principaux chirurgiens de l'époque, il a porté sur lui-même le jugement suivant:

« Sir Astley Cooper fut un bon anatomiste, mais il ne fut jamais un bon opérateur dans les cas où il fallut beaucoup de délicatesse dans l'opération: il sentait beaucoup trop vivement avant de commencer, pour jamais faire un chirurgien parfait sous ce rapport. Quant à l'opération de la cataracte, son organisation l'y rendait tout à fait impropre Son côté brillant était la rapidité de perception, car il diagnostiquait la nature des maladies en un instant, et souvent il choqua par-là des confrères en les forçant à se ranger à son opinion. La même faculté assurait l'excellence de son pronostic. Il fut également bon anatomiste en anatomie morbide et en anatomie de structure normale. Il eut une mémoire excellente et toujours prête à le servir. En jugement, il fut inférieur à M. Cline, pour toutes les affaires de la vie, et de là vint qu'il marcha constamment sur une mine prête à éclater sous ses pas. Son imagination, très vive, eût toujours été disposée à l'entraîner, s'il ne l'eût soumise à l'action d'un contrôle sévère. »

Sans contredit, sir Astley s'est jugé trop sévèrement comme opérateur, car il fut toujours maître de lui, habile, et heureux à un degré qui a été rarement égalé.

cin l'en dissuade, et alors le malade prend la détermination d'entrer à l'hôpital de la Charité. Il retourne à Vaugirard, et se présente le lendemain, 19, à la salle Saint-Jean.

Le 20, à la visite, on le sonde et l'on donne issue à quelques cuillerées d'urine ; on prescrit un bain, des cataplasmes émollients sur le ventre, un lavement émollient et la tisane d'orge. Le pouls est à 82 ; pas d'oppression ni de toux.

Le 21, le pouls est moins fréquent ; le malade, qui avait l'air un peu inquiet lors de son entrée à l'hôpital, paraît plus calme et plus confiant ; il semble se raviser, et nous dit alors que la personne qui a fait les tentatives de broiement par trois fois ne s'appelle point M. Simon, mais bien M. Le Roy-d'Etiolles. Il nous a été impossible d'obtenir de lui le moindre éclaircissement sur les motifs qui l'avaient porté à nous en imposer les deux premiers jours sur le véritable nom du médecin aux soins duquel il s'était confié. Jusque là on n'avait rien dit au malade du projet de traitement que l'on se proposait de mettre en usage, et surtout rien d'une opération dont le caractère n'était point encore déterminé, puisqu'il n'y avait pas lieu de préciser encore si l'on devait renoncer à la taille périnéale par le procédé de Dupuytren, ou faire la taille hypogastrique. Toutefois, avec un calcul aussi volumineux et engagé dans le col de la vessie, il ne paraissait pas possible de songer de nouveau à la lithotritie, à raison des séances excessivement nombreuses qui auraient été nécessaires pour le broiement complet d'un pareil calcul ; mais, avant de rien proposer au malade, on avait jugé utile de l'observer pendant quelques jours, de combattre par les antiphlogistiques les phénomènes inflammatoires qui avaient succédé aux tentatives de lithotritie, et de laisser s'établir en lui cette confiance qui est si nécessaire quand on doit proposer à un malade une opération aussi grave que celle de la taille.

C'est sur ces entrefaites que, le 22, M. Chassaignac, en entrant dans les salles, fut abordé par M. Le Roy-d'Etiolles, qui lui apprit que le malade, dans la crainte d'une opération, voulait aujourd'hui même quitter l'hôpital, et que, malgré les exhortations de M. Le Roy, exhortations qu'il renouvela en notre présence, il persistait opiniâtrément dans son refus de séjourner plus long temps à la Charité. En effet, lorsque nous arrivâmes au lit du malade, il demanda qu'on le laissât partir, réclama des explications sur le genre d'opération qu'on pourrait avoir à lui faire, et, quoiqu'on lui eût dit que rien encore n'était décidé, il annonça l'intention de quitter l'hôpital, exprimant le désir de se loger dans le voisinage de M. Le Roy-d'Etiolles. On n'insista pas davantage, et il sortit le 22.

Bien que ce fait n'ait été soumis que bien peu de temps à notre observation, il porte avec lui des enseignements de plus d'un genre, et sous ce rapport il ne manque pas d'importance clinique.

On sait que cette variété de calculs engagés dans le col de la vessie, et que Dupuytren a si bien décrits sous le nom de *calculs en gourde*, ne se rencontre que chez des calculs développés depuis l'enfance. Ceux-ci présentent dans le mécanisme de leur formation quelque chose de très remarquable et qui est dû à ce que la prostate étant très peu développée chez l'enfant, le col de la vessie se laisse facilement distendre par le calcul qui y pénètre, s'accroît en volume et se développe ensuite par des agrégations nouvelles dans le corps même de la vessie où une portion beaucoup plus volumineuse que la première constitue le fond de la gourde, dont le goulot, placé dans la région prostatique de l'urètre, est séparée de la portion vésicale par une sorte d'étranglement circulaire. Cet étranglement est le résultat de la pression qu'exerce le col de la vessie en arrière de la partie du calcul engagé dans la portion prostatique, pression qui empêche le calcul de prendre autant de développement au niveau du point où elle s'exerce qu'en avant et en arrière de ce point, ce qui détermine la forme propre à cette espèce de calcul. C'est cette circonstance qui entraîne la fixité particulière à cette forme des calculs vésicaux, et qui rend l'application de la lithotritie tellement difficile, que, pour l'immense majorité des praticiens, ce genre d'opération est formellement contre-indiqué dans ces calculs vésico-prostatiques.

Ce fait de calcul engagé dans la portion prostatique de l'urètre a fourni à M. Chassaignac l'occasion de rappeler une observation de calcul assez volumineux développé dans la portion prostatique du canal de l'urètre et pour lequel il a pratiqué, au mois de septembre dernier, à l'hôpital Necker, une opération de taille périnéale qui a présenté quelques particularités bonnes à faire connaître, à raison de la rareté des faits semblables dans la pratique.

Le malade était un homme de cinquante ans, réduit à un état d'amaigrissement et d'épuisement extrêmes par suite de la longue durée de ses souffrances, car il est à remarquer que si les calculs développés dans la vessie sont dans certains cas le siége de vives douleurs, ceux qui grossissent dans un espace aussi étroit que la portion prostatique du canal de l'urètre, doivent produire une distension bien autrement douloureuse, et c'est ce qui avait lieu dans le cas dont nous allons parler. L'impossibilité d'appliquer la lithotritie dans ce cas, ayant été reconnue, il fut décidé que l'on aurait recours à l'opération de la taille : car ce n'était point ici une de ces opérations désignées sous le nom de *boutonnière*, que l'on pratique pour un calcul arrêté dans le canal de l'urètre. Plusieurs difficultés pouvaient se présenter, ou bien le cathéter pouvait ne pas pénétrer jusqu'à la vessie, ou bien il pouvait arriver jusqu'à cette cavité soit en passant au-dessus du calcul, soit en passant au-dessous de lui. C'est cette dernière condition qui, dans le cas particulier, était le plus désirable, car la cannelure du cathéter étant alors accessible à travers les parties molles, sans que le calcul fît obstacle, on était conduit par-là même directement dans l'intérieur de la poche d'où l'on devait extraire celui-ci. C'esc cette dernière circonstance qui se rencontra et qui rendit l'opération facile et prompte. Toutefois, avant d'exposer le proéédé opératoire qui fut mis en usage, nous indiquerons ce que l'on avait projeté de faire dans les deux autres suppositions.

On se proposait, après avoir fait l'incision ordinaire de la taille latéralisée, d'arriver à la recherche de l'extrémité du cathéter au contact du calcul, dans le cas où cet instrument n'aurait pas pu pénétrer au-delà de la poche prostatique. Pour remplir ce but, un cathéter dépourvu de cul-de-sac aurait été préférable, parce qu'après avoir pénétré dans la cannelure avec le lithotome ordinaire, on aurait glissé à la place de celui-ci un bistouri boutonné, à l'aide duquel on aurait fait le débridement de la poche renfermant le calcul, dans l'étendue nécessaire pour l'extraction de celui-ci. Une conduite à peu près semblable eût été adoptée pour le cas où le cathéter passant par-dessus le calcul, sa cannelure n'eût servi qu'à conduire à l'extrémité antérieure de la poche renfermant le calcul sans pouvoir servir en rien pour le débridement ultérieur de cette poche.

Revenons maintenant au procédé opératoire qui fut employé.

Le malade ayant été placé comme pour l'opération de la taille périnéale, les mains fixées par des lacs à la face dorsale des pieds, M. Chassaignac fit, après avoir introduit le cathéter, l'incision oblique de la taille latéralisée, et arriva, après quelques incisions successives, jusqu'à la cannelure du cathéter. On ne pouvait songer ici à se servir du lithotome ; car le calcul, à raison de son volume, pressant fortement contre la paroi antérieure du rectum l'enveloppe prostatique dans laquelle il était contenu, il eût été impossible de développer le lithotome caché sans blesser l'intestin. C'est alors qu'un long bistouri boutonné fut condnit jusqu'à la cannelure du cathéter ; mais les motifs qui s'opposaient à l'emploi du lithotome caché ne permettaient pas de conduire dans une certaine étendue le bistouri dans la cannelure du cathéter, toujours dans la crainte de blesser l'intestin.

Il fallait arriver avec le bistouri boutonné dans l'intérieur de la poche au contact même du calcul, en se guidant, non plus sur la cannelure, mais en portant le bistouri sur le côté du cathéter, entre l'une des crêtes et la lèvre correspondante de l'incision déjà faite avec le bistouri droit.

Ce temps de l'opération présenta une assez grande difficulté ; car, malgré l'incision faite par le bistouri droit, les parois de la poche prostatique étaient si fortement tendues, qu'il était difficile de glisser le bistouri boutonné entre le cathéter et la lèvre de l'incision préalablement faite. On essaya de le glisser sur l'un des côtés ; mais voyant l'impossibilité d'y parvenir, on se servit de l'ongle de l'indicateur de la main gauche pour accrocher la lèvre interne de l'incision urétrale faite pour l'entrebâiller en quelque sorte, et à l'aide de cette manœuvre on parvint à glisser l'extrémité du bistouri boutonné dans l'intérieur de la poche.

Le contact du bistouri et du cathéter ayant fait reconnaître que ce but était atteint, le cathéter fut retiré, et l'on débrida la poche prostatique obliquement d'avant en arrière, et de droite à gauche dans le sens de l'incision faite aux téguments. On sentit alors le calcul avec le doigt, et l'on reconnut qu'il présentait trois portions, comme s'il eût été trilobé. Il offrait en même temps une grande fixité, et paraissait préparer, en raison de sa forme et de son volume, de notables difficultés dans l'extraction. Il était impossible de déployer les tenettes dans un espace aussi resserré. On eut donc recours à la curette, instrument excellent, et de l'utilité duquel tout le monde n'est peut-être pas suffisamment pénétré ; celle-ci ayant été engagée en arrière du calcul, des tractions furent exercées et amenèrent bientôt la sortie d'une pierre de la grosseur de l'extrémité du pouce, après l'issue de laquelle on reconnut l'existence de deux autres calculs à peu près aussi volumineux. C'est alors que fut expliquée la forme trilobée du calcul, que l'on supposait unique jusque-là.

Tant que les trois calculs, fortement serrés les uns contre les autres, se trouvaient ensemble dans la poche prostatique, ils paraissaient n'en former qu'un seul, tant ils étaient serrés entre eux. Dès que l'un d'eux fut sorti, l'association étant en quelque sorte dissoute, chacun des deux autres calculs fut retiré avec la plus grande facilité. Aucune hémorrhagie ne survint ni pendant, ni après l'opération, et le malade ayant succombé plus tard par suite de lésions profondes des reins et de l'état d'épuisement auquel il était réduit, on put reconnaître à l'autopsie que le trajet de la plaie faite depuis la région prostatique jusqu'aux téguments, était tout à fait conforme à ce que l'on avait pensé et à ce que l'on pouvait désirer.

Cette observation nous a paru de quelque importance à raison de ce qu'il existe dans la science très peu d'exemples de ces tailles exclusivement prostatiques, et de ce que, si l'on avait à agir en pareille circonstance, on pourrait trouver dans les précédents qui viennent d'être exposés, quelques renseignements à consulter.

La prostate, dans ce cas, avait subi une atrophie remarquable dans l'épaisseur de ses parois, qui dans les points où elles avaient le plus d'épaisseur, ne présentaient pas plus de trois à quatre lignes.

L'opération fut faite en présence de M. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, et de M. Civiale, ainsi que des élèves de l'hôpital.

A. GOURAINCOURT.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 octobre 1843. — Présidence de M. DUMAS.

M. W. Millot, étudiant en médecine, adresse la lettre suivante :

« Les travaux sur le suc gastrique, par M. Payen, et dont les résultats ont été annoncés dans la séance de l'Académie des sciences du 2 octobre, me décident à vous envoyer également celui de quelques recherches entreprises sur l'action spéciale de ce même suc sur les calculs vésicaux.

» Il existe, on le sait, dans la science, des exemples rares, il est vrai, de fragmentation de dissolution même prompte et spontanée de calculs vésicaux, dont la présence avait été reconnue par des opérateurs dont on ne saurait suspecter l'habileté dans ce genre de recherches.

» Plusieurs fois j'ai eu moi-même occasion de voir, soit dans les nécropsies, soit dans des opérations de taille, des calculs qui présentaient évidemment des traces de dissolution ou de désagrégation. Je possède même un assez fort fragment de calcul urinaire trouvé après une opération de taille, et qui offre l'aspect du tissu réticulé des os, ses parties mucoso-gélatineuses qui servaient de moyen d'union aux différentes couches et graviers qui le composent ayant entièrement disparu. Ces faits, et d'autres encore, m'ont convaincu de la possibilité de guérison spontanée des calculs, car je ferai remarquer que plusieurs des malades, chez lesquels les calculs ont été trouvés ainsi désagrégés, n'avaient point été soumis à des traitements lithontriptiques.

» Il s'agissait donc de déterminer dans quelles circonstances l'urine pouvait posséder la propriété de dissoudre ce qu'elle-même avait formé. Mettant de côté de suite son acidité extrême dans quelques cas, ou son alcalescence extrême également, il me semble que la présence accidentelle du suc gastrique, ou de quelques-uns des sucs de la digestion, pourrait ne pas être étrangère à l'accomplissement de ce phénomène. De là mes recherches, mes expériences.

» Le premier essai que je tentai pour dissoudre les calculs fut de les soumettre (entre autres agents organiques) à l'action de l'urine des diabétiques, urine dans laquelle la présence du sucre avait été constatée.

» Grande fut ma surprise de voir cette urine en ramollir quelques-uns ; mais, je dois le dire, toutes les urines diabétiques n'agissent pas avec la même énergie.

» Du suc gastrique supposé existant dans ces urines au suc gastrique lui-même, il n'y avait qu'un pas ; mes essais furent donc exécutés à l'aide de cet agent, et je puis dire que je n'ai eu qu'à m'en féliciter.

» La plupart des calculs soumis à son action ont été plus ou moins ramollis, usés ou altérés dans leur texture. Il en est qui, ayant résisté à la lithotritie, se sont tellement désagrégés qu'ils s'écrasaient ensuite au moindre effort, à la moindre pression entre les doigts : le calcul mural lui-même, quoique l'un des plus réfractaires de tous, soumis à l'action de ce suc, lui a cédé quelques-uns de ses mamelons.

» J'ai étendu le suc gastrique de moitié distillée, et son action dissolvante, en élevant un peu la température, n'en a pas paru notablement altérée (bien qu'affaiblie cependant), d'où je conclus que l'on pourrait peut-être l'injecter sans danger dans la vessie pour ramollir, si ce n'est même pour dissoudre les calculs qu'elle peut contenir, ou rendre au moins lithotritiables des calculs qui sans lui ne pourraient être extraits que par la taille.

» Enfin, j'ai également fait essai d'autres liquides organiques : la salive, le sérum du sang étendu de trois fois son poids d'eau distillée ; ce dernier mélange m'a paru avoir quelque énergie sur quelques calculs. J'ai employé également l'acide pectique, les principes muqueux et gélatineux ou autres des végétaux, mais leur action m'a semblé trop insolite pour que je me sois arrêté long-temps sur eux ; j'en excepte cependant la pectine qui a eu quelque énergie sur certains calculs. Mais de tous les agents organiques employés (et dont je passe l'énumération), aucun ne m'a paru jouir d'une plus grande énergie que le suc gastrique, soit des herbivores ou des carnivores.

» Voulant m'assurer si l'acide hydrochlorique étendu d'eau n'agirait pas aussi énergiquement que le suc gastrique, je me suis convaincu que non-seulement son action était plus faible, mais différente. Cette action paraît s'exercer spécialement sur les graviers du calcul ; tandis que le suc gastrique semble plutôt agir sur l'agent qui leur sert de ciment, tout en agissant cependant sur les graviers eux-mêmes.

— *M. James* écrit, en réponse à une assertion de M. Bousquet, qu'il n'a jamais dit, comme ce médecin le lui fait dire, qu'à partir de la vingtième transmission on peut considérer le vaccin comme usé. Il a seulement exposé qu'il s'altérait en raison de la transmission sur l'espèce humaine, et qu'à partir de la quinzième ou vingtième, par exemple, on devait le considérer comme assez usé, et que pour ne pas lui laisser perdre plus de sa force, il était nécessaire de le reporter alternativement de la genisse à l'enfant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre. — Présidence de M. FERRUS, vice-président.

M. H. Larrey adresse une lettre pour répondre à cette proposition émise par M. Marchal (de Calvi) dans la précédente séance, que les auteurs ont parlé de l'épispadias sans en rapporter des observations. M. Larrey rappelle d'abord un fait qui lui est propre, qu'il a communiqué déjà à l'Académie, et qui a été consigné, texte et dessin, dans le grand ouvrage d'anatomie publié par MM. Bourgery et Jacob. Il cite, en outre, la plupart des faits consignés dans les auteurs, et qui prouvent que les cas d'épispadias sont beaucoup moins rares que ne le croit M. Marchal (de Calvi).

M. Blandin partage cette opinion de M. Larrey. Il n'y a pas de chirurgien qui n'ait vu des cas d'épispadias ; il en a observé pour son compte plusieurs exemples. On sait, d'ailleurs, que tous les individus atteints d'extrophie de la vessie sont affectés d'épispadias.

M. Delens fait remarquer que M. Marchal (de Calvi) a précisément exclu de ses relevés tous les individus atteints d'extrophie de la vessie, et qu'il n'a voulu parler que de ceux qui présentaient des épispadias simples.

M. Velpeau. Les cas d'épispadias avec extrophie de la vessie, sans être fort communs, sont bien connus ; mais ceux d'épispadias purs et simples, analogues à celui qui nous a été communiqué par M. Marchal, sont assez rares.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* écrit à l'Académie au sujet d'une communication faite à l'Académie des sciences lundi dernier, par un étudiant en médecine, sur les propriétés lithontriptiques du suc gastrique. (*Voir plus bas le Compte-Rendu de l'Académie des sciences.*) L'idée d'appliquer le suc gastrique à la dissolution des calculs n'est pas nouvelle, M. Le Roy en cite une preuve fort explicite par le passage suivant de Sennebier, dans l'ouvrage intitulé : Expériences sur la digestion de l'homme et des différentes espèces d'animaux ; par l'abbé Spallanzani, avec des considérations par Jean Sennebier. Paris, 1773 :

« *Le suc gastrique est un lithontriptique.* — M. l'abbé Spallanzani m'apprend qu'un de ses élèves a découvert que le suc gastrique était lithontriptique, qu'il dissolvait le calcul humain ; je comprends fort bien, il ne dissout pas la pierre elle-même, mais le ciment animal qui unit les petites pierres dont la réunion forme le calcul. J'avoue que l'usage de ce remède ne serait pas facile, le suc gastrique de l'estomac ne produit pas cet effet, puisque tant de gens sont sujets à la pierre, et il ne peut le produire puisqu'il n'arrive pas dans les voies urinaires ; de sorte qu'on ne pourrait s'en servir qu'en l'injectant dans la vessie ; je crois bien qu'elle n'en serait pas fatiguée, parce que ce suc étant très doux n'y causerait aucune irritation ; mais ce remède serait bien pénible. » Pag. cII.

M. Le Roy ajoute qu'un jeune chimiste d'un grand mérite lui ayant communiqué ce projet il y a deux ans, il le détourna de le suivre en lui citant le passage relatif à l'élève de Spallanzani. Enfin M. Le Roy dit avoir injecté du suc gastrique, comme l'indique Sennebier, dans des vessies de femelles d'animaux, puis dans des vessies humaines ; l'organe n'en fut pas irrité, mais les calculs ne furent pas dissous. Peut-être le procédé de M. Blondlot qui fournit le réactif en plus grande abondance que les éponges de Spallanzani, donnera-t-il des résultats

plus satisfaisants, surtout si la pierre était soustraite par une poche au mélange de l'urine avec le suc gastrique.

Dans tous les cas, M. Le Roy-d'Etiolles a voulu prouver par cette ettre qu'il n'était étranger à aucune des recherches faites sur les maladies dont il s'occupe spécialement.

M. Villeneuve lit un rapport sur quatre observations chirurgicales, communiquées par M. Andibert.

L'orateur parle si bas que nous ne pouvons entendre de quoi il s'agit. Remercîemens, dépôt aux archives. — Adopté.

Le même académicien lit un second rapport sur deux faits d'accouchement, par M. Letellier, médecin à Saint-Leu-Taverny.

Nous croyons entendre que, dans l'un de ces faits, il est question d'une présentation du bras, et qu'après de longues tentatives pour extraire l'enfant, l'accouchement eut lieu par évolution spontanée. M. le rapporteur se livre à quelques considérations sur ce phénomène dont le mécanisme ne lui paraît pas facile à expliquer. Il jette des doutes sur l'assertion de Denmann, qui assure avoir vu plus de trente cas d'évolution spontanée, ce qui, d'après les proportions des autres accoucheurs, ferait supposer que l'accoucheur anglais aurait fait au moins cinquante mille accouchements, chose difficile à croire.

Le rapporteur conclut à des remercîements.

M. Velpeau. Il ne faut pas confondre la version spontanée avec l'évolution spontanée; il y a entre ces deux phénomènes de grandes différences. La version spontanée n'est pas un phénomène très rare, et n'a pas les mêmes conséquences pour l'enfant que l'évolution spontanée dans laquelle l'enfant vient toujours mort. J'ai entendu avec regret le rapporteur après madame Lachappelle jeter du doute sur la véracité de Denmann, dont l'autorité est à juste titre fort grande. Il ne faut pas comparer la pratique d'un accoucheur, restreinte à un établissement, avec la pratique d'un accoucheur dans une grande ville. Celui-ci peut voir en bien plus grand nombre des faits rares, des cas extraordinaires et difficiles que l'autre; car c'est précisément dans ces circonstances qu'il est appelé soit par ses confrères, soit par les malades. Denmann, qui était un accoucheur très renommé, a donc pu voir 30 faits d'évolution spontanée sans avoir fait, pour cela, cinquante mille accouchements. Pour mon compte, j'en ai vu quatre ou cinq, et cependant je n'ai fait que 1,500 à 2,000 accouchements.

M. Capuron n'admet la possibilité de l'évolution spontanée que dans ces trois circonstances, bassin très large, fœtus petit ou ramolli. Dans les cas cités par les auteurs, il n'est nullement question des dimensions du bassin; c'est une question à reprendre et à étudier de nouveau. Pour lui, ce phénomène n'arrive jamais dans le fort du travail, mais après un travail fort long et au moment même où on désespère de pouvoir faire l'accouchement.

M. Capuron cite deux faits à l'appui de son opinion. Je fus appelé, dit-il, place Maubert, auprès d'une femme très robuste, véritable colosse, pour terminer un accouchement. Je trouvai auprès d'elle une sage-femme et deux accoucheurs. Le travail durait depuis long-temps; l'enfant avait présenté le bras gauche. Un des accoucheurs avait placé un lacs sur le bras et avait inutilement opéré des tractions; l'autre accoucheur avait été chercher un pied, avait aussi placé un lacs et opéré des tractions tout aussi inutilement. Je fis plusieurs tentatives infructueuses, et j'envoyai chercher M. Maygrier qui, quelques jours auparavant, avait dit que je n'avais pu terminer un accouchement, M. Maygrier arriva avec son gendre. Nous étions donc cinq accoucheurs auprès de la patiente. Il se mit à l'œuvre, mais par quatre fois ses tentatives furent inutiles. Harassé de fatigue, M. Maygrier se réconforlait de temps à autre en respirant un flacon d'esprits. (On rit.) Bref, j'allais moi même essayer de nouveau, quand la femme s'écria: Voilà quelque chose qui tombe; en effet, une masse lourde tomba sur le parquet; c'était le fœtus qui avait dégringolé. (Hilarité.)

M. Villeneuve ne peut s'empêcher de trouver extraordinaires les chiffres de Denmann; il a pratiqué un grand nombre d'accouchements, et n'a vu que deux faits d'évolution spontanée.

M. Velpeau pense qu'on ne peut mettre en doute la véracité de Denmann. M. Capuron s'est toujours montré récalcitrant à l'endroit des évolutions spontanées, et dans de précédentes discussions sur ce sujet il a été même un peu verd.....

M. Capuron. Non, non, pas verd. (On rit.)

M. Velpeau. Vous en aviez le droit. Aux faits qu'il a cités, M. Capuron aurait pu en ajouter un autre qui m'est connu. Il y a quelque temps, on vint me chercher pendant la nuit pour aller terminer un accouchement dans les environs de Bièvre. Je ne pus y aller, et sur mon indication on pria M. Capuron d'y aller. Dans le temps qui s'écoula entre le trajet, la patiente accoucha spontanément d'un enfant mort; c'est presque toujours comme cela que se terminent ces accouchements. M. Capuron dit avec raison que c'est toujours après et à la suite d'un long travail. Cependant j'en ai vu un fait pendant le fort du travail. En résumé, l'évolution spontanée a lieu dans les cas de présentation de l'épaule, et les enfants viennent toujours morts. M. Velpeau explique ici le mécanisme de ce phénomène.

Après quelques observations de *M. Capuron*, les conclusions sont adoptées.

M. Ollivier (d'Angers). La discussion qui vient de s'élever est fort intéressante. Déjà la question s'était présentée devant l'Académie. J'ai eu besoin de recourir au Bulletin pour le consulter, et ma surprise a été grande de voir que la discussion à laquelle elle avait donné lieu, n'y était pas insérée. Depuis quelque temps, en effet, le Bulletin ne reproduit plus les discussions qui ont lieu dans celte enceinte. Je demande une explication à ce sujet.

M. Bousquet répond que pendant long-temps il a pris la peine de recueillir les discussions pour les insérer dans le compte-rendu. Quelques plaintes s'étant produites sur des inexactitudes inévitables, le conseil d'administration, sur la proposition du secrétaire annuel, décida que l'on n'insérerait au Bulletin que le procès-verbal qui, lu en séance et adopté par l'Académie, présentait plus de garanties d'exactitude.

M. Dubois (d'Amiens) dit qu'il est étranger à la rédaction du Bulletin.

Sur la proposition de *M. Boullay*, et après une discussion très confuse, l'Académie décide qu'on reviendra aux anciens usages.

M. Requin lit un mémoire sur le traitement du rhumatisme aigu articulaire par l'opium à haute dose.

L'auteur ne vient pas, avec le peu d'observations qui fait la base de ce mémoire, proclamer une formule infaillible, un système exclusif, mais quelques inductions, quelques conclusions, pour ainsi dire, provisoires jusqu'à ce que l'expérience générale des praticiens qu'il appelle dans la même voie ait prononcé en dernier ressort.

Il rappelle qu'il n'y a rien de plus naturel au premier abord que d'employer contre une maladie si douloureuse l'opium, si propre à calmer la douleur. Mais, si l'on se borne à la dose ordinaire, modérée, parégorique et purement somnifère, il en résulte un assoupissement momentané interrompu par des mouvements automatiques qui réveillent les atroces douleurs des articulations. De là, alternatives d'assoupissements momentanés et de réveils en sursaut, ce qui est pire que l'insomnie. M. Requin l'a éprouvé par lui-même. Il cite ce qu'il a dit à ce sujet dans les *Leçons cliniques sur le rhumatisme*; il rappelle l'opinion de Sydenham, Van-Swieten, Cullen, de Mertens, Quarin, Storck, Barthez, Roche, Ferrus, qui feraient admettre la proscription absolue de l'opium, ou tout au moins son intervention tardive, secondaire, accessoire, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Voilà où en était restée la thérapeutique jusque dans ces derniers temps, sans la pratique ordinaire et à peu près universelle.

Mais qu'arrivera-t-il si l'on emploie l'opium jusqu'à produire le narcotisme? M. Requin a été guidé dans ses tentatives par l'opinion d'un médecin célèbre, le docteur Carrigan, qui a vanté les bons effets de l'opium à haute dose dans cette maladie, dans un mémoire publié en 1839.

M. Requin formule ainsi son traitement: point de saignées; pour médicament unique, extrait gommeux d'opium en pilules de 5 centigrammes; commencer par une le matin et par une le soir; augmenter d'une tous les jours jusqu'à l'apaisement des douleurs; maintenir ou diminuer la dose selon que la maladie reste stationnaire ou diminue; ne cesser l'opium tout à fait qu'avec la cessation des douleurs.

M. Requin a basé son mémoire sur dix-huit observations recueillies de 1840 à 1843. Voici les principaux résultats de l'analyse de ces observations.

Le maximum de la dose d'opium n'a jamais dépassé sept pilules (35 cent. d'extrait). Il n'y a jamais eu d'accidents sérieux. Ce qui est donc parfaitement acquis à la science, c'est l'innocuité parfaite de la médication narcotique suivant les règles précédentes.

La moyenne de la durée du traitement a été de onze jours et demi; moyenne de la durée totale de la maladie, à partir de l'invasion, à dix-sept jours et demi.

Ces résultats sont favorables, dit M. Requin, et prouvent que l'opium, en éloignant les douleurs, ne fait pas acheter cet avantage au prix d'une longue durée de la maladie. Mais enfin, ils ne sont pas tellement beaux qu'ils doivent faire abandonner l'emploi rationnel des saignées.

En définitive, voici les conclusions générales formulées par M. Requin. Opium à haute dose, avec ou sans saignées préalables, suivant les indications ou contre-indications tournies par la pléthore, les forces, la faiblesse, la chlorose du malade.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Honoré, Brichetcau et Melier.

M. Cornay présente l'instrument qu'il désigne sous le nom de lithéréteur.

M. Gibert présente deux malades: l'un affecté d'une maladie de la peau analogue au radhige de la Suède, l'autre d'esthiomène.

La séance est levée après cinq heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

RUST'S MAGAZIN FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE. T. LXI, 3e cahier, 1843.

I. *De la perforation spontanée ou idiopathique du canal intestinal, sous le point de vue médico-légal*; par M. le docteur LANDSBERG, de Muenstcrberg.

L'auteur qui, suivant nous, range à tort parmi les perforations spontanées du canal intestinal celles qui viennent parfois hâter la terminaison fatale des fièvres typhoïdes, admet comme causes prédisposantes de cette redoutable affection, la pauvreté, l'habitation dans des lieux bas et humides, une mauvaise alimentation, les diverses maladies chroniques qui ont pour siége l'estomac et les intestins.

Il décrit ainsi la séméiotique de cette affection: les sujets, avant d'en être atteints, souffrent pendant long-temps de spasmes de l'estomac et des intestins, de coliques chroniques, du dérangement des fonctions des organes abdominaux, etc. S'il survient alors une irritation locale ou générale, une forte secousse par suite d'une vive impression morale, un refroidissement subit, un excès de table ou l'ingestion d'aliments mal choisis, une grande fatigue physique, on voit souvent dans ces cas la maladie débuter subitement. Les symptômes que l'on observe sont à peu près les suivants: le malade ressent tout à coup une douleur extrêmement forte dans un endroit quelconque du bas-ventre, la plupart du temps dans la région inguinale droite, qui le force à crier. Bientôt ensuite, ou tout au plus au bout de quelques heures, un ou plusieurs vomissements ont lieu, mais qui ne se répètent plus à une époque plus avancée du mal. La forte douleur diminue aussi, et elle est remplacée par une sensation douloureuse plus supportable, mais continue, qui augmente avec le temps, et devient brûlante, pongitive, tensive. Le ventre se ballonne de plus en plus, présente un son tympanitique, et finit par ne pouvoir supporter l'attouchement même le plus léger. Ordinairement le malade ne peut rester couché horizontalement; il est contraint de se tenir sur son séant. Viennent ensuite des éructations, des nausées sans vomissement, surtout après l'ingestion des boissons; il existe un état d'inquiétude et d'anxiété excessives; la respiration est fortement troublée; le facies hippocratique offre un aspect particulier et tout à fait caractéristique des souffrances endurées; l'œil est vitré, la peau du visage jaunâtre et terreuse, la tête et la poitrine couvertes d'une sueur froide, tandis que la partie inférieure du corps est sèche et parcheminée; l'abdomen est d'une chaleur mordicante, la face, la poitrine, les bras et les cuisses d'une chaleur normale, le nez et le front froids et humides en même temps; les mains et les pieds, d'un froid glacial, sont toujours placés hors du lit; la voix est faible et cassée. Le sujet accuse une chaleur brûlante à l'intérieur, est tourmenté par une soif inextinguible qui le force à boire souvent; mais il ne tarde pas à se dégoûter de toute espèce de boisson. La langue, tantôt sèche, tantôt humide, est couverte d'un enduit blanchâtre; le pouls petit, fréquent, duriuscule; constipation et ténesme; urine parfois trouble et lactescente vers la fin, d'autrefois dysurie; sang séreux et sans apparence de couenne inflammatoire; facultés intellectuelles se conservant intactes jusqu'au moment où la prostration des forces arrive à son plus haut degré, moment où le pouls devient petit, fugace et lent, ou au contraire d'une fréquence désordonnée (jusqu'à 200 pulsations par minute).

L'auteur a observé cinq cas, sur lesquels il en publie quatre. Il se résume comme il suit:

1° La perforation du canal intestinal, toutes les fois qu'elle n'est pas le produit d'une cause traumatique, ne constitue pas par elle-même une maladie proprement dite; elle n'est que la terminaison d'une affection antérieure des intestins.

2° La dénomination de *perforation spontanée* est donc, en médecine, aussi inexacte que celle de *luxation spontanée* en chirurgie. Le nom d'*idiopathique* serait plus convenable, parce que cet accident a toujours lieu à la suite d'une maladie idiopathique de l'intestin.

3° Cette maladie est ou *chronique*, c'est-à-dire existant depuis long-temps, ou *aiguë*, comme cela a lieu dans la fièvre typhoïde, etc.

4° Dans le premier cas on trouve ordinairement, comme *cause prédisposante*, des maladies abdominales datant de plusieurs années, des coliques, des dérangements de la menstruation, des accidents hystériques, et surtout une vie de privations et au milieu de conditions hygiéniques défavorables.

5° La maladie se montre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

6° Les symptômes de la perforation sont toujours les mêmes, de quelque manière qu'elle ait été produite.

7° La perforation s'opère généralement dans le cœcum ou dans son voisinage.

8° Une guérison due à l'art paraît impossible; il n'en est peut-être pas de même de celle qui pourrait être rapportée à l'action des forces vitales.

9° Sous le rapport médico-légal, l'investigation de l'état antérieur du sujet est d'une haute importance, parce que la perforation traumatique peut avoir lieu sans laisser de traces extérieures.

II. *Rapport sémestriel sur les maladies internes de l'hôpital de Magdebourg*; par M. le docteur KERSTEN.

Parmi les maladies les plus remarquables dont il est question dans ce rapport, on trouve mentionnés sept cas de *delirium tremens*, dont trois se sont terminés par la mort. M. Kersten commence ordinairement le traitement de cette affection par l'usage de la saignée générale ou locale; il substitue ensuite à ce moyen l'administration de l'opium à dose graduellement croissante (5 centigrammes, 75 milligrammes, 10 centigrammes par prise); il dit que l'opium lui paraît de beaucoup préférable au tartre stibié, dont il n'a pas eu à se louer dans les cas de ce genre.

Sur quinze cas de pneumonie bilieuse, un seul sujet a succombé. La maladie a constamment été traitée, d'abord par la saignée générale, puis par un émétique, et enfin par la médication anti-gastrique. Quatre pneumonies pures ont été guéries; ce sont les seules qui se soient présentées.

Deux sujets empoisonnés par l'acide sulfurique n'ont pu être sauvés.

Sur quatorze cas de fièvre typhoïde, cinq seulement ont succombé.

Sur huit cas d'épilepsie, plusieurs ont été traités avec succès (momentané peut-être) par l'emploi de racine d'armoise, d'après la méthode de M. le docteur Burdach.

III. *De l'épidémie de dyssenterie qui a régné, en 1842, à Peitz*; par M. le docteur SCHLESIER.

Cet article n'offre rien qui mérite une mention particulière.

IV. *Destruction partielle de la portion molle de la voûte palatine, à la suite d'une inflammation de la gorge; emploi intérieur de la suture palatine*; par M. EHRENREICH, de Krotoszyn.

Cet article n'est pas susceptible d'être présenté sous forme d'extrait.

V. *Notices* qui ne présentent qu'un intérêt local.

On nous communique avec prière de la publier, une réclamation adressée par des docteurs en médecine de la Faculté de Paris à M. le ministre de l'instruction publique, contre la violation de la liberté de l'enseignement médical.

Monsieur le ministre,

Des mesures attentatoires à la liberté de l'enseignement viennent d'être mises en vigueur à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Elles rendent matériellement impossible un professorat particulier d'anatomie qui a été de tout temps respecté et souvent encouragé.

En conséquence, nous vous prions d'ordonner que rien ne soit changé aux précédents de l'enseignement particulier à l'Ecole pratique, jusqu'à l'époque où la Faculté sera réunie.

Nous sommes, Monsieur le ministre.....

Ont signé:

MM. DUPRÉ, MARTIN, THIVET, PIRARD, AUZIAS TURENNE, MASSE, Ed. LANGLEBERT, *docteurs en médecine de la Faculté de Paris, professeurs particuliers d'anatomie.*

MM. CHASSAIGNAC, SANSON (Alphonse), *agrégés à la Faculté de médecine de Paris, professeurs particuliers d'anatomie.*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 122. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 OCTOBRE 1843.

Quelques communications intéressantes ont été faites aux académies cette semaine; rappelons un instant sur elles l'attention de nos lecteurs.

La plus importante assurément serait celle de M. Millot, étudiant en médecine, sur les propriétés lithontriptiques du suc gastrique. L'annonce de cette découverte produisit une grande sensation lundi dernier, à l'Académie des sciences, lieu très favorable, comme on le sait, au développement de toutes les inventions thérapeutiques relatives au traitement des maladies de la vessie. A l'heure qu'il est, M. Millot sait, sans doute, qu'il n'est pas le premier qui ait eu cette idée et qui ait fait des expériences à ce sujet. C'est ce que M. Le Roy-d'Etiolles a prouvé d'une manière incontestable le lendemain à l'Académie de médecine, en rappelant et en citant les recherches d'un élève de Spallanzani, celles de M. Bareswill, préparateur de chimie, de M. Pelouze et les siennes propres. Sur la question de priorité, aucun doute ne peut donc s'élever. Reste à examiner celle des propriétés lithontriptiques du suc gastrique, à voir jusqu'à quel point elles sont réelles, et, dans ce dernier cas, comment on pourrait les utiliser dans la pratique.

M. Millot ne s'explique pas sur deux points essentiels: 1° A quels animaux appartenait le suc gastrique sur lequel il a expérimenté; 2° par quels moyens il l'a obtenu.

Il ne dit pas davantage les procédés d'expérimentation qu'il a suivis; il se borne à cette seule phrase, bien étonnante, assurément, mais qui fait d'autant plus regretter l'absence complète de détails:

« La plupart des calculs soumis à son action (du suc gastrique) ont été plus ou moins ramollis, usés ou altérés dans leur texture. Il en est qui, ayant résisté à la litbotritie, se sont tellement désagrégés, qu'ils s'écrasaient ensuite au moindre effort, à la moindre pression entre les doigts. Le calcul mural lui-même, quoique l'un des plus réfractaires de tous, soumis à l'action de ce suc, lui a cédé quelques-uns de ses mamelons. »

Comme Sennebier qui a fait connaître les recherches de l'élève de Spallanzani, M. Millot croit que le suc gastrique agit plus sur le ciment animal qui unit les pierres que sur les pierres elles-mêmes. Mais, comme cet observateur d'un si grand bon sens, il ne s'explique pas sur les difficultés pour tirer parti de cette propriété désagrégeante du suc gastrique.

Peut-on conclure de ce qui se passe dans un vase inerte, en supposant que rien n'ait pu faire illusion à M. Millot dans ses expériences, à ce qui se passerait dans la vessie? Peut-on affirmer d'abord que le suc gastrique que l'on extrait de l'estomac, et quel que soit le procédé employé, conserve les mêmes propriétés chimiques que lorsqu'il était renfermé dans l'organe? L'analogie ne vient-elle pas ici donner de fortes probabilités qu'il en doit être autrement, et le sang, l'urine, d'autres liquides encore sont-ils hors des organes qui les contiennent ce qu'ils sont dans leurs réservoirs propres?

Le suc gastrique peut, nous le voulons bien, désagréger un calcul dans un verre à réactifs; le fera-t-il dans la vessie? Déjà les quelques expériences dont nous avons connaissance, trop peu nombreuses et trop incomplètes d'ailleurs pour en rien conclure, viennent cependant jeter du doute sur cette possibilité. M. Le Roy-d'Etiolles a introduit des calculs dans la vessie d'animaux, et le suc gastrique les a laissés intacts. M. le docteur Dumont raconte, dans *le National*, qu'il a fait avaler à un chien, mêlés avec de la viande, trois fragments de calcul qu'il a retrouvés le lendemain dans les fèces, avec leur poids, leur volume, leur consistance. D'un autre côté, les expériences faites dans un autre but par MM. Blondlot et Payen, sur la non altérabilité du tissu osseux proprement dit par le suc gastrique, ne donnent-elles pas la probabilité qu'il en sera sans doute de même pour les calculs!

Enfin la vessie est-elle l'estomac, et pourra-t-elle, sans danger, supporter la présence et le contact prolongé du suc gastrique? Quand on se souvient des faits si curieux publiés par Carshwell et quelques autres observateurs, sur la perforation, la dissolution, la destruction complète de l'estomac chez l'homme et les animaux dans certaines circonstances; phénomènes rapportés, comme on sait, à l'action du suc gastrique, on ne peut s'empêcher d'avoir quelques appréhensions sur l'effet que pourrait produire ce liquide sur les parois de la vessie.

Tout ceci n'a pas pour but, assurément, de décourager les expérimentateurs, ni surtout de jeter la moindre défaveur sur le jeune étudiant en médecine qui a remis la question à l'ordre du jour. Il pouvait ignorer, et il ignorait en effet les tentatives faites avant lui sur ce sujet; il n'en faut pas moins reconnaître qu'il a été guidé dans cette étude par une induction légitime. Mais nous sommes autorisés aussi, par ce qui s'est passé depuis quelques années relativement à plusieurs inventions nouvelles, de recommander la plus grande prudence sur les applications que l'on pourrait faire à l'homme vivant des propriétés prétendues lithontriptiques du suc gastrique. Comme pour toute idée nouvelle ou renouvelée, les communications vont sans doute pleuvoir à l'Institut sur ce sujet; cette docte assemblée paraît être, en effet, la terre promise des inventeurs médico-chirurgicaux tant soit peu aventureux. C'est là que le strabisme et le bégaiement ont été d'abord, souvent et toujours guéris par la ténotomie.

Nous devons rendre cette justice à l'Académie de médecine, qu'elle accueille avec moins de faveur et une plus prudente réserve les communications qui, dans une autre enceinte, excitent un empressement souvent peu mesuré.

Prudence donc, expérimentation longue et de bon aloi sur le suc gastrique comme dissolvant de la pierre, avant d'en venir à l'application directe.

Calmer l'élément douleur dans une maladie aussi douloureuse que le rhumatisme articulaire aigu, est une pensée qui s'est présentée souvent aux praticiens; et à vrai dire, dans l'ignorance où nous sommes encore de la nature de cette affection, nos traitements si nombreux et si divers ont-ils un autre but que celui de calmer la douleur? Tous ces traitements, saignées répétées, sulfate de quinine, nitrate de potasse, pour ne parler que des plus récents, n'affichent-ils pas tous la même prétention de calmer et de diminuer la douleur? M. Requin espère avoir trouvé un moyen plus efficace d'arriver à ce but par l'emploi du narcotique par excellence, l'opium. Quand nous disons avoir trouvé, nous ne rendons pas justice à la modestie et à la bonne foi de notre confrère, qui a déclaré n'avoir été incité à marcher dans cette voie que par les succès obtenus par un médecin célèbre de Dublin, M. Carignan. Nous avons donné une analyse assez étendue du Mémoire présenté par M. Requin à l'Académie de médecine, pour que nos lecteurs aient pu en prendre une idée suffisante. Ici encore nous ne pouvons que répéter l'éternel refrain de notre science. Prudence et expérimentation. M. Requin a été d'ailleurs du même avis, en avouant que 18 faits étaient peu de chose pour une conclusion thérapeutique, et en faisant appel à l'expérience de ses confrères. Nous devons dire d'ailleurs que l'opium à haute dose, et telle que l'a formulée M. Requin, avait été déjà recommandé avant M. Carignan, par Storck et Boërhaave.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Sur l'occlusion des voies biliaires.

Les maladies des voies biliaires ne sont point rares, la science en possède un bon nombre d'exemples; et cependant, le diagnostic un peu exact de ces affections offre presque toujours des difficultés très grandes, souvent insurmontables, au point que, dans un grand nombre de cas, l'ouverture du cadavre vient seule lever tous les doutes.

Des symptômes peu nombreux, presque toujours les mêmes, traduisent des altérations très diverses, non-seulement du parenchyme du foie, mais encore de ses canaux excréteurs, et constituent une des grandes difficultés du diagnostic. Cependant, tout en faisant une large part à la difficulté assurément très grande du sujet, je me demande si plus d'exactitude dans l'observation des faits, plus de méthode et de rigueur dans leur analyse n'eussent pas conduit à des résultats plus positifs que ceux auxquels on est arrivé jusqu'à présent.

Au surplus, quelle que soit l'exactitude de cette manière de voir, que je crois vraie jusqu'à démonstration positive du contraire, j'arrive à l'objet du présent article, qui est de rapporter l'histoire de deux exemples d'obstacle au cours de la bile, et qui ont été recueillis l'un et l'autre à l'hôpital Beaujon, dans la division de M. Louis. Je les publie, dans la pensée qu'ils pourront servir de matériaux à ceux qui, d'après de nouveaux faits, entreprendraient de tracer l'histoire des maladies de l'appareil excréteur de la bile.

Première observation. — *Cancer encéphaloïde du pylore; végétation de même nature dans le canal cholédoque; obstacle au cours de la bile. Péritonite aiguë. Mort.*

Madeleine P..., âgée de cinquante-cinq ans, femme de ménage, est d'une taille élevée, d'une constitution originairement assez forte; elle a les cheveux noirs, l'iris brun, la peau brune. Elle est d'un caractère impressionnable, a cessé d'être réglée depuis plusieurs années, et assure avoir toujours eu des flueurs blanches depuis sa jeunesse. Elle jouit en général d'une bonne santé, n'est que rarement enrhumée, n'a pas d'hémorrhoïdes. Il y a seize ans, elle éprouva un chagrin fort vif à la suite d'un revers de fortune, et, deux ou trois jours après, elle fut prise d'un ictère qui dura environ trois semaines, et dont elle se rétablit parfaitement.

Vers la fin d'avril, étant sujette à des douleurs épigastriques depuis cinq ou six mois, elle commença à éprouver de l'inappétence, quelques nausées de temps en temps; elle maigrit beaucoup et perdit ses forces. Dans le milieu de juin, ces divers accidents augmentèrent encore, et s'accompagnèrent de vomissements, revenant presque chaque jour, plutôt à jeûn qu'après les repas, et composés de matières amères et verdâtres. Elle n'eut pas de vomissements noirs ou brunâtres. En même temps, apparition d'une douleur assez vive vers les fausses côtes droites, laquelle s'amenda un peu à la suite d'une application de vingt sangsues. Enfin, huit jours après le début de la douleur, survint un ictère qui persista dès lors.

La malade entre le 6 juillet à l'hôpital Beaujon, et le 7 au matin, on note l'état suivant:

Décubitus dorsal habituel; maigreur assez prononcée; flaccidité notable des chairs, sans traces d'œdème, même aux malléoles. Toute la surface du corps offre une couleur jaune assez intense, uniforme, accompagnée de démangeaisons très vives qui ont commencé en même temps que l'ictère, et se sont accrues à mesure que ce dernier devenait plus prononcé. La peau est sèche, sans éruption, et offre en plusieurs endroits les traces des ongles de la malade, et une sorte de poussière formée par un détritus épidermique. Langue jaunâtre, médiocrement humide; anorexie; quelques nausées, pas de vomissements depuis deux jours; soif médiocre; déglutition facile.

L'abdomen est médiocrement volumineux. Une rénitence à limites assez faciles à déterminer, existe du côté droit. Commençant immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde et un peu à droite, elle descend en longeant le rebord des côtes du même côté, qu'elle dépasse de quatre travers de doigt; arrivée à peu près au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, on la sent descendre verticalement et atteindre le rebord de l'os iliaque. En arrière, on ne peut en déterminer les limites. Cette rénitence donne un son mat, n'offre pas d'inégalités ni de bosselures appréciables; elle est le siége spontanément d'une douleur obtuse qui augmente beaucoup par la pression, et cette dernière circonstance s'oppose à ce que la palpation puisse être exercée avec tout le soin désirable. Dans le reste du ventre, on ne trouve pas de tumeur appréciable. — Urines faciles; pas de selles depuis l'entrée à l'hôpital. Pas de céphalalgie; sens intacts; intelligence médiocrement développée.

Thorax partout bien sonore, avec respiration pure, vésiculaire, égale des deux côtés. Ni toux, ni dyspnée. Rien d'anormal à la région du cœur. Chaleur médiocre, pouls régulier, sans accélération, sans caractère particulier. Limonade; 10 sangsues à l'anus; lavement de lin; diète.

Jusqu'au 26 juillet suivant, les démangeaisons à la peau continuant à être très vives, constituent un des accidents les plus pénibles, et occasionnent de l'insomnie; l'ictère et la rénitence décrite sont complétement stationnaires. Cette dernière est seulement un peu moins douloureuse. Pas de vomissements; retour d'un peu d'appétit, aucune fièvre. Limonade sulfurique.

Le 21 et le 23, bain sulfureux.

Le 24 et le 26, deux nouvelles applications de 15 sangsues à l'anus; quelques lavements de lin; aliments graduellement portés au quart de portion.

Le 27, depuis hier soir, réapparition de douleurs assez vives dans le côté droit du ventre, et qui persistent actuellement. Ictère au moins aussi intense; les démangeaisons ont presque entièrement cessé depuis hier. Abattement; coloration rouge plaquée des pommettes; anorexie; langue sèche, soif vive. Peau très chaude, sèche, écailleuse. Pouls à 96, étroit, régulier. Limonade citrique, deux pots; cataplasmes émollients sur le ventre; lavements de lin; diète absolue.

Dans la journée, la malade ayant des nausées provoqua le vomissement en s'introduisant les doigts au fond de la bouche, et rejeta une certaine quantité de matières verdâtres très amères.

Le 28, aucun changement, à part quelques frissons fugaces par intervalles.

Le 29, affaissement prononcé; langue sèche; inappétence; douleur assez intense dans la région du foie, et qui se propage en s'affaiblissant dans le reste du ventre.

Jusqu'au 8 août, l'ictère persiste et même augmente d'intensité; pas de retour des démangeaisons; sensibilité très grande de tout le ventre, et qui augmente notablement à la plus légère pression. La résistance est stationnaire. Inappétence, nausées sans vomissements; langue brune, sèche et fendillée. Selles rares, dures, un peu décolorées. La peau se maintient sèche, rude, un peu chaude. Le pouls étroit, régulier, varie entre 80 et 90 pulsations.

Chaque jour, limonade citrique, deux pots; fomentations narcotiques sur le ventre; quelques lavements de lin; la diète.

Le 9 août, à six heures du matin, la malade succombe dans un état de maigreur et d'épuisement extrêmes.

Ouverture du cadavre, 28 heures après la mort.

Raideur cadavérique médiocre ; teinte ictérique aussi intense que pendant la vie ; vergetures violacées sur la face postérieure du tronc et des membres *thoratiques*. Les deux *poumons*, libres d'adhérences, ne contiennent ni tubercules, ni tissu cancéreux ; et sont sains, à part un engouement assez prononcé de leurs parties déclives. Un ganglion bronchique ; du volume d'une grosse noisette, situé à la racine du poumon gauche, est transformé en une caque remplie de matière crétacée.

Le *cœur* n'offre rien de notable, sauf une quantité notable de graisse à la base des ventricules, et une induration du bord adhérent des valvules aortiques qui ne gêne en aucune manière leurs mouvements.

Abdomen. Un peu moins d'un litre de liquide jaunâtre et légèrement verdâtre, louche, floconneux et fétide, est contenu dans la cavité pelvienne, ou disséminé entre les circonvolutions intestinales, d'ailleurs libres d'adhérences. Le grand épiploon descend jusqu'au niveau de l'ombilic, et dans ce point il est uni à la paroi abdominale par quelques brides pseudo-membraneuses, molles, récentes, non organisées, et d'une couleur jaunâtre assez prononcée.

L'*estomac*, d'un volume médiocre, contient une petite quantité d'un liquide trouble et grisâtre. Sa surface interne est pâle et lisse, et sur l'extrémité pylorique de sa grande courbure existe une surface inégale fongueuse, irrégulièrement arrondie, de quatre centimètres de diamètre, sur laquelle s'élèvent des espèces de champignons irréguliers. Leur surface, teinte par les matières contenues dans l'estomac, est d'un gris sale et panachée de rouge en quelques points. A l'intérieur, ces végétations sont formées par un tissu blanchâtre, friable, parsemé d'une foule de capillaires sanguins extrêmement fins, et la pression en exprime un suc blanchâtre d'aspect laiteux.

Ces productions, évidemment cancéreuses, reposent sur un tissu fibro-celluleux homogène et dense ; dans leur voisinage on retrouve les diverses couches qui entrent normalement dans la structure des parois de l'estomac ; mais l'hypertrophie du plan charnu et du tissu cellulaire sous-muqueux, donnent à ses parois une épaisseur notable (7 à 9 millimètres). Cette hypertrophie diminue graduellement à mesure que l'on se rapproche du cardia.

L'orifice pylorique est sur les limites des altérations précédentes ; il n'est pas rétréci. Ouvert et mesuré, il offre un développement de 8 centimètres.

L'intestin grêle, le cœcum, les colons n'offrent rien de notable.

Le *foie*, qui dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes, a sa forme ordinaire. Il offre transversalement vingt-cinq centimètres ; il n'en a que vingt-deux verticalement. Sa surface est lisse et unie, sa couleur brunâtre, son tissu humide et bien résistant. Aucun vestige de produit morbide dans son intérieur, aucune altération, sauf la dilatation des conduits hépatiques, qui va être décrite.

La *vésicule biliaire*, pyriforme, très volumineuse, très tendue, n'adhère pas à la paroi abdominale. Elle dépasse de six ou sept centimètres le bord tranchant du foie ; et de son fond, qui atteint la fosse iliaque droite à son col, elle a une longueur de dix-huit centimètres. Elle contient un liquide verdâtre peu consistant, presque transparent ; et pas de calculs. Ses parois ont une épaisseur de deux à trois millimètres, et sa surface interne, qui a perdu son aspect aréolé, est lisse, blanchâtre, sans traces d'ulcérations.

Le conduit cystique, les canaux hépatiques, la partie supérieure du cholédoque, distendus par un liquide de même nature que celui de la vésicule, offrent une dilatation considérable, uniforme, et leur calibre varie entre vingt et vingt-cinq millimètres de diamètre comme celles de la vésicule ; leurs parois sont épaissies, et leur surface interne lisse et blanchâtre. Les ramifications des conduits biliaires contenues dans le foie participent à la dilatation indiquée. On en trouve profondément qui ont encore un diamètre de huit ou neuf millimètres.

La dilatation du canal cholédoque finit brusquement à cinq centimètres de son embouchure dans le duodénum. Là, sa cavité est complétement bouchée par une sorte de végétation ovalaire de douze à quinze millimètres d'étendue, et qui adhère, par un pédicule fibro-celluleux, à un point de la surface interne du conduit. Sa surface, colorée en jaune par la bile, est tomenteuse ; à l'intérieur elle est composée d'un tissu blanc très légèrement bleuâtre, et comme demi transparent en quelques points ; et au milieu duquel se voient quelques vaisseaux capillaires très fins. Un peu moins friable que les champignons cancéreux du pilore, comme eux elle contient un suc blanchâtre que la pression fait suinter.

Au-dessous de cette production pathologique, le canal cholédoque, sain, non oblitéré, présente le calibre d'une petite plume à écrire.

On a vainement recherché si quelque perforation de la vésicule ou des canaux biliaires pouvaient expliquer l'apparition de la péritonite.

La rate est petite et saine.

Les deux reins, la vessie, l'utérus sont à l'état normal.

Réflexions. — Dans cette observation, qui laisse à désirer un assez grand nombre de détails, deux points doivent être examinés, l'affection de l'estomac, celle des voies biliaires.

Pour ce qui est de l'estomac, je ne ferai qu'une remarque, c'est que, d'après le début et la succession des symptômes, la maladie de cet organe doit être considérée comme ayant préexisté à celle de l'appareil biliaire ; et l'état, en définitive, encore peu avancé des champignons cancéreux du pylore, ainsi que l'absence de coarctation de cet orifice, expliquent suffisamment le peu de gravité apparente des symptômes gastriques.

Voyons maintenant ce qui concerne l'appareil biliaire. Un obstacle existait dans la partie inférieure du canal cholédoque, constitué par une sorte de végétation pédiculée que je me crois en droit de considérer comme de nature cancéreuse. Cette manière de voir est basée non seulement sur les caractères physiques de cette production morbide, qui étaient ceux du cancer encéphaloïde, mais encore sur la présence de la même espèce de cancer dans la région pylorique de l'estomac. A ce propos, je remarquai que la nature de l'obstacle qui, dans le cas actuel, s'opposait à la libre circulation de la bile, est un fait remarquable et tout à fait exceptionnel. On pourra se convaincre facilement de l'exactitude de ce que j'avance, si l'on veut se donner la peine de lire ce qu'ont dit les auteurs à ce sujet, et si l'on consulte les observations éparses dans divers recueils scientifiques. On y verra que, dans l'immense majorité des cas, l'obstacle est constitué par un calcul biliaire arrêté plus ou moins haut ; que beaucoup plus rarement il est un résultat soit de l'épaississement inflammatoire des conduits biliaires, soit de leur compression par des productions anormales ou par des organes voisins anormalement développés, etc. Mais je n'ai trouvé nulle part d'exemple analogue sous ce rapport à celui dont je viens de rapporter l'histoire. Je n'en conclus point cependant que ce fait soit unique dans la science, car mes recherches ont été assez restreintes ; je crois seulement que des faits pareils sont extrêmement rares.

Quant aux autres lésions de l'appareil excréteur de la bile, telles que la dilatation si remarquable de la partie supérieure du canal cholédoque, celle des conduits hépatiques, cystique et de la vésicule, elles sont le résultat évident de la rétention de la bile, et n'offrent rien de spécial dans le cas actuel. Je regrette seulement de n'avoir pas recherché si, dans l'épaisseur des parois un peu hypertrophiées de la vésicule biliaire, il était possible de retrouver les fibres musculaires qui y ont été signalées dans des cas pareils par plusieurs médecins, et qui, normalement, existent chez le bœuf et chez plusieurs autres grands animaux.

Deux mots maintenant à propos de quelques symptômes. L'ictère, accident assez variable dans un certain nombre d'affections du foie, a été signalé comme constant dans les cas d'occlusion des voies biliaires ; ici il a été très prononcé et dès son début, loin de s'affaiblir, il a persisté en augmentant d'intensité jusqu'à la mort. Mais l'époque de son apparition indique seulement, selon toute probabilité, le moment où le cours de la bile a été notablement empêché, ou même totalement interrompu, et non le début de la végétation du canal cholédoque. Car il est à présumer que cette dernière, alors qu'elle était encore peu volumineuse et tout à fait commençante, n'a pas donné lieu à des symptômes bien tranchés, de telle sorte que l'on ne peut guère soupçonner, même approximativement, l'époque où elle a commencé à se développer.

Il est un autre symptôme sur lequel je dois m'arrêter un instant ; je veux parler du prurit. On se rappelle qu'à part l'ictère et la desquammation épidermique, la peau n'offrait aucune éruption appréciable à sa surface, et cependant la démangeaison était générale, si vive et si incommode, qu'elle a été un des accidents les plus pénibles de la maladie pendant presque toute sa durée. Je sais bien que ce symptôme a été signalé comme accompagnant l'ictère dans certains cas ; mais on n'a pas cherché à préciser sa fréquence, ni si on le rencontrait plus souvent dans l'ictère symptômatique de telle altération que de telle autre.

J'ai voulu essayer d'éclairer ce point, mais je n'ai pu arriver à aucun résultat satisfaisant. Les faits que j'ai consultés sous ce rapport n'en font pas mention ; de telle sorte que j'ai été arrêté tout court, ne sachant pas si le silence de leurs auteurs tenait à ce que le prurit n'existait réellement pas, ou bien à ce que l'attention n'avait pas été dirigée de ce côté.

Je ne m'étendrai pas ici sur le diagnostic, mon intention étant d'y revenir à propos de l'observation suivante ; je remarquerai seulement, en passant, que malgré la réunion des symptômes les plus constants de la rétention de la bile, c'est-à-dire de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, et surtout de la tumeur formée par la vésicule biliaire distendue, le diagnostic était loin d'être aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer au premier aperçu. En effet, le point capital de la question était d'établir que la tumeur que l'on sentait descendre jusque vers le rebord de la crête iliaque droite, était bien réellement formée par la vésicule biliaire distendue, et non par une collection purulente du foie, un kyste, un développement anormal du lobe droit de cet organe, etc. Or, cette distinction n'a pu être nettement établie ; car, d'une part, la tension extrême de la vésicule donnait au palper la sensation d'un corps solide, et d'une autre part, l'exploration était notablement entravée par la douleur parfois très vive que déterminait la pression à son niveau.

Telles sont quelques-unes des principales circonstances qui m'ont paru mériter l'attention dans le cas qui précède. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'y revenir, surtout au point de vue de la terminaison par péritonite, dans les réflexions que je présenterai à la suite de la deuxième observation, que je réserve pour un prochain article.

J. COSSY
Interne des hôpitaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Polype fibreux de l'utérus. Remarques pratiques. Excision.

Dans le service de M. Bérard, salle des femmes, est couchée une malade affectée d'un polype utérin. Cette femme, âgée de trente-six ans, forte, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, bien réglée depuis l'âge de douze ans, éprouve, depuis un an, des troubles notables dans cette dernière fonction. Elle a eu quatre enfants, de deux ans en deux ans ; ses accouchements ont été naturels, simples, et n'ont offert aucune particularité ; ils n'ont exigé aucune manœuvre. Ses suites de couches ont été également naturelles ; elle a eu tous les soins convenables et assure n'avoir commis aucun écart, aucune imprudence. J'insiste, dit M. Bérard, sur toutes ces circonstances, parce que, si tout ne s'était passé de la manière la plus naturelle dans les couches de cette femme, on pourrait se demander si c'est à un polype ou bien à un renversement de l'utérus que l'on a affaire. Il y a un an seulement que, pour la première fois, cette femme éprouva quelques dérangements dans ses menstrues ; au lieu d'avoir, comme auparavant, ses règles pendant trois ou quatre jours, elles durèrent beaucoup plus long-temps, et la perte de sang fut beaucoup plus considérable ; elle vit même sortir quelques caillots de sang. Ces dérangements continuèrent à se montrer à dater de cette époque, lors de chaque renouvellement des règles ; ce furent, du reste, les seuls qu'elle éprouva pendant plusieurs mois ; mais, il y a cinq mois environ, il survint des flueurs blanches, et depuis cette époque elle n'a cessé de perdre soit en blanc, soit en rouge. Elle n'a ressenti du reste, à aucune époque, de la douleur ; il ne paraît pas même, à ce qu'elle affirme, qu'elle ait éprouvé ces douleurs expultrices particulières, ressemblant aux douleurs de la parturition, et qui sont, comme chacun le sait, un des caractères de l'existence des polypes dans l'utérus ; elle dit seulement avoir, depuis l'origine de sa maladie, plus de gêne à uriner qu'à l'ordinaire ; elle éprouve de la pesanteur dans la partie, et la sensation d'un corps dans la vulve. C'est cette dernière circonstance qui la détermina à consulter un médecin ; jusque-là elle n'en avait parlé à personne. Le médecin qui fut consulté reconnut un polype, et l'adressa à l'hôpital, où elle est depuis une dizaine de jours.

Cette femme, disions-nous, n'a pas éprouvé de douleurs expultrices ; n'aurait-elle eu aucun trouble fonctionnel de l'utérus ? C'est là un fait exceptionnel. Il ne paraît pas cependant douteux que le polype contenu dans la cavité utérine ait graduellement dilaté le col pour se présenter à son orifice et faire saillie dans le vagin. Or, chacun sait que cette dilatation graduelle du col ressemble beaucoup au travail de l'accouchement. Nous devons donc constater ici l'absence d'un phénomène qui est un des symptômes les plus caractéristiques de l'affection dont il s'agit. D'un autre côté, la malade a éprouvé pendant une quinzaine de jours des douleurs épigastralgiques et des coliques, avec des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Nous crûmes un instant que les coliques qu'elle accusait n'étaient autre chose que les douleurs en question ; mais, en voyant survenir la diarrhée et les vomissements, il ne pouvait rester aucun doute dans notre esprit sur la véritable nature de cet accident, qui n'était autre chose que les symptômes d'une antéro-colite.

Revenons sur les symptômes que nous a présentés cette malade. Elle nous a offert deux symptômes principaux, la métrorrhagie et les flueurs blanches. Ces symptômes ne sont pas, sans doute, exclusivement pathognomoniques de la présence d'un polype dans l'utérus ; ils sont communs à d'autres affections, au cancer du col utérin, par exemple ; mais toutes les fois qu'on constate l'existence de ces deux symptômes, ils doivent donner l'éveil, et font une obligation d'explorer les parties. Cette première exploration est toujours difficile, et souvent elle ne donne aucun résultat, de sorte qu'il est nécessaire d'y recourir à plusieurs fois. Quant à l'état général, la malade ne nous offre rien de particulier à noter, si ce n'est un certain degré de faiblesse, la pâleur de la face et un commencement de décoloration des muqueuses, peut-être même un peu d'affaiblissement des facultés intellectuelles, sous l'influence des pertes utérines abondantes et répétées ; mais tous ces symptômes sont encore peu prononcés ; l'anémie est commençante, et n'a lieu encore qu'à un très faible degré ; il n'y a ni bourdonnement dans les oreilles, ni souffle dans les carotides. Ces symptômes ne suffisaient donc pas pour asseoir un diagnostic certain. Voici ce que l'examen local nous a permis de constater : au toucher, nous avons senti dans le vagin une tumeur ayant le volume d'un petit œuf, aplatie d'avant en arrière, ayant la grosse extrémité dirigée en bas, non parfaitement lisse, un peu mamelonnée, assez dure, indolore à la pression. En la suivant du doigt dans tous les sens, on sent que cette tumeur est libre en bas et dans tout son pourtour ; mais il est impossible d'atteindre directement à son pédicule ; il faut, pour cela, exercer une pression assez forte sur la région hypogastrique pour faire descendre l'utérus ; on sent alors que cette tumeur est pourvue d'un pédicule libre dans le col, excepté à sa partie antérieure, où il est adhérent : dans tous les autres points, le doigt peut être promené librement entre ce pédicule et le col. Lorsque la femme est placée debout, on sent descendre dans le vagin la grosse extrémité du polype, qui vient se présenter jusqu'aux grandes lèvres.

A quel genre de lésion avons-nous affaire ? Une tumeur sans connexion aucune avec le vagin, libre de toute adhérence avec les parois de ce canal, adhérente par un de ses côtés avec le col, et pénétrant jusque vers le fond de l'utérus, ne permet pas de douter que nous ayons affaire à un polype, et j'ajouterai que ce polype est fibreux, d'après les caractères que nous avons déjà énumérés, savoir : la consistance, la dureté de la tumeur, son aspect mamelonné, son insensibilité à la pression, etc. Examinons maintenant s'il n'y aurait pas de raison pour admettre une autre altération, et si avec ce polype il n'y aurait pas autre chose. Peut-on admettre qu'il y ait ici un renversement de l'utérus ? Si nous revenons sur les antécédents, nous ne trouvons aucune circonstance dans les quatre accouchements qu'a eus cette femme, qui puisse rendre raison de la production d'un semblable accident. Ce n'est pas que les accouchements soient la cause unique qui puisse produire un renversement de l'utérus ; car Baudelocque

rapporte un cas de renversement utérin chez une fille vierge; on en a même cité des exemples de renversements utérins congéniaux. Dans tous les cas, nous avons la certitude de n'avoir pas affaire à un renversement simple. S'il y a un renversement, ce ne peut donc être que consécutivement ou concurremment avec un polype. Le renversement de l'utérus peut effectivement être le résultat des tractions qu'exerce le polype lorsqu'il a acquis un certain développement sur le fond de l'utérus, lequel, formant une sorte d'infundibulum, se renverse plus ou moins complètement. Cet état n'est pas très rare: M. Velpeau en a observé un cas. Existe-t-il un renversement de ce genre chez notre malade? Non; et voici ce qui nous autorise à répondre négativement: lorsqu'il existe un renversement en même temps qu'un polype, on sent, à une plus ou moins grande distance dans le vagin, mais toujours plus bas que le point où devrait se trouver le col, un cul-de-sac circulaire qui arrête le doigt explorateur. D'un autre côté, en introduisant le doigt dans le rectum, on trouve les deux parois du rectum et du vagin accolées l'une à l'autre sans corps intermédiaire, c'est-à-dire sans l'utérus, qui les sépare dans l'état normal. Or, ici on ne trouve aucun de ces caractères. Enfin, comme dernière épreuve, j'ai introduit un spéculum dans le vagin, et j'ai pu, à l'aide de cet instrument, faire pénétrer un stylet entre les lèvres du col dans l'orifice de l'utérus, et le pousser assez loin dans cet organe. J'insiste sur ces caractères parce qu'il existe un autre genre de renversement consistant en un prolongement ou un simple allongement de la portion inférieure de l'utérus. C'est là encore une nouvelle source d'erreur sur laquelle il est important de s'arrêter. Supposons un polype s'insérant sur le fond de l'utérus, en entraînant avec lui, dans sa chute, la membrane interne de cet organe, on aura un renversement partiel. Voici comment se passent les choses d'ordinaire. Les fibres excentriques de la matrice ne bougent point; ce sont les fibres centrales seulement, les fibres muqueuses qui, soulevées d'abord par le polype qu'elles enserrent, sont repoussées par lui en avant au fur et à mesure qu'il se développe.

Dans ces circonstances, il peut arriver un autre fait, c'est que le fond de l'utérus suive lui-même tout entier le polype, formant ainsi un cul de sac ou une sorte de godet à la face péritonéale. Enfin, les choses allant plus loin, il se fait un renversement partiel tel que le pédicule de la tumeur qui fait saillie dans le vagin se trouve être formé tout à la fois par le pédicule du polype, par les membranes muqueuses et fibreuses de l'utérus, et par le péritoine lui-même. Dans un cas de ce genre, où l'on pratiqua l'excision du polype, on rencontra ce prolongement infundibuliforme de l'utérus, dont nous venons de parler. Il est, du reste, à peu près impossible de reconnaître cette circonstance pendant la vie; l'exploration et le diagnostic, dans ce cas, sont d'une extrême difficulté. Quoi qu'il en soit, nous constatons chez notre malade l'existence d'un polype fibreux pédiculé, sans renversement de l'utérus, et s'insérant, selon toute probabilité, sur le col. Y eût-il d'ailleurs un renversement, ce ne serait en tout cas qu'un renversement partiel, très peu considérable, et qui ne compliquerait pas notablement l'état qui a été reconnu.

Les choses étant ainsi jugées, nous avons à nous demander quel doit être le pronostic. Le pronostic est grave; la maladie à laquelle nous avons affaire est une maladie toujours sérieuse et qui exige pour traitement une opération grave. Il n'est pas sans exemple cependant que la maladie se soit guérie d'elle-même par la rupture du pédicule et l'expulsion spontanée de la tumeur. Dans le cas particulier qui nous occupe, cette guérison naturelle ne serait pas impossible; mais ces heureuses terminaisons sont très rares, et je ne voudrais pas, sur quelques cas exceptionnels, ériger en principe une médication expectante. La prudence veut qu'on agisse, et l'intervention de l'art doit être d'autant plus prompte que l'affaiblissement des malades est plus considérable et l'anémie plus imminente.

Quel traitement ferons-nous subir à cette malade? On sait qu'il a été proposé un grand nombre de moyens; parmi ces moyens nous signalerons particulièrement la torsion, le broiement, la destruction du polype par la cautérisation, à l'aide de cautère actuel ou potentiel, l'arrachement, la ligature et l'excision. Plusieurs de ces moyens ne sont pas applicables ici. La torsion suppose un pédicule friable; car, s'il n'en était pas ainsi, elle s'exercerait sur l'utérus lui-même, vu sa mobilité. Ce n'est donc point le cas d'y recourir chez cette malade. Le broiement n'est praticable qu'aux polypes très mous; quant à la cautérisation, le polype est beaucoup trop volumineux pour qu'on y puisse songer dans ce cas; l'arrachement n'est pas non plus praticable, à cause de l'incertitude où nous sommes sur le point précis d'insertion du pédicule. Il ne nous reste donc plus à choisir qu'entre la ligature ou l'excision.

Avant de décider entre celui de ces deux partis auquels nous devions nous arrêter, il est une question préalable que nous devons résoudre. Y a-t-il un traitement préparatoire à faire subir à la malade? On sait que telle est l'opinion de M. Lisfranc. Ce chirurgien croit qu'il faut s'occuper d'abord de faire cesser l'hémorrhagie et de donner aux malades le temps de récuperer leurs forces avant d'opérer. Nous divergeons d'opinions, à cet égard, avec M. Lisfranc. Quant à l'usage où est ce chirurgien, d'enlever préalablement l'enveloppe muqueuse du polype dans le but de faire cesser l'hémorrhagie, il a rapporté des faits auxquels je n'ai rien à opposer; mais en théorie, cette manière d'agir ne me paraît pas fondée. Si l'on compte sur le retour naturel des forces, on peut compter en vain. Pour ce qui est de la cessation de l'hémorrhagie, l'opération la fait cesser tout aussi sûrement, et d'une manière plus définitive que ne peut le faire l'arrachement de l'enveloppe du polype. Je rappellerai sommairement un seul fait à l'appui de cette opinion: une femme portant un polype dans l'utérus avait été réduite, par suite d'hémorrhagies abondantes et prolongées, à un état d'anémie extrême; elle était presque exsangue. Malgré cette contre-indation apparente je l'opérai; je fendis le col et je fis l'extraction du polype. L'hémorrhagie cessa immédiatement et la malade se rétablit en peu de temps. Dans une autre circonstance tout à fait semblable, j'ai obtenu le même résultat en procédant de la même manière, sauf la fente du col, que les dispositions des parties ne rendaient point nécessaires. Nous sommes donc d'avis qu'il n'y a pas lieu de temporiser.

Revenons aux méthodes entre lesquelles nous avons à choisir. Faut-il lier? Faut-il faire la section? J'incline pour la section, et en voici la raison: la ligature, soit seule, soit combinée avec la section de la portion restante du pédicule, n'est point, à mon avis, sans inconvénients; elle a des dangers que n'offre point l'excision. J'ajouterai que, pratiquée comme moyen auxiliaire, et à titre de précaution contre l'hémorrhagie, elle est inutile. L'hémorrhagie à la suite de l'excision est rare, et dans les cas où elle a lieu, elle est facile à réprimer.

M. Bérard s'étant, en conséquence, déterminé pour l'excision, a pratiqué immédiatement cette opération, qui était rendue d'autant plus facile que le polype descendant jusqu'à la vulve, on put, à l'aide d'une légère traction, faire descendre l'utérus assez bas pour parvenir facilement au point d'insertion du pédicule, et l'exciser en quelque sorte sous les yeux. L'opération, faite avec de forts ciseaux, n'a offert d'ailleurs rien de particulier; elle n'a point été suivie d'hémorrhagie. Nous ferons connaître, s'il y a lieu, les suites et le résultat définitif de l'opération.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Septembre 1843.)

De l'état du cœur chez le vieillard; par F. NEUCOURT, interne des hôpitaux.

Ce mémoire est le développement des propositions suivantes:

Le cœur, chez le vieillard, a un volume au moins égal à celui de l'adulte, et, s'il y a une différence, elle est à l'avantage du premier. — L'épaisseur des parois est un peu plus grande dans la vieillesse qu'à tout autre âge. — La largeur de tous les orifices est un peu plus grande que chez l'adulte. — Les ossifications seules de l'aorte n'entraînent pas nécessairement de désordre dans l'exercice des fonctions du cœur. — Aucun signe n'en démontre la présence lorsqu'elles ne sont accompagnées ni de rétrécissement, ni d'insuffisance des orifices auxquels elles ont leur siége. — Les ossifications de la fin de l'aorte abdominale sont plus fréquentes que celles de toute autre partie de ce vaisseau. — Il est presque certain que les maladies du cœur (rétrécissement et insuffisance) se révèlent chez le vieillard par les mêmes signes, à l'auscultation, que chez l'adulte. — Après la mort, les diverses cavités du cœur sont d'autant plus contractées et revenues sur elles-mêmes que la mort aura été plus rapide. — Des bruits anormaux siégeant aux orifices du cœur peuvent exister sans trouble des fonctions. — Des maladies du cœur, même avec altération très profonde dans le jeu de cet organe, peuvent exister pendant un très grand nombre d'années sans entraîner la mort.

Recherches sur la gangrène pulmonaire, et spécialement sur la nature et le traitement de cette maladie, et de la gangrène spontanée chez l'enfant; par le docteur Ernest BOUNET.

Les principaux résultats de ces recherches peuvent se résumer de la manière suivante:

La gangrène du poumon paraît plus commune chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie. — Il en est de même des autres gangrènes développées spontanément ou sans influence de causes physiques. — Chez l'enfant, la gangrène du poumon est rarement limitée à cet organe: elle envahit ordinairement à la fois plusieurs points de l'économie. — Dans le poumon, elle affecte de préférence les parties inférieures et postérieures, et présente une tendance remarquable à l'envahissement des organes voisins; ainsi elle pénètre dans le médiastin, détruit la plèvre, perfore l'œsophage. En outre, elle peut s'étendre par le contact des matières sphacélées qui frappent de mort les parties qu'elles touchent. — Elle affecte trois formes distinctes: celle de plaques, celle de noyaux, la forme diffuse. — Elle peut se limiter et guérir comme chez l'adulte; alors le bourbillon gangréneux, entouré par une pseudo-membrane organisée, s'isole entièrement des tissus voisins. — Les causes locales, telles que l'inflammation, les tubercules des poumons, ne paraissent avoir aucune influence évidente sur la production de la gangrène de cet organe. — La gangrène du poumon, comme les autres gangrènes spontanées de l'enfance, paraît se développer constamment sous l'influence de causes agissant sur l'économie entière. Ainsi une mauvaise constitution, une hygiène défavorable, une santé débile, y prédisposent. Mais la cause prochaine de ces maladies, cause constante pour la gangrène du poumon, c'est une altération du sang consécutive au scorbut, à la rougeole ou à la scarlatine, et caractérisée pendant la vie par des hémorrhagies, des taches de pourpre, le ramollissement des gencives; après la mort, par des ecchymoses, des suffusions sanguines, et la liquidité complète ou la dissolution du sang. — Cette lésion remarquable est très probablement, au point de vue chimique, le résultat de la diminution de la fibrine et de l'excès d'alcalinité du sang. — Les indications que présentent le traitement préservatif et curatif de la gangrène du poumon et des gangrènes spontanées, sont les suivantes: fortifier la constitution des enfants débiles, éviter par des précautions assidues qu'ils ne viennent à contracter la rougeole ou la scarlatine, et prévenir, jusqu'à un certain point, la gravité excessive de ces exanthèmes par une vaccination faite avec soin ou répétée. — Modifier au plus tôt l'altération du sang qui résulte du scorbut, des exanthèmes, par l'usage des acides employés à l'intérieur et à l'extérieur, des analeptiques et des antileptiques. — Lorsque la gangrène est déclarée soit dans les poumons, soit à la bouche, etc., recourir immédiatement à la médication générale sus-indiquée, sans préjudice des moyens qu'on dirigerait vers les lésions locales, tels que la cautérisation de la gangrène des gencives à l'aide d'un acide concentré, les lotions, injections et gargarismes acides et antiseptiques, et les évacuants.

Affection douloureuse des glandes mammaires; par M. le docteur E. RUFZ, de la Martinique.

Cette affection paraît être assez fréquente à la Martinique, à en juger par le nombre des cas observés par M. Rufz. Les symptômes ont toujours été une douleur continue, sourde ordinairement, mais qui s'éveille de temps en temps, alors insupportable, ou du moins assez désagréable pour que les malades désirent en être débarrassés à tout prix. Cette douleur a pour point de départ la glande mammaire et rayonne dans le voisinage, irrégulièrement et sans suivre le trajet des nerfs interscostaux ni des thoraciques. La pression n'est sensible que dans certains points de la glande; ces points sont plus durs et forment comme des noyaux arrondis, dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. L'intensité des douleurs n'est point en raison de la grosseur des noyaux. Quelquefois les plus fortes douleurs répondaient aux plus petits noyaux, et chez une malade les douleurs persistèrent après la fonte complète des noyaux. Des onze personnes dont M. Rufz a les observations, une seule est sujette à la migraine.

Cette affection ne paraît réagir sur aucune des fonctions de l'économie. M. Rufz a sous les yeux la plupart des personnes qui la lui ont présentée, et toutes jouissent d'une bonne santé, et n'ont eu aucune maladie particulière.

Cette maladie peut être de fort longue durée. Il a vu une dame qui faisait remonter le début à vingt ans; mais, chose remarquable, les noyaux n'étaient pas, chez elle, plus volumineux. Chez les malades qu'il a eus en observation pendant sept ans, il a toujours vu la lésion locale complétement stationnaire.

Si cette maladie est sans danger pour la vie, elle n'en est pas moins fort incommode pour les malades; quelques personnes sont tenues par là dans un état constamment valitudinaire, craignent que ce ne soit l'origine d'un cancer, et finissent par tomber dans une sorte d'hypochondrie: cette affection est donc digne de l'attention du médecin.

M. Rufz n'a point vu cette maladie se transformer en un cancer, et, chez quelques femmes atteintes de ce dernier mal, et qu'il a interrogées avec soin, il n'a point appris que la formation du cancer ait été précédée pendant long-temps d'un état pareil à celui qu'il a décrit. Ordinairement le noyau squirrheux fait des progrès plus rapides. D'ailleurs, des onze malades chez lesquelles la maladie s'est développée, cinq avaient moins de vingt ans, c'est-à-dire qu'elles étaient dans l'âge où l'affection cancéreuse est fort rare.

Comme lésions anatomiques particulières à cette maladie, M. Rufz décrit un tissu blanchâtre, dur et tassé des noyaux, qui offre quelque analogie avec le tissu squirrheux, mais qui s'en distingue en ce que ces noyaux pressés ne laissent pas exsuder un fluide. Une grande différence encore est leur état stationnaire.

Serait-ce une névralgie? Les douleurs, il est vrai, se font sentir par accès; mais elles n'ont d'autres points fixes que les noyaux mammaires, et ne suivent le trajet d'aucun nerf. D'autre part, leur intensité ne varie pas en raison de l'importance des noyaux de la glande, et chez une malade les douleurs persistent malgré la disparition de toute dureté locale. M. Rufz reste là-dessus dans le doute.

Les kystes du sein, à leur début, peuvent être facilement confondus avec la maladie en question.

Quant aux causes, c'est chez les femmes qu'elles se développent ordinairement; cependant, M. Rufz a eu occasion de voir quelque chose de semblable sur un capitaine de navire, homme robuste, âgé de 38 ans, et qui accusait une douleur au sein droit, fort désagréable. — L'âge a varié de 18 à 48 ans. En général, les personnes étaient maigres, nerveuses; mais dans 4 cas elles avaient de l'embonpoint. — Sur 11 faits, 6 sont relatifs à des jeunes filles, 5 à des femmes qui avaient été nourrices. — La maladie n'occupe le plus souvent qu'un des seins, 8 fois le gauche; mais 2 fois les deux seins étaient à la fois le siége des douleurs; 3 fois les femmes étaient mal réglées. — Un coup sur le sein est la seule cause occasionnelle qui ait été accusée par les malades; généralement, on faisait remonter ce coup à une époque plus ou moins éloignée. Le mal n'avait pas succédé immédiatement; de sorte qu'il n'était pas facile de démêler si ce n'était pas une opinion du malade plutôt que la mémoire exacte du fait.

Quant au traitement, l'emploi des moyens ordinaires, sangsues et vésicatoires répétés, avaient été de longue durée, et souvent sans effet; il en est de même des frictions faites avec les substances les plus actives, hydriodate de potasse, ammoniaque, teinture de cantharides, tartre stibié. — 2 fois la maladie céda à des purgatifs répétés, 2 fois à la compression; mais ce dernier moyen n'est guère approprié aux personnes pauvres: 1° à cause de la gêne des mouvements; 2° à cause du soin qu'il exige tant de la part du malade que de la part du médecin. — 1 fois l'acupuncture, et 1 fois le séton à travers le sein, n'eurent qu'un succès momentané. C'est pourquoi, ajoute M. Rufz, j'en suis venu aux émissions sous-cutanées, lesquelles s'exécutent sans dangers, sans embarras, avec promptitude, n'exigent presque aucun soin consécutif, et m'ont 2 fois parfaitement réussi. Je les recommande aux praticiens.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine,

ou *Répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique*; par MM. Adelon, Béclard, A. Bérard, P.-H. Berard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Danse, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. (1)

Que peut-on attendre de nous? Assurément pas un aperçu de tous les articles du Dictionnaire, ni même des articles les plus importants. Ce qu'on nous demande, c'est une esquisse générale, une ébauche (*à posteriori*) tracée à grands traits. Pour un pareil labeur, pour une analyse à vol d'oiseau, nous sommes plus favorisé que nos collègues en journalisme qui ont eu à toiser le monument assise par assise. L'édifice en est à son couronnement; et nous pouvons le considérer dans son ensemble.

Et d'abord, c'est une œuvre régulière, aussi conforme à l'unité que cela est possible lorsque la besogne est partagée entre tant de personnes. On sent, à travers quelques tiraillements, qu'un même individu a disposé, du commencement jusqu'à la fin, les matériaux de cette vaste publication, et, si l'on peut dire, administré scientifiquement l'entreprise. Le *Dictionnaire* doit beaucoup, sous ce rapport, à M. Raige-Delorme, esprit net, classificateur et étendu, qui n'a pas trop d'une large part dans la rédaction de l'ouvrage dont nous parlons et de la direction sérieuse d'un de nos journaux les plus importants. C'est lui qui a écrit, à très peu d'exceptions près, les notices bibliographiques du *Dictionnaire*.

Plusieurs de ces notices dépassent les limites et l'importance ordinaires. Telle est, par exemple, celle qui fait suite à l'article *Psychologie* de M. Rochoux. Nous en voulons à M. Rochoux. Ce médecin distingué, l'auteur d'un si beau livre sur l'apoplexie, et qui a publié d'autres travaux estimés; ce philosophe éclairé, l'un des rares hommes qui connaissent Epicure, est un esprit passionné. Ce qui nous le fait dire, c'est sa manie de juger la *physiologie du cerveau*. Niez que, dans la pratique, on puisse utiliser sûrement les données de la doctrine de Gall; niez que l'on puisse, par l'inspection du crâne, déterminer avec certitude les aptitudes et les penchants d'un individu; niez cela, et beaucoup de gens, même parmi les *phrénologistes*, seront de votre avis; mais ne niez pas que le cerveau est divisé en plusieurs organes ayant des fonctions distinctes. Ne le niez pas, parce que les faits affirmatifs sont frappants, et que toutes les expériences, jusqu'à celles de M. Flourens *inclusivement*, ont démontré la *multiplicité des organes cérébraux*. Et si vous ne voulez pas être plus long-temps en

(1) Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. — A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine, 4.

contradiction avec les fails, si vous admettez enfin que la masse cérébrale est divisée et divisible expérimentalement en divers centres de réception et d'impulsion, vous reconnaissez par cela même le *principe* de la *physiologie du cerveau*. M. Rochoux, dans son propre intérêt, fera sagement de réfléchir de nouveau à cette question ; mais il devra y revenir avec un esprit dégagé de préventions, ce qui, nous l'avouons, sera difficile.

Nous avons remarqué l'article *Pathologie* de M. Raige-Delorme. Cet article, assurément, ne nous tera point revenir sur les éloges que nous avons accordés à son auteur. Mais que de sujets de discussion nous y trouverioos, si l'espace ne nous manquait ! Vous parlez d'observation ! Vous voulez de la médecine d'observation ! Très bien. Mais ne trouvez-vous pas que l'on affecte, en France, depuis long-temps, nn singulier mépris pour l'induction? On veut des faits, toujours des faits. Les cliniques et les amphitbéâtres fourmillent de furets qui vont, le nez au vent, cherchant des observations. Mais cea faits, que tant de scalpels se disputent, quel esprit essaie de les pénétrer? Qui cherche la raison des choses? Aussitôt qu'un homme prend cette direction, on l'accuse de faire de la théorie, et d'avoir de l'imagination. On travaille aujourd'hui des yeux plus que de la tête. Autre question. Vous aimez la statistique; nous aussi, nous l'aimons ; mais nous nous défions extrêmement. Quand elle n'est pas une bonne chose, elle en est une très mauvaise, parce qu'elle trompe avec les apparences de l'exactitude.

On connatt la clarté qui distingue à un si haut degré, à un égal degré, les écrits des deux professeurs Bérard. L'article *Cancer*, de M. Bérard aîné (P.), est un modèle, et celui sur la *Pupille artificielle*, de M. Bérard jeune (A.), ne lui est pas inférieur. Nous citons ces deux articles au hasard, parmi d'autres des mêmes auteurs, qui les valent.

Quel chirurgien a plus observé que M. Marjolin? On se figure, d'après cela, ce que doivent être ses articles, qui sont nombreux.

Parmi ceux de M. Velpeau, nous citerons, en particulier, celui sur les *Maladies du poignet*, et celui sur les *Maladies de la prostate*; véritables monographies où sont traités, avec tout le détail désirable, des points de pathologie intéressants et actuels. C'est d'abord la question si controversée des *Luxations du poignet*; puis ce sont la symptomatologie et l'anatomie pathologique des *Fractures de l'extrémité inférieure du radius*. On ne peut ignorer les fructueux efforts du savant professeur de la Charité pour éclairer le diagnostic naguère encore si obscur de cette lésion. Il y a là un certain Z dont on a voulu rire, et que l'on a été forcé d'accepter, quitte à le changer en S. La différence n'est pas grande. Viennent ensuite les *Tumeurs synoviales du poignet*, dont M. Velpeau a vu beaucoup de cas, et contre lesquelles il a expérimenté les divers moyens de traitement proposés. Nous ne dirons rien de l'article sur les *Maladies de la prostate*, si ce n'est que *plaies*, *tumeurs*, *corps étrangers*, *tubercules*, *abcès*, etc., tout a été étudié, et bien étudié. Les articles *Ophthalmie*, *Orbite*, *Ovaires*, *Œil*, *Œsophage*, *Cornée*, etc., etc., du même auteur, sont traités aussi complétement, et toujours à l'aide d'une masse d'observations. Quand il s'agit de M. Velpeau, nous croyons inutile de parler de l'érudition.

M. Roux, aussi élégant écrivain qu'habile opérateur, nous fait regretter que les exigences de la pratique lui laissent si peu de temps pour la mise en œuvre des nombreux matériaux qu'il possède.

Il serait injuste de ne pas nommer M. Laugier, dont l'esprit judicieux a laissé son empreinte dans maintes pages de ce *Dictionnaire*. On lira de lui, avec autant de fruit que d'intérêt, les articles sur la *pathologie du cou*, et sur les *luxations du fémur*, entre autres.

L'*embryologie* et l'*obstétrique* ont été traitées par Désormeaux et M. P. Dubois. Il n'y a rien a dire après avoir nommé Désormeaux. Quant à M. le professeur Dubois, les praticiens formés à ses leçons, et les élèves qui recueillent ses enseignements, ne seront pas étonnés de nous voir louer sa science étendue, son esprit exact, et son style précis.

La syphiliographie a été faite en grande partie par M. Lagneau, esprit impartial, qui, bien qu'arrivé à cette période de la vie scientifique où l'on a généralement des doctrines arrêtées, sait admettre le progrès et même s'y joindre.

MM. Guersant et Blache se sont partagé l'histoire des maladies de l'enfance. L'un représente la tradition; l'autre, avec une grande expérience déjà, possède un esprit de recherche et une élévation de vues qui donnent un prix particulier à ses travaux. M. Blache, d'ailleurs, et M. Guersant n'ont pas borné leur collaboration à la pathologie des enfants; ce qu'ils ont écrit sur l'opium, par exemple, prouve que les grandes questions de pathologie et de toxicologie leur sont familières.

Nous sommes de ceux qui croient profondément, sincèrement aux services rendus à la science par M. Orfila, et nous pensons dire beaucoup en disant que son nom se trouve à la fin d'un assez grand nombre d'articles du *Répertoire*.

M. Chomel a rédigé une bonne partie de la pathologie interne. C'est lui, par exemple, qui a tracé l'histoire de la *pneumonie* et de la *pleurésie*. Il a traité, en outre, les questions de pathologie générale. Ainsi, les articles *Diagnostic*, *Pronostic*, *Prodromes*, etc., sont de lui.

Nous avons à reprocher à M. Dalmas d'avoir été injuste envers le Val-de-Grâce pour avoir trop aimé l'Hôtel-Dieu.

Pauvre Dance, mort si jeune emportant un si bel avenir ! Avec quel intérêt mêlé d'amertume on lit ses articles, presque tout ce qui restera de cet esprit si pénétrant. C'est le même sentiment que l'on éprouve à parcourir, dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, les travaux du fils de J.-L. Petit.

Nous n'avons pas encore nommé M. J. Cloquet et M. Ollivier. C'est un tort. Le *Dictionnaire* leur est très redevable.

Il faut s'arrêter, et, pour le coup, se borner à citer Georget, Calmeil et M. Ferrus pour ce qui concerne le système nerveux; M. Villermé, pour les questions dont on sait ce savant plus spécialement occupé, M. Littré, pour les articles *Fièvres pernicieuses*, *Peste*, etc.

Terminons par une remarque générale. Une prétention à demi avouée du *Dictionnaire de médecine* est de représenter l'école de Paris. Or, à supposer qu'il n'y eût qu'une école de Paris, pourrait-on faire abstraction d'hommes aussi considérables que MM. Bouillaud, Andral, Blandin, etc.? Mais nous sommes bien loin de n'avoir qu'une église médicale; et, quant à nous, nous comptons au moins trois communions : l'école *matérialiste* ou *nécroscopique*, qui a divinisé le scalpel, et qui se personnifie dans M. Louis (A propos de M. Louis, c'est lui qui a étudié la phthisie, nul ne pouvait mieux l'étudier que lui); l'école *éclectique*, qui a pour chef M. Andral, et l'école *exacte*, puissamment incarnée dans M. Bouillaud.

Heureusement le *Dictionnaire de médecine* n'avait pas besoin de représenter l'école de Paris pour être un excellent ouvrage, et atteindre à un légitime succès.

MARCHAL (de Calvi).

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les moyens de prévenir la formation de dépôts phosphatiques dans l'économie animale; par M. le docteur A. URE.

M. Ure, après avoir rappelé en quelques mots ses travaux sur l'action de l'acide benzoïque et des benzoates dans leurs applications au traitement des maladies des voies urinaires, ainsi que les observations publiées par MM. Walker et Smith Soden, rapporte le fait suivant, surveillé attentivement par son ami M. Farquhar, comme propre à montrer dans tout son jour l'effet dynamique de ces agents médicamentaux.

M. H..., âgé de trente-sept ans, d'une constitution sèche et d'habitudes sédentaires, vint consulter M. Ure, le 9 mai 1842, au sujet d'un dérangement dans la sécrétion urinaire. Dix mois auparavant, il avait remarqué d'abord dans son urine un dépôt blanchâtre qui se concrétait dans le pot de nuit et formait une croûte de couleur grise, dure et très difficile à détacher; l'urine, d'odeur très désagréable, variait d'apparence, offrant une couleur tantôt verdâtre, tantôt brunâtre. A l'époque de la consultation, l'urine était légèrement opaque, d'une teinte jaune-pâle, d'une odeur fortement ammoniacale; elle ramenait au bleu le papier de tournesol rougi par un acide, produisait une vive effervescence par l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et bientôt après laissait précipiter un dépôt blanc floconneux, formé de phosphate et de carbonate de chaux : du reste, elle n'offrait point d'acide urique. Sa pesanteur spécifique était de 1,023, elle était excrétée facilement, sans aucune douleur et à plein canal; la sécrétion du mucus n'était que peu ou même point augmentée; il n'y avait point d'albumine. L'appétit du malade était bon, sa langue était nette, et son sommeil parfait; mais il était pâle, il se plaignait de lassitude générale et de langueur, il éprouvait un sentiment de faiblesse dans les reins, et il était habituellement resserré.

1000 parties d'urine évaporées à siccité, dans un bain-marie dont la température ne dépasse pas 60 degrés centigrades, donnèrent 36 parties de résidu, et exhalèrent, pendant toute la durée de l'évaporation, une grande quantité d'ammoniaque, ce qu'il fut facile de constater en plaçant au dessus du vase évaporatoire une bande de papier tournesol rougi.

La prescription consiste dans l'administration de la poudre de rhubarbe à dose apéritive, et de 50 centigrammes d'acide benzoïque, deux fois par jour. Le régime doit être bon, mais régulier.

Le 12 mai, le médicament a été pris sans donner lieu au moindre inconvénient. Peu d'heures après l'ingestion de la première dose, l'urine est déjà devenue limpide et a cessé de fournir un dépôt crétacé. Ce liquide a repris ses qualités physiologiques; il rougit le papier bleu de tournesol; sa pesanteur spécifique est de 1,022.

Après six jours de ce traitement, l'acide benzoïque fut suspendu, et, au bout du mois, l'urine était redevenue alcaline. M. Ure voulut revenir aux médicaments conseillés ordinairement dans les cas de ce genre, pour reconnaître s'ils ne pourraient pas ramener d'une manière permanente l'urine à son état normal. Il prescrivit donc l'administration de l'acide azotique à forte dose trois fois par jour, et un opiat pour la nuit. Ces moyens, suffisamment continués, n'amenèrent aucun changement. L'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique combiné avec le sulfate de fer, le quinquina, l'acide tartrique associé au chlorhydrate d'ammoniaque, furent administrés successivement, mais sans aucun avantage, car l'urine resta alcaline et continua à laisser déposer un sédiment de matière blanche sableuse. Dès lors, l'usage de l'acide benzoïque fut repris, et avec le même succès qu'en premier lieu. M. le professeur Mitscherlich, de Berlin, qui se trouvait alors à Londres, voulut bien visiter le malade et constater chimiquement, avec M. Ure, les changements remarquables qu'éprouva la composition de l'urine.

Le 1er décembre, le malade voit son urine devenir trouble de nouveau; la pesanteur spécifique de ce liquide est de 1,024. Soixante grammes, évaporés dans le vide, ont laissé près de quinze décigrammes d'un résidu extractif consistant en matière animale, sels et quelque peu d'urée. — L'acide benzoïque est repris.

Le 4 décembre, l'urine est déjà redevenue naturelle; elle reste limpide et acide, même après un laps de vingt-quatre heures depuis son excrétion; sa pesanteur spécifique est de 1,020. Soixante grammes ont donné, par l'évaporation, deux cent quarante-cinq centigrammes de résidu extractif. Ainsi, après l'administration de l'acide benzoïque, l'urine, quoique d'une densité moindre, fournit un résidu presque double de celui qu'elle a laissé avant la médication.

Le 11 décembre, il existe dans l'urine un léger sédiment que l'examen microscopique fait reconnaître comme formé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien accompagné de phosphate ou de carbonate de chaux amorphe. — L'usage de l'acide benzoïque est suspendu; l'acide chlorhydrique est prescrit à la dose de vingt gouttes, trois fois par jour, étendu dans une suffisante quantité d'eau.

Le 25 décembre, bien que l'acide chlorhydrique ait été pris régulièrement pendant la dernière quinzaine, l'urine est trouble, alcaline, et elle fait une une vive effervescence avec l'acide azotique. L'urine excrétée pendant la nuit est la seule qui offre un sédiment, et celui-ci est composé particulièrement de phosphate et de carbonate de chaux. — L'acide chlorhydrique est suspendu, et quarante centigrammes d'acide benzoïque sont prescrits pour être pris au moment du coucher.

Le 30 décembre, l'urine est transparente et acide, et reste telle pendant plusieurs heures; sa pesanteur spécifique est de 1,018. Elle contient des phosphates et de l'acide urique en proportions normales. Les reins étant le siége de quelques malaises, des frictions stibiées sont prescrites.

Le 12 janvier 1843, le malaise des reins a disparu. L'acide benzoïque n'a pas été pris depuis cinq jours. L'urine est un peu nuageuse. D'après le conseil du docteur Prout, M. Ure prescrit l'acétate d'ammoniaque liquide par dose de douze grammes.

Le 20 janvier, malgré l'emploi de l'esprit de mindérérus, l'urine est encore nuageuse. Comme il existe un peu d'irritation à la poitrine, de petites doses de tartre stibié sont prescrites à prendre trois fois par jour, plus une dose d'acide benzoïque tous les soirs.

Le 22 janvier, le malade se trouve mieux sous tous les rapports; l'oppression pulmonaire est dissipée; l'urine est limpide, et reste acide même après un repos de plusieurs jours.

En somme, l'état général de la santé et l'expression de la physionomie sont meilleurs, et M. H... n'a plus maintenant, pour éloigner toute tendance à la formation d'un sédiment calcaire dans son urine, qu'à prendre quelques décigrammes d'acide benzoïque au moment de son coucher.

(*Provincial medical Journal.*)

Application du coton au traitement de quelques maladies des yeux, d'après la méthode de M. Mayor de Lausanne; par M. le docteur GULTZ.

Les difficultés que l'on rencontre quelquefois dans le traitement de certaines ophthalmies chroniques, en recourant aux moyens qui sont communément conseillés, ont conduit M. Mayor à tenter l'emploi de la méthode suivante.

Il introduit, entre le globe et la paupière supérieure abaissée, une petite tente de coton ouatté bien cardé et saupoudré de calomélas réduit en poudre très ténue. La contraction spasmodique du muscle orbiculaire déterminée par la présence du corps étranger oblige le malade à fermer l'œil avec force, et prolonge ainsi le contact du globe et de la conjonctive avec le coton. On applique ensuite un tampon du même coton sur l'œil, et on le maintient en place à l'aide d'un bandeau. Le corps étranger reste au-dessous de la paupière, jusqu'à ce qu'il soit expulsé naturellement par suite des mouvements des parties, ce qui dépend de plus ou moins grand degré de sensibilité des sujets; mais le chirurgien ne doit le retirer que dans les cas où il donne lieu à des douleurs insupportables.

M. le docteur Gultz avoue qu'il a été véritablement surpris de la facilité avec laquelle les malades supportent ce contact, et des heureux résultats qu'en a obtenu M. Mayor dans un grand nombre de cas.

Ce moyen est conseillé par son auteur dans toutes les conjonctivites chroniques, dans les ophthalmo-blennorrhées chroniques, dans les ophthalmies granuleuses avec et sans pannus, et dans les ophthalmies scrofuleuses.

Le but que se propose le chirurgien de Lausanne dans l'emploi de cette méthode semble être la transformation d'une inflammation chronique en une inflammation aiguë, afin de pouvoir, par là, en obtenir plus facilement la résolution.

(*Oesterreichische medizinische Wochenschrift.*

NOUVELLES.

Un événement déplorable, et dont les suites pouvaient être affreuses, vient d'arriver à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Le plancher d'un salle s'est écroulé, entraînant malades, infirmiers et médecins. Hâtons-nous de dire que, par un bonheur inespéré, personne n'a été sérieusement blessé. La salle qui s'est écroulée renfermait quatorze jeunes filles malades confiées au docteur Pellerin. Dimanche, 8 du courant, pendant sa visite, le plancher s'est complétement enfoncé, entraînant les lits renfermés dans la salle, les malades couchées ou debout, les infirmières, M. Bataille, élève interne, et M. le docteur Pellerin. Ce dernier a reçu d'assez fortes contusions; il a été un moment enfoui sous les matériaux. Il a passé une nuit fort agitée, et une contusion forte de la poitrine va nécessiter une application de sangsues.

On se figure facilement l'affreuse situation où se sont trouvées, pendant quelques instants, les personnes entraînées; mais on comprendra à peine comment elles ont été préservées des funestes blessures qui devaient accompagner un pareil accident. De prompts secours leur sont arrivés du dehors et du dedans de l'établissement.

Cette salle était située au troisième étage d'un bâtiment donnant sur la cour.

— Il règne en ce moment à Londres, par suite des variations de la température, une mortalité inaccoutumée. Les maladies dominantes sont la dysenterie et la fièvre scarlatine. Dans les années ordinaires, la moyenne des décès est, par semaine, de 848, et le maximum de 903 n'avait pas été dépassé dans les années les plus malsaines. La dernière semaine de septembre, il a été constaté 1,043 décès. La Faculté compte sur le retour prochain du froid pour arrêter cette mortalité toujours croissante.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 123. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 16 OCTOBRE 1843.

M. Jules Guérin a publié sur son procès, dans le dernier numéro de son journal, un article auquel nous sommes obligés de faire une réponse. Elle sera, nous l'espérons, aussi courte que nette; et pour que M. Guérin ne nous accuse pas d'inexactitude ou d'altération, nous citons le texte des passages auxquels nous voulons répondre.

« Mais il en est un second (inculpé) qui, sous le couvert d'un journal qui n'est pas sous son nom, mais dont il est un des collaborateurs habituels, adresse ou fait adresser à M. J. Guérin la suite de ses attaques... Le journal dont on veut parler est la *Gazette de Hôpitaux*, et l'inculpé dont il s'agit, M. Vidal (de Cassis). »

C'est une très ancienne prétention de M. Guérin, de vouloir parfaitement connaître ce qui se passe chez les autres; mais cette prétention est fort malheureuse, et ce n'est pas la première fois qu'elle lui fait commettre les erreurs les plus étranges. Dans le cas actuel, M. Guérin commet plus qu'une erreur; car évidemment son assertion aurait pour effet d'aggraver la position de son adversaire, en faisant peser sur lui la responsabilité morale de tous les articles qui ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*. C'est une sorte de procès de tendance qu'on voudrait ajouter à l'accusation directe qu'on a déférée aux tribunaux. Pour notre compte, nous protestons contre cette prétention, et nous déclarons ici hautement, et avec la plus complète sincérité, que M. Vidal n'a ni rédigé, ni inspiré les articles dont se plaint M. Guérin. Nous voyons avec surprise un homme de la presse oublier à ce point les principes, les habitudes et les antécédents de la presse périodique. Quand un journal possède un rédacteur en chef responsable, il est contre tous les principes de s'adresser à droite ou à gauche pour rechercher les auteurs d'un article. Rien n'est anonyme dans un journal; la responsabilité du rédacteur en chef est toujours présente, visible, attaquable. Il est du plus mauvais goût de la chercher ailleurs, et dans la circonstance présente, c'est une grave *erreur*.

Acceptant donc pour la rédaction générale de ce journal, et pour elle seule, la responsabilité des articles auxquels répond M. Guérin, suivons-le dans ses réflexions.

« On n'a d'ailleurs, dit-il, à rassurer les lecteurs de la *Gazette Médicale* ni sur l'étendue, ni sur la forme de ces explications indispensables; elles ne sortiront jamais des bornes de la convenance et de la modération auxquelles ils ont été habitués. »

Voici comment M. Guérin fait preuve de cette convenance et de cette modération :

« Il veut purger la critique scientifique de ses allures *insolentes*, de ses habitudes de violence et de *mauvaise foi;* il n'a pas voulu fléchir devant ces *inquisiteurs* sans mission ni droit. »

Nous avons lu les articles incriminés de MM. Malgaigne et Vidal, et certes, nous le déclarons, nous n'y avons rien vu qui légitime ce ton de violence et de colère que M. Guérin appelle convenance et modération.

« On prétend qu'il traduit un principe, une question de science devant les tribunaux. Non, non! il traduit des injures, des diffamations, des calomnies. »

Là est toute la question. Nous avons été les premiers, M. Guérin devrait se le rappeler, à approuver les poursuites qu'il avait d'abord dirigées contre un journal que nous ne voulons pas nommer. Mais le tort qu'a eu M. Guérin à nos yeux, et aux yeux de tous les hommes de sens, c'est de rendre une critique scientifique solidaire de l'injure; c'est d'avoir imprudemment confondu le droit d'examen avec la diffamation, c'est d'avoir établi un délit de connexité entre un homme qui vous insulte et deux savants qui vous jugent. C'est là ce qui nous a fait écrire cette phrase contre laquelle M. Guérin se révolte, mais que nous reproduisons parce qu'elle est l'expression sincère et loyale de notre pensée et de l'opinion générale : « Oui, il est inouï qu'on ait déféré devant les tribunaux une question de science et de principe; tout d'abord pour l'honneur, la dignité et la liberté de penser et d'écrire, nous devons hautement protester contre cette malheureuse et déplorable tentative pour étouffer toute discussion gênante. » M. Guérin sait bien que cela ne s'adresse pas à l'injure dont il se plaint légitimement, mais bien à l'examen scientifique et parfaitement légitime aussi, qui a été fait de ses résultats orthopédiques imprimés, vantés, jusque dans les journaux politiques. Oui, nous déplorons, et dans l'intérêt même de M. Guérin, contre lequel nous n'éprouvons aucun sentiment d'amertume, que, loin d'être incités par quelque passion haineuse ou de rivalité, nous voudrions retirer du mauvais pas où il s'est engagé, oui nous déplorons qu'il ait déféré aux tribunaux une question que la presse seule peut résoudre. Nul ne croit, nul ne croira jamais que deux honorables praticiens, occupés de travaux sérieux qui les ont placés dans une position éminente, aient insulté ou diffamé M. Guérin pour avoir trouvé sa statistique inexacte ou illusoire. La presse lui faisait-elle défaut pour qu'il se soit adressé aux juges? Non, assurément; outre son journal, M. Guérin pouvait disposer encore, et le plus largement possible, de la *Gazette des Hôpitaux*, qui accueillait avec la même impartialité l'attaque et la défense. Oui, nous persistons plus que jamais à croire que c'est une grande faute que commet M. Guérin, et son nouvel article ne peut que nous confirmer dans cette opinion.

« Derrière ce fait particulier, tout personnel en apparence, il y a une question de principe qu'il faudra bien examiner quelque jour. »

Ceci ressemble fort à une mystification. C'est précisément cette question de principe que MM. Malgaigne et Vidal ont voulu examiner, et c'est pour l'avoir fait que vous les traduisez devant les tribunaux!

« Sous le prétexte que les droits et l'indépendance de la critique sont menacés dans la personne de MM. Malgaigne et Vidal, on présente à la signature des hommes de bonne volonté une série d'aphorismes aussi vieux et pour le moins aussi incontestables que ceux d'Hippocrate. »

M. Guérin n'en est que plus impardonnable de les avoir oubliés.

« On propose de mettre en tête d'une liste les motifs textuels de trois assignations. On verra si c'est en faveur du système de critique employé par ces messieurs que la protestation est faite, et l'on verra combien il se présentera d'HONNÊTES GENS pour la signer. »

Nous faisons, nous, une autre proposition : Que M. Guérin propose à l'adhésion et à la signature du corps médical l'exactitude de sa statistique et nous verrons le nombre des signataires.

M. Guérin nous propose encore de présenter aux signataires de la protestation deux passages de la lettre publiée dans le *Siècle*, et qui sont relatifs aux hommes qui introduisent par faveur et sans concours des chirurgiens dans les hôpitaux.

Nous n'avons rien à proposer aux signataires, qui sont gens d'assez de sens et de perspicacité pour avoir vu ce dont il s'agit. D'ailleurs, M. Guérin a déféré ces passages aux tribunaux; que demande-t-il d'autres juges?

M. Guérin nous reproche d'avoir annoncé qu'il demandait *soixante mille francs* de dommages et intérêts, et d'avoir oublié de dire que cette somme serait applicable à l'*amélioration* du service orthopédique de l'hôpital des Enfants.

Nous réparons très volontiers cet oubli, qui vient de ce que nous n'avions pas l'assignation sous les yeux, en convenant qu'en effet ce service a besoin de grandes *améliorations*, mais que nous ne trouvons pas tout à fait juste qu'elles soient obtenues aux dépens de nos confrères.

« Il ne se le dissimule pas; c'est une croisade pleine d'écueils et d'amertume!... Le premier pas est fait; quelque coalition qu'il rencontre, *quelque impopularité* qu'on parvienne à jeter sur sa cause, il ne faillira pas. »

Nous doutons que, malgré cet aveu, M. Guérin ait clairement aperçu toute l'étendue de l'*impopularité* qu'il assumait sur sa tête. Quant à la *croisade* pour laquelle il s'arme bravement, en vérité c'est vouloir grandir au-delà de toutes proportions une simple affaire de police correctionnelle. Malgré nous, et quoique rien ne soit risible en cette affaire, l'idée des moulins à vent nous revient souvent à l'esprit, et c'est une triste manie de voir partout des ennemis coalisés. Ce n'est pas d'ailleurs, comment M. Guérin peut-il l'oublier? à la *Gazette des Hôpitaux* qu'il devrait adresser ce langage, nous qui, en toutes circonstances, lui avons prêté si libéralement notre publicité, et qui avons si chaudement appuyé sa candidature à l'Académie de médecine.

« En adversaire loyal et décidé, il prévient cependant tous ceux qui ont participé de près ou de loin au système de diffamation et d'injures déféré aux tribunaux, qu'il seront surveillés de près désormais; petits et grands, diffamations publiques ou privées, nul ne sera laissé de côté; la défense, comme l'attaque, formera système. »

En vérité, ce ton de bravade nous semble mal placé. Il n'intimidera personne parmi ceux qui portent au cœur un sentiment élevé de la liberté d'écrire. De plus puissants que M. Guérin ont voulu étouffer le droit de libre examen scientifique; toutes leurs colères ont échoué devant la fermeté de ses défenseurs, et certes ils ne s'étaient pas fait, plus que lui, faute d'assignations et de papier timbré.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Diagnostic différentiel de l'hémorrhagie cérébrale.

Après avoir, dans une série de savantes leçons, tracé l'histoire des principales affections des centres nerveux, décrit

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le procès. — Un œil d'huissier. — Le système d'intimidation. — Les conseils de discipline.

Savez-vous qu'il y a de quoi trembler de prendre la plume à l'heure qu'il est? Savez-vous que pour vous parler de ce dont tout le monde parle, il faut que je brave mille périls, que j'évite d'innombrables écueils, et que pour fournir mon contingent hebdomadaire j'ai besoin de tremper mon Cuthbert dans l'encre la plus moelleuse et la moins compromettante? Savez-vous que j'ai là, derrière moi, un œil qui me surveille, et qui lit, à mesure qu'ils se tracent, tous les mots qui sortent de mon bec métallique? Et quel œil? Un œil d'huissier! N'est-ce pas tout dire? Lisez plutôt; voici ce que M. Guérin a imprimé dans son dernier numéro : « Il prévient tous ceux qui ont » participé de *près* ou de *loin* au système de diffamation et d'in» jures déféré aux tribunaux, qu'ils seront *surveillés* de près dé» sormais; petits et grands, diffamations publiques ou privées, nul » ne sera laissé de côté. » Je puis bien répondre, à la vérité, que jamais ou de près ou de loin, publiquement ou en particulier, je n'ai injurié ou diffamé M. Guérin, et que par conséquent tout cela ne me regarde pas; mais cette terrible loi sur la diffamation est si captieuse, qu'on n'est jamais bien sûr d'être à l'abri du papier timbré, surtout dans les conditions si éminemment élastiques de *près* ou de *loin*. J'avoue même que je ne comprends pas très bien ce *de loin*. Ceci est fort scabreux, c'est de la terreur au petit pied. Avec ce *de loin*, on pourrait mettre en mouvement tous les huissiers de la capitale et des départements, voire même quelques-uns de l'étranger, car évidemment tous les abonnés et lecteurs des journaux dans lesquels ont été publiés les articles incriminés, ont participé *de loin* aux diffamations dont se plaint M. Guérin. Et les imprimeurs, et les éditeurs, n'ont-ils pas aussi participé *de loin?* Jusqu'aux pauvres porteurs de journaux, jusqu'à l'administration de la poste elle-même, tout cela s'est rendu complice du fameux *système* de diffamations et d'injures. On voit qu'avec un pareil *système* de défense chacun doit trembler pour soi; car, comme dans la complainte, M. Guérin nous dit à tous :

> Tremblez, petits et grands!
> Et même les enfants,
> Pourvu qu'ils aient des dents.

Heureusement qu'il ne parle pas des *moyens*, et que j'ai là un échappatoire. J'ai trop de modestie pour me placer parmi les grands, pas assez d'humilité pour me ranger parmi les petits, je prends donc la moyenne, et vais aller mon petit bonhomme de chemin.

Aussi bien ce procès tourne-t-il au drame, et ce n'est pas mon affaire. Cependant j'aurais de bonnes choses à raconter de ce qui s'est dit mercredi dernier dans la salle des Pas-Perdus, cette perfide salle, véritables fourches caudines des plaideurs et surtout des plaideurs en diffamation. Mais, voilà l'œil de mon huissier qui s'ouvre plus ardent. — Je vous en prie, monsieur Loyal, seulement un petit mot sur l'épisode des bossus. — Le cruel me montre un papier timbré — une toute petite anecdote sur le singulier quiproquo de deux habitués de la sixième chambre sur une prétendue muette qui se plaignait de viol. — Le féroce trempe sa plume dans l'encre. — Trois lignes pour un bon mot d'un homme d'esprit. — L'impitoyable écrit le mot *assignation*. — Assez, assez, excellent monsieur Loyal! je ne dis plus rien.

Avouez que c'est charmant l'intimidation judiciaire! Je comptais cependant sur deux ou trois petites anecdotes pour mon *feuilleton*, et je ne sais plus maintenant comment fournir ma course. Je viens de lire, à propos, un excellent petit livre sur lequel j'appellerai l'attention de mes confrères, qui mérite, j'ose le leur dire, et cela d'autant plus librement que je n'ai pas l'honneur d'en connaître l'auteur, toute leur estime et toute leur sympathie. Cet ouvrage est intitulé : *De l'Organisation médicale en France* sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement; par *M. le docteur Delassiauve*. C'est l'œuvre d'un esprit sérieux, honnête, plein de bonnes intentions et d'une ardente et sympathique confraternité. Je ne peux le suivre dans les multiples et importantes réformes que sa généreuse ardeur sollicite en en montrant l'urgence. Mais, fidèle à mes habitudes, je citerai un extrait de ce livre qui en fera comprendre l'esprit, la portée, la forme et la haute moralité. Je prendrai de préférence son article sur *les conseils de discipline*, parce qu'il exprime des opinions que ce Journal tient à honneur d'avoir souvent défendues, et aussi parce qu'il est l'expression de mes opinions propres :

« L'idée des conseils de discipline fermente depuis long-temps dans certaines têtes, qui font de cette institution dont on envie les bienfaits aux avocats, avoués, notaires, etc., une sorte d'ancre de salut pour la médecine, une panacée à tous les maux qui nous affligent. En 1830, on songeait à organiser des conseils de discipline, lorsque survinrent les événements de juillet; en 1834, le dessein en ayant été repris, on dut reculer devant une opposition vigoureuse. Mais aujourd'hui que les scandales du charlatanisme, contre lesquels leur autorité doit être principalement dirigée, se sont encore accrus avec les progrès de la détresse générale, l'opinion paraît avoir moins d'horreur pour ces espèces de chambres ardentes, qui promettent que de la destruction des uns sortira l'infaillible guérison de l'autre. Pourtant le régime des conseils de discipline dont on ne voulut point il y a sept ans, serait-il actuellement plus applicable? La dissidence qui règne à l'égard d'une question où, les intérêts étant identiques, chacun devrait voir des mêmes yeux, est une grave présomption du contraire.

« A considérer les attributions des conseils de discipline, il est facile de se convaincre de leur impuissance et de leur danger. On a beau, sous prétexte d'élection, vanter l'action paternelle de ces conseils, le rôle de vengeur de la morale outragée, surtout quand on est juge et partie, n'est guère compatible avec la modération et la justice. Et d'abord, où s'arrêtera leur zèle dans la répression du charlatanisme? Traqueront-ils ce caméléon sous les innombrables formes qu'il est susceptible de revêtir, ou se borneront-ils à déclarer la guerre aux saltimbanques et aux empiriques? Ce dernier parti, le seul praticable, est déjà entaché de partialité, et ne peut amener de grands résultats. Pourquoi briser certaines armes, et en respecter d'autres non moins im-

leurs symptômes, et indiqué les divers moyens que fournissent la thérapeutique et la matière médicale, tant pour les combattre et les enrayer au moment où elles se développent, que pour prévenir les accidents qui pourraient en être la suite, et s'opposer aux désorganisations qui sont ordinairement le résultat des affections chroniques des viscères, M. Rostan a cru devoir consacrer une séance toute entière au résumé rapide des symptômes qu'il avait décrits en particulier, et au diagnostic différentiel des affections qui pourraient être confondues avec l'hémorrhagie cérébrale. C'est ce résumé, et la discussion à laquelle il s'est livrée que nous allons essayer de reproduire brièvement aujourd'hui.

La première de toutes les maladies avec lesquelles on puisse confondre l'hémorrhagie cérébrale, c'est la congestion forte à laquelle on donne vulgairement le nom de coup de sang. C'est sans contredit une de celles qui ont le plus de ressemblance avec l'apoplexie. Faisons remarquer ici tout d'abord que nous n'entendons pas parler de cette forme de congestion cérébrale dont les symptômes, très fugitifs, n'ont qu'une durée passagère; mais de cette forme de congestion qui débute, comme une véritable hémorrhagie, par une perte subite et complète du mouvement, du sentiment et de l'intelligence. Il va nous manquer ici, dit M. Rostan, quelques connaissances préalables. Nous serons donc obligé de vous supposer connues un assez grand nombre de choses, dont le temps où les circonstances ne m'ont pas permis de vous entretenir d'une manière très détaillée.

Le coup de sang survient tout à coup, et frappe le sujet au milieu de ses occupations. L'individu tombe par terre, et perd connaissance. L'hémorrhagie forte débute et se produit absolument de la même façon. Il y a donc ici jusqu'à présent identité complète entre les deux affections, et l'on conçoit facilement que dans des cas de ce genre, privé que l'on serait de renseignements autres que les symptômes que l'on observe, on ne pourrait sans témérité se prononcer d'une manière positive sur la nature de l'affection. Cependant, il est quelques phénomènes qui pourraient, dont on peut s'aider pour différencier les deux maladies. Dans l'hémorrhagie forte, il y a résolution générale; mais ordinairement il est un des côtés qui a été paralysé plus complétement que l'autre. Quand cette hémorrhagie est centrale, il y a résolution complète des membres, sans prédominance de la paralysie pour l'un ou pour l'autre côté. C'est également ce que l'on observe dans les cas de congestion.

Quand vous serez appelés près d'un sujet qui a perdu connaissance, et qui se trouve dans un état de résolution complète, vous serez fort embarrassés pour porter le pronostic. Mais il est rare que le médecin soit appelé près du malade au moment où vient d'arriver l'accident. Ce n'est le plus souvent que le lendemain, ou du moins quelques heures après. Eh bien! l'hémorrhagie forte aura nécessairement augmenté d'intensité. Les symptômes seront devenus plus distincts. Or, ce n'est qu'avec l'hémorrhagie forte que vous pouvez confondre le coup de sang. Au bout du même espace de temps, le coup de sang, la congestion, aurait notablement diminué, et ses symptômes se seraient amendés. Disons, en passant, que le coup de sang ne tue pas le malade. Du moins, on ne connaît pas d'exemple bien constaté de mort déterminée par une simple congestion cérébrale. L'hémorrhagie forte, au contraire, tue constamment le malade. De tout ceci découle donc naturellement cette conséquence, que la marche de la maladie va nous éclairer nécessairement, l'hémorrhagie marchant graduellement vers la mort, tandis que la congestion se dissipe, ou après une émission sanguine, ou toute seule. Ainsi, et pour nous résumer en quelques mots, un des meilleurs caractères différentiels entre l'hémorrhagie cérébrale forte et la congestion, c'est que la première marche vers la mort; la seconde, vers la guérison.

Vous ne confondrez pas avec la congestion l'hémorrhagie moyenne ou faible. Il existe des congestions partielles qui n'affectent qu'un seul hémisphère du cerveau. Dans les cas de ce genre, il y aura hémiplégie ou paralysie partielle, mais qui ne persistera que peu d'heures, et sera certainement passagère, sans que l'on puisse toutefois en fixer la durée. Or, il n'est point de circonstances dans lesquelles vous ne puissiez remettre votre diagnostic à quelques heures plus tard, et vous serez sûr alors de ne point établir un diagnostic douteux.

L'hémorrhagie faible laissera toujours après elle un engourdissement persistant plus ou moins long-temps, tandis qu'une hémiplégie due au coup de sang se dissipera en moins de vingt-quatre heures. Si le coup de sang vient compliquer l'hémorrhagie cérébrale, alors la distinction sera extrêmement difficile. Mais le diagnostic, soit qu'il accuse l'une ou l'autre de ces deux affections, ne constituera point une erreur, puisqu'elles existent ensemble.

Il est des circonstances dans lesquelles le narcotisme et l'ivresse ont pu être pris pour une hémorrhagie cérébrale. Les phénomènes du narcotisme, portés très haut, sont les mêmes que ceux d'une hémorrhagie centrale. Mais il est difficile de confondre ces deux ordres de phénomènes. Presque toujours on peut, en remontant à la source, parvenir à la connaissance de la cause qui a produit le narcotisme. On trouvera sur la table, auprès du lit du malade, le reste d'une potion qui aura produit cet état, ou de toute autre substance somnifère. Presque toujours on pourra, sans trop de peine, parvenir à connaître la cause de l'état du malade. C'est plutôt alors dans les circonstances extérieures que dans le malade lui-même que l'on trouvera les preuves sur lesquelles on établira cette distinction.

L'ivresse peut produire des symptômes analogues à ceux que détermine l'hémorrhagie cérébrale. J'ai souvent raconté, dans mes leçons cliniques, un fait qui offre un exemple bien convaincant de la vérité de cette assertion. Il y a quelques années, allant voir un malade rue Saint-André-des-Arts, je trouvai, au pied de l'escalier, couché en travers, un homme dans une perte complète de connaissance, que je ne pus faire revenir à lui, ni en le secouant, ni en l'appelant à haute voix. Je m'assurai qu'il n'était ni dans un état de syncope, ni asphyxié; c'était donc dans le cerveau que l'on devait chercher la cause de l'accident. Il était évident, de plus, par les circonstances extérieures, qu'il avait été frappé au milieu de ses occupations, et tout à coup. Etait-ce là un cas d'hémorrhagie, ou une simple congestion? Je sentis, en me penchant vers le malade, une forte odeur d'alcool qui modifia mon diagnostic. Sur ces entrefaites, cet homme fut porté à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Martine, dont j'étais alors chargé. Le lendemain matin, à la visite, je racontai à mes élèves ce qui m'était arrivé la veille, lorsque, arrivant près du lit du malade, je le trouvai bien éveillé, possédant parfaitement toute sa connaissance, et ne présentant plus aucune trace de l'accident de la veille. C'est encore ici une circonstance accessoire qui nous a éclairés, et qui nous a permis de porter un diagnostic positif.

Il est donc bien prouvé que l'ivresse peut déterminer la production de phénomènes qui ressemblent à ceux de l'hémorrhagie cérébrale et du coup de sang. La perte de connaissance, le relâchement des muscles, sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. Cependant il est rare, sans que cela soit impossible, que la sensibilité soit assez éteinte chez l'homme ivre pour simuler la paralysie du sentiment. Mais le caractère auquel sans contredit on distinguera le mieux et toujours l'ivresse de l'hémorrhagie ou de la congestion, c'est l'odeur alcoolique qu'exhalent les malades. Quelquefois une congestion cérébrale ou une véritable apoplexie succède à l'ivresse; mais alors on voit survenir les symptômes de l'épanchement à une époque où devraient avoir cessé les phénomènes produits par l'ivresse.

La méningite n'est pas sans présenter quelquefois des points de ressemblance assez intimes avec l'hémorrhagie cérébrale, quelque étonnante que puisse, au premier abord, paraître la chose. Le plus ordinairement, en effet, le délire, l'agitation, la contracture, les convulsions, sont des caractères importants et précieux pour établir la distinction entre ces maladies. Mais il peut arriver des cas où le malade soit plongé dans un état de coma et de stupeur tels, la maladie ayant marché avec une rapidité tout à fait inusitée, que l'on ne puisse se prononcer qu'avec la plus grande difficulté. Nous avons eu, au n° 27 de la salle Saint-Jean, un homme qui s'est présenté à nous dans ces conditions, et qui, vous vous le rappelez, nous a véritablement embarrassés pendant quelques instants.

Il y a vingt-cinq ans à peine, le ramollissement cérébral était très peu connu. On n'en trouvait qu'une description vague et incomplète dans un petit nombre d'auteurs. Morgagni, cet observateur si éclairé et si minutieux, l'avait mentionné d'une manière si vague, que l'on n'aurait pu guère, d'après ce qu'il en disait, le considérer comme une maladie. Quand je commençai à m'occuper de ce sujet, la science était fort peu avancée, et l'histoire du ramollissement cérébral était encore à faire.

Lorsque je fus chargé d'un service à la Salpêtrière, je remarquai que, assez fréquemment, des sujets étaient frappés au milieu de leurs travaux, se trouvaient dans un état particulier qui se traduisait par des phénomènes assez semblables à ceux d'une attaque d'apoplexie; et cependant, quand les malades succombaient, on ne trouvait à l'autopsie aucune trace d'hémorrhagie cérébrale, aucune lésion qui y ressemblât. Je vis plusieurs fois des sujets perdre subitement connaissance, et devenir hémiplégiques. La première observation de ce genre que je fus à même de faire date d'un cours de clinique de Landré-Beauvais. Je me rappelle parfaitement encore le malade qui fut apporté présentant tous les symptômes que détermine habituellement une attaque d'apoplexie. On trouva à l'autopsie l'un des deux hémisphères du cerveau un peu ramolli, d'une couleur plus rosée que l'autre. Ce fut là le premier sujet qui me donna l'éveil, et je soupçonnai de suite une altération particulière. A quelque temps de là, je rencontrai chez d'autres sujets, mêmes symptômes pendant la vie, mêmes altérations organiques après la mort; un ramollissement bien circonscrit dans un point particulier de la substance cérébrale. Un assez grand nombre de faits de ce genre s'étant présentés à moi, je fus conduit à penser d'abord, puis finis par me convaincre qu'il existait une nouvelle maladie, ou plutôt que je venais de rencontrer une maladie peu connue jusqu'alors.

Mais ce n'était pas tout. Il fallait arriver au diagnostic différentiel. Je ne croyais pas d'abord, je dois l'avouer, qu'il fût possible de jamais parvenir à distinguer pendant la vie et d'après les symptômes le ramollissement du cerveau, de l'hémorrhagie cérébrale. Mais j'eus plus tard occasion de rencontrer des cas dans lesquels la maladie était survenue tout à coup, tandis que dans d'autres elle paraissait avoir marché graduellement. Cela suffit pour fixer mon attention. J'observai avec beaucoup de soin et de patience les malades qui s'offrirent à moi, et je finis par découvrir que dans la grande majorité des cas, c'était une hémorrhagie qui avait lieu, lorsqu'il n'y avait pas de phénomènes précurseurs. Dans le ramollissement, au contraire, il y avait presque toujours des symptômes précurseurs, des douleurs de tête, de la lourdeur, de la pesanteur, etc. Le ramollissement ne pouvait survenir d'une manière subite et instantanée.

Les faits et le raisonnement vinrent à mon secours pour éclairer le diagnostic. Lorsque je vis un sujet affecté d'une hémiplégie et de perte de connaissance, chez lequel la maladie avait paru graduellement, puis qui s'était terminée par un accident subit, je fus convaincu qu'il y avait ramollissement, et je ne me trompais point. L'expérience que j'ai acquise depuis de longues années me permet d'affirmer de la manière la plus formelle maintenant, que quatre fois sur cinq l'hémorrhagie cérébrale survient sans phénomènes précurseurs, tandis que c'est le contraire pour le ramollissement cérébral.

Cependant nous devons dire qu'il se rencontre quelquefois des cas d'hémorrhagie cérébrale, dans lesquels on observe des phénomènes précurseurs. Rien n'empêche, en effet, que l'hémorrhagie ne soit précédée d'un travail particulier qui prédispose les parties à l'accident qui doit survenir; rien n'empêche non plus le ramollissement de marcher d'une manière latente. Dans ces cas, le diagnostic différentiel est, sinon impossible, du moins extrêmement difficile. Mais, il est vrai de dire que dans la plupart des cas, c'est par les phénomènes précurseurs que le ramollissement cérébral diffère de l'hémorrhagie. Sans ces phénomènes précurseurs, on ne peut dire d'une manière certaine s'il y a ou non hémorrhagie cérébrale, s'il y a ou non ramollissement. Il n'y a d'erreur possible que dans un très petit nombre de cas.

C'est surtout dans les hôpitaux, au lit du malade que le diagnostic est quelquefois extrêmement difficile. Le malade n'a qu'une intelligence très obtuse. Souvent on ne possède aucun renseignement, soit que les parents soient bornés, soit que le sujet malade habite seul et que personne ne puisse donner sur son compte les explications qui seraient nécessaires au médecin. On voit, par tout ce que nous venons de dire, que la connaissance des symptômes de ces deux affections est extrêmement importante, en ce qui touche le diagnostic différentiel.

Nous n'avons pas encore épuisé la série des affections qui peuvent être confondues avec l'hémorrhagie cérébrale. Et d'abord, nous trouvons l'épilepsie qui, bien qu'assez facile à différencier habituellement de l'hémorrhagie, peut cependant quelquefois être prise pour elle, quand son cortége de symptômes n'est pas complet, et qui peut quelquefois être suivie de cette hémorrhagie.

L'épilepsie ressemble, à son début, à l'attaque d'apoplexie; le sujet perd subitement connaissance; l'abolition momentanée de la sensibilité, l'immobilité dans laquelle il reste pendant quelque temps, peuvent jusqu'à un certain point simuler la paralysie apoplectique. Mais bientôt les autres symptômes qui surviennent éclairent le diagnostic, et ne permettent plus au médecin de prendre le change sur la nature de la maladie. Il est arrivé, il y a quelque temps, dans nos salles, un jeune homme d'une quinzaine d'années environ, grêle, faible, d'un tempérament nerveux. Ce jeune homme nous a dit avoir eu un coup de sang; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il paraît avoir été pris au milieu de ses occupations d'une perte subite de connaissance. Il n'avait, nous a-t-il déclaré, aucune douleur

---

morales? Abolir l'affiche et l'annonce, ce n'est point tuer le charlatanisme, c'est le forcer à prendre des masques moins hideux, et voilà tout. Il se produirait avec plus de décence et n'en exercerait pas moins de ravages. Quant à l'autre, a-t-on envisagé l'immensité de la tâche, le nombre, la variété, la grandeur des obstacles à surmonter pour l'accomplir? Qu'on songe à l'innombrable multitude d'artifices qui devraient être justiciables d'un pareil tribunal; comment définir et classer tant de détails plus moraux que matériels? Condamnera-t-on ceux qui forcent les académies à être les trompettes de leur renommée? Fera-t-on le procès à ceux dont une plume vénale ou reconnaissante ne manque guère de prôner les actes ou les ouvrages dans les journaux? Atteindra-t-on l'effronté qui, pour usurper la confiance, proclame partout les belles cures qu'il n'a point opérées? Censurera-t-on pour deux ou trois fautes ou pour une habitude de procédés indélicats? Quel champ ouvert à l'arbitraire! Comment aller à la recherche et à la vérification des faits? Ne craint-on pas que des enquêtes qui commencent souvent par des dénonciations scandaleuses, ne dégénèrent en une inquisition insupportable? Quels ne seront pas enfin les emportements de la défense, qui criera à l'oppression, et, qui pis est, trouvera peut-être le public disposé à accueillir ses récriminations, à applaudir à des pamphlets, à des caricatures, où la vie et les personnes des juges seraient livrées à d'amères critiques....

» A ces craintes, il est vrai, on oppose des exemples. Mais la position des médecins n'est point comparable à celle des avocats, avoués, notaires, etc. Premièrement, ceux-ci trouvent dans leurs chambres de discipline une sorte d'égide contre les vexations d'une magistrature parfois tyrannique; les médecins, entièrement libres, sont affranchis d'un pareil joug. En second lieu, le charlatanisme, si commun en médecine, est rare dans les professions que nous venons d'indiquer, parce qu'il tient à des causes dont ces professions sont exemptes, et l'on aurait tort de faire honneur de cette rareté aux conseils de discipline. Enfin, les relations des médecins entre eux les exposent à des conflits bien plus graves que ceux qui peuvent diviser les avocats, notaires, etc... ...

» Au surplus, ces institutions qu'on aspire à imiter méritent-elles donc l'enthousiasme qu'elles excitent? Dans le barreau on maintient sévèrement la discipline, on déclare indignes les membres qui dérogent; mais voit-on que cette sévérité ait pour effet d'apaiser l'âpre avidité des gros bonnets de l'ordre, qui mettent à leur intervention un prix si souvent exorbitant, de diminuer le nombre des avocats sans cause, de procurer du pain à ceux à qui on interdit d'en gagner dans des fonctions subalternes? Dans la chambre des avoués, on réprimande un procureur qui injurie son confrère; mais défend-on aux avoués de s'entendre pour dépouiller la veuve, l'orphelin, pour embrouiller les affaires et les rendre interminables? Impose-t-on un frein à cette ardeur de rapines qui, tous les jours, en dépit de la taxe, les amène devant les tribunaux, qui ne manquent jamais de réduire leurs mémoires? Les chambres des notaires rejettent d'honnêtes clercs qui, s'étant faits huissiers d'abord, par défaut de fortune, veulent rentrer ensuite dans le notariat; mais quelle voix s'élève dans leur sein contre l'élévation des tarifs et les nombreux abus dont ils sont l'objet? Qui proteste contre cet accroissement du prix des charges, cause de ruine pour le pays, source de tant de fraudes, contre ce luxe effréné, criminelle amorce pour les crédules; contre de honteuses opérations, qui aboutissent d'ordinaire à d'effrayantes catastrophes?

» Certes, il serait injuste d'accuser les conseils de discipline de tout ce désordre; mais, puisqu'ils sont impuissants à le prévenir, pourquoi nous les imposerait-on?..... »

Cette conclusion est celle de tous les médecins qui ont étudié la question d'une manière sérieuse et sous tous les points de vue. Personne assurément, après avoir lu l'ouvrage de M. Delassiauve, ne pourra suspecter ses intentions, et sur quelques points même le trouvera-t-on trop rigide et trop radical dans les réformes qu'il propose; mais il n'a pu s'empêcher de reconnaître que les conseils de discipline ne remédieraient à rien parce qu'ils ne s'adresseraient qu'aux hommes, et, comme je l'ai souvent dit déjà, comme il sera besoin de le répéter souvent encore, ce n'est pas aux hommes mais aux institutions qui les font ce qu'ils sont, qu'il faut s'en prendre. JEAN RAIMOND.

de tête avant l'époque où cet accident lui est arrivé ; il n'a éprouvé aucun des phénomènes précurseurs, ni étourdissements, ni lourdeur de tête, etc. D'après ce qu'il nous a dit, et d'après la manière dont est arrivée la chose, il était possible de prendre cette attaque pour une congestion cérébrale ou même pour une hémorrhagie. Je pense cependant qu'il n'y a eu qu'une attaque d'apoplexie. Ce ne serait, du reste, qu'une seconde attaque du même genre qui pourrait éclaircir le fait. Pour le malade dont je parle, je suis fondé à croire que c'est une attaque d'épilepsie à laquelle on a eu affaire, à cause des phénomènes qui ont accompagné l'accident. Dès que l'on a assisté à une attaque de ce genre, la confusion de l'épilepsie et de l'hémorrhagie cérébrale ne peut durer qu'un instant, et l'erreur, si l'on en a commis une, ne peut se prolonger long-temps.

Il est certains cas où l'encéphalite peut être, jusqu'à un certain point, confondue avec l'hémorrhagie cérébrale. Nous avons rencontré des cas de ce genre dans lesquels le diagnostic n'était pas extrêmement facile à établir. Mais on doit prendre en considération les symptômes antérieurs. D'ailleurs, dans l'encéphalite, la paralysie n'arrive que quand la maladie a duré déjà long-temps, et cela seul suffirait pour éviter toute espèce d'erreur.

Dans les fièvres pernicieuses, dites soporeuses, il y a un moment où l'on peut confondre l'état du malade avec celui qui serait produit par l'hémorrhagie. Mais les antécédents sont là pour empêcher de confondre des affections différentes.

Il y a des cas où des paralysies du nerf facial ont pu être confondues avec le résultat de l'hémorrhagie cérébrale. Quand une altération de l'organe cérébral a produit une paralysie de la face, il y a une paralysie des membres thoracique et pelvien d'un côté du corps, et il est extrêmement rare que la paralysie reste bornée à la face.

La syncope pourrait, jusqu'à un certain point, être prise pour une attaque d'apoplexie. Elle n'arrive guère que dans une grande réunion d'individus, ou à la suite d'une émotion forte. Le signe distinctif par excellence de la syncope, c'est la suspension de la respiration et de la circulation, deux causes dont la dernière surtout exclue toute idée d'hémorrhagie. Et puis, la cause asphyxiante est toujours là, et peut se constater.

L'abcès du cerveau, qui a été indiqué par les auteurs comme pouvant être confondu avec l'hémorrhagie cérébrale, ne nous occupera pas ; car ce n'est pas chose fréquente que ces abcès, et puis, ils se développent lentement, et jamais d'une manière subite.

Revenons un peu sur ce diagnostic. Un sujet nous arrive. Il est frappé d'une hémorrhagie cérébrale. Pour arriver à poser ce diagnostic d'une manière certaine, que faut-il faire ? Certes il n'est pas nécessaire de repasser un à un chacun des symptômes que nous avons examinés. Il faut que cette opération se fasse rapidement et naturellement dans votre intelligence.

Le sujet est malade depuis quelques jours ou depuis plusieurs mois. Il y a donc une distinction à faire entre les maladies chroniques et les maladies aiguës. Supposons une affection aiguë. Le malade présente-t il des phénomènes locaux ou des phénomènes généraux ? Y a-t-il résolution générale des membres ou paralysie ? S'il y a des phénomènes locaux, il n'y a plus à comparer entre elles que les maladies qui peuvent produire ou non ces phénomènes. Supposons encore que le sujet présente des phénomènes locaux, vous apprécierez les antécédents. S'il n'y a pas de réaction fébrile pendant plusieurs jours, vous devez mettre de côté l'encéphalite locale qui aurait pu vous faire balancer. L'hémorrhagie et le ramollissement une fois mis en regard par voie d'exclusion, les phénomènes précurseurs serviront à établir le diagnostic d'une manière définitive.

Supposons, d'un autre côté, que le malade soit frappé d'une maladie récente du cerveau, il y aura des phénomènes généraux. Est-ce une congestion forte ? Elle disparaît promptement. Est-ce une méningite ? Il y aura eu des phénomènes antécédents. Est-ce un ramollissement ? Il y a eu nécessairement des symptômes précurseurs.

CLINIQUE OCULAIRE DU Dr DESMARRES.

DE L'AMBLYOPIE CONGESTIVE.

Amblyopie, tel est le nom que l'amaurose a reçu lorsqu'elle n'est encore qu'à son début. Cette affection revêt un grand nombre de formes que nous nous proposons de négliger pour ne nous occuper exclusivement que de celle qui est le résultat d'une congestion sanguine de l'œil.

Cette maladie apparaît sous deux formes distinctes : tantôt chronique, et c'est le cas le plus commun ; tantôt aiguë, au contraire, elle frappe instantanément le malade sans qu'aucun symptôme précurseur ait révélé son imminence. Les symptômes anatomiques aidés du commémoratif différencient parfaitement bien ces deux variétés d'une même affection, et il n'est besoin que d'un peu d'habitude pour les reconnaître ; nous essaierons donc, en les traçant succinctement, d'établir la vérité de cette proposition. Quant aux symptômes physiologiques, nous verrons qu'ils sont les mêmes dans les deux cas, et qu'ils seraient loin de suffire pour asseoir les bases du traitement.

L'étude de ce sujet nous paraît d'une importance extrême sous un double point de vue, en ce sens que, d'une part, si le médecin se guide d'après la forme aiguë ou chronique de la maladie, il peut presque à coup sûr établir un pronostic certain ; que d'un autre côté, cette affection attaque un nombre considérable d'individus. Les littérateurs, les peintres, les graveurs, les bijoutiers, une multitude d'autres personnes y sont exposées. Les femmes plus communément que les hommes semblent être plus souvent atteintes par la forme aiguë, bien qu'elles ne soient pas plus exemptes que les hommes de la forme chronique. L'observation prouve que des jeunes filles non encore ou mal réglées ont perdu tout à coup la vue d'un œil ou même des deux yeux d'une manière tantôt complète, tantôt incomplète, et qu'un traitement bien dirigé a fait disparaître cette grave affection ; tandis que dans d'autres cas, la temporisation ou la timidité ont été suivies de résultats à jamais funestes. On voit aussi que des hommes de forte constitution ont perdu la vue du jour au lendemain sans cause souvent appréciable, et que l'attaque vigoureuse de la maladie par des saignées répétées, ou des moyens analogues, l'a fait complètement disparaître.

L'observation des faits pathologiques dont cette note n'est que le sommaire, démontre enfin que si un traitement énergique et rapide est de première et indispensable nécessité lorsque l'amblyopie congestive apparaît brusquement, il est extrêmement dangereux d'avoir recours à des émissions sanguines trop fortes lorsque la maladie a acquis peu à peu un haut degré de développement, et que la cécité complète ou l'abaissement très grand de la vision peut suivre immédiatement une large saignée faite inopportunément.

Étudions d'abord rapidement les symptômes de cette affection dans les formes aiguë et chronique.

1° FORME CHRONIQUE.

Symptômes anatomiques. Conjonctive, tissu cellulaire sous-conjonctival et sclérotique. — De gros vaisseaux sinueux, anastomosés, le plus souvent en arcade, à un millimètre ou deux de la cornée, rampent dans ces parties. Leur couleur rouge brun, quelquefois un peu violacée, est celle qu'on remarque toujours dans les cas de congestion anciennes de l'œil ; leur base est tournée vers le repli conjonctival ; les plus superficiels d'une couleur moins foncée, sont mobiles sous le doigt, et suivent les mouvements imprimés par celui-ci à la conjonctive, tanis que les profonds, ceux-là même qui s'anastomosent en arcade, sont complètement immobiles.

Iris. — Il a d'ordinaire sa couleur normale, mais il est plus ou moins bombé en avant. A la réunion du petit avec le grand cercle dans l'endroit anatomique des arcades artérielles médianes, on aperçoit une élévation légère, annulaire, formée aux dépens des fibres iridiennes poussées en avant et comme froncées. Les fibres convergentes paraissent plus franchement accusées qu'à l'état normal.

Pupille. — Elle est infiniment moins mobile qu'à l'état normal ; elle n'est jamais dilatée largement comme dans certaines amauroses anciennes complètes. Son diamètre, quelquefois un peu plus petit qu'à l'état sain, est plus souvent un peu plus grand. Sa forme, le plus communément, n'est plus exactement circulaire ; dans son pourtour, on remarque un ou deux petits angles plus ou moins prononcés. Elle est, au reste, parfaitement noire.

Symptômes physiologiques et commémoratif. — Depuis un temps plus ou moins long le malade est sujet aux congestions cérébrales (bourdonnements, tintements d'oreilles, épistaxis, céphalalgie, etc.). Il voit souvent des corpuscules de diverses couleurs flotter dans l'air, les uns permanents, les autres accidentels. La vision a baissé d'une manière progressive. Dans le principe de la maladie, il lui était impossible de travailler sur des petits objets le matin au réveil. Chaque jour, chaque mois, ont amené un symptôme morbide de plus, et pour ainsi dire d'une manière insensible, pour le malade. La vision est plus ou moins abolie.

Étiologie. — La pléthore, les travaux de cabinet, ceux auxquels se livrent les horlogers, les bijoutiers, les peintres, les repasseuses de fin, l'habitude de se tenir la tête long-temps penchée et immobile pour fixer de petits objets, surtout après le repas, prédisposent singulièrement à cette affection. L'aménorrhée, la dysménorrhée, l'âge climatérique, le passage de l'enfance à la puberté chez la femme, la disparition d'hémorrhoïdes fluentes, la suppression d'une diarrhée habituelle, une constipation opiniâtre, certaines tumeurs du ventre, quelques maladies du foie et de l'estomac, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, une affection des valvules, un obstacle quelconque à la circulation, etc., concourent puissamment à développer cette maladie.

2° FORME AIGUE.

Symptômes anatomiques. Conjonctive. Tissu cellulaire sous-conjonctival, et sclérotique. — On n'aperçoit aucuns vaisseaux anormaux dans ces parties.

Iris. — Il est de couleur normale, ne présente aucune convexité ni concavité en avant ni en arrière. On ne voit point de saillie annulaire à l'endroit où elle existe dans la forme chronique. Cette membrane ne parait pas froncée, cependant ses fibres convergentes sont mieux senties que lorsque la congestion n'a pas existé.

Pupille. — Elle a souvent perdu toute espèce de mobilité, ou au moins ses mouvements sont-ils singulièrement diminués en étendue et en vitesse. Cette ouverture a un diamètre plus petit qu'à l'état normal le plus communément. Souvent cependant elle est un peu plus dilatée, mais alors l'iris est saillant et convexe en avant, symptôme qui indique qu'une congestion lente et datant déjà de loin a préexisté. Il est des cas dans lesquels cette ouverture a un diamètre double de celui qu'elle a dans l'état normal sans qu'il y ait pourtant aucune affection paralytique du ganglion ciliaire ; la vision, lorsqu'elle est conservée, est prodigieusement allongée, comme dans la mydriase paralytique. La forme de la pupille est ici tout à fait circulaire ; il est rare que quelques angulosités pathologiques aient changé cette forme. Il est bien entendu qu'il faut faire la part dans tous les cas de légères déformations anguleuses congénitales et qui si souvent ne sont autre chose que des vestiges de la membrane pupillaire.

Symptômes physiologiques et commémoratif. — Le malade, au moment où il y songe le moins, est pris tout à coup de cécité plus ou moins complète d'un ou des deux yeux à la fois. L'abolition de la vision est quelquefois si grande, qu'il n'a pas conscience de la présence d'une bougie placée à une très courte distance de son œil. Il ne voit pas toujours des corps flottants dans l'air ou des éclairs. Quelques maux de tête légers dans certains cas, un certain embarras dans les idées, quelques bourdonnements d'oreilles ont souvent précédé et accompagnent encore la cécité. Lorsqu'un seul œil a été frappé, il n'est pas rare que le malade ne s'aperçoive de cet accident que par une circonstance fortuite et après un temps quelquefois très long. Le commémoratif est du plus haut intérêt en ce sens que le médecin acquiert facilement la certitude que la maladie a brusquement envahi l'organe. Il serait dangereux de croire que la pâleur des membranes oculaires externes prouve l'absence d'un état congestif de la rétine. Il ne faut pas oublier, au contraire, que l'apoplexie peut frapper cette membrane chez des individus anémiques, et que l'amblyopie congestive se montre souvent chez les chlorotiques. — L'anatomie pathologique nous a révélé dans plus d'un cas la présence de nombreux épanchements sanguins dans les rétines d'individus morts presque exsangues et qui, durant les derniers temps de la vie joignaient à une anémie complète des symptômes marqués de congestion oculaire.

Étiologie. — Les causes de l'ambliopie congestive brusque sont absolument les mêmes que celles de l'ambliopie congestive chronique. Il en est une pourtant qui, chez les femmes, mérite à un haut degré de fixer l'attention des médecins : nous voulons parler plus particulièrement de ce moment qui, chez les individus de ce sexe est marqué par le passage souvent si pénible de l'enfance à la puberté, ou par celui de l'âge adulte à la vieillesse. Ce n'est pas seulement à l'époque où la menstruation s'établit et disparaît que la femme est exposée à cette grave affection, les causes qui viennent troubler cette fonction peuvent encore produire cette maladie, aussi voit-on bon nombre de femmes aménorrhéiques ou dysménorrhéiques ou enceintes, brusquement atteintes de congestion cérébro-oculaire.

Traitement. — Les symptômes que nous avons décrits doivent lui servir de base. Autant il faut de hardiesse et de promptitude dans la période aiguë, autant il est besoin de persévérance, de patience, de courage même pour suivre la forme chronique dans toutes ses phases. L'observation démontre, en effet, que si dans le premier cas des saignées répétées à de courts intervalles font le plus souvent disparaître l'amblyopie ; elles sont nuisibles, dangereuses même, si on les pousse trop loin dans le second, ainsi que l'attestent d'ailleurs ces cas nombreux dans lesquels la phlébotomie, inopportunément appliquée, a été suivie de cécité complète et incurable. Comment expliquer cet accident ? L'anatomie pathologique ne nous a malheureusement pas éclairé à ce sujet, mais il nous semble assez raisonnable d'admettre que l'anesthésie rétinienne est due dans ce cas à quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le cerveau dans la syncope qui suit ou accompagne fréquemment la saignée, et que la rétine privée de sang tombe immédiatement dans un état de torpeur d'où elle ne se relève pas, torpeur due peut-être à ce que pendant une sorte de syncope de cette membrane les vaisseaux déliés qui entretiennent sa vitalité se sont à jamais oblitérés par quelque coagulum. Mais ce ne sont là que des hypothèses que le positivisme que nous recherchons toujours en matière scientifique nous défend d'admettre d'une manière un peu sérieuse. Hâtons-nous donc de dire ce que notre expérience personnelle nous a appris à l'égard du traitement de l'amblyopie congestive.

Traitement de l'amblyopie congestive chronique. — Il ne s'agit nullement ici d'une amaurose complète datant de loin, mais d'un abaissement de la vue progressif, et accompagné de temps à autre d'une véritable congestion cérébro-oculaire. Le principal but du médecin doit être évidemment de combattre le symptôme principal, la congestion, en s'adressant plus particulièrement à sa cause. Qu'il s'agisse, par exemple, d'un individu dont les mouvements du cœur soient tumultueux, rapides, accompagnés de bruits anormaux, il est évident qu'on devra d'abord diriger son attention de ce côté. On se bornera à une légère application de sangsues au siége, et ensuite on aura recours aux moyens capables de calmer et de régulariser les mouvements de l'organe central de la circulation. La digitale sous forme de poudre à la dose de 1 à 2 décigrammes progressivement ou en teinture, des applications de ventouses scarifiées sur la région précordiale, des cautères plus ou moins nombreux, des pédiluves, des manuluves, des frictions sèches sur la surface du corps, etc., etc., sont les premiers moyens auxquels on devra d'abord recourir. Un régime convenable, sévère, dont on éloignera avec soin les excitants de toute nature, comme le vin, le café, les liqueurs, les repas trop copieux, une hygiène bien entendue compléteront l'ensemble du traitement général. Il faudra surtout éviter pendant les exacerbations de la maladie, de conseiller de larges saignées, et cela par les motifs que nous avons exposés dans le paragraphe précédent, car ce moyen ne manquerait pas de produire un effet tout opposé à celui qu'on rechercherait. Rien n'est plus certain pour nous que ce préjugé si répandu « *que la saignée affaiblit la vue*, » a pris sa source dans le cas si fréquent d'amblyopie congestive chronique ; affection qu'il est si important de distinguer sous le rapport du traitement, de la forme aiguë qui réclame au contraire un traitement aussi rapide qu'énergique. Ces exacerbations très fréquentes de la maladie qui nous occupe, seront pour ainsi dire suivies et combattues pas à pas ; le traitement devra se modeler en quelque sorte sur la forme chronique de l'affection elle-même, la suivre dans toutes ses phases et de manière à ne point détruire la vitalité de la rétine par une imprudente brusquerie.

S'il s'agit au contraire d'un individu chez lequel un trouble quelconque de la circulation se manifeste par des hémorrhoïdes borgnes, fluentes, ou qui ont cessé de l'être, s'il est habituellement constipé, on appliquera régulièrement à l'anus quelques sangsues (cinq à six pour un individu assez fort) toutes les deux, trois ou quatre semaines... En même temps, on donnera souvent des purgatifs à doses fractionnées, comme un verre d'eau de Sedlitz ou de Pullna, 20 grammes de sulfate de soude ou d'huile de ricin, etc., etc., plusieurs jours de suite le matin à jeun : des pilules contenant chacune un décigramme de soufre sublimé et d'aloès, plus ou moins selon la tolérance du canal intestinal, données au malade matin et soir, établiront une dérivation salutaire en stimulant convenablement le gros intestin.

En somme, on le conçoit sans peine, un traitement différent pour chaque cause qui aura amené l'apparition de l'affection oculaire.

Quant au traitement local, il consistera surtout, premièrement, à éloigner toutes les causes qui pourraient entretenir ou augmenter la congestion ; les lectures prolongées au-delà de la possibilité de l'organe, les veilles, les spectacles, les travaux de cabinet ou à l'aiguille, la lumière trop vive, l'action de regarder le feu, la privation d'une somme raisonnable de lumière seront sévèrement défendues. On recommandera au malade, surtout s'il est presbyte, de regarder des objets éloignés, de faire de fréquentes fomentations d'eau froide sur le front et les tempes, et même sur les yeux, moyens qui seraient mis de côté si le sujet était prédisposé aux affections rhumatismales. On lui recommandera, en outre, de faire sur le front et les tempes, quelques onctions d'une pommade mercurielle, à laquelle s'il était photopbobe, on pourrait ajouter partie égale environ d'extrait de belladone. Dans ce dernier cas, on ne négligerait pas de conseiller l'usage de lunettes bleues, dont l'effet serait de diminuer l'intensité de la lumière, mais seulement pour le cas où le malade aurait à sortir au soleil, et on aurait soin que les verres fussent très larges, afin d'éviter que la lumière passant entre les lunettes et l'orbite ne vînt offenser l'œil, en le soumettant à chaque instant à l'action d'une lumière d'une intensité variable et diversement colorée.

Traitement de l'amblyopie congestive aiguë. — L'affaiblissement de la vue peut, avons-nous dit, être brusquement porté jusqu'à la cécité la plus complète. La date depuis laquelle cet accident est survenu, est un point pratique du plus haut intérêt à considérer. Nous avons vu, dans bien des cas, une guérison radicale suivre un traitement commencé le 5e, le 7e, le 10e et même le 14e jour. Il est à remarquer, cependant, que l'amélioration s'est fait toujours attendre en proportion du temps écoulé. Dans plusieurs cas où la cécité d'un œil ou des deux yeux datait de plus de vingt jours, aucune amélioration ne put être obtenue.

Nous l'avons dit plus haut, la saignée, largement pratiquée aussitôt que l'affection est reconnue, est pour nous le principal remède. On la répétera si, après la 12e ou 15e heure, il n'y a que peu ou point d'amélioration, et on aidera son effet d'applications de sangsues nombreuses, soit au devant de l'oreille, soit aux apophyses mastoïdes, soit sur le trajet des jugulaires. La saignée de la pituitaire, soit au moyen de sangsues, soit au moyen du scarificateur, trouvera place ici. A l'intérieur, on donnera de nombreux purgatifs, en ayant soin de commencer par un lavement, dans le but de débarrasser promptement le rectum, surtout si la constipation datait de quelques jours ou était habituelle. Des applications d'eau glacée seraient faites d'une manière continue sur la tête si le malade était tourmenté de céphalalgie opiniâtre ou d'autres symptômes qui fissent craindre une affection de l'encéphale ou de ses enveloppes. Des pédiluves irritants, des synapismes promenés sur les extrémités inférieures, des ventouses Junod, ou, à leur défaut, de simples ventouses sèches pourront être d'un grand secours. La saignée du pied ne m'a jamais paru être dans ce cas d'une efficacité réelle ; cela tient sans doute à la lenteur de l'action déplétive de ce moyen. Après deux ou trois jours de ce traitement, lorsque l'amélioration de la vision est incomplète encore, et que ces symptômes congestifs persistent, on se trouvera bien en général de l'administration du calomel à dose altérante (5 centigr. trois fois par jour pendant deux ou trois jours), et des frictions d'onguent napolitain.

Aussitôt que les symptômes congestifs auront disparu, on devra immédiatement appliquer des vésicatoires volants sur le front et les tempes, autour de l'orbite, en commençant leur application à la sortie et sur le trajet du nerf frontal, dans le but de réveiller la rétine de la torpeur dans laquelle l'avait plongée la congestion. On se trouvera bien, à ce moment, de prescrire quelques excitants, parmi lesquels on peut ranger l'infusion d'arnica, que quelques cuillerées de café pourraient dans quelques cas remplacer avec avantage. Il va s'en dire qu'au moindre symptôme de retour de la congestion, ces moyens devront être immédiatement abandonnés et remplacés par de nouvelles émissions sanguines mesurées tout à la fois sur la constitution du malade et l'état particulier de la maladie.

Les observations sur lesquelles se basent ces données prouvent que si la saignée dans l'amblyopie congestive aiguë est de la plus incontestable utilité, elle est véritablement inopportune et même dangereuse dans la forme chronique, et que dans celle-ci la guérison absolue est une chimère qu'il faut avant tout éviter de poursuivre par des moyens violents ; elles établissent enfin que le praticien devra, dans le traitement de ces deux genres d'une même affection, imiter en quelque sorte la marche de l'état pathologique ; prompt et hardi dans la forme aiguë, il se montrera aussi patient que prudent dans la forme chronique, parce que dans cette affection, dont la thérapeutique est si difficile à manier, la conduite du médecin peut à jamais plonger le malade dns une cécité incurable. En somme, un traitement rapide, hardi dans la forme aiguë ; une thérapeutique sage, modérée, qu'on nous passe le mot, *chronique* dans la forme chronique.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 28 *juin* 1843. — Présidence de M. La Corbière.

M. Fossati expose l'analyse sommaire des deux numéros du Journal de Phrénologie publié à Heidelberg par M. le docteur Strüve. « L'Allemagne, dit-il, prend enfin part à l'œuvre scientifique d'un de ses enfants, et de ses plus illustres, de ce fils qu'elle a long-temps méconnu, de Gall ! La France, pays de liberté et d'indépendance, resterait-elle indifférente à sa doctrine, et se laissera-t-elle devancer par les autres pays, dans lesquels, avec moins de liberté, on a davantage ce courage de la vérité?... »

Les deux numéros du journal allemand contiennent surtout, dit M. Fossati, d'excellentes réflexions sus le système pénitentiaire, et l'introduction de la phrénologie dans l'œuvre du législateur ; d'autres sur les peines et les récompenses ; enfin quelques considérations sur la folie, le somnambulisme, etc.

M. Place pense que la France est au niveau de tous les progrès par rapport aux autres nations. N'est-ce pas en France, dit-il, — et il s'abstient de citer des noms, — que se sont publiés les travaux les plus originaux ?... Si l'Allemagne a donné le père de la science, l'Ecosse a donné Spurzheim, et la France a fourni son Broussais à cette trinité illustre.

Quant à la question législative, M. Place pense que c'est surtout dans les pénitenciers des jeunes détenus qu'il faut utiliser le zèle et le savoir des phrénologistes ; découvrir ces variétés d'aptitudes engourdies par un travail uniforme, et relever de la honte, par un labeur attentif, des êtres momentanément condamnés à la privation de leur liberté.

M. Belhomme ajoute que la morale doit aussi être encouragée, que la religion doit venir en aide à l'enseignement. Comme M. Place, il déclare que c'est à la base et non au sommet que doit s'exercer la philanthropique mission du savant et du réformateur.

M. le président clot cette discussion en résumant toutes les opinions émises, en remerciant M. Fossati de son analyse et en remettant en mémoire tous les titres des divers membres de la Société qui sur les questions en discussion ont publié d'importants travaux. M. Voisin et Broussais ne sont pas oubliés dans ce travail rétrospectif.

M. Fossati donne lecture d'une lettre qui lui est adressée et qui contient diverses objections, entre autres celles qui tendent à accuser la phrénologie de conduire au fatalisme et au matérialisme, et qui taxe ses propagateurs d'erreurs, quant à l'anatomie et à la physiologie.

M. Fossati pense que ces objections sont suffisamment réfutées dans les traités *ex professo* sur la matière ; qu'il n'y a pas lieu à répéter sans cesse les moyens de défense, qui sont choses aussi banales que les objections. Il ne trouve rien, dit-il, de neuf que des généralités abstraites et peut-être prétentieuses.

M. Belhomme déclare qu'il y a des questions, — et celles-là sont du nombre, — qui doivent être écartées de la discussion ; que la Société avait déjà décidé qu'il en serait ainsi, et qu'il ne reconnaissait à personne le droit d'intervertir les travaux d'une société par l'exigence d'une épître, surtout lorsqu'elle n'offrait aucun intérêt quant aux faits et aux idées. Il propose que toutes lettres dépassant la longueur ordinaire, et, comme celle-ci pouvant plutôt être considérées comme un mémoire, soient examinée préalablement et renvoyées à une commission d'examen.

Le secrétaire-général, Ch. Place.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'éponge préparée pour arrêter l'épistaxis ;
par M. Caloy, de Toulon.

M. Caloy accorde à M. le docteur Leyet l'honneur de la découverte de ce moyen, qui consiste à introduire dans la narine par laquelle s'écoule le sang, un morceau d'éponge préparée à la ficelle. Par l'action de l'humidité, cette éponge se gonfle considérablement, et, par suite, elle exerce une compression égale et progressive sur toute la surface de la membrane muqueuse nasale.

Si cette action mécanique, qui suffit dans tous les cas en général, se montrait quelquefois insuffisante, on pourrait, avant l'introduction de l'éponge, tremper cette dernière dans une solution astringente quelconque, et on obtiendrait de cette manière une double action mécanico-chimique.

Lorsqu'après le tamponnement de l'ouverture nasale externe le sang continue à couler par l'orifice interne de la narine, il faut alors prendre un morceau d'éponge plus long, le tailler et le contourner en manière de sonde, puis le faire pénétrer jusqu'à l'ouverture postérieure de la narine.

M. Caloy donne, à l'appui de cette communication, deux observations pratiques qui prouvent l'excellence de cette méthode si simple.
(*Gazette médicale.*)

Emploi de la solution de sel marin contre l'ophthalmie ;
par M. le docteur Hays.

M. Hays recommande, dans les cas d'ophthalmie chronique granuleuse, des lotions pratiquées avec l'eau commune saturée de chlorure de sodium. Il affirme qu'il a maintes fois eu recours à cette médication, et qu'il en a obtenu d'excellents résultats, particulièrement dans les cas où l'œil est excessivement irritable, la conjonctive injectée, et la sécrétion des larmes très abondante.

Ce moyen est d'une si grande simplicité, et les circonstances où son emploi est recommandé sont malheureusement si fréquentes, qu'il y a lieu de croire que les praticiens de notre pays chercheront à vérifier ce qu'il y a de réel dans l'annonce de notre confrère transatlantique.
(*The American Journal of the medic. Sciences.*)

NOUVELLES.

Ce matin, à dix heures, le Conseil général de la Seine a dû se réunir pour sa grande session annuelle, pour procéder à l'élection du président et du secrétaire. On s'occupera, dans cette session, des réformes à faire dans l'administration des hôpitaux.

— A la suite du concours pour le grade de chirurgien aide-major qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés ainsi qu'il suit :

1 Valette, 2 Depaeuw, 3 Lallemand, 4 Prudhomme, 5 Lacronique, 6 Ferraton, 7 Fropo, 8 Thierry de Maugras, 9 Lesguillon, 10 Cordier, 11 Baëlen, 12 Froye, 13 Roudil, 14 Quesnoy, 15 Vagbeaux, 16 Comte, 17 Fleschhut, 18 Martenot, 19 Bonino, 20 Brainque, 21 Zandyck, 22 Castelly, 23 Bozeront, 24 Garnier, 25 Burgkly, 26 Guéret, 27 Campmas, 28 de Compigny, 29 Godefroy, 30 Suret, 31 Savaëte, 32 Baru-del, 33 Didiot, 34 Legouest, 35 Arcelin, 36 Fratini, 37 François, 38 Jaux, 39 Morthier, 40 Escard, 41 Becœur, 42 Millot, 43 Bonnard, 44 Schaeffer, 45 Ladureau, 46 Medard, 47 Dilz, 48 Kœnig, 49 Thomas, 50 Gravrelle.

— Le ministre de la guerre a décidé, le 13 septembre dernier, que chaque lauréat dans les concours annuels qui ont lieu à Paris pour les grades de chirurgien et pharmacien aides-majors et de chirurgien sous-aide, recevrait, outre la médaille, un prix consistant en livres.

Mon cher confrère,

Dans mon article sur le Dictionnaire de Médecine, on me fai dire, à propos de M. Rochoux : « sa *manie* de juger la physiologie du cerveau. » J'avais écrit, sa *manière*. Obligez-moi d'insérer cette rectification, et veuillez agréer, etc., Marchal (de Calvi).

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 124. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

Déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique.

Nous soussignés, professeurs de la Faculté de médecine de Paris, membres de l'Académie royale des sciences, membres de l'Académie royale de médecine ou d'autres Sociétés savantes, docteurs en médecine et en chirurgie des trois Facultés du Royaume ;

Consultés par deux de nos confrères, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis), présentement poursuivis en police correctionnelle pour des articles de critique médicale ; sans prétendre nous immiscer dans le fond ni dans les détails du procès, déclarons adhérer pleinement, et sans réserve, aux principes suivants :

La liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré et l'une des bases fondamentales de toute science.

La discussion peut et doit s'exercer sur les doctrines et sur les faits.

La discussion des faits porte essentiellement sur leur valeur, sur leur degré d'exactitude, et entraîne nécessairement le droit de les nier, lorsque leur fausseté a été découverte.

En médecine et en chirurgie particulièrement, il est de droit de discuter toute méthode et toute opération nouvelles ; de rechercher la valeur des succès annoncés, de les nier lorsqu'on a la preuve qu'ils ne sont pas réels.

Hors de ces principes, il n'y a plus ni discussion, ni art, ni enseignement possibles, ni garantie pour la santé publique ; et la science serait livrée sans défense à la merci de tous les charlatans.

Paris, 8 octobre 1843.

Marjolin, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie de médecine ; Velpeau, prof. de clinique chir. à la Faculté, membre de l'Acad. des sciences et de l'Acad. royale de méd. ; Fouquier, prof. de clinique méd., premier médecin du roi, membre de l'Académie royale de méd. ; Cruveilhier, prof. d'anatomie pathologique à la Faculté, membre de l'Acad. royale de méd. ; Moreau, prof. d'accouchements à la Faculté, membre de l'Académie royale de méd. ; A. Bérard, prof. de clinique chir. à la Faculté, membre de l'Acad. de méd. ; Trousseau, prof. de thérapeutique à la Faculté ; Villermé, membre de l'Institut et de l'Acad. de méd. ; Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon ; Chassaignac, chir. du bureau central ; Dr Félix d'Arcel ; Dr Henry Blatin ; Dr Richelot ; Dr Homolle ; Dr Dobigny ; Dr Bourdin ; Dr A. Tessereau ; Dr Jacques ; Dr Aubrun ; Dr Bonnassies ; Dr Compérat ; Dr Labarraque ; Dr Belhomme ; Dr V. Szokalski ; Dr Larraine ; Dr Kunz ; Dr Smith ; Dr Hubert-Valleroux ; Dr Dronsart ; Baron, médecin de l'hôpital de Enfants, membre de l'Académie de médecine ; Baffos, médcin de l'hospice de Larochefoucauld, membre de l'Acad. de méd. ; Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Acad. de méd. ; Patissier, membre de l'Acad. de méd. ; Bonamy ; Bonrdon ; Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Valleix, médecin des hôpitaux ; Denonvilliers, chirurgien des hôpitaux, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté ; Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté ; Renauldin, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Acad. de méd. ; Gimelle, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, membre de l'Acad. de méd. ; Ollivier (d'Angers), membre de l'Acad. de méd. ; Bricheteau, méd. de l'hôpital Necker, membre de l'Acad. de méd. ; Collineau, membre de l'Acad. de médecine ; Dr Dupré ; Dr Martin ; Dr Colombat (de l'Isère) ; Dr Lucien Boyer ; Dr Cazeaux, ex-chef de clinique de la Faculté ; Depaul ; Dr Laborie ; Dr Marchal ; Dr Aubert-Roche ; Dr Danyau, membre de l'Académie de médecine ; Dr Puel ; Giradin, médecin de la Maternité, membre de l'Académie de médecine ; Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Acad. de méd. ; Maissiat, agrégé de la Faculté ; Guérard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; Kapeler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; Manec, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (femmes) ; Natalis Guillot, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de Paris ; Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Marrotte, médecin du Bureau central ; Guersant, médecin de l'hôpital des Enfants, et membre de l'Acad. de méd. ; A. Pasquier, chirurgien du roi, chirurgien en chef des Invalides, etc. ; Voillemier, D.-M.-P. ; Bonneau, médecin de l'hôpital des Enfants ; Hardy, médecin du Bureau central ; G. Monod, chirurgien de la Maison royale de Santé ; H. Roger, médecin du Bureau central ; P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants ; V. Gerdy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Raige-Delorme, D.-M. ; Michon, chirurgien à l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté ; G. Blache, médecin de l'hôpital Cochin, médecin du prince royal ; R. Marjolin, chirurgien du Bureau central ; Dr L. Gontier ; Al. Cazenave, médecin de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté ; Ph. Boyer, chirurgien de l'hôpital St-Louis ; Beau, médecin des hôpitaux ; F. Dubois, membre de l'Acad. de méd. ; Dr A. Dumont ; Barth, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté ; Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté ; Monneret, médecin du Bureau central, agrégé à la Faculté ; Legroux, méd. des hôpitaux, agrégé à la Faculté ; Dr Breton ; Nonat, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté ; Maisonneuve, chirurgien du Bureau central ; Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Acad. de méd. ; Dr Bonamy ; Dr Cardeilhac ; Lenoir, chirurg. de l'hôpit. Necker, agrégé de la Faculté ; B. Horteloup, médecin de l'institution de Sainte-Périne, médecin du roi par quartier ; A. Danyau, chirurgien profess.-adjoint à l'hospice de la Maternité ; Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de méd. ; Jolly, membre de l'Académie de méd. ; Mialhe, agrégé à la Faculté ; Sestier, agrégé à la Faculté ; Martins, agrégé à la Faculté ; Bouchut ; B. de Larroque, médecin à l'hôpital Necker ; Roche, mem. de l'Acad. de méd. ; Dr Pidoux ; Cullerier, chirurgien du Bureau central ; Piedagnel, médecin des hôpitaux ; Cornac, médecin en chef des Invalides, membre de l'Acad. de méd. ; Dr Foy ; Gillette, méd. du Bur. central ; Dr A. Roustan ; Dr Desequibes ; Bouvier, médecin des hôpit., membre de l'Acad. de méd. ; Allibert ; Rochoux, médecin de l'hospice de Bicêtre, membre de l'Ac. de méd. ; Dr Bayle ; Amussat, membre de l'Ac. de méd. ; Dr Lachèze ; Devilliers, membre de l'Ac. de méd. ; Dr Beaugrand ; Baron, médecin du Bureau central ; Grisolle, médecin du Bur. central ; Dr Pounut ; Fauvel, chef de clinique de la Faculté ; Poirson, membre de l'Acad. de méd. ; Ch. Londe, membre de l'Acad. de méd. ; Lagneau, membre de l'Ac. de méd. ; Dr Caffe ; Dr Thirial ; Dr Andrieux de Brioude ; Dr Masson de Saint-Félix ; Prus, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes) ; Dr Cerise ; Dr Janin ; Balmette, membre de la Société médico-pratique ; Duval, membre de l'Acad. de méd. ; Bégin, membre du Conseil de santé des armées et de l'Acad. de méd. ; baron H. Larrey, chirurgien au Val-de-Grâce, agrégé à la Faculté ; Dr Fabre.

Nota. On peut signer cette déclaration :

Au bureau de la Gazette des Hôpitaux, rue Dauphine, 22-24.

Au Bureau du Journal de Chirurgie, chez M. Malgaigne, rue de l'Arbre-Sec, 22 ;

Au Bureau des Annales de chirurgie, chez M. J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

PARIS, 19 OCTOBRE 1843.

Académie de médecine. — Observation sur la rage. — Les calculs carbonatés. — Ablation de la glande lacrymale. — La dysenterie.

L'inocnlation de la rage a fait tous les frais de la discussion académique d'hier. Un rapport intéressant de M. Ségalas sur trois observations présentées par M. le docteur Peyron, et dont la dernière avait trait à la rage, en a été l'occasion. Nous allons exposer sommairement les faits principaux que renferme cette observation, afin de mettre nos lecteurs à même de bien apprécier les points sur lesquels a porté la discussion. Un jeune homme appartenant à une classe élevée, introduisit avec sa main du miel dans la gueule de son chien qui était malade. Le chien mourut ; et après un mois d'une excellente santé, le jeune homme, qui n'avait point été mordu, et qui vivait dans la plus parfaite sécurité, sans nulle crainte pour l'avenir, fut pris brusquement, au moment de partir pour un bal, d'accidents nerveux qui prirent bientôt les caractères les mieux dessinés de la rage. Par ce fait, l'auteur a voulu montrer principalement que l'influence de l'imagination n'est pas nécessaire pour que la rage se développe après l'inoculation. Quelques esprits difficiles pourront bien trouver que ce fait n'est pas tout à fait aussi concluant que l'auteur semble le croire, car le jeune homme pouvait très bien avoir l'imagination frappée sans faire part de ses appréhensions aux personnes qui l'entouraient ; mais là n'est pas, et là ne pouvait être la difficulté ; assez d'exemples existent dans la science, dans lesquels la rage s'est développée sans l'influence de l'imagination, pour que ce fait ne puisse plus aujourd'hui faire l'objet d'une question. Mais l'auteur avait avancé que le malade n'avait pas été mordu, et c'est ce fait qui a rencontré quelques incrédules ; l'auteur, en effet, décrit à l'autopsie des cicatrices *récentes* et *rougeâtres* siégeant sur *la main qui avait été introduite* dans la gueule de l'animal pour lui faire avaler le miel. Or, comment l'auteur, qui n'a vu le malade que lorsqu'il était déjà dans le délire, a-t-il pu s'assurer que ces cicatrices n'étaient pas la suite d'une morsure, et s'il a pu s'en assurer, pourquoi ne l'a-t-il pas consigné dans son observation ? Voilà des questions auxquelles il est difficile de répondre, et qui sont bien faites pour autoriser les doutes de M. Baffos : sans doute nous n'userons pas de la logique de M. Deslongchamps, et de l'existence de ces cicatrices nous ne conclurons pas à l'existence certaine d'une ou de plusieurs morsures antécédentes ; mais nous conclurons que l'auteur a omis un détail des plus importants dans son observation, et que M. le rapporteur a été peut-être un peu trop facile en accordant le titre d'observateur irréprochable à un praticien, fort distingué sans doute, mais qui a évidemment quelques progrès à faire dans l'art de l'observation. Au reste, le reproche que nous adressons ici à M. le rapporteur peut s'appliquer à bien d'autres. Sans doute, nous croyons que les praticiens qui, à l'exemple de M. Peyron, consacrent leurs loisirs à la science, sont dignes des plus grands éloges, des plus grands encouragements, et ce n'est pas nous qui resterons en arrière quand il s'agira de leur rendre la justice qui leur est due ; mais il y aurait de graves inconvénients à ne pas signaler à ces honorables praticiens les imperfections de leurs travaux, car ce n'est qu'en évitant de tomber dans les mêmes défauts que ces travaux pourront servir au progrès de la science.

Après avoir montré combien les doutes de M. Baffos peuvent être fondés, ajoutons cependant que nous ne saurions y attacher toute l'importance qu'il a paru y mettre lui-même. En parlant, en effet, des inquiétudes que le fait de M. Férou pourrait porter dans le public s'il était accepté comme démontré, M. Baffos a semblé nier la possibilité de l'infection rabique sans morsure préalable, ou, pour parler plus exactement, sans destruction de l'épiderme de la partie mise en contact avec le virus. Or, cette opinion, que beaucoup de personnes partagent encore, est une erreur que, selon nous, il importe de détruire le plus promptement possible ; et nous devons exprimer ici le regret que l'Académie, qui a déjà eu cette année plusieurs occasions de traiter cette grave question, ne l'ait pas discutée avec tous les développements qu'elle comporte. Nous sommes certains qu'il serait ressorti d'une semblable discussion, non-seulement d'après les analogies physiologiques et thérapeutiques invoquées à juste titre par M. Castel, mais bien d'après des faits directs et incontestables, la démonstration irrécusable que le virus rabique, de même que *tous les autres virus morbifiques*, peut être absorbé par une surface recouverte d'un épiderme sain. Cette vérité est une de celles qui intéressent le plus la science et la pratique ; espérons que l'Académie en comprendra toute la portée, et qu'elle finira par la soumettre à un examen approfondi.

Nous aurions voulu appeler un instant l'attention de nos lecteurs sur la causerie qui a eu lieu entre MM. Caventou et Ségalas au sujet des calculs urinaires, dans la composition desquels entre le carbonate de chaux. Mais les deux orateurs, ou au moins le premier, ont parlé de manière à ne pas être entendus de l'Académie. Quant à l'opinion de M. Ségalas, elle est assez importante pour que nous engagions vivement tous les praticiens qui auront l'occasion de la vérifier, à ne pas laisser échapper cette occasion, comme l'a fait M. Peyron, dans la seconde des trois observations qu'il a envoyées à l'Académie. M. Ségalas n'a jamais trouvé, dit-il, de calculs carbonatés que chez les malades qui avaient fait usage de boissons alcalines, lesquelles sont données, comme tout le monde le sait, dans le but de dissoudre les calculs.

M. le docteur P. Bernard a réparé l'échec qu'avaient éprouvé ses cigarettes mercurielles, par la communication intéressante d'une ablation de la glande lacrymale, sur un individu affecté d'un larmoiement qui avait résisté à tous les moyens, et qui a été guéri, ou au moins considérablement amélioré par cette opération.

Nous avons remarqué dans la correspondance imprimée une brochure renfermant l'histoire de l'épidémie dysentérique qui a régné à Versailles à la fin de l'année dernière, par MM. Masselot et Fellot, chirurgiens sous-aides à l'hôpital militaire de cette ville. Nous entretiendrons prochainement nos lecteurs de ce travail, qui se recommande à la fois par l'importance du sujet et par le talent avec lequel il a été traité.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Commotion cérébrale déterminée par une chute. — Quelques mots sur le diagnostic différentiel de la commotion et de la contusion du cerveau.

Au n° 9 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée une fille de onze ans et demi, entrée le 9 août.

D'une forte constitution, d'une assez bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cette enfant n'a jamais eu de maladie grave. Il y a deux jours, étant montée sur une chaise, elle est tombée à la renverse sur le plancher, de telle manière qu'elle est tombée en quelque sorte assise, et que sa tête n'a porté sur le plancher que secondairement, ou indirectement. Au moment de sa chute, l'enfant a perdu complètement connaissance, au dire des parents. Cette perte complète de connaissance n'a pas duré plus d'une heure environ. Mais elle a été suivie d'un mal de tête assez violent, accompagné de lourdeur et de pesanteur ; éblouissements, étonnement ; somnolence ; un peu de contracture des extrémités, mais non portée à un très haut degré ; refroidissement médiocre des extrémités. L'enfant, quoique ne pouvant répondre aux questions qu'on lui adresse, les entend néanmoins et paraît les comprendre. Les symptômes que nous venons d'indiquer ayant en partie persisté dans la journée d'hier et ce matin, les parents ont pris le parti d'apporter l'enfant à l'hôpital. Voici l'état dans lequel elle se trouve au moment de son entrée.

Visage calme, sans coloration ni pâleur anormales. Les traits du visage ne sont pas tirés dans un sens plutôt que dans un autre. L'enfant, sans répondre d'une manière distincte aux questions qu'on lui adresse, les entend, semble les comprendre et fait quelques efforts pour y répondre. Les yeux sont fermés, mais elle les ouvre quand on lui adresse la parole, et regarde fixement. Assoupissement continuel. Le pouls à 72-76, assez développé, non redoublé. Peau de chaleur modérée. La langue, que l'on parvient à voir en faisant ouvrir la bouche à l'enfant, est blanche, saburrale. Le ventre n'est nullement douloureux, même à une forte pression, sans gargouillement. On observe sur la partie postérieure du tronc quelques ecchymoses peu intenses. Dans la région occipitale, dans le point où

la tête a touché le sol, une légère bosse sanguine sous les téguments, sans plaie extérieure. Bains de pieds sinapisés; lavement laxatif; sinapismes aux mollets.

Le 11, elle est dans un état plus satisfaisant; elle est moins assoupie, les yeux sont ouverts; le regard encore un peu fixe, étonné. Pas de dilatation anormale des pupilles. La connaissance est parfaitement revenue. L'enfant comprend très bien ce qu'on lui dit, et répond par oui et par non aux questions qu'on lui adresse; mais quelquefois il lui arrive de ne pouvoir prononcer distinctement que quelques mots d'une phrase, dont les dernières paroles sont inintelligibles. Le pouls est toujours bien développé, à 72-76, sans redoublement. Langue toujours blanche, saburrale. Ventre indolent. L'enfant porte la main à sa tête comme pour la soutenir, quand on la fait asseoir dans son lit. Elle pousse aussi quelques plaintes, quelques gémissements. Chaleur normale de la peau. Bains de pieds sinapisés; mauve, 50 grammes.

Le 13, elle va de mieux en mieux. La connaissance est tout à fait revenue. L'intelligence bien nette, la parole assez libre, quoique encore quelquefois un peu embarrassée, ou plutôt lente. Les autres appareils sont dans un état satisfaisant. L'appétit est revenu, et l'enfant demande à manger. Elle se plaint de lourdeur et de pesanteur de tête quand on l'assied sur son lit. Même prescription; deux bouillons.

L'amélioration se soutient; la convalescence marche assez rapidement; les maux de tête, les étourdissements se dissipent, et au bout de quelques jours l'enfant se sent assez bien pour que l'on puisse permettre aux parents de l'emmener.

— D'après les détails que nous venons de donner, d'après la marche de la maladie, l'amendement rapide qui s'est manifesté dans l'état de l'enfant, et la disparition prompte des symptômes qui ont été observés les premiers jours, il est facile de voir que l'on n'avait affaire qu'à une simple commotion cérébrale, et cette commotion n'a t-elle pas été à un degré très violent, puisque nous voyons la perte de connaissance complète ne pas durer plus d'une heure, et la somnolence qui lui avait succédé se dissiper tout à fait dans l'espace d'une huitaine de jours, et sous l'influence d'un traitement peu énergique, consistant simplement en quelques laxatifs. C'est ici, ce nous semble, le lieu de présenter quelques considérations sur le diagnostic différentiel de la commotion et de la contusion du cerveau, et sur le traitement à mettre en usage pour combattre les accidents qui peuvent en être la suite.

La commotion cérébrale, d'abord, reconnaît pour cause un ébranlement violent et général du cerveau. Cet ébranlement a lieu toutes les fois qu'un corps, offrant une large surface et mis en mouvement d'une manière plus ou moins rapide, vient à rencontrer le crâne. La même chose arrive lorsque c'est la tête qui est portée avec rapidité et avec violence à la rencontre d'un corps solide, large et immobile. Aussi est-ce la commotion que l'on observe fréquemment dans les cas de chute sur la tête, lorsque cette partie du corps a porté sur le sol. Ce n'est pas sans intention que nous avons dit, un corps large; nous verrons, en parlant de la contusion, que la condition contraire a presque toujours lieu dans la contusion du cerveau. Il n'est pas indispensable, pour que la commotion ait lieu, que la tête ait porté directement, ou ait été directement en contact avec le corps en mouvement. Elle peut survenir à la suite d'une chute sur les talons, sur les genoux, les fesses, toutes les fois enfin que le choc se transmet à l'organe cérébral sans avoir suffisamment affaibli en traversant les parties solides et molles interposées entre le crâne et le point du corps qui reçoit le choc.

La commotion a des degrés d'intensité très variés. La plus faible consiste dans un simple étourdissement passager, et dont les symptômes se dissipent rapidement. C'est heureusement l'accident qui se produit le plus souvent dans les chutes d'un lieu un peu élevé, et il se dissipe très promptement. Le plus fort degré d'intensité de la commotion cérébrale est celui dans lequel les fonctions du cerveau sont instantanément arrêtées. Dans ce cas, le sujet tombe mort, sans qu'aucun laps de temps appréciable sépare le moment où il a reçu le coup, de celui où il a cessé de vivre. Il est facile de comprendre que, entre ces deux degrés extrêmes, il y a beaucoup de degrés intermédiaires. Quelquefois le blessé a la sensation de bluettes lumineuses qui lui passeraient devant les yeux. D'autres fois il perd à l'instant connaissance, et reste plongé dans un assoupissement plus ou moins profond, plus ou moins prolongé.

On voit quelquefois, dans les cas où la commotion a atteint son maximum d'intensité, sans cependant avoir été assez forte pour déterminer la mort, se produire une contraction générale de tous les réservoirs, et par suite de cette contraction, les matières fécales, les urines, le sperme, s'échappent involontairement. Au moment où vient d'avoir lieu la commotion, le corps est pâle et froid; le pouls petit, lent et faible. Il peut y avoir également ou contraction passagère des membres au véritable état de syncope. Selon son degré d'intensité, la commotion se dissipe avec plus ou moins de rapidité et de facilité. Quand elle a été assez faible pour ne produire que des bluettes devant les yeux et un peu d'étourdissement, c'est ordinairement en quelques minutes que disparaissent les phénomènes symptômatiques de la commotion. Quand il y a eu perte de connaissance, et ensuite assoupissement profond, on ne peut bien assigner une durée fixe. Quelquefois les malades reviennent à eux-mêmes dans l'espace de quelques heures; d'autres fois, le froid, la stupeur générale, la petitesse et la rareté du pouls durent pendant plusieurs jours. Cependant on voit peu à peu la chaleur renaître, et la circulation se faire avec plus de force et de régularité. Le pouls reste lent; mais la stupeur fait place à tous les caractères d'un sommeil profond et naturel.

La sensibilité n'est pas abolie; le malade, quand on le pince ou qu'on l'agite, qu'on le tourmente, donne d'abord, sans s'éveiller, des signes d'impatience. Si, au bout de quelque temps, on le soumet de nouveau aux mêmes épreuves, il ouvre brusquement les yeux, comme un homme que l'on réveille en sursaut, et les referme bientôt. Le regard est alors fixe, étonné, hébété même. Enfin arrive un moment où l'on peut parvenir à fixer son attention pendant un certain temps. Le malade entend les questions qu'on lui fait, et paraît les comprendre. Il fait des efforts, souvent inintelligibles il est vrai, pour y répondre. Bientôt il balbutie les premiers mots d'une réponse, dont la fin est presque toujours un murmure confus de sons inarticulés. Lorsqu'enfin il finit par rallier complétement ses idées, il peut prononcer des phrases complètes; alors aussi la somnolence se dissipe, et le malade revient peu à peu dans l'état où il était avant l'accident. Quand la commotion a été extrêmement violente, ce n'est ni au bout de quelques heures, ni au bout de quelques jours, mais au bout de plusieurs semaines, que tous les effets en sont complétement dissipés. Souvent alors le malade ne conserve pas de souvenir des accidents qu'il a éprouvés.

Il est assez rare que la commotion se termine par la mort. Cependant, outre les cas dont nous avons déjà parlé, où la mort survient instantanément, au moment où la commotion est produite, il peut survenir consécutivement des accidents non moins graves et non moins redoutables. Quels sont, en effet, les changements qui sont produits dans l'organisation du cerveau par la secousse à laquelle il a été soumis? Desault pensait que l'effet primitif de cette commotion consistait en une espèce de contusion, d'irritation générale du cerveau, occasionnée par la secousse imprimée à toutes ses parties à la fois. D'autres auteurs admettent une diminution du ressort des fibres cérébrales, sans altération apparente quelquefois. D'autres fois une altération sensible de la substance cérébrale ou de ses enveloppes, avec rupture des vaisseaux de ces parties. Mais cette diminution ou cette perte de ressort des fibres cérébrales n'est qu'un effet dont les causes doivent être cherchées dans un changement de rapports entre les molécules de ces fibres, changement de rapports qui tantôt est appréciable aux sens, tantôt ne laisse aucune trace dans les organes où il est survenu.

Quoi qu'il en soit, on a vu survenir, après la commotion cérébrale violente, des épanchements par suite de la rupture des vaisseaux de l'organe, et dans ce cas pendant les premiers moments, même pendant les premiers jours, on confond les effets de la commotion et ceux résultant de la compression produite par l'épanchement. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que les symptômes de l'épanchement se dissipent, et seulement lorsque la résorption s'est faite de la matière épanchée, tandis que les accidents résultant de la commotion simple disparaissent beaucoup plus promptement. Peut-être a-t-on quelquefois confondu la commotion qui dure un très long temps et dont nous avons parlé plus haut, avec l'épanchement résultant de la rupture des vaisseaux en cas pareil. Mais un signe infaillible auquel on ne se trompera jamais en pareille circonstance, c'est que la commotion est accompagnée de stupeur, de coma, de perte de connaissance complète, sans qu'il y ait, aussitôt que le malade revient à lui, perte de mouvement ou de sensibilité, tandis que lorsqu'il y a compression par suite d'épanchement, des phénomènes de paralysie se montrent toujours. En général, et pour nous résumer, nous pouvons dire, avec un chirurgien célèbre, que les effets de la commotion cérébrale offrent ceci de particulier, qu'ils ne sont jamais plus intenses qu'au moment même de l'accident, et qu'à partir de ce moment, sauf les complications qui peuvent survenir, ils tendent constamment à s'affaiblir. Sauf les complications qui peuvent survenir, disons-nous, et ce n'est pas sans dessein. En effet, il est des circonstances dans lesquelles l'ébranlement causé au cerveau par la violente secousse a porté une atteinte profonde à la texture de l'organe, et il en résulte au bout d'un temps plus ou moins long des accidents de cérébrite ou de méningite.

Il est rare que l'inflammation du cerveau ou de ses méninges survienne avant le quatrième, cinquième ou même sixième jour. Il est même des cas où on l'a vue se développer beaucoup plus long-temps après que nous ne venons de le dire. Dans cette circonstance, les symptômes par lesquels s'annoncent la cérébrite ou la méningite, suite de commotion cérébrale violente, ne diffèrent en rien de ceux de la cérébrite ou de la méningite spontanée que par ceci, qu'ils ont été précédés des symptômes de la commotion.

Il est arrivé quelquefois que les ébranlements profonds du cerveau ont été suivis, après le retour à la santé, de désordres divers dans l'exercice des fonctions de cet organe, tels qu'une faiblesse ou une perte de mémoire, un affaiblissement de l'intelligence, des attaques d'apoplexie, etc. Mais ce sont des cas assez rares, et que, du reste, ce n'est point ici le lieu de mentionner plus en détail, inutiles qu'ils nous seraient pour établir le diagnostic de la commotion au moment où elle vient d'avoir lieu, ou dans les moments qui la suivent.

Au contraire de la commotion, qui est le plus souvent produite par un corps large se mouvant avec vitesse, ou par une surface large et immobile, pendant que la tête se meut avec rapidité, la contusion du cerveau est déterminée par un choc produit par un corps animé également d'un grand mouvement de vitesse, mais offrant une petite surface. Cependant il n'est pas qu'il n'y ait des cas où la contusion soit produite par un corps contondant large. La contusion, qui peut être produite sans qu'il y ait fracture du crâne, peut avoir lieu, soit dans le point directement correspondant à l'endroit du crâne qui a été frappé, soit dans un point opposé, et alors par un contrecoup. Il y a cette différence entre la commotion et la contusion, que la commotion porte sur l'ensemble de l'organe cérébral, tandis que la contusion porte sur un point seulement. Dans cette dernière affection, la substance du viscère est ecchymosée, désorganisée.

Si la contusion est fort étendue, comme il arrive quand on fait une chute d'un lieu élevé sur la tête, la mort est la suite immédiate de l'accident, et l'on ne peut, avant d'avoir pratiqué l'ouverture du crâne, décider, même approximativement, si le sujet a succombé à une commotion violente ou à une contusion, à une désorganisation du cerveau. La contusion du cerveau n'entraîne la mort instantanée du sujet que lorsqu'elle est fort étendue et profonde. Dans les autres circonstances, quand elle occupe un petit espace, un point fort limité de l'organe, et qu'elle existe seule, il est facile de la reconnaître.

Le malade ne ressent que peu ou point de douleur dans l'endroit contus, et ce n'est qu'au bout de quatre ou cinq jours qu'il commence à éprouver des accidents. Ces accidents sont encore ceux de la cérébrite ou de la méningite. La face se colore, les yeux deviennent rouges, larmoyants et acquièrent une susceptibilité telle qu'ils sont péniblement affectés par l'impression de la lumière. Il survient une céphalalgie caractérisée par une douleur profonde et pulsative, correspondante à l'endroit où existe la contusion cérébrale. Le malade a du délire, des mouvements convulsifs ou ses membres sont fortement contractés. Son pouls est plein, dur, élevé, sans fréquence très notable, et le malade ne tarde pas ordinairement à succomber. S'il survient, vers la fin de la maladie des symptômes de compression, ils indiquent que la maladie est arrivée à la période de suppuration.

Si nous mettons en regard les divers caractères qui différencient ces affections, nous voyons les effets de la commotion diminuer graduellement depuis le moment de l'invasion, depuis l'instant où est arrivé l'accident; de plus, le principal de ces accidents est l'assoupissement. Au contraire, la contusion ne commence guères à se faire reconnaître qu'après plusieurs jours, et les symptômes auxquels elle donne lieu sont ceux de la phlegmasie cérébrale. Mais quelquefois, et ces cas ne sont pas excessivement rares, il existe à la fois commotion et contusion. Ce n'est alors qu'après le quatrième ou le cinquième jour que se joignent à l'assoupissement les phénomènes inflammatoires locaux et symptomatiques qui appartiennent à la contusion, et ce n'est que plus tard encore, vers le douzième ou le quinzième jour, que se développent les accidents de paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement, qui indiquent le passage de l'inflammation à la période de suppuration.

D'après les symptômes qui ont été observés chez notre petite malade, il est évident que l'on n'avait affaire qu'à une simple commotion du cerveau, et encore n'était-elle pas violente. La perte complète de connaissance n'a duré, en effet, qu'une heure environ, au dire des parents, et l'assoupissement, la somnolence qui lui a succédé, s'est assez rapidement dissipée au bout de quelques jours sous l'influence d'une médication excessivement simple. On voit, en effet, d'après ce que nous avons dit des symptômes des deux affections que nous examinons ici, qu'il ne faudrait pas se guider d'après le pouls pour prononcer sur l'état du malade, et que la tranquillité des battements du cœur, leur lenteur et leur peu de développement ne seraient pas des signes certains qu'il n'existe pas d'inflammation de l'organe cérébral. En effet, dans les inflammations cérébrales il est assez commun de voir le pouls, non seulement ne pas s'élever, mais encore se ralentir.

Une fois le diagnostic posé, que faire et quel traitement mettre en usage? Les indications qui se présentent sont de remédier aux accidents primitifs de la commotion, de prévenir l'épanchement de sang, l'inflammation de l'organe et des autres viscères. Si la commotion a été très légère, l'inspiration de vapeurs excitantes, le vinaigre, l'éther, les eaux spiritueuses, l'acide sulfureux, que l'on dégage en brûlant des allumettes soufrées, quelques frictions sèches, l'ingestion d'un verre d'eau froide ou légèrement acidulée, suffisent habituellement pour ramener le malade à la connaissance, et faire disparaître l'espèce de stupeur qui persiste souvent encore après que les sens ont recouvré l'usage de leurs facultés.

Lorsque la commotion a été assez considérable pour inspirer des craintes sérieuses, l'on doit prescrire sur-le-champ saignées générales ou locales plus ou moins abondantes, et proportionnées à la force, à l'âge et à la constitution du sujet. Un moyen dans lequel Desault avait grande confiance est l'émétique en lavage et simplement administré comme purgatif. Il faut éviter autant que possible, lorsque l'on a recours à ce moyen, qu'il détermine le vomissement, cas auquel il serait certainement plus nuisible qu'utile, les efforts de vomissement déterminant encore un afflux de sang vers la tête, une congestion sanguine qui peut fâcheusement venir compliquer les accidents causés par la commotion. C'est pour ne pas courir le risque de provoquer le vomissement que la plupart des praticiens se contentent de recourir aux purgatifs salins et aux lavements laxatifs lorsqu'ils jugent convenable d'exercer une révulsion sur le tube digestif. Enfin, on emploie simultanément les compresses froides sur la tête, les bains de pieds sinapisés, les sinapismes aux membres inférieurs, et quelquefois les révulsifs plus énergiques; un vésicatoire qui couvre toute la tête. Ce dernier moyen a pour but, disent ceux qui l'emploient, de réveiller l'action engourdie du cerveau; mais cet engourdissement ne dépendant pas d'un épanchement de sang, et n'étant qu'un effet, c'est la cause qu'il faut combattre. Or, dit un auteur qui s'est beaucoup occupé des maladies du cerveau, si cette cause est une contusion du cerveau, d'où résulte une irritation et un afflux sanguin, il est peut-être douteux qu'un stimulant si énergique, si étendu et si voisin du siége du mal, puisse, en cette circonstance, être suivi d'un résultat avantageux.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Observations sur quelques cas de maladies des yeux, recueillies à la clinique ophthalmologique de Mr le professeur A. Bérard, et réflexions par Mr A. Lhommeau, chef de clinique, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté (médaille d'or), etc.

Les malades affectés de maux d'yeux qui se présentent en

grand nombre chaque jour à la consultation de l'hôpital de la Pitié, sont une source des plus fécondes d'instruction. Là, en effet, on voit à la fois et les cas les plus communs, qui, par leur fréquence même, demandent à être bien connus et bien traités, et les cas plus rares qui étonnent souvent par la variété ou la bizarrerie de leur forme, et qui exercent la sagacité du chirurgien sous le rapport du diagnostic comme pour celui du traitement.

Cependant, malgré le soin avec lequel M. le professeur Bérard examine ces maladies, malgré l'exactitude que j'y mets moi-même, et le concours de plusieurs externes, enfin quoique les malades reçoivent gratuitement les principaux médicaments qu'exigent leurs maux, ce n'est pas là que nous pouvons faire les observations les plus suivies et les plus complètes, et puiser les matériaux les plus précis de la science. En effet, quelques malades ne viennent plus dès qu'ils sont guéris, et laissent dans l'incertitude sur l'issue de la maladie; d'autres craient douter de l'influence des médicaments par une foule de raisons; les uns, par exemple, n'en font pas usage; d'autres les appliquent mal; ce qui quelquefois est pis; enfin presque tous pèchent gravement par quelque endroit contre les règles de l'hygiène, et nous voyons tous les jours dans nos salles de maladies des yeux, les effets dangereux qui ne manquent presque jamais de résulter des fautes qu'on fait contre elles; souvent une légère indigestion, l'exposition à un courant d'air, à la fumée, l'ingestion intempestive du vin, etc., suffisent pour ramener avec toute la gravité une affection presque guérie; le régime alimentaire est une partie importante du traitement des maladies des yeux. Dernièrement il y avait dans le service un vieux campagnard qui était venu d'une dixaine de lieues pour se faire soigner; il offrait dans un œil des altérations nombreuses, et dont les principales étaient un ulcère en quelque sorte rongeant de la cornée, un iritis et un hypopyon considérable.

Cet homme, qui avait été bien d'abord, devint tout d'un coup plus malade, sans qu'on sache la cause des accidents. Pendant une semaine les médications les plus actives, les plus rationnelles et les plus régulièrement appliquées, échouèrent contre des lésions en apparence invincibles. Cependant un matin, une odeur prononcée d'alcool autour du malade provoqua des recherches qui me firent découvrir sous son oreiller une provision fraîchement renouvelée de liqueur d'absinthe!

A partir de ce moment, et à cause de la surveillance qui fut exercée, la guérison s'accomplit presque spontanément. Cet exemple, pris entre plusieurs autres, donne une idée de ce que peuvent faire les malades du dehors abandonnés à eux-mêmes. Il sert aussi à faire voir l'importance du second élément d'instruction que nous avons fait pressentir, et qui nous est fourni par les malades admis dans des salles particulières. Là, quoique nous ayons bien des choses encore à désirer, ces malades choisis à la consultation et incessamment renouvelés par elle, sont soumis à un traitement complet, dont les détails sont familiers à ceux qui l'exécutent. Je ne manque jamais de faire moi-même tout ce qui exige quelque soin particulier; et nous pourrons ainsi, autant que cela se peut en médecine, compter sur les résultats. Je ne doute pas qu'avec ces moyens nous ne parvenions à élucider quelques questions de diagnostic, et surtout de thérapeutique, sur lesquelles les meilleurs auteurs ne sont point encore d'accord; mais avant de présenter les résultats de l'ensemble de nos recherches, je veux faire connaître quelques faits particuliers qui me paraissent offrir un grand intérêt sous le rapport pratique. Je ne publierai pas que les succès, car c'est presque une méthode coupable; en effet, elle donne une confiance trop grande et mal fondée dans la puissance de l'art, et elle prive le praticien de l'enseignement immense que fournissent les malheurs, quelle que soit leur source.

C'est même par un fait dont l'issue a été malheureuse contre toutes les prévisions, que je vais commencer.

Charbon. Ectropion de la paupière supérieure. Blépharoplastie, gangrène du lambeau. Kératite purulente, fonte de l'œil.

Une fille de dix-neuf ans, nommée Louise Viltange, est venue de son village (près Provins), à Paris, pour se faire traiter. Bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, et d'une bonne santé habituelle, elle est occupée dans une ferme où elle partage son temps entre le travail de la terre et le soin des vaches.

Dans la nuit du 6 octobre 1841, après s'être livrée à ses travaux habituels, elle sentit autour de la mâchoire droite de gros cordons douloureux, qui lui faisaient éprouver la sensation de traction, et qui, quand elle les examina, lui parurent être *de grosses veines bleues*. Le matin, en se levant, elle vit au milieu du sourcil droit un bouton blanc dont le centre était occupé par une petite tache noire; elle retourna chez ses parents, à trois lieues de la ferme où elle était employée.

Dès le second jour il survient de la fièvre et divers accidents généraux; le gonflement commença et s'étendit rapidement jusqu'à la région sus-claviculaire. Ce jour-là on mit dix sangsues, partie à la tempe, partie à l'angle de la mâchoire.

Le troisième jour tous les symptômes s'étaient considérablement accrus: on cautérisa la région surcilière avec le fer rouge.

Le quatrième jour on cautérisa de nouveau; la malade fut prise de délire qui dura huit jours. Plus tard elle sait qu'on réséqua peu à peu des escharres, et que ses plaies furent six mois à se cicatriser. Après la guérison, elle fut dans l'état où elle s'est présentée à nous.

Elle dit que tous les animaux qu'elle soignait étaient en bonne santé, et qu'aucun de ceux du voisinage n'avait eu d'affection charbonneuse. Du reste, quatre personnes du voisinage où elle est allée se faire soigner, ont présenté la même affection. Deux femmes l'ont eue trois mois avant elle. La première, femme d'un charpentier, et qui ne s'occupait que de son ménage, a eu le charbon au-dessous de l'œil. La seconde, aubergiste, l'a eu, comme notre malade, dans le sourcil, et il a été suivi des mêmes conséquences.

Trois semaines après Louise, deux enfants d'un fermier, l'un de cinq ans, l'autre de dix, ont été pris aussi du charbon à huit jours d'intervalle; l'un au front, l'autre à la lèvre supérieure. Elle n'avait pas encore eu de communication avec ces enfants, et elle ignore si dans cette ferme il y a eu des animaux malades.

Depuis son accident elle dit que l'œil n'a jamais été malade; elle l'a constamment tenu caché avec un linge.

A son entrée, voici quel était son état: On voyait des cicatrices irrégulières étendues de la partie moyenne du front à la région temporale droite, entourant la base de l'orbite sans descendre au-dessous de son diamètre transverse. Une de ces cicatrices, large d'un centimètre, partait de l'angle interne de l'œil et remontait jusqu'au milieu du front, elle se continuait par sa base avec celle qui entourait l'orbite et occupait la région surcilière; celle-ci avait aussi un centimètre de large, et de sa partie moyenne s'élevait une cicatrice en spatule qui atteignait presque la racine des cheveux; elle tombait ellemême sur la cicatrice de la tempe qui avait la forme d'un trèfle à base tournée vers l'œil. La peau de ces parties était rosée, brillante, polie, sauf quelques rugosités, comme amincie et mobile. Le sourcil avait complètement disparu. La paupière supérieure était complètement renversée; son bord libre, garni de cils nombreux et forts, était remonté jusqu'à l'arcade surcilière et soudé avec elle dans toute son étendue. Sa face cutanée était confondue avec la base de l'orbite. La face muqueuse, devenue antérieure, était fort irrégulière, granuleuse; de son tiers externe se détachait un bourrelet, une sorte de bride, qui s'étendait jusqu'à la limite externe de la cornée et constituait un lymblepharon assez lâche.

Les mouvements de cette paupière étaient nuls, l'occlusion de l'œil impossible, et l'on ne pouvait s'assurer de l'état du muscle orbiculaire ni de l'élévateur. La conjonctive oculaire était saine; la cornée présentait en dehors un point large de deux ou trois millimètres où son tissu paraissait un peu gris, ramolli et légèrement ulcéré; cependant, comme il était en dehors du champ de la pupille, la vision n'était pas altérée; il n'y avait ni douleur, ni photophobie, ni larmoiement.

Cette fille, extrêmement bornée, et qui avait quitté son pays pour venir se faire guérir de sa difformité, changea d'avis la veille du jour fixé pour l'opération. Cependant elle s'y décida de nouveau; mais à peine celle-ci était-elle commencée, qu'elle voulut qu'on la cessât, et pendant quelque temps il fallut lutter contre elle; cependant à la fin elle devint tout d'un coup docile, sans doute par un nouveau caprice.

M. Bérard fit une incision concentrique au bord libre de la paupière renversée et immédiatement derrière lui. Cette incision permit de détacher complètement la paupière et de lui rendre sa liberté. Ce premier temps permit de constater que le muscle orbiculaire n'avait pas été détruit, ni par conséquent l'élévateur de la paupière supérieure, car celle-ci put exécuter ses mouvemens nouveaux.

Dans un second temps, M. Bérard circonscrivit sur la tempe et la région externe du front, au moyen de deux incisions semi-elliptiques, un lambeau en forme de foliole de dahlia, et à peu près vertical. L'incision interne vint tomber sur celle qui avait été faite autour de la base de l'orbite; de sorte que quand le lambeau fut détaché avec soin, il put, en inclinant seulement son pédicule en dedans, l'enchâsser au-dessus de la paupière, et mettre partout des parties saignantes en contact.

Le lambeau ne tendait pas à se déplacer; il fut seulement maintenu par une bandelette de diachylon et un bandage contentif.

La journée et la nuit se passèrent bien. Le lendemain, l'appareil un peu imbibé de sang, fut complètement enlevé. Le lambeau ne s'était pas déplacé; cependant un sillon rempli de sang le séparait de la lèvre surcilière de la plaie; sa surface était uniformément colorée en brun, mais la température ne paraissait pas abaissée. Une bandelette de diachylon fut de nouveau mise en travers, et l'on tenta l'application de sangsues sur le lambeau. Une seule prit, mais elle saigna beaucoup. Au soir, l'appareil était complètement imbibé du sang qu'elle avait fourni. L'aspect et la position du lambeau n'avaient pas changé, mais la température était évidemment abaissée. Cependant la nuit fut bonne.

Le troisième jour une coloration plus foncée, des phlyctènes, un refroidissement complet, annoncèrent que la mortification était accomplie; déjà même la ligne d'élimination était nettement tracée sur le pédicule; il y eut un peu de fièvre; la malade ne se plaignit pas de l'œil.

Le cinquième jour au matin, la malade dit qu'elle avait beaucoup souffert de l'œil; on enleva le lambeau, dont le sphacèle était complet, et on regarda le globe oculaire. Cet examen ne put être que fort incomplet, à cause de l'état des parties, et surtout du mauvais vouloir extrême de cette malade. Cependant on put voir que l'altération de la cornée, signalée avant l'opération, avait fait des progrès en étendue et en profondeur; la membrane avait perdu sa transparence. Un traitement énergique, composé de saignées, de purgatifs, de frictions avec l'onguent mercuriel et la belladone, etc., n'empêcha pas la marche de l'altération.

Le sixième jour les douleurs avaient été vives pendant la nuit: l'infiltration interstitielle de toute la cornée était évidente; on pouvait constater un peu d'hypopyon.

Le huitième jour la douleur avait diminué déjà depuis la veille. Il y avait au bas de la cornée une petite élévation brune au milieu des parties ramollies, et qui parut être une procidence de l'iris. Elle fut touchée très légèrement avec le crayon d'azotate d'argent; aussitôt on la vit s'allonger rapidement de trois à quatre millimètres, en forme de boudin. Elle parut transparente alors, et creva subitement à la fin de son élongation, en projetant l'humeur aqueuse à environ 50 centimètres de l'œil. Tout ce phénomène s'accomplit en deux ou trois secondes.

Depuis ce temps il ne s'est rien passé de remarquable dans l'œil; les douleurs ont été modérées. La fonte de la cornée s'est accomplie; elle s'est transformée en une masse blanchâtre opaque qui a bientôt fait place à une saillie rougeâtre constituée par l'iris. L'inflammation de la conjonctive a donné lieu à un chémosis séreux considérable que des mouchetures ont diminué. Des cautérisations successives ont fait rentrer l'iris. Pendant ce temps la plaie de la paupière et de la tempe se sont couvertes de bourgeons charnus, et enfin cicatrisées. La première a été, une nuit, le siége d'une hémorrhagie assez notable, qui n'a pas paru avoir de l'influence sur l'état de l'œil, qui était alors fort enflammé. On a tâché, par des pansements méthodiques, de s'opposer au rétablissement de la difformité, et on y est presque parvenu; car le bord palpébral cache une bonne partie de l'œil, qui a perdu le sixième environ de son volume.

— Ce fait présente plusieurs particularités sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention. La première a trait au développement du charbon, qui s'est montré presque en même temps sur cinq personnes qui n'ont point communiqué entre elles, sans qu'on ait eu connaissance de la source de cette affection. On peut se demander aussi si les deux frères qui en ont été atteints ont puisé leur mal à la même source, ou se le sont donné l'un à l'autre. Mais ce n'est pas le lieu d'étudier ces questions, pour la solution desquelles nous manquons de données suffisantes.

Notre fille était atteinte d'un ectropion de la paupière supérieure. Cette maladie est beaucoup plus rare à cette paupière qu'à l'inférieure (1); et là, pour le dire en passant, un succès complet, quand il s'agit de la restaurer, est beaucoup plus difficile à obtenir. Les difficultés viennent de ce que la portion de peau avec laquelle on remplace celle qui a été détruite n'a ni la finesse, ni la souplesse de celle-ci; outre cela, elle n'est doublée que d'une manière médiate en quelque sorte, et au moyen d'un tissu de cicatrice plus ou moins rigide, des fibres charnues qui doivent lui imprimer les mouvements si étendus de l'organe à l'état normal.

Quoi qu'il en soit, une opération était indiquée chez cette fille, moins encore par son désir de guérir d'une difformité hideuse, que pour s'opposer aux fâcheuses conséquences, c'est-à-dire à la fonte de l'œil, que devait entraîner l'exposition continue de cet organe à l'air ou aux corps étrangers, et dont l'ulcération légère que présentait la cornée paraissait être le début. L'autoplastie semblait seule applicable; je crois possible de découvrir les causes de son insuccès, et il est utile de les faire connaître pour se mettre en garde contre elles à l'avenir.

Il est probable que la mortification du lambeau dont le pédicule était large et incliné plutôt que tordu, dont toute la surface était parfaitement enchâssée, a été due à la modification apportée dans le tissu de la peau par la cicatrice qui occupait presque toute l'étendue de ce lambeau et surtout son pédicule. Une circonstance pareille devrait faire douter du succès.

Plusieurs causes ont sans doute concouru à produire l'inflammation et la fonte de l'œil; ainsi, 1° l'extension de l'inflammation produite par l'opération, 2° son développement dans l'œil même par le contact d'une muqueuse inégale, ou 3° de matières purulentes plus ou moins septiques, 4° l'occlusion subite et permanente de l'œil qui ne s'était pas fermé depuis si long-temps, etc., ont pu chacune, ou ensemble, amener la fonte de l'œil. Il serait même possible de découvrir le mécanisme de ces causes; cependant je crois qu'elles n'auraient point amené le fâcheux résultat que nous avons vu, si déjà le tissu de la cornée n'avait été entamé. Cet ulcère qui n'avait pas été aperçu par la malade, qui ne causait ni trouble de la vision, ni rougeur, ni photophobie, ni larmoiement, et dont on devait espérer enrayer la marche et obtenir la cicatrisation en changeant les conditions qui l'avaient vu naître, cet ulcère, dis-je, a été, je pense, la cause des accidents; et une lésion semblable devrait suffire pour contre-indiquer toute opération de ce genre. Je suis fondé à croire que toute inflammation un peu sérieuse de l'œil peut facilement amener la fonte de la cornée *quand son tissu est entamé*.

Cette malade nous a présenté un phénomène curieux parce qu'on n'a pas souvent l'occasion d'en être témoin, c'est la perforation d'un kératocèle. Ce fait peut servir à établir ou à appuyer plusieurs propositions. Ainsi:

1° Comme le dit dans ses leçons M. A. Bérard, il ne faut pas toucher ce genre de tumeurs avec l'azotate d'argent, car on s'expose à produire immédiatement, comme chez notre malade, l'accident qu'on doit éviter, c'est-à-dire la perforation de l'œil.

(1) L'ectropion de la paupière inférieure, à un degré plus ou moins avancé, est en effet une difformité fort commune; ses causes sont variées, mais je n'ai vu notée nulle part, même dans les articles les plus récents, celle qui me paraît agir le plus souvent et à laquelle on sera forcé de remonter dans le plus grand nombre de cas pour expliquer le développement de la maladie.

Cette cause, c'est tout simplement le collement des cils à la peau de la paupière.

Il s'opère quand le mucus que sécrètent les paupières ou la conjonctive enflammées est assez abondant pour se répandre sur ces poils. Il devient permanent chez les malades qui négligent les soins de propreté, et ils sont nombreux, et il entraîne le renversement de la paupière en dehors. Quelques jours suffisent pour en établir le premier degré, et plus tard il devient lui-même la cause de son aggravation par l'irritation à laquelle est soumise la muqueuse déviée.

Je ne voulais qu'indiquer ce mécanisme, d'où il découle une conséquence pratique importante; c'est que des soins ordinairement faciles à prendre suffiront pour préserver certains malades et quelques vieillards d'une difformité dégoûtante.

2° Il devient plus important de distinguer ces tumeurs des hernies de l'iris auxquelles la cautérisation convient, combinée avec d'autres moyens, la belladone, par exemple, etc. La distinction est ordinairement facile à faire. Dans le kératocèle, la tumeur peut occuper tous les points de la cornée indifféremment; elle est transparente, la chambre antérieure persiste, la pupille n'est pas déformée, etc. Ce sont des caractères inverses dans le cas de hernie de l'iris; elle ne se produit pas au niveau de la pupille où il n'y a pas d'iris, elle est noire, la chambre antérieure est vide, la pupille est plus ou moins tirée vers la perforation, etc.

3° D'autres fois cette distinction est fort difficile à établir, par exemple quand il y a de la photophobie qui ne permet pas d'examiner l'œil même un instant, ou bien quand la cornée est assez opaque pour ne pas laisser distinguer des organes qui sont derrière elle; enfin, dans certains cas, lorsque d'un instant à l'autre la seconde altération succède à la première sans que *rien* en avertisse, que le changement survenu dans l'état physique de l'œil. On a dit que la perforation de l'œil était annoncée par une douleur violente et subite; cela est vrai quelquefois, mais c'est plutôt l'exception que la règle. J'ai vu bien des malades pour qui elle a été tout à fait inaperçue, et chez quelques-uns même, elle a été le signal d'une sorte de détente. Il est bon de tenir compte aussi du *larmoiement* qui survient, et qui est dû à l'écoulement de l'humeur aqueuse.

4° Enfin ce fait, en raison de l'élongation dont la tumeur a été le siége, milite en faveur de l'opinion qui consiste à penser que la saillie du kératocèle est due à la distension de la membrane de l'humeur aqueuse.

L'arrachement complet de l'iris est un accident de l'opération de la pupille artificielle contre lequel les auteurs n'ont pas prémuni, que je sache, les praticiens; ce n'est pas qu'il en soit arrivé déjà et à des hommes très habiles, mais ces faits n'ont pas eu de retentissement, et c'est un malheur; car, prévenus de sa possibilité et de la facilité même avec laquelle il s'accomplit, les chirurgiens, dorénavant, pourront l'éviter sans peine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre. — Présidence de M. Ferrus, vice-président.

M. Marchal (de Calvi) adresse une réclamation relativement à la lettre de M. M. H. Larrey sur sa communication d'un cas d'épispadiss. M. Marchal n'a pas dit qu'il n'existât pas, dans la science, d'exemples de cette anomalie. Il a seulement insisté sur la rareté de l'épispadias, et insistant sur sa rareté, il n'avait pas à prouver son existence. S'il n'a pas cité les exemples de ce vice de conformation consignés dans les ouvrages classiques, c'est, dit-il, qu'il croit plus facile qu'utile d'énumérer, à propos de chaque fait nouveau, les faits analogues déjà connus.

— *M. Barth* adresse une observation d'épispadias. La relation du cas est accompagnée d'un dessin. Le vice de conformation est presque semblable à celui qui a été présenté par M. Marchal; il est seulement plus simple, en ce que les gouttières latérales s'absorbant dans la gouttière urétrale principale manquent.

— *M. Ségalas*, en son nom et au nom de M. *Bouley* jeune, fait un rapport sur quelques observations de médecine et de chirurgie communiquées par M. le docteur Peyron, de Marines (Seine-et-Oise). — Ces observations sont au nombre de trois. La première est relative à une grenouillette compliquée de la présence d'un calcul salivaire; la seconde à une pierre arrêtée dans l'urètre d'une femme, et causant une rétention d'urine complète; la troisième à un cas de rage développée en dehors de toute influence de l'imagination, et due, selon toutes les apparences, à l'inoculation du virus rabique, quoique sans morsure aucune.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, qui portait devant le frein de la langue une tumeur considérable avec saillie très prononcée sous la région maxillaire. Cette tumeur datait de deux ans, s'était manifestée sans cause appréciable, et avait résisté jusqu'alors à tous les moyens que le malade avait employés pour s'en délivrer. La mastication et la prononciation étaient devenues difficiles peu à peu, et la tumeur, d'abord indolente, était le siége d'assez vives douleurs. C'était une grenouillette parvenue à un très grand développement. M. Peyron excisa une partie de la tumeur, et, par-là, donna issue tout à la fois à une masse de salive et à un petit calcul. Celui-ci, analysé par M. le docteur Fabre, préparateur de M. le professeur Péligot, s'est montré formé de phosphate de chaux et d'une matière animale, c'est-à-dire, qu'il offre la composition habituelle de ces sortes de concrétions.

La deuxième observation est relative à une dame âgée de cinquante ans et qui avait joui d'une santé assez bonne jusqu'à l'âge de quarante ans, époque où elle commença à éprouver un gonflement insolite dans la région abdominale. A ce gonflement se joignait de la gêne dans l'émission de l'urine qui souvent causait une cuisson brûlante en sortant. Un médecin consulté long-temps après le début des premiers symptômes, constata, dit-on, l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, avec cystite chronique, et prescrivit quelques moyens qui n'amenèrent aucun résultat.

Telle était l'état des choses, lorsqu'une nuit M. Peyron fut appelé auprès de cette dame pour remédier à une rétention d'urine qui durait depuis vingt-quatre heures. Au moment de l'arrivée du chirurgien, les souffrances étaient très aiguës, et la malade poussait des cris à l'instar des femmes en mal d'enfant; toute la région sus-pubienne était fortement distendue, très douloureuse au toucher, et offrait à l'œil une tumeur particulière, entièrement distincte de celle qui envahissait tout l'abdomen, et qui était indolente. M. Peyron voulut pratiquer le cathétérisme; mais il ne put : il existait à l'entrée de l'urètre un corps dur qui s'opposait à l'introduction de la sonde. A l'aide d'un doigt porté dans le vagin, il fut facile d'apprécier la forme et le volume de ce corps, qui n'était autre chose qu'un calcul dont la pauvre patiente cherchait à se débarrasser par des efforts expulsifs sans cesse renouvelés. Après l'emploi inutile d'un bain prolongé, M. Peyron procéda à l'extraction du corps étranger de la manière suivante : Il introduisit l'indicateur de la main gauche dans le vagin, et l'appliqua fortement derrière le calcul; puis de la main droite, armée d'un bistouri, il pratiqua une double incision latérale en portant l'instrument sur le calcul, et en débridant à droite et à gauche. Le calcul fut immédiatement chassé. Depuis cette époque, il s'est opéré des changements bien avantageux dans la santé de la malade. Non-seulement les rétentions d'urine qui étaient très fréquentes n'ont plus reparu, mais la tuméfaction abdominale a diminué, et trois ans plus tard cette femme pouvait se livrer à toutes les occupations d'une fermière.

M. Ségalas a examiné le calcul dont il s'agit ici : il est comme beaucoup de calculs urinaires composé d'éléments divers, savoir, d'acide urique, d'oxalate de chaux, de phosphate de la même base, et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Dans l'hypothèse où la malade n'aurait pas fait usage du bi-carbonate de soude ou de potasse, ou d'une eau chargée d'un de ces sels, la présence du carbonate de chaux dans la pierre serait un fait remarquable; car ainsi que l'a dit dans une autre circonstance M. Ségalas, il est rare de rencontrer le sel dont il s'agit dans les calculs urinaires de personnes qui n'ont pas été soumises à un traitement par les carbonates alcalins.

La troisième observation est plus intéressante. Un jeune homme de famille, ayant un chien malade, s'avisa de lui introduire dans la gueule une certaine quantité de miel, à l'aide de sa main. A très peu de jours de là le chien meurt enragé. Comme le jeune homme n'avait pas été mordu, il fit peu d'attention à cet événement, et il vivait dans la plus profonde sécurité, lorsqu'un mois après la mort de l'animal, au moment où il venait de s'habiller pour aller au bal, il fut pris tout à coup d'une vive douleur dans la main et le bras droit, avec des élancements fréquents sur toute la région thoracique.

Un médecin appelé, croyant avoir affaire à une pleurésie commençante, saigna le malade, et lui fit appliquer des sangsues. La nuit fut très agitée. Le lendemain, les symptômes présentèrent des caractères plus alarmants. Le malade, qui était d'une humeur habituellement douce et facile, crie et vocifère. On est obligé de le contenir dans son lit. La face est animée, le pouls plein. Dans l'idée que les méninges s'enflamment, on phlébotomise de nouveau largement. Quelques instants de calme succèdent à cette médication; le malade, qui avait un peu de peine à avaler les boissons, boit avec plus de facilité. Mais dans la nuit, l'agitation revient avec une nouvelle intensité; mêmes cris, mêmes impatiences, et même répugnance pour les liquides.

M. Peyron est appelé pour donner son avis. Jusqu'ici l'idée de rage n'était venue à personne. A son arrivée près du malade, il le trouva sans la moindre apparence de délire, mais se plaignant d'une vive constriction dans la gorge qui l'empêchait de boire et qui l'obligeait de cracher continuellement. Tout son corps était en proie à des mouvements convulsifs; il poussait des cris affreux, tantôt appelant son père pour lui donner des marques de tendresse, tantôt se livrant à des gestes et à des propos cyniques attestant la plus dégoûtante salacité. Les boissons sont repoussées avec horreur. Le facies, le regard, la voix ont, ajoute M Peyron, le cachet particulier qu'il est facile de reconnaître quand on a eu le malheur de voir plusieurs cas de rage,

M. Peyron se hâta d'exprimer à son confrère ses soupçons sur le caractère de l'affection. Celui-ci sort un instant pour prendre quelques informations. Il apprend la mort du chien et les soins que son maître lui a donnés. Les deux médecins s'assurent que la main à l'aide de laquelle le miel avait été porté dans la gueule de l'animal, offrait plusieurs tracas d'écorchures récentes et quelques cicatrices rougeâtres. Plus de doute; le virus avait été inoculé à l'insu de l'infortuné malade. Cependant les symptômes vont en croissant, les angoisses du malade sont inexprimables, et trois heures après cette consultation, il meurt brusquement, sans agonie.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. Peyron de ses communications, de l'engager à continuer la tâche qu'il a entreprise, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux prochaines places de correspondants.

M. Caventou demande à M. Ségalas si, lorsqu'il a trouvé des calculs formés de carbonate de chaux, il ne s'y rencontrait pas aussi des phosphates de le même base.

M. Ségalas répond négativement.

M. Baffos trouve la troisième observation incomplète, et propose qu'elle soit de nouveau renvoyée à l'examen des commissaires.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Dupuy, Blandin, Castel et Ollivier (d'Angers), les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Gauthier de Claubry* continue la lecture de son mémoire sur l'inutilité des revaccinations.

— *M. Collin* présente de nouveaux pessaires de son invention.

— M. le docteur *Blatin* présente un appareil qu'il appelle Rigocéphale, et qui est destiné à la réfrigération de la tête dans toutes les affections aiguës et chroniques de cet organe; il consiste en un bonnet à doubles parois flexibles, qui enveloppe la tête de toutes parts et se moule dessus.

Au moyen d'un siphon et d'un tuyau de décharge, on peut faire circuler par jour, entre les deux membranes, 400 litres d'eau sans cesse renouvelés.

La vessie qui sert à former l'appareil est rendue imperméable et imputrescible par un procédé de tannage particulier.

La tête du malade repose mollement dans la cavité du rigocéphale, sans avoir aucun poids à supporter; des anneaux permettent d'assujettir le bonnet réfrigérant pour un patient qui serait indocile ou dans le délire, ou encore de le suspendre au-dessus de la tête d'un malade qui voudrait rester assis.

Cet appareil a été exécuté par M. Charrière sur six modèles différents, pour s'accommoder aux diverses variétés de forme et de volume que l'encéphale peut présenter.

— *M. Paul Bernard* présente un malade sur lequel il a enlevé la glande lacrymale sur un œil. (Voir au compte-rendu de l'Académie des sciences.)

— *M. Bouillé* présente un fœtus anencéphale.

MM. Velpeau et Capuron sont désignés pour en faire l'examen anatomique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 octobre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. le docteur *Desmarres* adresse la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur, il y a peu de temps, d'adresser à l'Académie un travail d'expérimentation sur les mauvais résultats de l'abrasion de la cornée, ou kératectomie. Opération qui consiste à enlever avec le bistouri les taches de cette membrane.

» Je viens aujourd'hui appeler son attention sur les résultats plus satisfaisants que j'ai obtenus dans l'opération de la kératoplastie pratiquée sur des lapins vivants. Déjà l'Académie a reçu un travail sur ce sujet des mains du docteur Feldmann, qui, grâce à la bienveillance de M. Flourens, répète en ce moment encore ces mêmes expériences au Jardin du Roi.

» Il résulte de mes observations :

» Qu'il est assez facile d'obtenir la greffe d'une cornée de lapin sur celle d'un autre animal de même espèce, mais que la transparence du lambeau rapporté est le plus communément nulle, au moins dans sa plus grande étendue;

» Que la cornée rapportée, après avoir subi un gonflement énorme dans beaucoup de cas, s'aplatit peu à peu et se contracte de manière à perdre dans tous ses diamètres une étendue équivalente aux 2/3 de ses dimensions primitives, tout en conservant la forme exacte de sa périphérie première;

» Que tout en se contractant et se retirant au centre, la nouvelle cornée entraîne à elle d'une manière concentrique le bord demeuré intact de l'ancienne cornée;

» Que ce bord de l'ancienne cornée, quelquefois très étroit, s'allonge d'une manière fort remarquable, et prend en étendue une surface qui est avec celle que l'instrument tranchant avait épargnée, dans le rapport de 1 à 2, 3, 4, 5, et même 6;

» Que si en pratiquant la kératoplastie on enlève un lambeau de l'iris, en regard d'une portion même très étroite de l'ancienne cornée, celle-ci en s'allongeant par une sorte de reproduction, permet le libre accès des rayons lumineux jusqu'à la rétine;

» Qu'enfin la kératoplastie, intéressante jusqu'ici au point de vue physiologique, paraît, d'après mes expériences, devoir être utile au point de vue pratique, en ce que la vision s'accomplit, non point à travers le lambeau rapporté, mais par l'ancienne cornée qui se reproduit ou s'étend, en prenant un point d'appui central sur la greffe. Il est à remarquer que sans cette greffe la cornée s'atrophie comme on le voit le plus souvent après l'opération du staphylôme.

» Les figures ci-jointes donneront à l'Académie une idée assez exacte de la contraction et de l'opacité du lambeau rapporté et de l'étendue de la portion de cornée reproduite, derrière laquelle l'iris avait été primitivement enlevé.

» J'espère que la bienveillante promesse que m'a faite M. Flourens me permettra de répéter ces expériences dans son laboratoire, concurremment avec le docteur Feldmann, et de convaincre l'Académie du fait nouveau très curieux de la reproduction de la cornée, et de l'utilité pratique de la kératoplastie considérée d'un autre point de vue qu'elle ne l'a été jusqu'ici. »

— *M. Moreau de Jonnès* lit une réponse au travail de M. Parchappe sur les causes de l'aliénation mentale. L'auteur soutient l'exactitude de la classification qu'il a adoptée et combat celle de M. Parchappe.

— *M. Gannal* lit un mémoire sur la conservation des pièces d'histoire naturelle. La nature toute spéciale de ce travail ne nous permet d'en citer que l'extrait suivant : « En résumé, je prétends qu'aucune préparation arsenicale ne peut assurer la conservation des matières animales; que celles qu'on exposerait à l'air pendant un temps qui dépasserait trois ans sont détruites, et celles qui sont enfermées sont détruites au bout d'une année; que les sels solubles d'alun sont efficaces pour assurer l'arrêt de fermentation putride; que l'emploi des préparations de noix vomique préserve absolument toutes les matières animales de l'action des insectes. »

— *M. Paul Bernard* adresse un mémoire intitulé : Ablation de la glande lacrymale avec ou sans oblitération du sac, proposée pour la guérison des larmoiements chroniques et des fistules lacrymales réputées incurables par les moyens ordinaires.—L'extirpation partielle ou totale de la glande lacrymale n'est point une opération nouvelle, elle a été pratiquée avec succès un certain nombre de fois, dans le cas de dégénérescence encéphaloïde ou carcinomateuse par plusieurs praticiens distingués, et entre autres par M. Guérin (de Bordeaux), Charles Tood (de Genève), Obéirne (de Dublin), Carron du Villards en France, etc.; mais cette ablation, jusqu'à ce jour, avait été à peu près exclusivement réservée et conseillée pour les cas d'affection cancéreuse ou de dégénérescence de mauvaise nature. Mais cette opération n'est point pratiquée dans les cas ci-dessus indiqués. Sans aucun doute, la crainte de priver l'œil de son liquide lubréfiant a dû arrêter les opérateurs; M. Paul Bernard la partageait aussi, quand la réflexion, aidée de nombreuses recherches dans les auteurs, l'ont conduit aux inductions suivantes : Pour être nécessaire à l'œil, la glande lacrymale ne lui est point entièrement indispensable, ainsi que le prouvent les malades qui ont subi l'extirpation de cet organe, en conservant intacts leurs yeux et les fonctions visuelles; 2° l'extirpation de la glande lacrymale est par elle-même peu grave et peu douloureuse; 3° Si l'on craignait l'endurcissement de la conjonctive et la sécheresse de l'œil par suite de la suppression des larmes, on pourrait être rassuré par la presque certitude de l'hypersécrétion des follicules ciliaires (glandes de Meibomius) qui peut, jusqu'à un certain point, suppléer à l'usage du fluide lacrymal, et par ce fait cité par M. Carron du Villards, que dans tous les cas où l'on a extirpé complètement la glande lacrymale pour cause de cancer, la conjonctive n'a pas été atteinte de cette dégénérescence; 4° enfin, certains larmoiements chroniques dus uniquement à une hypertrophie de la glande, et par suite à une hypersécrétion de larmes (maladie jusqu'à ce jour fort peu étudiée) et beaucoup de fistules lacrymales plus ou moins incurables par les moyens ordinaires, font quelquefois le tourment et le désespoir des malades pendant une partie de leur existence.

M. Paul Bernard a pratiqué cette opération sur un malade affecté depuis dix ans de larmoiement chronique et elle a réussi à le guérir de cette incommodité.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* adresse une lettre relative à la dissolution des calculs par le suc gastrique. Cette lettre est la même que M. Le Roy avait adressée mardi dernier à l'Académie de médecine, et que nous avons reproduite. Nous y trouvons cependant le nouveau passage que voici : J'ai pu cette semaine faire quelques expériences. L'action a été nulle sur les calculs d'oxalate de chaux, à peu près nulle sur l'acide urique, extrêmement faible sur les phosphates triples, de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, de même que sur une concrétion d'urate de soude provenant d'une articulation de goutteux; à ces résultats négatifs je joindrai celui de M. Donné, qui depuis trois semaines déjà tient des fragments d'acide urique dans du suc gastrique, sans qu'ils aient éprouvé d'altération marquée.

Je n'ai observé des effets dignes d'être notés que sur les calculs alternants. La couche plus épaisse de mucus qui unit les deux espèces de concrétion a perdu sa cohésion, et ces couches se sont séparées, mais par une cassure nette et sans ramollissement de fragments.

Le suc gastrique n'est pas un lithontriptique; son action sur les tissus organiques pourra-t-elle être utilisée au profit de la médecine, et surtout de la chirurgie? J'ai déjà commencé à en faire l'épreuve, mais cette épreuve date d'hier, et je veux me garder de transformer une espérance ou une illusion en fait accompli.

— *M. Chossat* envoie un mémoire, intitulé : Recherches expérimentales sur les effets du régime du sucre. Voici les deux conclusions générales de ce travail : 1° le sucre a favorisé tantôt la production de la graisse, et tantôt celle de la bile; 2° dans les cas de production de graisse, il y a eu en général tendance à la constipation, et dorénavant, au contraire, dans celui de la formation de la bile. Ainsi l'on peut présumer que pendant l'usage du sucre en amenant la constipation ou le dévoiement, l'on pourra favoriser, en quelque sorte à volonté, ou la production de la graisse, ou celle de la bile.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 125. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Des sympathies physiologiques ou pathologiques du système utérin avec les autres appareils organiques.

(Suite du n° 120.)

Nous croyons avoir démontré suffisamment qu'il existe des rapports bien évidents entre le système utérin et les autres appareils organiques, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique. Nous avons dit que tous les organes ne répondent pas avec le même empressement aux irradiations que le système utérin projette dans l'économie, et nous avons examiné sous le rapport de l'impressionnabilité le bassin, d'abord, les seins ensuite.

Avant de terminer ce qui est relatif à ces derniers organes, présentons encore quelques considérations importantes. Encore une preuve des relations qu'ont les seins avec les organes génitaux. Qui d'entre vous ne sait que dans les rapports sexuels, dans l'orgasme vénérien, les seins tout entiers, mais surtout l'aréole et le mamelon, se tuméfient légèrement, s'injectent, s'érigent, deviennent plus chauds, plus rénitents, plus sensibles. La peau de l'aréole se fronce, se concentre par une contraction spasmodique vers la base du mamelon. D'où vient cette excitation, si ce n'est du contre-coup envoyé des organes génitaux?

Dans la grossesse, les glandes mammaires qui n'étaient pas encore entrée en action, qui étaient, si je puis le dire, jusqu'alors un simple organe d'inspection, les glandes mammaires se gonflent, prennent un grand développement; l'aréole brunit, se prononce davantage, devient même quelquefois d'une couleur tellement foncée, qu'elle approche du noirâtre. Le mamelon se développe, et cela d'autant plus que la fin de la grossesse approche, afin d'offrir à l'enfant lors de sa naissance un tubercule assez saillant pour qu'il puisse le saisir facilement. Eh bien! dans la suppression des règles, dans toutes les maladies qui développent considérablement la cavité de l'utérus, l'hypertrophie du corps de l'organe, les polypes, les corps fibreux, l'hydrométrie, etc., presque toujours les seins présentent la série des phénomènes que nous venons d'indiquer. Ils se développent, et présentent même quelquefois le phénomène extrêmement curieux de la sécrétion d'une sérosité lactescente.

Après l'expulsion par les contractions de la matrice d'un corps étranger contenu dans sa cavité, il y a souvent turgescence du sein et sécrétion laiteuse, comme après un accouchement naturel. Qu'une femme vienne se présenter à vous, offrant ces symptômes, et si vous n'êtes pas prévenus des cas possibles qui peuvent se présenter, vous diagnostiquerez une grossesse alors que vous aurez affaire à un état morbide.

Chez les femmes enceintes, la mort du fœtus, l'hémorrhagie utérine, la forte inflammation de la matrice, sont autant de cas où les seins qui étaient fermes, tendus, proéminents, s'affaissent, diminuent de volume, deviennent flasques et pendants, comme chez les femmes qui sont restées long-temps malades. Nous avons aussi observé que dans les affections chroniques de l'utérus, les seins maigrissent et se flétrissent plus promptement que les autres parties. N'est-ce pas là une preuve bien évidente que les changements qui sont survenus dans les organes de la génération ont été ressentis par l'appareil de la sécrétion mammaire, et que cet appareil a répondu à cet état morbide.

Non-seulement le système utérin agit, comme on vient de le voir, avec une grande énergie sur les mammelles; mais, à leur tour, celles-ci exercent une action qui n'est pas moins sensible sur les organes génitaux. Qui ne sait que les attouchements, la titillation, la succion du mamelon, exercée soit par un individu du sexe opposé, soit même par le nourrisson, déterminent chez quelques femmes de vives et voluptueuses sensations, lesquelles retentissent sur les organes génitaux, et éveillent bientôt les ardents désirs de la copulation? Qui ne sait que chez la plupart des nourrices, chez celles dont la sécrétion lactée est abondante, la menstruation ne se fait pas tant que dure la lactation, et qu'elles sont également peu exposées pendant cet espace de temps aux flueurs blanches, au catarrhe utérin, à l'inflammation de la matrice? Il semble que pour un temps tout l'excitation se porte vers les seins au détriment des autres organes.

Enfin dans les maladies chroniques du sein, et surtout dans le cancer, qui de nous, s'il a pris attentivement quelques observations, n'a remarqué la fréquence des douleurs vives que les malades accusent dans les organes génitaux, bien que ceux-ci soient parfaitement sains, et n'a remarqué en même temps que ces douleurs ont souvent cessé après l'opération par laquelle on avait enlevé la tumeur cancéreuse. L'application de ventouses, de synapismes dans le voisinage des seins, font cesser quelquefois des hémorrhagies utérines, et c'est un des mille cas, pour le dire en passant, dans lesquels la connaissance de ces rapports sympathiques peut être utile dans la thérapeutique des maladies utérines. Il reste donc désormais bien prouvé pour nous que si les organes génitaux agissent sympathiquement sur les mamelles, celles-ci réagissent avec non moins d'énergie sur l'appareil générateur.

3° Après le bassin et les mamelles, les organes qui sont le plus étroitement liés aux organes sexuels sont le larynx et le pharynx, comme le prouvent les profondes modifications physiques et fonctionnelles que subit le premier lors du développement de l'utérus. Chez la jeune fille qui devient pubère, la voix de simplement aiguë, devient douce, pénétrante, et ce changement tout particulier est sympathique des modifications qui surviennent dans le système utérin. La preuve en est que lorsque l'époque arrive, à laquelle la femme cesse d'être menstruée, la voix subit une nouvelle modification, mais inverse de la première. M. Colombat (de l'Isère) rapporte, dans son Traité des maladies des organes vocaux, qu'il a été consulté pour des aphonies chroniques et complètes déterminées par des maladies chroniques de l'utérus, des aphonies passagères résultant de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée. Dans d'autres cas, c'est une dysphonie liée à un état de grossesse. Dans tous les cas, ces accidents étaient le résultat d'une action sympathique de l'utérus, déterminée par l'action physiologique ou pathologique de cet organe.

La soif vive, le sentiment de sécheresse et de constriction qu'éprouvent au pharynx la jeune femme qui est dans l'attente du plaisir, et celle qui s'y livre, prouvent l'étroite corrélation qui existe entre ces parties et le système utérin. Il en est de même du sentiment de constriction pharyngo-laryngienne que les femmes éprouvent dans les attaques d'hystérie, qui dépendent si fréquemment des maladies de l'utérus.

Il y a plus, c'est qu'un seul et unique lien semble embrasser, comme dans un réseau commun, les organes générateurs, les seins, le pharynx et l'organe de la voix. Nous avons vu des femmes qui étaient mal réglées, prises de sécheresse, de constriction spasmodique telle du pharynx qu'elles avaient sans cesse la crainte de mourir suffoquées en avalant ou en buvant. Cette crainte était si prononcée chez une de nos malades, qu'elle prenait tout au plus la quantité d'aliments nécessaires à l'entretien d'une vie languissante. C'est avec raison que Mansars, dans sa Dissertation sur les signes de la conception, a dit que dans le coït fécondant certaines femmes, en même temps qu'elles ressentent un resserrement au pharynx, éprouvent dans le pharynx et dans les organes olfactifs et gustateurs la sensation d'une odeur tout à fait semblable à l'odeur de la liqueur spermatique. Une dame que j'ai accouchée quatre fois, a constamment éprouvé cette sensation qui, m'a-t-elle assuré, ne l'a jamais trompée.

4° L'encéphale et le système nerveux reçoivent souvent des ébranlements du système utérin. Nous avons indiqué déjà, au commencement de ces considérations, quelles étaient les modifications physiologiques que le développement régulier de l'appareil générateur fait subir aux actes du système nerveux et aux facultés intellectuelles. Tant que la jeune fille n'est pas réglée, ses goûts ne diffèrent pas d'une manière sensible de ceux des enfants de son âge du sexe opposé. Mais à peine cette fonction s'accomplit-elle d'une manière régulière, que les idées et les goûts changent. La femme devient plus impressionnable, plus sensible, enjouée ou rêveuse, douce ou emportée. Il survient dans ses idées une grande mobilité; tantôt d'une gaieté folle, tantôt entraînée à un besoin irrésistible de pleurer, sans qu'aucune cause apparente y ait donné lieu. Ces modifications dans le moral de la jeune fille sont telles que souvent la folie en est le résultat; la folie est, en effet, beaucoup plus fréquente à cette époque de la vie qu'à toute autre. A cette époque également la paralysie, l'amaurose, la surdité, etc., sont fréquentes chez les jeunes filles qui ont une menstruation difficile. Les goûts dépravés, le besoin de manger de la terre, du charbon, du sable, etc., sont aussi le plus fréquemment observés à ce moment de la vie.

Pendant la grossesse, la sensibilité et la susceptibilité nerveuse sont ordinairement exaltées, souvent perverties, et la femme est plus disposée au développement des affections nerveuses. Dans les maladies des organes génitaux, et surtout dans les affections aiguës de l'utérus, vous savez que l'on observe très promptement des phénomènes de réaction générale; la fièvre est très forte; le délire symptomatique et très fréquent, presque constant, intense. Les convulsions sont fréquemment produites par ces maladies. J'ai vu une simple et légère cautérisation de la vulve avec le nitrate d'argent déterminer des convulsions qui ont duré toute une nuit.

M. Lisfranc rapporte qu'il a observé plusieurs cas de cho-

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier. JUSTICE CRIMINELLE.

I. *Meurtre d'un enfant nouveau-né.* (Cour d'assises du Var.)

Le 3 mai dernier entre les pierres d'une chapelle en ruînes, située au voisinage du cimetierre de la commune de Châteaudouble, on aperçut le cadavre d'un enfant nouveau-né enveloppé dans un linge. La justice, informée bientôt de cette circonstance, fit une descente sur les lieux. A la suite de cette visite, elle ne tarda pas à découvrir que le 6 avril précédent la nommée Victoire Deze, de Châteaudouble, était accouchée et que son enfant avait disparu.

Cette fille, âgée de trente-quatre ans, ayant été amenée en présence du cadavre, le reconnut comme étant celui de son enfant; mais elle déclara qu'à peine né il était mort, qu'alors elle l'avait confié à sa mère pour qu'elle allât l'enfouir dans le lieu où il avait été trouvé.

En conséquence de ces faits, Victoire Deze fut traduite devant le jury sous la prévention d'infanticide.

Aux débats, l'accusée a dit, pour prouver qu'elle n'avait point eu l'intention de commettre le crime dont elle était inculpée, que, quatre jours avant son accouchement, elle s'était rendue chez une sage-femme de Toulon pour s'y mettre en pension, mais qu'elle n'avait pu s'arranger avec cette femme qui lui avait demandé une somme double de celle qu'elle pouvait lui payer. A son retour à Châteaudouble, elle avait, sur les huit heures du matin, été prise des douleurs de l'enfantement, et aussitôt elle avait appelé sa mère à son secours; mais comme cette dernière se trouvait alors à un étage inférieur, elle avait tardé deux ou trois minutes à venir dans la chambre obscure où sa fille gisait sur une paillasse, et, à son arrivée le nouveau-né, qui avait remué au moment de sa naissance, avait déjà cessé de vivre. Alors, sur la prière qu'elle en avait fait à sa mère, celle-ci avait enveloppé le petit cadavre dans un linge, et, vingt-quatre heures après, l'avait porté dans le lieu où il avait été découvert plus tard.

Les deux médecins qui avaient été chargés de procéder à l'examen et à l'autopsie du corps de l'enfant, ont déclaré qu'il était né à terme et viable, qu'il avait vécu bien que n'ayant pas respiré; que son organisation était bonne, forte, complète; qu'il avait succombé à une sorte d'asphyxie, dénotée par une sorte de congestion sanguine de la tête et du cœur, et que cet accident devait être rapporté à ce qu'on l'avait laissé pendant plusieurs minutes sous l'enveloppe d'un drap épais; enfin, qu'une forte contraction de l'une des mains venait encore prouver qu'il avait vécu.

Après le réquisitoire du ministère public, le défenseur de la prévenue a soutenu que rien n'établissait que l'enfant fût né vivant; que, d'après les meilleurs auteurs, la seule garantie certaine qu'il y ait eu vie, est qu'il y ait eu respiration. Que si l'enfant était mort dans le sein de sa mère, quelques heures avant l'accouchement, on eût cependant remarqué en lui tous les symptômes de bonne constitution et de vitalité d'où les deux médecins qui ont procédé aux investigations nécroscopiques, ent osé conclurs qu'il avait vécu; que, quant à la contraction d'uned es mains, elle ne pouvait rien prouver, qu'on ne savait à quelle cause l'attribuer, et que le simple bon sens suffisait pour indiquer que le cadavre n'ayant été soumis à l'examen des hommes de l'art qu'un mois environ après la mort, si la contraction avait été produite pendant la vie, elle n'eût pas tardé à disparaître, comme il arrive toujours, lorsque la rigidité cadavérique a fait place à l'état de relâchement.

Le jury ayant déclaré l'inculpée coupable d'homicide par imprudence, mais avec admission de circonstances atténuantes, la Cour a prononcé contre elle une condamnation à deux ans d'emprisonnement.

II. *Accusation de meurtre.* (Cour d'assises du Finistère).

Le 2 juillet dernier, un cultivateur du village de Creail, commune de Plougar, le nommé Yves Aballéa, âgé de vingt-huit ans, rentra à son domicile vers neuf heures et demie du soir, en compagnie de son beau-frère, Jean Derrien. Après qu'ils eurent bu ensemble une rixe s'éleva entre eux; ils en vinrent aux mains, puis Derrien partit pour s'en aller chez lui. Vers dix heures moins un quart, deux domestiques d'Aballéa, qui étaient couchés dans une grange située à côté du principal corps de logis, entendirent leur maître répéter à plusieurs reprises: « Jean! Jean! viens ici, j'ai à te parler. » Jean Derrien lui répondit: « Oui, je vais. » Presque au même moment une explosion se fit entendre, et immédiatement après on entendit par trois fois le malheureux Jean Derrien répéter d'une voix plaintive: « Ah mon Dieu! »

Les deux domestiques se levèrent aussitôt, et ils aperçurent Jean Derrien tombé dans l'aire d'Aballea. Ils passèrent près de lui, mais sans oser le regarder, tant ils étaient effrayés. Lorsque le jour fut de retour le cadavre fut examiné. Il était étendu sur le dos, sur le sol de l'aire, à 25 mètres environ de la maison principale, ayant les pieds dirigés vers celle-ci. Il avait été atteint à la poitrine d'un coup de feu chargé à plomb, et tiré à 7 à 8 mètres environ. Il existait en outre, au milieu de la face antérieure de la poitrine, une empreinte circulaire qui paraissait résulter d'un coup porté avec l'extrémité d'un canon de fusil.

Aballéa reconnut que c'était lui qui avait tué son beau-frère; mais il prétendit qu'il avait été attaqué et maltraité par lui, et que, s'étant armé de son fusil, il avait tiré sur lui sans le voir, mais dans la direction où il supposait qu'il devait se trouver.

En conséquence de ces faits, il a été traduit devant la Cour d'assises, sous la prévention de meurtre.

Aux débats, les deux hommes de l'art qui avaient été chargés d'examiner et d'autopsier le cadavre de Jean Derrien ont déposé, comme il suit, de ce qu'ils avaient observé.

M. Lemoine, officier de santé: « Le 3 juillet dernier, je fus appelé avec mon collègue, par M. le juge de paix, pour constater le genre de mort de Jean Derrien. Nous remarquâmes à la partie antérieure de la poitrine une cinquantaine de petites plaies circonscrites dans un espace de la largeur de la paume de la main. Un peu plus, à droite, nous remarquâmes une empreinte circulaire produite par le canon d'un fusil. Derrien n'avait aucune maladie de nature à provoquer sa mort, qui a été le résultat du coup de fusil. »

rées qui avaient été produites par des engorgements de l'utérus méconnus par les premiers médecins qui soignèrent les malades. Il a vu également des accès épileptiformes, l'hystérie, la folie, causées par des affections utérines qui n'avaient nullement, avant lui, fixé l'attention des hommes de l'art auxquels les malades s'étaient adressées.

Quelquefois, les femmes éprouvent des malaises généraux (des vapeurs, comme elles les appellent), une grande susceptibilité nerveuse, une irritation ou un affaiblissement de tous les sens, des tremblements, etc., qui sont produits par des affections latentes du système générateur. Qui ne sait que la vicieuse et funeste habitude de l'onanisme irrite, trouble promptement l'action du système nerveux, et produit l'anéantissement des facultés intellectuelles?

L'appareil générateur reçoit du système nerveux céphalo-rachidien et ganglionnaire des modifications sympathiques, une sorte de stimulation, qui s'annoncent par des changements dans les actions des organes qui le composent. Qu'une femme arrête son esprit sur des peintures, sur des pensées lascives, des romans, des livres obscènes, qu'elle reçoive un baiser passionné, bientôt après la stimulation du système nerveux arrive celle des organes génitaux, qui éveille le besoin de sensations qu'ils n'éprouvaient pas quelques instants auparavant.

Les émotions vives, la peur, la colère, la jalousie, suspendent souvent la menstruation, l'écoulement lochial chez les femmes récemment accouchées, arrêtent ou modifient profondément la sécrétion du lait. Ces mêmes émotions peuvent, dans l'état de santé, déterminer un léger écoulement sanguin par les organes génitaux, accélérer de plusieurs jours l'apparition des règles, provoquer l'avortement. Enfin, personne n'ignore que les chagrins violents et prolongés sont souvent la cause de la leucorrhée, des cancers de la matrice. Les sympathies qui rattachent le cervelet aux organes génitaux ne nous paraissent pas encore assez bien démontrées pour nous y arrêter.

5° L'estomac et le tube digestif sont manifestement liés sympathiquement avec l'appareil génital. Un grand nombre de femmes, avant et pendant l'écoulement menstruel, éprouvent une augmentation d'appétit, consomment une plus grande quantité d'aliments, et digèrent avec plus de facilité qu'à l'ordinaire. Chez d'autres, des symptômes tout à fait inverses ont lieu. Lorsqu'une femme est sous l'influence des désirs vénériens, et des émotions que cause la présence d'une personne aimée, elle éprouve un sentiment de contraction spasmodique dans la région de l'estomac; le tube digestif devient le siége de borborygmes qui décèlent les sensations et la stimulation des organes générateurs sous l'influence desquelles se trouve la femme.

Chez les jeunes personnes mal réglées, dont les organes génitaux sont le siége d'écoulements plus ou moins abondants et de troubles fonctionnels, on observe fréquemment un appétit déréglé, les dépravations du goût dont nous avons parlé plus haut. J'ai connu et soigné une jeune fille dans cette situation qui mangeait, chaque jour, plusieurs livres de ce sable fin que l'on trouve abondamment au fond des ruisseaux. Pendant la congestion utérine qui précède les règles, il n'est pas rare de voir survenir un dévoiement ou une constipation très opiniâtres. Tout le monde connaît enfin le ptyalisme, l'anorexie, les dégoûts, les nausées, les vomissements, les appétits bizarres et dépravés qu'éprouvent les femmes enceintes au commencement de leur grossesse. Je vous ai cité tout à l'heure une dame qui toutes les fois qu'elle est devenue enceinte, et elle l'est aujourd'hui pour la cinquième fois, a ressenti dans la bouche une odeur et un goût spermatiques bien prononcés au moment même où a eu lieu le coït fécondant.

Lorsque les organes génitaux sont le siége de douleurs, souvent les autres organes de l'abdomen deviennent également douloureux. Dans la métrite et l'ovarite aiguës, les malades éprouvent des douleurs qui s'irradient dans tout le tube digestif, et des vomissements plus ou moins abondants ne tardent pas à se manifester. M. Lisfranc fait même observer que les maladies chroniques de l'utérus déterminent fréquemment des symptômes qui pourraient en imposer pour l'existence d'une gastrite ou d'une gastro-entérite chroniques, symptômes qui disparaissent aussitôt qu'ayant reconnu la maladie utérine, on dirige contre elle les moyens thérapeutiques convenables.

Si le tube digestif est fortement influencé par les organes génitaux, il est loin d'être lui-même sans action sur ces organes, comme le prouvent les fausses couches que produisent fréquemment les inflammations gastro-intestinales, l'action des purgatifs, etc. Dans tous ces rapports, il n'est rien qui doive surprendre. D'où viennent, en effet, les nerfs de l'utérus? Des plexus sciatique et sacré qui se rendent à la moelle de l'épine; d'autre part, du plexus hypogastrique qui n'est qu'une émanation des plexus rénal et aortique qui émanent eux-mêmes du plexus solaire. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'une fois que l'irritation est dans un de ces points, tous les organes qui reçoivent des filets de ce grand réseau se ressentent de cette irritation?

Au reste, ce consensus, cette action réciproque qui unissent sympathiquement l'appareil digestif et le système générateur, n'ont point échappé à la plupart des médecins observateurs, et voici comment Rega s'exprime à ce sujet: « Ergò, dit-il, si ab utero laborante plura stomacho contingant incommoda, non est dubitandum quin, ventriculo patiente, pati debeat et uterus. »

6° Il n'est aucun des viscères contenus dans les cavités thoracique ou abdominale, mais principalement dans cette dernière, et recevant des rameaux du système ganglionnaire, il n'est aucun de ces viscères, disons-nous, qui n'ait des sympathies plus ou moins étroites et manifestes avec l'appareil générateur.

Deux organes surtout, le rectum et la vessie, que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, considérer comme des annexes des organes génitaux, à cause des étroites liaisons anatomiques qui les unissent à ceux-ci, ressentent vivement le contrecoup des actions et des modifications du système sexuel. Leur circulation, leur contraction, leur sensibilité, se modifient très souvent, et en même temps, de la même manière, comme on le voit dans les rapports sexuels. Qui ne sait que certaines stimulations portées sur l'urètre et sur l'extrémité inférieure du rectum, éveillent souvent des sensations tout à fait semblables à celles que produisent les rapports sexuels, et que quelques femmes, celles surtout qui sont fortement impressionnées par cet acte, sont quelquefois prises d'un resserrement spasmodique de la vessie qui produit involontairement l'excrétion urinaire? Les accoucheurs ne nous apprennent-ils pas encore que dans le principe de la grossesse, quelques jours même après la fécondation, la femme éprouve des envies et des besoins fréquents d'uriner?

Une corrélation encore plus évidente associe entre elles les diverses parties qui composent l'appareil de la génération. Ce fait est trop connu pour que nous croyons devoir nous y arrêter longuement; nous nous contenterons d'effleurer rapidement, et en quelques mots, l'histoire des sympathies de chacune des portions du système utérin avec les parties voisines. Ainsi, par exemple, il est rare de voir une hydropisie de l'ovaire un peu volumineuse, sans que l'ovaire du côté opposé soit également malade, bien qu'à un moindre degré. Rappelez-vous ce que nous vous avons dit plus haut, que des causes d'irritation qui agissent sur une portion du système utérin, sur les organes externes, par exemple, peuvent déterminer l'altération des organes internes, sans lésion des parties qui ont supporté l'action de la cause morbide, de même que vous observez des phénomènes pathologiques sur des organes sains qui ne font que refléter la souffrance d'organes éloignés et plus ou moins profondément altérés. Nous avons eu l'occasion d'observer, l'an dernier, une femme atteinte d'ovarite avec suppuration, qui accusait, comme principale souffrance, une douleur vive et poignante au clitoris, et cela pendant tout le cours de la maladie.

On pourrait donc se trouver porté à croire les malades affectées d'une lésion toute autre que celle qu'elles présentent réellement. Vous trouverez des femmes atteintes de maladies des organes génitaux, qui ne vont consulter le médecin que pour des douleurs d'estomac, des douleurs dans la région de la vessie. Si vous les interrogez sur l'état des organes génitaux, elles vous répondront qu'elles n'ont absolument rien de ce côté. Il y a là aussi une question de pudeur, en même temps que d'ignorance. Mais si, au lieu de poser ainsi la question, vous commencez par demander à la femme si elle est régulièrement menstruée, si elle n'avance pas ou si elle ne retarde pas un peu, elle vous répondra avec franchise, parce qu'elle ne verra pas où tendent ces questions. Vous lui demanderez de même si elle n'a point eu un peu de leucorrhée, si elle n'éprouve pas quelques douleurs dans les aines lorsqu'elle marche, etc. Des réponses qu'elle vous fait vous tirez vos conclusions, et vous prescrivez un traitement en harmonie avec l'état dans lequel elle se trouve. En voilà assez sur les signes rationnels que l'on retire de l'examen des organes génitaux. Quant aux signes sensibles que présentent les femmes quand on les interroge et qu'on les examine comme atteintes d'une maladie de l'utérus, c'est par l'application exacte et immédiate des quatre sens, le toucher, la vue, l'ouïe et l'odorat, que le chirurgien doit chercher à les obtenir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Fracture du cartilage de la huitième ou neuvième côte par contraction musculaire.

Au n° 25 de la salle Saint-Jean, est couché le nommé Gibault (Laurent), âgé de cinquante-deux ans, charretier. Entré le 28 août 1843.

Les particularités de cette observation ayant été constatées par un grand nombre de personnes, on peut les présenter avec la confiance qu'il n'y a rien d'inexact dans ce qui les concerne.

Ce malade, qui rend compte avec beaucoup d'intelligence et de netteté de la manière dont s'est produit l'accident qui le fait entrer à l'hôpital, nous rapporte qu'il y a douze jours, au moment où il était occupé à charger un tombereau, il fit un effort violent durant lequel il sentit un craquement dans le côté gauche. La cause à laquelle il attribue la violence de l'effort qu'il fit, et la conséquence qu'entraîna cet effort est la suivante: il jetait avec une pelle à manche assez court de la terre dans un tombereau à bords élevés. Obligé de porter très haut la pelle qui lui servait, afin d'atteindre par dessus le bord du tombereau, il sentit tout à coup, au moment où il faisait un effort plus violent, un craquement dans le côté gauche. C'est à sa droite qu'était le tombereau; c'est donc dans l'attitude où le bras gauche croisait le corps de gauche à droite, que s'opéra la rupture.

Lorsque ce malade entra à l'hôpital, on sentait vers la partie inférieure antérieure et gauche de la poitrine, à la hauteur du point où se trouvent les cartilages costaux des dernières côtes sternales, on sentait, toutes les fois que l'on ramenait fortement avec la main la paroi inférieure et latérale de la poitrine vers la ligne médiane, un échappement brusque, très appréciable par toutes les personnes qui touchaient la poitrine au moment où l'on exécutait la pression dont nous avons parlé. La situation du point où s'opérait le déplacement, le peu de douleur que causait au malade l'échappement dont il a été question, ainsi que la pression directe exercée sur le point du déplacement, la nature du bruit, qui n'avait rien de semblable à une crépitation, tout cela faisait reconnaître qu'on avait affaire, non point à une fracture de côte, mais à une fracture ou déplacement de cartilage. Dans le mouvement qu'on cherchait à imprimer pour reproduire l'échappement dont il a été question, c'était constamment le fragment externe qui remontait sur le fragment interne. Dès le troisième jour de son entrée à l'hôpital, quinzième jour depuis l'accident, l'espèce de craquement propre aux fractures de cartilage était beaucoup moins sec que les jours précédents.

Le lendemain, 1er septembre, le déplacement, que jusque-là l'on reproduisait à volonté, n'a pu être renouvelé.

Le 2, on parvient encore à déterminer le déplacement, mais d'une manière beaucoup moins marquée que dans les premiers jours.

Le 2, impossibilité de reproduire le déplacement.

Les 4 et 5, la consolidation paraît définitive, et les manœuvres employées dans le but de reproduire le déplacement sont impuissantes.

Jusqu'au 8, les choses restent dans le même état, et la consolidation paraît de plus en plus assurée.

Le 10, le malade sort de l'hôpital n'ayant plus aucune mobilité anormale dans le point qui a été mentionné.

— Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Examinons-la d'abord sous le point de vue de la cause qui a produit la lésion. On peut dire qu'il est excessivement rare que la fracture des cartilages costaux ait lieu; les causes qui tendraient à la produire ayant presque toujours pour résultat la fracture de la côte plutôt que celle de son cartilage. Cependant il ne nous est resté aucun doute sur la version du malade, qui n'avait aucun intérêt à nous tromper, et qui nous a donné une explication tellement précise de la manière dont l'accident était arrivé, que nous n'avons été à même de concevoir aucun doute sur l'exactitude de son récit.

Il reste donc bien démontré, pour nous, que la rupture a eu lieu par le seul fait de l'action musculaire, sans chute, sans coup.

Cette circonstance de la rupture du cartilage par la contraction musculaire est encore des plus remarquables, et nous ne savons pas même s'il existe dans la science plusieurs exemples semblables à celui que nous avons rapporté. Nous devons faire remarquer que le sujet étant âgé de cinquante-deux ans, le cartilage a perdu de sa souplesse, et pouvait se fracturer plus facilement que dans un âge moins avancé.

Pour ceux qui auraient peine à croire que l'action musculaire ait déterminé cette fracture, il y aurait une sorte d'explication qui pourrait aider à se rendre compte de la production de l'accident par un autre mécanisme, ce serait de sup-

---

M. Rideau, officier de santé: « Le 3 juillet, à cinq heures du matin, je fus appelé par M. le juge de paix de Plouescat, pour me rendre au lieu du Creail-en-Plougar. Nous nous y rendîmes, et trouvâmes dans l'aire le cadavre d'un jeune homme dont la jambe droite était un peu courbée sous le corps. La chemise était ensanglantée. Nous fîmes transporter le cadavre dans une grange pour procéder à son examen. Nous aperçûmes environ une cinquantaine de petites plaies sur la poitrine, résultat de l'introduction de plombs qui avaient traversé les parois de la poitrine et étaient venus frapper le poumon gauche. Nous y trouvâmes des plombs. Le cœur, à sa base, était criblé de plomb, et la partie postérieure présentait une ouverture de cinq centimètres environ, d'où nous avons extrait quelques plombs, ainsi que du diaphragme et de l'abdomen.

» Nous avons remarqué sur la poitrine une empreinte rouge et circulaire, que nous avons attribuée à un coup léger porté avec l'extrémité du canon d'un fusil. L'application du canon du fusil de l'accusé s'y adaptait. »

Quant au moment où cette empreinte a pu être faite, ces deux chirurgiens pensent que c'est peu de temps avant la mort que le coup a dû être porté; mais ils déclarent qu'ils ne peuvent pas dire si c'est avant ou après le coup de feu.

Le jury a déclaré, à la simple majorité, l'accusé coupable d'homicide volontaire, mais il a reconnu en même temps qu'il y avait eu provocation.

En conséquence de cette déclaration, la Cour a condamné Yves Aballéa à cinq années de prison.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Pharmacien. — Médicament non conforme au Codex.*
(Cour de cassation.)

Un pharmacien de Quimper, M. Boyé, avait été condamné par le tribunal de cette ville à 500 fr. d'amende pour avoir vendu des médicaments, et notamment un miel rosat, qui n'étaient pas conformes aux prescriptions du Codex.

Le tribunal supérieur de Vannes, sur l'appel du sieur Boyé, le renvoya de la poursuite, par la raison que, si le miel rosat ne contenait pas une assez grande quantité de tannin, il n'en résultait pas que son médicament fût contraire au Codex, qui ne détermine pas dans quelle proportion cette substance doit entrer dans le miel rosat. Le tribunal ajoute ce motif surabondant que l'amende de 500 francs n'avait pu être prononcée, puisque l'article 32 de la loi du 25 germinal an XI n'a pas de sanction.

Dans le pourvoi formé contre ce jugement, le ministère public critiquait ce dernier motif; mais le premier motif, basé sur des faits, suffisait à la justification légale de la sentence. Aussi, la Cour, sur le rapport de M. le conseiller Dehaussy de Robécourt, et sur les conclusions de M. l'avocat-général Quénault, a-t-elle rejeté le pourvoi.

II. *Boisson falsifiée. — Mise en vente de lait mélangé d'eau.*
(Cour de cassation.)

Les médecins se plaignent avec raison des fraudes nombreuses dont le commerce du lait est l'objet dans les grandes villes et surtout à Paris, et de l'influence funeste que ces altérations d'une boisson alimentaire dont l'usage est si répandu peuvent exercer sur les individus auxquels elle est destinée, et particulièrement sur les jeunes enfants, pour lesquels elle constitue, sinon la totalité, du moins la base réelle du régime diététique. On verra par l'arrêt suivant qu'avec une surveillance plus exacte que celle à laquelle on a soumis jusqu'ici le débit du lait, il serait, nous ne disons pas facile, mais possible de parer à ces graves inconvénients.

Doit être considéré comme boisson falsifiée le lait dans lequel le marchand a mêlé un tiers ou seulement un quart d'eau.

La simple mise en vente d'une boisson falsifiée constitue la contravention prévue et punie par l'article 475, n° 6, du Code pénal.

Ainsi jugé, par arrêt de cassation rendu sur le rapport de M. le conseiller De Haussy de Robécourt et sur les conclusions de M. l'avocat-général Quénault, d'un jugement du tribunal de simple police de Sédan, contre les sieurs Derban, Charles, Chef et autres laitiers de Sédan.

poser que le bras gauche étant venu frapper avec force contre la paroi gauche de la poitrine au moment où la pelle était lancée vers le tombereau, aurait pu, par percussion directe, déterminer cette fracture. Il ne nous est pas donné d'apprécier si tel a été le mécanisme de la fracture, mais on appelle généralement fractures par contraction musculaire, celles qui se produisent dans les conditions que nous avons indiquées.

Si le cartilage eût été atteint de maladie, on s'expliquerait facilement qu'un effort a pu occasionner sa rupture; mais, témoin comme nous l'avons été de la manière dont la consolidation s'est effectuée, de la solidité qui a succédé à ce déplacement primitivement si facile, de l'absence de gonflement, il nous est difficile d'admettre que le cartilage pût être le siége de quelque lésion organique. On aurait bien pu se demander si, au lieu d'une fracture, il n'y avait pas une luxation dans l'une des articulations des cartilages costaux entre eux, mais la coupe de la solution de continuité étant verticale, tandis que les articulations chondrales sont horizontales ou obliques, nous n'avons pas pu nous arrêter à l'idée d'une luxation.

Telle est cette observation, dont les particularités ont été notées scrupleusement, et en présence d'un grand nombre de personnes qui ont constaté les mêmes choses que nous, nous avons cru pouvoir la présenter avec confiance comme un exemple de fracture de cartilage. A. GOURAINCOURT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 5 septembre 1843. — Vice présidence de M. BELHOMME.

Correspondance : 1° Demande d'admission de M. Dubart, pharmacien, appuyée de l'envoi d'un travail manuscrit *sur les falsifications des menus de gomme arabique par la gélatine, et du sous-nitrate de bismuth par le carbonate de chaux.*

Commissaires : MM. Foy, Lesage et Vée.

2° Demande d'admission de M. le docteur Bonnafont, avec l'envoi d'un exemplaire de sa *Géographie médicale d'Alger*.

Commissaires : MM. Géry, Félix-Legros et Collomb.

— *M. Lesage* répond à quelques assertions émises sur la nature et la composition de l'eau récemment découverte dans la rue de Vendôme, et conclut d'un nouvel examen, 1° que cette eau ne contient pas un atôme d'acide sulfhydrique libre; 2° qu'elle n'est point identique avec l'eau d'Enghien, et que si elle semble s'en rapprocher par un principe sulfureux de même nature qui se rencontre dans l'une et dans l'autre, elle en diffère plus encore par les quantités sept fois plus fortes de sulfure alcalin, de sulfate de chaux, et de matière organique qu'elle contient en dissolution. Il pense qu'elle provient des eaux séléniteuses de Ménilmontant, sulfurées par la décomposition d'une partie de leur sulfate en traversant quelque partie de terrain dans les conditions voulues pour cette décomposition. Enfin il rappelle, d'après Dulaure, que dans l'endroit même où on l'a rencontrée, étaient les décharges de Paris en 1370, sous Hugues Aubriot; ce qui peut contribuer beaucoup, non-seulement à sa composition, mais encore à son odeur infecte.

M. Félix Legros. Une source d'eau minérale sulfureuse paraît avoir été découverte en face de la Société médicale du Temple. Cette Société s'en est occupée; c'était son droit; c'était son devoir; *hic erat locus*. Chacun de nous a pu, en effet, sentir, du siége même de nos séances, l'opportunité de la question. Ceux qui s'occupent plus particulièrement de chimie ont analysé ces eaux sans tomber parfaitement d'accord sur leurs principes constituants. Il ne m'appartient pas de prendre part à cette polémique analytique. Je dirai cependant que l'odeur de ces eaux ne m'a point impressionné de la même manière que celles que j'ai visitées en France et à l'étranger; d'où je suis assez disposé à croire que la source de la rue de Vendôme n'appartient pas à des terrains primitifs; qu'elle est accidentelle, le produit probable de quelque ancienne décharge de Paris, et conséquemment point destinée à un long avenir. Sans cela, une question bien autrement intéressante surgirait pour nous autres médecins, savoir : l'importance, pour la thérapeutique, d'une source d'eau minérale sulfureuse froide au centre d'une cité telle que Paris.

On sait que le soufre, dès la plus haute antiquité, a été regardé avec raison comme une de nos plus puissantes médications, que c'est le baume pulmonaire des anciens, que Galien envoyait ses phthisiques en Sicile pour y respirer l'air de ses volcans.

Notre source serait d'autant plus précieuse qu'elle n'est pas thermale, et que le défaut de chaleur rend les eaux sulfureuses plus actives, car le froid ajoute à l'effet hyposthénisant des principes sulfureux. Si c'est là un paradoxe, il appartient à l'école italienne.

M. Ségalas. Je viens de lire un travail fait par un géologue, M. Rivière qui pense que l'eau dont il s'agit provient d'une véritable source minérale, laquelle prend naissance dans le terrain gypseux du N.-E. de Paris, c'est-à-dire du côté de Ménilmontant, et qui est devenue sulfureuse à la faveur du sulfate de chaux contenu dans ces couches.

M. Grosjean. Il y a un fait qui semble venir à l'appui de l'opinion de M. Lesage, c'est que dans un grand nombre d'eaux qui ne sont pas sulfureuses, on remarque dans les tuyaux de conduite une odeur hydro-sulfureuse due uniquement à la décomposition des sulfates contenus dans ces eaux. C'est ce qu'on observe pour les eaux de Plombières qui ne sont pas sulfureuses, comme tout le monde le sait, ou du moins comme le savent la plupart des médecins, car, pour le dire en passant, j'en ai vu quelques-uns qui ont envoyé des malades à Plombières croyant les envoyer à des eaux sulfureuses.

M. Gaide. Je rappellerai ici l'opinion que j'ai déjà eu occasion de rapporter, et qui veut que tout ce quartier ait sous lui une nappe d'eau d'une odeur fétide et hydro-sulfureuse. Le propriétaire d'une autre maison a rencontré une eau semblable en faisant établir une pompe. On a creusé plus profondément, et l'on a obtenu de l'eau très bonne et dépourvue de toute espèce d'odeur.

M. Foy. On a déjà trouvé plusieurs fois autour de Paris des eaux sulfureuses qui ont cessé de l'être au bout de quelque temps. Cet état n'était qu'accidentel.

M. Vée. Il paraîtrait, d'après un travail spécial de M. Ossian Henry, que l'eau d'Enghien et celle qui fait particulièrement l'objet de cette discussion, renferment le même principe sulfureux, et que ce principe a, dans toutes deux, la même origine de formation, c'est-à-dire la décomposition de sulfates.

— *M. Blatin*, après avoir rappelé qu'il n'existe aucun appareil pour appliquer le froid d'une manière uniforme et permanente à la tête, dans les diverses affections qui réclament l'emploi de ce moyen, présente deux appareils qu'il croit propres à faciliter le traitement des affections aiguës et chroniques de l'encéphale, en permettant une réfrigération puissante et sans intermittence.

L'un, qu'il nomme *hygrocéphale*, permet d'employer l'irrigation continue, sans mouiller la couche du malade. C'est un châssis en bois, ayant 32 centimètres de côté et 12 de hauteur, sur lequel est étendue une toile de crin. La tête y repose commodément, à raison des diverses courbes qui festonnent le bord supérieur du châssis. L'eau qui sert aux affusions et qu'un syphon verse sur la partie qu'on veut mouiller, traverse la toile de crin, tombe dans un bassin en métal qui reçoit le châssis, et est rejetée au-dehors par un tube qui s'adapte à ce réservoir. Si l'on veut une réfrigération plus puissante que l'irrigation seule, on peut placer dans le fond de la cuvette métallique de la glace pilée.

Le second appareil de M. Blatin, qu'il nomme *rigocéphale*, est un bonnet à doubles parois qui enveloppe la tête, et permet de la refroidir sur tous ses points sans la mouiller. Il consiste en une carcasse métallique formée de deux cercles ovales qui servent d'appui à des branches décrivant une courbure analogue à celle des parois latérales de la tête. Sur le plus grand cercle sont attachées deux demi-sphères en vessies, que M. Blatin est parvenu à rendre imputrescibles par un procédé particulier de tannage, et qui laissent entre elles un intervalle pour recevoir de l'eau, dont la quantité peut varier de un à trois litres, suivant les dimensions des appareils et l'espace qu'on laisse à volonté entre ces parois Cette eau arrive dans le rigocéphale, à l'aide d'un syphon, par un canal creusé dans l'épaisseur du grand cercle, et en ressort par une autre ouverture à laquelle s'abouche un tube de décharge qui la rejette au dehors. Le renouvellement du liquide, qui est ainsi continu, peut être aussi rapide qu'on le désire. La vessie interne, faisant hernie entre les branches de la carcasse métallique se moule sur la tête qu'elle presse doucement, sans que celle-ci ait à supporter aucun poids.

M. Géry demande si l'emploi de ce dernier appareil ne présentera pas quelques difficultés résultant de la différence de grandeur des têtes.

M. Blatin répond qu'il en a fait établir de trois dimensions différentes, d'après des mesures moyennes prises sur un grand nombre de têtes. Il ajoute que ses deux appareils ont déjà subi l'épreuve de quelques essais qui permettent d'en apprécier les bons résultats.

M. Ségalas rappelle qu'il fait un usage très fréquent et très satisfaisant du syphon continu pour les injections vaginales. Les femmes le préfèrent à tout autre instrument.

Le secrétaire-général, EDOUARD LOUIS.

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie; par P.-C.-A. LOUIS, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.

Quand des œuvres scientifiques ont aussi profondément ébranlé l'édifice médical que les traités de M. Louis sur la phthisie et la fièvre typhoïde, il serait superflu de discuter, à propos d'une réimpression, la valeur de pareils travaux; notre analyse portera donc moins sur le fond de l'ouvrage lui-même, lequel est connu de tout le monde, que sur les additions qu'une étude persévérante a permis à l'auteur d'y faire. Nous dirons seulement un mot sur la méthode que l'auteur a suivie dans ses recherches, et qu'il s'efforce d'introduire dans l'étude de la médecine en général.

On sait que cette méthode, si violemment combattue par les médecins qui préfèrent les agréments de la contemplation spéculative, le charme des créations imaginaires, aux pénibles détails de l'observation, consiste simplement à *compter* les faits quand ils sont *rigoureusement* et *complétement* observés. C'est-à-dire que, pour les médecins qui suivent cette méthode, si l'on veut savoir la fréquence relative de la phthisie à Paris et à Venise, il ne faut pas se borner à dire que l'on a vu *moins* de phthisiques à Venise qu'à Paris, et à appuyer cette vague assertion par des explications fondées sur les différences thermométriques, barométriques, hygrométriques, géographiques, géologiques, hygiéniques, etc., etc., mais qu'il faut commencer par *compter* si parmi tous les malades qui aliment les hôpitaux et la clientelle civile, il y a *plus* ou *moins* de phthisiques à Paris qu'à Venise, et *combien* vaut *numériquement* ce *plus* ou ce *moins*, afin d'avoir la certitude que ce *plus* ou ce *moins* n'est point l'effet d'une simple coïncidence. Rien au premier abord ne paraît plus simple qu'une pareille manière de procéder, et l'on comprend à peine que certains esprits aient pu contester l'excellence, l'indispensable nécessité de ce procédé dans des questions de la nature de celle qui précède. Mais l'aveu plein de bonne foi par lequel M. Trousseau s'est rangé parmi les partisans de la statistique, explique suffisamment l'opposition systématique de ceux qui suivent encore ses premiers errements.

« J'ai été, dit ce professeur, un des plus violents, un des plus injus-
» tes détracteurs de cette méthode (la méthode numérique); *je ne la*
» *comprenais pas :* aujourd'hui que je l'ai étudiée, je reconnais qu'elle
» *seule* fait faire à la science des progrès solides, qu'elle *seule* peut
» permettre d'utiliser dans les siècles à venir les travaux de ceux qui
» auront vécu auparavant, et d'élever ainsi lentement un édifice que les
» rêveries d'un Galien ou d'un Paracelse seront impuissantes à ren-
» verser. »

Combien peu la méthode numérique compterait d'adversaires sérieux, si tous avaient la même franchise que le professeur Trousseau! Mais à quoi bon s'inquiéter de ces oppositions calculées que les choses les plus grandes et les plus utiles ont toujours rencontrées? La statistique, comme on le voit par l'exemple de M. Trousseau, gagne chaque jour du terrain, et pendant que ses adversaires s'agitent et déclament confusément dans les ténèbres de l'ancienne médecine, elle marche lentement, mais sûrement, vers le progrès, et fonde des monuments scientifiques impérissables comme les faits sur lesquels ils sont établis.

La méthode suivie par l'auteur nous paraît donc, comme à M. Trousseau, être la seule rationnelle, la seule qui puisse conduire à des démonstrations vraiment scientifiques, et désormais, à l'abri des rêveries d'un Galien ou d'un Paracelse.

Revenons maintenant aux additions que l'auteur a faites à sa première édition. Voici comment il en expose lui-même le nombre et l'importance :

« Ces additions sont de deux espèces : les unes déposent de l'exactitude des faits généraux qui ont été exposés dans la première édition; les autres sont relatives à des points qui n'y avaient pas été traités, ou qui l'avaient été trop brièvement. »

« .... Les nouveaux résultats numériques qui confirment les premiers sont principalement relatifs à l'anatomie. Les plus importants concernent le conduit aérien, le canal intestinal, les plèvres, les glandes lymphatiques, le péritoine : il n'est pas de description d'organe à laquelle je n'aie fait une addition de quelque utilité.

» Les additions de la seconde espèce sont considérables; et les plus importantes sont relatives à la marche de la maladie, à la phthisie aiguë en particulier; au diagnostic, à l'étude des causes, et à celle du traitement de l'affection. La péritonite chronique, que j'ai plus d'une fois signalée dans mes leçons cliniques et ailleurs, depuis 1825, comme propre aux phthisiques, est l'objet d'un article entièrement nouveau; il en est de même de la méningite et du pronostic; en sorte que mes premières recherches sont augmentées de plus de moitié. »

Deux choses, comme on le voit, ressortent de cet exposé : la première, c'est que la nouvelle édition renferme des additions importantes; la seconde, c'est que ces additions ne font qu'étendre nos connaissances sur la maladie, sans rien détruire de ce que nous avait appris une première étude, avantage que l'on doit entièrement à la prudente méthode mise en usage, laquelle a pour devise : *Meliùs est sistere gradum quàm progredi per tenebras*, au lieu de la devise contraire que dans un moment d'égarement on a pu proclamer du haut d'une chaire professorale.

Quelques exemples montreront l'importance des additions signalées plus haut.

Dans le chapitre consacré à la méningite tuberculeuse, on trouve un tableau exact et aussi complet qu'on peut le désirer dans l'état actuel de la science, de cette affection chez l'adulte. Ce tableau, tracé principalement d'après les intéressantes recherches de M. le docteur Lediberder, est suivi de quatre observations aussi remarquables par les symptômes qu'elles sont destinées à mettre en évidence que par la manière complète dont elles ont été recueillies.

Quant à la péritonite chronique tuberculeuse, après avoir passé en revue chacun de ses symptômes avec toute l'exactitude qu'on lui connaît, l'auteur résume ainsi le diagnostic de cette maladie :

« 1° Douleurs de ventre ordinairement universelles et peu vives, quoique très incommodes, sans diarrhée;

» 2° Une augmentation du volume et de la sonoréité du ventre, bientôt accompagnée d'une fluctuation manifeste; quand, d'ailleurs, il n'existe et n'a existé aucun symptôme d'une maladie organique des viscères de l'abdomen, du foie en particulier, des reins et du cœur.

» Le retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement, à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé, laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendues par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités.

» Le tout accompagné d'un affaiblissement dont on ne se rend compte, ni par l'état apparent des poumons, ni par les excrétions qui n'offrent rien de remarquable dans leur abondance. »

Le trait saillant et extrêmement remarquable de cette maladie, c'est qu'elle se développe souvent dans des cas de phthisies peu avancés, dont les symptômes thoraciques sont fort obscurs, et qu'elle peut dans ces cas conduire indirectement à un diagnostic non moins positif qu'important.

Nous voudrions pouvoir citer en entier le chapitre si intéressant et d'une si haute importance pratique consacré au diagnostic de la maladie, et surtout au diagnostic de la première période. Ce chapitre, dans lequel l'auteur passe successivement en revue la toux, les crachats, les douleurs thoraciques, l'hémoptysie, le coryza, la fièvre, l'amaigrissement, et enfin les signes fournis par la percussion et l'auscultation, donnerait la mesure de la précision et de la sagacité qui les distinguent. Quelle confiance ne doivent pas inspirer les assertions d'un pareil observateur, lorsqu'après avoir consacré tant de veilles à l'étude d'une maladie, il avoue, pénétré des difficultés qui peuvent surgir dans quelques cas, « que la connaissance approfondie de cette affection si commune et si grave, réclame encore tant de travaux. »

Les chapitres qui ont trait à l'étiologie et au traitement ont reçu tous les développements qu'exigeaient ces importantes matières. Pour donner une idée des additions qu'elles ont reçues, nous citerons ce que l'auteur a dit sur l'influence des climats, question toute d'actualité : « Le climat, et surtout la température ont été regardés jusque dans ces derniers temps comme les circonstances les plus capables de provoquer le développement des tubercules ou d'y mettre obstacle; de telle sorte, que les pays chauds, ceux dont la température est généralement élevée, et qui forment le midi de l'Europe, étaient généralement considérés comme exempts de phthisiques. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et les médecins modernes ont montré, dans leurs statistique, que la phthisie est de tous les pays, des plus froids comme des plus chauds. Les tableaux de M. le docteur Journée ne laissent aucun doute à cet égard pour les plus grandes villes d'Italie, et ils apprennent en outre que les tubercules paraissent être aussi fréquents dans ces grands centres de population qu'au cœur de la France, à Paris, par exemple. Aujourd'hui tout, ou presque tout le monde médical est d'accord sur ce point.

» Toutefois, obligés de reconnaître l'existence de faits si bien établis, beaucoup de médecins pensent que si l'élévation ou l'abaissement de température ne suffisent pas pour préserver des tubercules ou en provoquer le développement, les brusques variations de l'atmosphère peuvent produire ce dernier effet; tandis que l'uniformité presque constante de température, ou l'absence de brusques variations de chaud et de froid, doivent mettre plus ou moins complétement à l'abri des tubercules. Malheureusement encore cette manière de voir n'est, suivant toutes les apparences, qu'une nouvelle illusion; au moins est-ce plus que probable, si l'on consulte les tableaux statistiques dressés par ordre du gouvernement relativement à la santé des troupes qui occupent les possessions de l'Angleterre dans les différents points du globe.

» Dans toutes ces possessions, en effet, les maladies de poitrine, aiguës ou chroniques, sont très fréquentes, bien qu'à des degrés un peu différents. Si elles sont communes au Canada et dans la Nouvelle-Ecosse, elles le sont aussi dans la Méditerranée, à Gibraltar, à Malte, dans les îles Ioniennes, aux Antilles, aux îles Bermudes, à la Jamaïque, dont la température et les variations de température offrent tant de différences. Ainsi, sur 61,066 soldats observés au Canada dans l'espace de vingt ans, 402 étaient phthisiques, ou 6,5 par mille annuellement. La proportion a été la même pour Gibraltar, sur une pareille masse de soldats observés pendant dix-neuf ans; et sur 11.721 observés aux îles Bermudes pendant vingt ans, 103 étaient phthisiques, ou 8,8 par mille; et cependant le climat des Bermudes est doux et *égal*, tandis que celui du Canada est extrêmement froid et exposé à de grandes et subites variations de température.

» Ce qui est vrai pour Gibraltar et les Bermudes, l'est encore pour Malte, où le thermomètre n'offre que des variations peu considérables, où la température est élevée, le soldat bien nourri et peu fatigué. A Malte, en effet, la proportion des phthisiques dans l'année, est de 6 1/10 par mille soldats; tandis qu'elle est de 6 4/10 en Angleterre, parmi les dragons, etc.... »

On voit que ces renseignements sont loin de s'accorder avec ceux publiés récemment sur l'armée d'Afrique; il est vrai qu'on peut les soupçonner d'inexactitude; mais outre qu'on pourrait en faire autant des autres, il faut néanmoins remarquer qu'il y a plus de probabilités en faveur de documents recueillis en des lieux et par des observateurs extrêmement différents, qu'en faveur de documents rassemblés par des observateurs différents, il est vrai, mais conduits pour ainsi dire par une direction unique. Ajoutons à cela que les premiers sont d'accord avec toutes les observations faites par des hommes qui offrent une garantie suffisante, tandis que les seconds sont en opposition avec ces mêmes observations. Du reste, M. Louis n'accorde pas une valeur absolue à ces documents, et voici la manière dont il les juge, en concluant :

« Sans doute on peut, jusqu'à un certain point, contester l'exactitude des faits sur lesquels repose la statistique dont nous nous occupons; mais les erreurs de diagnostic, que j'admets sans peine, n'ont pas eu lieu pour une seule des colonies anglaises; elles ont dû se répéter pour toutes dans une proportion à peu près égale, et dès lors les résultats sont comparables; de manière qu'il est démontré aujourd'hui que la manière de voir, au sujet de l'influence des climats sur le développement de la phthisie, est, sinon complétement erronée, *au moins très hasardée, et qu'elle ne repose sur rien*, ou seulement sur des faits mal interprétés ou trop peu nombreux. »

Dans cette statistique il n'a pas été tenu compte, comme on le voit, de l'influence marécageuse sur laquelle insiste beaucoup l'auteur de l'Essai de géographie médicale, dont nous allons donner l'analyse.

L'énorme utilité qu'il y aurait à posséder des matériaux nombreux et certains sur la fréquence de la phthisie dans les différents climats, a inspiré à M. Louis un éloquent plaidoyer (1) en faveur d'un projet gigantesque de *croisade* scientifique, selon l'expression de l'auteur, laquelle aurait pour but de combattre *le plus cruel ennemi du genre humain*. Espérons que d'aussi nobles paroles trouveront enfin de l'écho dans quelques cœurs, et que tôt ou tard nous verrons se réaliser une

(1) Il est superflu sans doute de faire remarquer que nous n'entendons pas par éloquence l'agencement hyperbolique de quelques phrases ronflantes, mais l'expression simple et correcte d'idées grandes, utiles, et surtout vraies.

entreprise à la grandeur de laquelle l'histoire n'offrirait rien de comparable.

Dans la large part que l'auteur a réservée à la thérapeutique, il passe en revue tous les agents médicamenteux proposés avec plus ou moins de confiance depuis quelques années. Malheureusement il résulte de la critique sévère, mais rigoureuse à laquelle l'auteur les soumet, qu'ils sont loin de posséder les vertus que plusieurs médecins leur avaient attribuées, et que, sauf quelques légers palliatifs aux souffrances des malades, le médecin en est encore réduit le plus souvent à rester spectateur impuissant des progrès de la phthisie. C.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. (Septembre 1843.)

Considérations pratiques sur la mentagre et sur son traitement; par M. EMERY.

La mentagre peut se présenter sous des aspects bien différents : tantôt maladie légère et récente, tantôt ancienne et très intense, elle réclame en ces deux cas un traitement différent. Quand on a à traiter une mentagre ancienne, il suffit, dit M. Emery, de quelques tasses de pensée sauvage, de fumeterre, etc., de cataplasmes de farine de riz, de fécules de pommes de terre, de lotions d'eau de guimauve, pour en venir à bout. Mais dans les cas de mentagre ancienne et rebelle, après huit jours de ce traitement préparatoire, M. Emery remplace ces dernières lotions par des lotions rendues alcalines par l'addition de quatre grammes de sous-carbonate de potasse dissous dans un litre d'eau. On les emploie d'abord quatre ou cinq fois par jour pendant dix minutes chaque fois; on augmente ensuite leur durée, et l'on finit, en les répétant souvent, par employer deux ou trois heures du jour à cette médication. Il continue l'emploi des cataplasmes émollients pendant quinze à vingt jours encore. Il en suspend d'abord l'usage le jour, et enfin, après un mois à cinq semaines, suivant l'état des tubercules, il les cesse tout à fait, et il s'en tient aux lotions alcalines, dont il aide l'action par des douches alcalines et des bains de vapeur. Il donne pour tisane une infusion de scabieuse ou de pensée sauvage, ou celle de fumeterre et de douce-amère. De légers purgatifs salins plusieurs fois répétés pendant le cours de la maladie, des eaux d'Enghien à l'intérieur, un régime doux et des bains simples, complètent le traitement.

Le traitement que conseille M. Emery guérit ordinairement les mentagres inteuses et récentes dans l'espace d'un mois à six semaines. On est rarement obligé de le prolonger au-delà de deux mois; mieux vaudrait cependant prolonger sa durée, que de le suspendre avant que la guérison soit radicale. — M. Emery préconise ce traitement d'après 80 observations de guérison.

Du traitement de la kératite vasculaire, par la cautérisation avec la pierre infernale; par M. A. BÉRARD.

Lorsqu'un malade se présente atteint de kératite vasculaire chronique, M. Bérard le prépare à la cautérisation en le soumettant pendant quelques jours au repos, à l'usage de pédiluves irritants, de boissons légèrement laxatives et même d'un ou deux purgatifs salins; à ces moyens il ajoute la saignée, lorsque l'affection offre un certain degré d'acuité.

Voici comment il pratique la cautérisation. Le malade, assis sur un siége ou dans son lit, la tête maintenue par un aide lorsque son courage ou sa docilité sont suspects, il renverse la paupière inférieure, de manière à bien découvrir la conjonctive d'un angle à l'autre de l'œil jusqu'au fond du cul-de-sac oculo-palpébral. Si la membrane est couverte de mucus ou de larmes, il a soin de l'absterger, afin que la pierre porte bien son action sur les tissus vivants. Faute de prendre cette précaution, on s'expose à faire une opération inutile, tout en croyant avoir opéré la cautérisation. En effet, le mucus et les larmes blanchissent immédiatement sous l'action de la pierre, et l'on découvre une couche grisâtre à la surface de la muqueuse qui ressemble à une escharre, tandis que ce n'est qu'un chlorure d'argent très divisé qui se dépose sur tous les points de cette membrane. La paupière inférieure étant bien renversée, M. Bérard passe d'un angle à l'autre la pierre infernale, de manière à atteindre toutes les parties de la muqueuse qui sont rouges et gonflées, et surtout les granulations.

Dès que la paupière inférieure est cautérisée, il répète cette opération sur la paupière supérieure. Mais là elle présente de plus grandes difficultés; cependant il n'est pas nécessaire de l'absterger, attendu que le mucus et les larmes ne s'arrêtent presque jamais à sa surface. Il ne cherche pas à en opérer le renversement; cette pratique est impossible à exécuter, ou ne peut l'être qu'en faisant naître de très vives douleurs. D'ailleurs elle n'amène qu'un résultat imparfait, puisque la portion de paupière qui renferme le cartilage tarse seule se renverse, et qu'il reste encore un cul-de-sac assez profond dont l'écartement est rendu tout à fait impraticable par la position qu'a prise la portion libre de la paupière, et cependant il est important en beaucoup de cas d'atteindre ce cul-de-sac avec la pierre infernale. Il suffit de soulever la paupière et de l'écarter du globe de l'œil en pinçant légèrement les cils avec ou sans la peau, et en les tirant en avant et en bas. Cette traction efface les plis que pourrait faire la paupière à sa face profonde, et assure mieux l'application caustique sur tous les points de la muqueuse. La paupière étant écartée du globe de l'œil, M. Bérard engage entre ces deux organes et vers l'un des angles, un long crayon de pierre infernale, afin que la pointe puisse atteindre le fond du cul-de-sac oculo-palpébral; puis, par un mouvement d'arc de cercle, il promène rapidement l'instrument d'un angle à l'autre, de manière à toucher tous les points de la muqueuse.

Lorsque les deux yeux sont malades, on ne doit pas les cautériser le même jour. Voici quelles sont les suites de la cautérisation : la douleur va en diminuant, et cesse en général au bout de quelques heures; chez quelques malades, elle dure jusqu'au lendemain; les paupières deviennent rouges et un peu gonflées; la conjonctive oculaire s'injecte également; l'œil devient plus sensible à l'action de la lumière; le larmoiement et la sécrétion muqueuse augmentent. Au bout de deux ou trois jours la réaction commmence à diminuer; elle disparaît entièrement dans la huitaine : c'est alors que l'on peut sans inconvénient cautériser les paupières de l'autre œil.

Quoique au bout de huit jours il ne subsiste plus de traces de l'inflammation causée par la pierre infernale, cependant il faut attendre encore au moins huit autres jours avant de faire une nouvelle cautérisation.

NOUVELLES.

Il y a quelques jours, on a fait à l'hospice de la Salpêtrière, dans la section des épileptiques, une expérience des plus curieuses, et dont les résultats pourraient avoir une grande importance industrielle, comme ils sont déjà d'un haut intérêt scientifique. Il s'agissait d'expérimenter une machine de l'invention du docteur Payerne, qu'il appelle *épurateur*, et dont l'objet est de purifier l'air, sans le renouveler, dans les hôpitaux, les prisons, les mines, la cloche du plongeur, et généralement dans tous les endroits où il s'est vicié, et est devenue impropre à la respiration.

L'Académie des Sciences était représentée par MM. Boussingault et Dumas, ses commissaires; l'Administration des hospices par MM. Batel, Censier et Trélat. Plusieurs médecins, chimistes distingués, assistaient à l'expérience, laquelle a parfaitement réussi, encore que la machine ait paru susceptible de quelques améliorations et de quelques simplications. La donnée principale du problème que l'inventeur a eu en vue de résoudre est la suivante : Purifier complètement l'air d'un lieu fermé, sans se mettre en communication avec l'air extérieur. Cette donnée a paru atteinte, en même temps que le thermomètre est descendu de plusieurs degrés.

Dans quelques jours, M. le docteur Payerne se propose de faire, dans la Seine, à la hauteur du Pont-Royal, l'expérience de sa cloche du plongeur, construite d'après les mêmes données que son épurateur, c'est-à-dire permettant aux travailleurs de rester sous l'eau un temps indéterminé sans avoir la moindre communication avec l'air atmosphérique.

— On vient d'arrêter à Kreglingen (Wurtemberg) une dizaine de membres d'une nouvelle secte de Swedenborgiens, ou soi-disant tels, parmi lesquels se trouve une sage-femme nommée Claire Wegnitz. Cette femme, se disant inspirée de Dieu, engageait les femmes enceintes pauvres à se faire avorter par elle, et cela en leur persuadant que mettre un enfant au monde dans le siècle de corruption où nous vivons, c'est préparer la pâture au diable. Claire Wegnitz est accusée d'avoir procuré neuf avortements.

— Sont nommés chirurgiens sous-aides, les 37 chirurgiens élèves de l'hôpital de perfectionnement désignés ci-après : MM. Puel, Latour, Nidart, Ehrmann, Issartier, Moustardier, Creutzer, Grenaud, Jeanneau, Peyroux, Meunier, Coutrejean, Barret, Rey, Oppenheimer, Cabasse, Latil, Chevassu, Tamisier, Dubiez, Eynaud, Spire, de Lavaux-Martin, Monnier, Dautezac, Rueff, Herbecq, Miltenberger, Drapier, Templer, Josset, Merlin, Séchas, Ropert, Chayron, Vizerie, Courbet. (*Ordonn. du 6 sept.*)

(*Anc.*) Andrieu, chirurgien aide-major de 1re classe en Algérie, nommé à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port, en remplacement de Rustan de Verac, passé à celui de Toulon. (*Déc. du* 11 *sept.*)

Sont nommés dans les hôpitaux de Paris, les chirurgiens sous aides désignés ci-après : MM. Tixier, Roucher, Leroy, Sonrier, Champion, Fonques, Bécane, Spilleux, Waghette, Vidart, Clerc, de Finance, Fix, Desblancs, Ancinelle, Tribout, Martin, Bezu, Chevreau, Aron, Huart, Borrel, Musart, Baudier, Demanet, Waghette, Froussart, Guillier, Morgon, Leclerc, Laval, Bollot, Crouzet, Vincent, Tirard, Masnou, Vergé, Lebas, Dedigneulle, Tabary, Roch, Hestaust, Turin, Marturé, Deluy, Hanès, Barbenchon, Crépet, Peyrocave, Houdoy, Delourmestreaux, Decool, Ducoux, Rampont, Jardin, Pasquier, Andreux, Jourdeuil, Chauvin, Gerrier, Doquin, Legard-Lafosse, Arthaud, Mangeot. (*Déc. des 2 et 11 sept.*)

Beylier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de perfectionnement, est nommé pharmacien aide-major commissionné à l'hôpital de Versailles. (*Déc. du* 10 *sept.*)

Sont nommés dans les hôpitaux d'instruction, les chirurgiens sous-aides désignés ci-après : (*Anc.*) Froté, Dumestre, Gronnier, Girma, Durand, Merchier, Bauchet, Bancelin, Moretti, Cuenne, Gouget, Fornier, Bouret, Long, Maasse, Dinichert, Quénot, Laizillière, Marchand, Barra-Lévi, Krug, Blanc, Armand; (*choix*) Courcelle-Seneuil, Tesnière, Mathieu, Lestourgie, Barreau, Windrif, Parisot, Jacquot, Laguerre, Delezenne, Auriol. (*Déc. du* 3 *sept.*)

Grazietti, chirurgien-major de 2e classe au 20e léger, est mis à la retraite; — Dor, officier d'administration comptable de 2e classe en Algérie, passe au magasin de Lille, en remplacement de M. Pique, nommé en Algérie; — Pierron, *idem* à l'hôpital de Bourbonne, passe à celui de Bordeaux, en remplacement de M. Lafitte, nommé à l'hôpital de Barèges; — Dumestre, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est mis en non-activité, par retrait d'emploi.

Sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur : MM. Queignard, chirurgien-major de 2e classe au 16e léger, et Astier, *idem* au 51e de ligne. (*Ordonn. du 28 sept.*) (*Bulletin des officiers de santé.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 126. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Abcès de la fosse iliaque en arrière du cœcum, suite d'une perforation de cet intestin par une ulcération qui a détruit l'implantation au cœcum de l'appendice iléo-cœcal. Ouverture de cet abcès par la région lombaire.

Au n° 7 de la salle Saint-Jean est couché le nommé Legendre, âgé de quarante-cinq ans, matelassier. Ce malade, après avoir passé quelque temps dans le service de M. Rayer, où il fut traité pour un phlegmon de la fosse iliaque, ainsi que l'indiquent les nombreuses traces de sangsues qui se voient encore sur la peau correspondant à la région iliaque droite, fut conduit dans le service de chirurgie le 21 septembre. Deux jours auparavant, ce malade ayant été examiné dans les salles de M. Rayer, on reconnut l'état suivant :

La région lombaire du côté droit présentait en arrière une saillie légèrement bombée, douloureuse à la pression, et au-dessous de laquelle on sentait à une grande profondeur de la fluctuation qui devenait beaucoup plus évidente quand on exerçait une pression sur la fosse iliaque. Il est si peu commun de voir des phlegmons de la fosse iliaque tendre à se développer vers la région lombaire, que l'on pouvait avoir l'idée qu'une affection du rein était la cause de la saillie existant dans cette région. M. Rayer nous ayant dit qu'il regardait le rein de ce côté comme n'étant pas malade, ce que l'événement a parfaitement confirmé, notre rôle chirurgical se bornait à donner issue à la collection purulente. A cet effet, et en présence de M. Rayer, qui voulut bien assister à nos premières explorations, en nous fournissant les indications les plus précieuses pour le diagnostic, M. Chassaignac plongea un trois-quarts explorateur dans le centre même de la légère saillie formée à la région lombaire droite, à trois travers de doigt et demi de la rangée des apophyses épineuses vertébrales, et à peu près à la même distance de la crête iliaque et de la dernière côte. Dès que l'on eut retiré le trois-quarts de sa canule, celle-ci donna issue à une demi-cuillerée d'un pus de couleur sale et d'une fétidité extrême.

Cette circonstance ayant éclairé définitivement sur le lieu dans lequel il fallait pratiquer l'incision, on fit passer le malade dans les salles de chirurgie, et le 23 on pratiqua une incision dirigée dans le sens vertical, placée à trois travers de doigt des apophyses épineuses, incision qui, près avoir été faite avec le bistouri droit, fut agrandie avec un bistouri boutonné, et qui donna issue à près d'un verre d'un liquide séro-purulent d'une grande fétidité. Lorsque l'incision eut été agrandie, de nouvelles quantités de pus grumeleux et fétide s'écoulèrent au-dehors. En faisant tousser le malade, on rendait plus active et plus abondante la sortie du pus. Une mèche fut introduite et recouverte par un cataplasme émollient.

Les 25 et 26, suppuration abondante toujours fétide. Les accidents généraux n'ont pas notablement augmenté depuis l'ouverture de l'abcès. Injections dans l'abcès avec la décoction de feuilles de noyer; deux potages et un peu de vin.

Le 28, à la visite du matin, on s'aperçut que des matières fécales d'une couleur jaune verdâtre étaient mélangées avec le pus. La respiration est difficile; il y a de la matité dans le côté droit. La toux est fort douloureuse; elle détermine la sortie de gaz et de pus par la plaie. Injections à grand lavagé; deux bouillons; quelques cuillerées de vin de Bordeaux.

Le 29, rien de changé dans l'état du malade; il s'affaiblit de plus en plus. La respiration est très difficile, et dans la matinée du 30 il succombe présentant toujours à la plaie des lombes l'issue de gaz, de matières fécales délayées et de pus.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Le crâne n'a pas été ouvert.

La poitrine ayant été examinée, on trouve la plèvre droite remplie par un épanchement de sérosité purulente. On y trouve des fausses membranes dont le plus grand nombre à origine récente, se détachant facilement de la surface du poumon. Quelques-unes, plus anciennes, principalement vers le sommet du poumon, résistent davantage.

Les poumons ayant été divisés avec attention, on reconnaît au sommet des deux poumons, mais particulièrement du poumon droit, une sorte d'induration du tissu pulmonaire qui présente des traces non équivoques de tuberculisation. Le tissu est dur et coriace; il renferme, dans un grand nombre de points, des petites concrétions sèches et crétacées. Nulle part nous n'avons rencontré de tubercules suppurants. Il y avait beaucoup de matière noire à côté des points du poumon où se trouvaient les petites concrétions calcaires.

Les deux testicules étaient complètement atrophiés.

La présence de l'épanchement pleural nous donna à penser que le foyer de l'abcès lombaire communiquait peut-être avec la plèvre, comme cela a lieu dans certains cas, mais les recherches dirigées en ce sens ne nous firent reconnaître aucune communication à travers le diaphragme.

A l'ouverture de l'abdomen on reconnut que le péritoine de la face convexe du foie avait contracté des adhérences dans une assez grande étendue avec celui qui tapisse la face inférieure du diaphragme ; ces adhérences étaient faciles à déchirer. Sous la face inférieure du foie, entre cet organe, le duodénum et la partie la plus élevée du colon lombaire droit, existait un abcès parfaitement circonscrit, complètement enveloppé par une membrane épaisse, encore molle et friable, paraissant d'une formation peu ancienne, et qui cependant présentait assez de consistance pour qu'il fût possible avec quelque précaution de le détacher tout entière des parties qui l'environnaient.

L'incision déjà faite à la région lombaire ayant été agrandie en haut et en bas, on pénétra dans un vaste foyer purulent qui s'étendait entre les plans musculaires de cette région. Cet abcès conduisait par sa partie inférieure vers la fosse iliaque droite où il avait évidemment, d'après ce que nous allons rapporter, son point de départ.

Le cœcum fortement adhérent au muscle iliaque par sa partie postérieure était en rapport par cette même partie avec un foyer purulent dont la paroi postérieure était formée par le muscle iliaque, la partie antérieure, par la paroi postérieure du cœcum, et, dans l'interieur de cet abcès, se rencontraient deux orifices communiquant avec l'intérieur du cœcum. L'un de ces orifices correspondait à l'implantation même de l'appendice iléo-cœcale. Cet appendice ne tenait plus à l'intestin que par une petite languette du pourtour de sa base. Il était comme complétement détronqué au niveau de sa jonction avec l'intestin, et un stylet introduit par la cavité du cœcum, après qu'on eut ouvert la paroi de cet intestin avec les ciseaux, pénétrait dans l'intérieur de l'abcès dans le point correspondant à l'implantation primitive de l'appendice. Ce dernier était réduit à l'état d'une espèce de lambeau inégal et comme frangé; il était tout entier contenu dans l'intérieur du foyer, et toujours en arrière se trouvait une perforation régulièrement arrondie et dans laquelle était à moitié engagée une concrétion de matière fécale dure et sèche qui présentait une grande consistance et semblait être, au premier abord, un calcul; mais l'examen de cette concrétion fit reconnaître qu'elle était entièrement fécale.

La limite de l'abcès à la partie interne se trouvait précisément sur le trajet de la ligne qui sépare encore, avant leur réunion à l'extrémité inférieure, les muscles psoas et iliaque; il y avait dans ce lieu un tissu comme fibro-cartilagineux très-dense qui opposait une forte barrière au passage du pus ; aussi le psoas était-il parfaitement intact, tandis que le muscle iliaque faisait paroi à l'abcès. Au côté externe, la limite était formée par des adhérences très solides du cœcum au muscle iliaque. Ces limites traçaient la ligne de démarcation entre la portion du muscle encore saine et la portion qui concourait à former la paroi de l'abcès. La communication entre les foyers inter-musculaires de la région des lombes et le foyer de la fosse iliaque, s'établissait au moyen d'un trou arrondi qui se trouvait immédiatement au-dessus de la crête iliaque. Le feuillet le plus antérieur de la triple aponévrose postérieure du transverse, celui qui s'attache à la partie latérale du corps des vertèbres lombaires, était seul au-devant de l'abcès; car les apophyses transverses se trouvaient elles-mêmes dans le foyer purulent; mais au-devant d'elles on sentait une barrière rénitente qui fermait l'abdomen dans ce sens. C'était bien le feuillet le plus antérieur de l'aponévrose du transverse.

En faisant quelques recherches sur la disposition de l'abcès sous-hépatique, on reconnut que les ganglions lymphatiques de l'abdomen étaient entourés de concrétions calcaires assez volumineuses.

Le canal intestinal, examiné dans toute son étendue, après avoir été renversé, ne nous a présenté aucune ulcération.

M. Cruveilhier, qui assistait à cette autopsie, nous a rappelé un cas dans lequel la perforation de l'appendice iléo-cœcal avait été produite par la présence d'un petit calcul fécal analogue à la concrétion dont nous avons parlé.

L'abcès situé sous la paroi inférieure du foie, nous a paru être un abcès métastatique.

Les reins n'étaient pas malades.

La circonstance vraiment curieuse et intéressante de cette observation est la tendance qu'eut cet abcès à s'ouvrir par la région lombaire. Il est extrêmement rare que les collections purulentes qui ont leur point de départ dans la fosse iliaque se fassent jour dans la région lombaire. Ce n'est pas que le pus lui-même se soit produit au-dehors dans ce point, puisque l'on fut obligé de pénétrer à une profondeur de six à sept centimètres pour atteindre la collection purulente; mais ce qu'il y a de positif, c'est que l'abcès existait déjà depuis un certain temps entre le feuillet antérieur et le feuillet moyen du muscle transverse, au contact du carré des lombes, puisque nous

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le calme n'est qu'apparent. — Le jury d'honneur. — Les Blondel. — Fanfaronnades et rétractations. — Mieux vaut un sage ennemi. — La poésie en deuil. — Un blason singulier. — Légende d'un lithotomiste. — Le Bulletin de l'Académie se fait tout seul. — Singulier procès entre un médecin et un pharmacien. — Toute une contrée au lait d'ânesse.

Parce que la semaine a été calme, la polémique muette et la discussion absente, n'allez pas croire que les esprits se soient tempérés et les passions refroidies. Non, le baromètre chirurgical est toujours et plus que jamais à la tempête. Il est même impossible de prévoir aujourd'hui où s'arrêtera la lutte dont nous sommes les témoins. Commencée par la presse, ce serait un inconcevable, et j'oserai dire un fatal aveuglement, de croire qu'elle se terminera devant les juges. La question principale, que tous les papiers timbrés du monde ne peuvent obscurcir, reviendra plus ardente, plus nette, plus intelligible que jamais. Ce n'est plus un homme qui sera en cause, mais un système ; non plus un orthopédiste, mais l'orthopédie. L'impulsion est donnée, elle ne s'arrêtera pas là, c'est évident. A celui qui imprudemment a soulevé cette discussion, on peut répéter le mot célèbre de 89 : Ce n'est pas une émeute, c'est une révolution. Ainsi ai-je vu la chose depuis longtemps; ainsi l'ai-je prédite. Mais on ne veut rien entendre; on accueille avec dédain, quand ce n'est pas avec mépris, les conseils les plus sages et les plus désintéressés. Laissons donc aller les choses au gré du destin.

Il s'est rencontré un cœur généreux, une âme compatissante à qui le rôle de Blondel a fait envie dans cette circonstance, et que depuis huit jours on entend chanter dans tous les coins l'air célèbre : *O Richard, ô mon roi*, et le reste. Mais il n'a pas fait que chanter, et à l'exemple du Blondel véritable il a agi ; je crains seulement que ce ne soit pas avec autant de succès qu'à l'Opéra-Comique. Son idée, à lui, est de terminer amiablement les contestations actuelles. Pour ce faire, il propose de les soumettre à un jury d'honneur, à une sorte de tribunal arbitral composé de confrères, qui décideraient en dernier ressort et sans appel..... Quoi ? là est la difficulté que le généreux Blondel n'a pas prévue sans doute, et dont il ne pourrait se tirer avec le même bonheur que de la délimitation plessimétrique d'un organe quelconque. Il lui serait plus facile de faire disparaître la rate en totalité, qu'un seul des nombreux incidents du procès.

Du reste, ce même Blondel a refusé de signer la protestation à cause des considérations préliminaires. Je signerais bien, disait-il, s'il n'y avait rien en tête. On n'est pas plus Blondel.

Un autre Blondel a refusé aussi parce que, a-t-il dit, les motifs de cette protestation sont si justes que personne ne peut les contester. Ceci est un peu moins Blondel.

Un troisième Blondel, car

> Il en est jusqu'à trois que je pourrais citer,

a été pris d'une *fièvre brûlante* en voyant la protestation, et a demandé huit jours pour se remettre.

Ce procès est semé d'incidents aussi bizarres qu'inattendus. Voici un inculpé, le premier qui l'ait été, le seul, au dire de mon huissier, qui méritât de l'être, qui fait le matamore dans son journal, qui menace de tout pourfendre, et qui cependant, par l'entremise d'un ami, va demander grâce et merci à M. Guérin, lui offrir une rétractation, ce que M. Guérin refuse avec hauteur. Le plus beau de l'affaire, c'est que l'*ami* chargé de cette négociation confidentielle et délicate, celui auquel l'inculpé a témoigné assez de confiance pour l'investir de ses pleins pouvoirs, est celui-là même qui atteste la chose et qui délivre à M. Guérin un certificat en règle que celui-ci ne s'est fait faute d'imprimer dans son journal. On conçoit à la rigueur, surtout quand on connaît certains hommes, que, malgré ses fanfaronades, l'inculpé ait cherché à sortir d'un mauvais pas, même au prix d'une proposition de rétractation ; mais ce que personne ne comprend, c'est la singulière attestation de l'*ami* et cette manière toute nouvelle de remplir un mandat confidentiel. Tout cet incident présente de part et d'autre, des formes qui répugnent à nos mœurs françaises. Cela surprendra moins quand on saura que ni le plaignant, ni l'inculpé, ni l'*ami* ne sont Français.

Il est incontestable que ce procès absorbe l'attention de nos confrères parisiens. L'émotion qu'il suscite retentit même jusque dans les salons du monde. On s'en préoccupe plus ou moins partout, et, chose que vous apprendriez certainement avec plaisir, c'est que la poésie chanterait cette lutte mémorable, si notre poète, notre *Phocéen*, celui dont vous connaissez les nobles et généreuses inspirations, n'avait, dans ce moment, sa lyre recouverte d'un voile de deuil et de tristesse. Platon avait raison de vouloir que les poètes n'eussent ni famille, ni affaires; ils avait raison de les placer dans une sphère tellement inaccessible aux douleurs humaines, que la république put toujours compter sur leur enthousiasme et leur inspiration. Regrettez avec moi l'impossibilité de l'utopie platonicienne.

Un secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences montrait lundi dernier pendant la séance, un singulier spécimen d'armes parlantes qu'un de nos confrères, qui s'est beaucoup occupé du lait, a fait graver sur ses têtes de lettres. C'est Rémus et Romulus allaités par la louve, avec cette devise : *Le lait fait la force.* Sur la porte d'un bureau des nourrices, ce blason ne serait pas trop mal trouvé.

Du reste, un lithotomiste célèbre du dernier siècle avait fait peindre sur les panneaux de sa voiture une pierre entourée de cette légende : *Super han petram œdificabo domum meam.* La légende pour lui ne fut pas menteuse, car il laissa à sa mort plus de soixante mille livres de rente.

Une récente discussion académique nous a édifiés sur le soin et l'ordre qui président à la rédaction du Bulletin de l'Académie de médecine. Trois noms sont inscrits sur la couverture de ce recueil, celui de M. Pariset, secrétaire perpétuel; celui de M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel; et celui de M. Bousquet, secrétaire du conseil. Or, M. Pariset n'y écrit pas une ligne, tout le monde est d'accord sur ce point. M. Dubois (d'Amiens) s'est énergiquement défendu de toute par-

rencontrâmes dans ce point une pseudo-membrane assez rénitente pour qu'il fût impossible qu'elle ne datât que de l'ouverture de l'abcès. Ainsi, l'on ne pourrait pas dire que si l'abcès s'est ouvert dans la région lombaire, c'est seulement parce que l'on est allé au-devant de lui. Il y avait évidemment une tendance du pus vers ce point et nullement vers la paroi antérieure de l'abdomen. Cette tendance s'était annoncée durant la vie par les symptômes ; après la mort elle se traduisait par le degré d'ancienneté de la pseudo-membrane tapissant la portion lombaire du foyer. On se demande maintenant comment il a pu se faire que de la fosse iliaque, où il était primitivement, le pus, au lieu de s'étendre en largeur dans la fosse iliaque, ait déterminé une perforation en arrière vers la région des lombes. Il y a un commencement d'explication dans l'existence du tissu comme fibro-cartilagineux et épais qui circonscrivait dans une petite étendue de la fosse iliaque le foyer primitif du mal ; mais ce n'est, comme nous le disions, qu'une explication bien insuffisante; car on ne comprend pas pour quel motif le même tissu ne se serait pas développé circulairement tout autour du foyer iliaque, et pourquoi il aurait cédé vers la partie supérieure et postérieure au lieu de céder vers le muscle psoas en dedans, vers les portions externes du muscle iliaque en dehors, vers le ligament de Fallope par sa partie inférieure.

Il a bien fallu que quelques circonstances du cas particulier ait décidé la tendance du pus vers les parties postérieures ; mais il ne nous est pas possible de préciser en quoi consiste cette circonstance. On a surtout peine à comprendre comment le pus, au lieu de se propager vers la partie postérieure du rein à la faveur du tissu cellulaire lâche qui se trouve dans cette région, avait perforé le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, pour se placer entre ce feuillet et le feuillet moyen dans la gaîne du muscle carré des lombes ; mais on rencontre quelquefois dans la marche des maladies des particularités qui semblent se jouer et des dispositions anatomiques les plus connues, et des explications les mieux fondées.

Il nous a semblé que l'abcès sous-hépatique et la pleurésie purulente du côté droit étaient dus à l'état métastatique.

S'il ne nous eût pas été bien démontré que l'abcès avait une tendance inévitable vers la région lombaire, nous aurions eu à éprouver quelques regrets d'avoir été cherché le pus à une si grande profondeur, en ouvrant les gaînes musculaires qui devenaient, une fois ouvertes et mises en communication avec le foyer purulent, autant de diverticulums du foyer primitif; circonstance défavorable, et qui aggravait singulièrement la maladie. Mais pouvait-on en agir autrement, et lorsque la tendance du pus vers la région lombaire était devenue si manifeste par l'état des symptômes, pouvait-on, disons-nous, chercher à lui donner une autre issue que celle qu'il avait en quelque sorte choisie?

Cette observation nous a encore paru remarquable sous un autre rapport : elle est une nouvelle preuve que la transformation des tubercules en matière crétacée sèche et friable, avec production abondante de matière noire à l'entour des concrétions, elle est, disons-nous, une preuve de plus de la guérison des tubercules et du mode suivant lequel s'effectue cette guérison. A. GOURAINCOURT.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Emphysème pulmonaire. Hypertrophie du cœur. Mort.

Jean Roche, âgé de quarante et un ans, fondeur en cuivre, grand, bien musclé, cheveux noirs, peau blanche, a toujours joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse, et n'avait alors la respiration ni courte, ni gênée; aucun de ses parents n'a été atteint de maladie semblable à celle qui motive son entrée à l'hôpital.

Il y a douze ans qu'il exerce la même profession. Deux ans après qu'il l'eut embrassée, il commença à tousser et à éprouver de l'oppression. Ces symptômes ont persisté depuis, et il affirme que la plupart des hommes de son état toussent habituellement. Il y a deux ans, il fut atteint d'une pneumonie du côté droit, qui exigea cinquante jours de repos. Presque à la même époque, il lui survint, dans l'hypochondre droit, une douleur assez vive qui ne s'est point dissipée, et l'a toujours mis dans l'impossibilité de se coucher sur le côté correspondant. L'an dernier, il entra à l'hôpital de la Charité pour y être traité de cette douleur; il y passa huit jours du mois de février, vingt et un jours du mois d'avril; y fut traité comme ffec té de colique de cuivre, et en sortit sans avoir éprouvé de soulagement.

Un mois avant d'entrer à l'hôpital Beaujon, il commença à éprouver pour la première fois des palpitations, ainsi que des douleurs à l'épigastre, des nausées continuelles, mais sans vomissements. La dyspnée avait augmenté notablement; depuis quinze jours, il était survenu de l'œdème aux membres inférieurs, et il avait été contraint de suspendre ses occupations ordinaires et de s'aliter. La tisane pectorale, des cataplasmes sur le ventre constituèrent tout son traitement.

Ce fut le 6 janvier 1843 qu'il se présenta dans le service de M. Martin-Solon.

Le 7, il se trouvait dans l'état suivant :

Le tronc est élevé et soutenu par plusieurs oreillers. Face pâle; lèvres violacées, tuméfiées. Œdème médiocre à la partie inférieure des jambes. Langue grise; un peu d'appétit, soif assez vive; digestions lentes; selles naturelles. Ventre peu sensiblement développé. Matité dans l'hypochondre droit, jusqu'au niveau de la ligne médiane; pression très douloureuse. Dans le flanc du même côté la percussion est obscure, aussi bien que dans l'hypochondre gauche, et l'on croit y percevoir une fluctuation obscure. Douleur continuelle, modérée, dans toute la partie mate.

Le thorax présente une saillie légère à la partie antérieure du côté gauche : elle commence immédiatement au-dessous de la clavicule, et se continue jusque vers la cinquième côte; elle se perd insensiblement vers le bord gauche du sternum et vers une ligne verticale abaissée de la clavicule, au point de réunion de son tiers externe avec les deux tiers internes. La percussion de la poitrine en avant est très sonore, exagérée partout, principalement au niveau de cette saillie. Respiration excessivement faible, presque nulle dans ce dernier point. Râle sibilant dans toute la hauteur. Bruits du cœur profonds, sourds, réguliers, nets. En arrière, des deux côtés, percussion sonore, égale; respiration moins faible qu'en avant. Même râle sibilant; de plus, quelques bulles de râle sous-crépitant dans le quart inférieur.

Expectoration médiocrement abondante, grisâtre, liquide, en partie spumeuse; quelques crachats opaques; toux assez fréquente; dyspnée très prononcée; gêne extrême de la respiration; 48 inspirations; pouls à 100, petit, régulier; chaleur modérée; insomnie. Pectorale, 2 pots; huile de croton-tiglium, 1 goutte dans un looch; julep béchique; 2 bouillons.

Le 8, décubitus dorsal et horizontal; face calme, lèvres rosées. Plusieurs évacuations alvines liquides. Epigastre et hypochondre droit moins douloureux; percussion sonore dans l'hypochondre gauche et le flanc droit; même matité dans l'hypochondre droit. Respiration infiniment moins gênée; 28 inspirations; même pouls. Deux soupes maigres.

Le 13, sentiment de mieux-être augmentant chaque jour. Même état du ventre et de la poitrine. Pouls toujours à 100 et faible. Emplâtre stibié entre les épaules.

Le 14, quatre pilules de savon.

Le 17, la dyspnée a augmenté notablement. Huile de ricin, 40 grammes.

Le 18, le purgatif a agi. La respiration est sensiblement moins gênée; l'expectoration se fait facilement (mais elle a toujours été facile); l'œdème des membres inférieurs est presque nul. Appétit prononcé. Une portion.

Le 21, état satisfaisant. Le malade lui-même dit se trouver bien. Mort subite dans la nuit, à une heure du matin.

Autopsie 34 heures après la mort. Température fraîche.

Rigidité cadavérique médiocre; quelques taches livides à la partie postérieure du tronc.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Poitrine. Le péricarde est sain et recouvert antérieurement par le bord interne du poumon gauche.

Cœur volumineux, 16 à 18 centimètres de diamètre vertical; 14 à 15 de diamètre transverse. Parois du ventricule gauche épaisses de 14 à 15 millimètres à la partie moyenne; celles du ventricule droit, de 8 à 10; les cavités en sont très dilatées, les colonnes charnues très volumineuses. Oreillettes à l'état normal. Valvule mitrale un peu épaissie, très large, un peu inégale à sa surface. L'eau versée dans le ventricule ne s'écoule point par l'orifice auriculo-ventriculaire. La valvule tricuspide et les orifices artériels sont sains.

Les poumons adhèrent à la partie inférieure et latérale du thorax par des brides celluleuses assez denses. Leur bord antérieur présente plusieurs prolongements irréguliers formés par des vésicules transparentes, pleines d'air, dont les plus volumineuses contiendraient un pois. Presque toute la face antérieure du poumon gauche est constituée par des vésicules de ce genre, réunies par groupes, que séparent de très petits intervalles de tissu sain. L'altération est beaucoup moins étendue sur la face antérieure du poumon droit. Le reste du parenchyme pulmonaire est gorgé d'un liquide de couleur lie de vin, spumeux, d'autant plus abondant, qu'on s'approche plus de la partie postérieure, où il devient très friable. La muqueuse des branches est violacée, consistante, d'épaisseur normale.

Abdomen. L'estomac, dilaté en forme de calebasse, s'étend jusque dans le flanc droit. La muqueuse est très consistante, parsemée d'une multitude de vaisseaux très fins, qui lui donnent un aspect rosé. Le ventricule contient à peine quelques cuillerées de liquide grisâtre. La face externe des intestins est d'un rose violacé; la muqueuse a généralement la même coloration, plus ou moins foncée suivant les points; elle est très ramollie, d'épaisseur naturelle. On n'y voit pas ou à peine des vaisseaux injectés. Elle est recouverte de mucus rougeâtre.

Foie volumineux, d'une couleur rouge noirâtre générale et uniforme. A la coupe, et surtout à la pression, il s'en écoule une abondante quantité de sang noirâtre. La consistance de l'organe est des plus prononcées. La vésicule contient une bile verte très foncée.

La rate est grosse comme le poing, presque noire, très dure; la coupe ne laisse pas écouler de sang, et offre l'aspect du granit.

Les reins, d'un volume considérable, ont la même coloration que le foie, et sont également gorgés de sang et d'une consistance notable.

La muqueuse de la vessie est parcourue d'une multitude de vaisseaux très déliés, confluents, auxquelles elle doit une apparence de coloration rosée.

Réflexions. Une affection caractérisée par une face pâle, anxieuse, des lèvres violettes et tuméfiées, des inspirations courtes, fréquentes, pénibles, avec menace de suffocation, dès que le malade prend la position horizontale, ne peut être qu'une affection thoracique. Si l'on constate ensuite que la sonoréité de la poitrine est exagérée, qu'il y a en même temps une faiblesse de la respiration nullement en rapport avec cette sonoréité; que le thorax présente une saillie au-dessous de l'une ou des deux clavicules, il ne nous en faudra pas davantage pour diagnostiquer un emphysème pulmonaire. Voilà ce que nous avons observé chez le malade dont l'histoire vient d'être rapportée. Le diagnostic était facile, en tant qu'il s'agit de l'existence de cette affection; mais il est une autre question qui ne pouvait être élucidée aussi aisément. C'était de déterminer la cause de la maladie.

L'hérédité était exclue; il était dès lors permis de se demander si la profession de cet homme pouvait avoir agi sur la production de sa maladie. Il est rationnel de croire que les molécules métalliques introduites constamment dans les tubes aériens venant à y déterminer une irritation sans cesse entretenue, il en résulta une inflammation chronique de la muqueuse bronchique, et l'on sait que Laënnec regardait le catarrhe pulmonaire comme une cause de l'emphysème, attribuant à un mucus visqueux le pouvoir de dilater les vésicules, en s'opposant à l'expulsion de l'air pendant l'expiration. Mais cette opinion a été combattue, et l'on s'est appuyé sur des faits anatomiques pour démontrer qu'il ne devait point en être ainsi.

Pouvons-nous mieux nous rendre compte de cette douleur qui siégeait à l'hypocondre droit, et qui comptait déjà deux années d'existence? L'autopsie nous a révélé un état pathologique du foie qui pouvait être ancien, et l'aspect sous lequel cet organe se présentait nous parut devoir être rapporté à une congestion, très bien expliquée par l'état des organes thoraciques. Remarquons, toutefois, qu'il n'est pas commun de voir les congestions hépatiques durer aussi long-temps qu'il semblerait ici : cependant on a vu des exemples de ce genre, et nous avons tout lieu d'éloigner de notre pensée l'hépatite chronique bien qu'elle ait plus d'un rapport, même anatomiquement, avec la simple congestion. Quant à l'hypérémie de la muqueuse gastrique et à la rougeur des parois du canal intestinal, on est autorisé à les attribuer à une ulcération cadavérique.

A quelle cause faut-il rapporter la mort de ce malade? car, en définitive, on meurt rarement d'un emphysème pulmonaire, pourvu qu'il soit simple, et c'est ce dernier point qu'il convient d'examiner actuellement. Or, nous avons vu que les parois du cœur étaient très-légèrement hypertrophiées, que les colonnes charnues l'étaient à un haut degré, et que les ventricules étaient sensiblement dilatés. C'était là une complication grave qui, comme on le sait, accompagne fréquemment cette affection, et qui était destinée à compromettre tôt ou tard les jours du malade. Si les bruits du cœur étaient sourds, profonds, et incapables de faire diagnostiquer cette lésion pendant la vie, c'est qu'entre le péricarde et la paroi thoracique s'était interposé le bord interne du poumon gauche.

---

ticipation à cette œuvre, et M. Bousquet a proclamé sa parfaite innocence à cet endroit. Ce qui est certain, c'est que le Bulletin ne se fait pas du tout, c'est qu'il ne rend plus compte des discussions académiques, et c'est pourtant pour favoriser la publicité de ce recueil que l'Académie prive les journaux qui seuls lui donnent un peu de retentissement dans ce monde, de la communication des pièces et mémoires de la correspondance. A ce sujet, quelques membres de l'Académie ont cherché une mauvaise querelle, selon moi, à M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel; on lui a reproché de faire ses procès-verbaux trop courts. Il est vrai que sur ce point l'Académie, habituée aux longues tartines de ses prédécesseurs, a été un peu dépaysée par la concision de M. Dubois (d'Amiens). Mais cette concision était, à mon avis, tout à fait académique, tout à fait conforme aux usages d'une société savante qui veulent qu'un procès-verbal ne soit pas un compte-rendu. Une seconde édition d'une séance académique est chose peu plaisante, et je fais des vœux pour que M. Dubois sache résister, en homme d'esprit, à des exigeances ridicules.

Un médecin rural d'un département voisin exerçait depuis longtemps dans une circonscription éloignée des kilomètres de rigueur d'une officine de pharmacie. Il pouvait donc fournir légalement à ses malades les remèdes dont ils avaient besoin ; et quoiqu'il n'eût jamais abusé de la permission, il réalisait, disait-on, d'assez jolis bénéfices sur ce chapitre de son budget. Alléché par l'espoir de déplacer à son profit cette source de produits, un pharmacien survient, et voilà la guerre allumée. D'abord le médecin demanda le partage, c'est-à-dire une honnête remise sur toutes ses prescriptions; le pharmacien ne voulut rien entendre. Alors ce fut une lutte déclarée. Le médecin s'ingéniait de toutes façons, sans néanmoins charger sa conscience, pour prescrire tout ce qu'il pouvait trouver de plus improductif dans le catalogue pharmaceutique. Ce n'était plus que bourrache et guimauve, graines de lin ou fleurs de tilleul; plus de potions, plus de sirops, plus de ces confections *secondum artem* si agréables à messieurs les pharmaciens. Néanmoins celui-ci tenait toujours, et notre pauvre confrère avait usé tous ses expédients, lorsqu'une idée lui vint, idée diabolique et pendable, sous laquelle devait nécessairement succomber son rival en pharmacie. Il acheta plusieurs de ces innocents solipèdes dont la femelle fournit un lait onctueux si recherché des poitrines délicates. Dès-lors tous les malades du village de ..... et des environs furent invariablement et universellement mis au lait d'ânesse. Ce régime dure encore. Mais les choses se sont compliquées. Le pharmacien a porté plainte contre notre inexorable confrère, qui se rend coupable, dit-il, de vente illégale de médicaments. Toujours est-il que le tribunal de ..... est saisi de cette plainte singulière, et qu'il décidera si un médecin peut ou non vendre du lait d'ânesse. Je tiendrai au courant de cette affaire le rédacteur de la Revue des cours et tribunaux. Jean RAIMOND.

Nos lecteurs partageront les sentiments pénibles que nous fait éprouver la lecture de l'article suivant, textuellement extrait de la *Gazette médicale* du 21 octobre. Nous le publions comme ce journal, sans commentaires :

» Le 5 de ce mois, M. le docteur Raciborski est venu, au nom de M. Henroz, demander à M. J. Guérin de se désister de ses poursuites, et lui offrir en échange une rétractation complète de tous les articles qui ont motivé le procès en diffamation. Par des motifs qu'on appréciera, M. J. Guérin n'a pas cru pouvoir accepter ce mode de réparation; cependant, M. Henroz a publié contre M. J. Guérin, dans le numéro suivant de *l'Expérience* (12 octobre) une nouvelle attaque diffamatoire, qui ne le cède en rien à aucune de celles pour lesquelles il a été poursuivi.

» Pour qu'il ne reste aucun doute ni sur la réalité, ni sur le caractère de la démarche de M. Henroz, M. le docteur Raciborski a été prié de l'attester; ce qu'il a fait dans les termes suivants :

« Il est vrai, en effet, que je me suis présenté chez vous le 5 de ce
» mois, envoyé par M. Henroz, et muni de ses pleins pouvoirs, pour
» vous offrir une rétractation des articles qui ont motivé le procès que
» vous lui avez intenté. C'est sur votre refus que l'affaire n'a pu être
» arrangée par ce moyen.

» Signé RACIBORSKI. »

Mais, par cela même qu'elle est l'accompagnement fréquent de l'emphysème, on était conduit à la supposer par la nature et la gravité des symptômes généraux : l'œdème des membres inférieurs devait en particulier être pris en grande considération.

Dans un tel état de choses, quelle était l'indication thérapeutique? c'était d'abord de calmer la dyspnée. Dans ce but, l'huile de croton-tiglium, plus tard l'huile de ricin, furent administrées, et nous avons vu l'une et l'autre agir tout aussi efficacement et aussi promptement que l'ipécacuanha, que les narcotiques, les stupéfiants tant préconisés contre les diverses dyspnées. La saignée n'était pas indiquée; car, outre la faiblesse du pouls, la dyspnée dépendait ici, comme dans la plupart des autres cas de ce genre, plutôt de l'emphysème que de l'état du cœur, et l'un des moyens indiqués ci-dessus était préférable. Quant aux pilules de savon que recommandait Laënnec, nous n'avons pas eu occasion de juger de leur effet. Du reste, aujourd'hui, on leur accorde moins de vertu qu'autrefois, si même on leur en accorde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 septembre 1843. — Présidence de M. Fl. Léger.

Correspondance. — *M. Lionet*, médecin à Corbeil, envoie une note sur le traitement des loupes du cuir chevelu par le caustique de Vienne. Plusieurs faits, tirés de sa pratique, viennent à l'appui des éloges qu'il donne à cette méthode, dont l'application a toujours eu lieu sans accidents, sans douleur, sans que les malades aient suspendu leurs occupations. M. Lionet donne la forme voulue à la pâte au moyen d'une spatule, et attend qu'elle ait produit son action ; dès que l'escharre est formée, il la fend avec un bistouri, afin de vider la tumeur. Cette dernière opération est inutile quand la loupe est petite ; on l'abandonne à elle-même après y avoir appliqué le caustique.

M. Chalut recommande la plus grande circonspection dans le maniement de ce violent caustique, il l'a vu appliquer de l'épaisseur d'un sou sur la poitrine d'un homme gras : un quart d'heure après les muscles étaient attaqués.

M. Belhomme a une grande frayeur de la potasse caustique ; il se rappelle toujours un cas dans lequel elle occasionna de graves désordres : la peau, le tissu cellulaire et les muscles furent atteints.

M. Duhamel a employé la potasse caustique jusque sur le col de l'utérus et n'a jamais vu d'accidents.

M. Fl. Léger. Je ne comprends pas bien l'utilité du caustique de Vienne sur les loupes ; l'auteur ne nous dit pas comment les choses se sont passées. Il me semble qu'il doit y avoir une solution de continuité, une plaie, une ulcération dont la cicatrisation ne me paraît pas indifférente. Je crois que jusqu'ici on ne s'est pas mal trouvé de l'opération par l'instrument tranchant ; la cicatrice se forme facilement, tandis que la plaie par les caustiques ne se trouve pas dans d'aussi bonnes conditions. Je pense donc qu'il y aurait de l'imprudence à adopter ces idées.

M. Tanchou. Il y aurait peut-être des cas dans lesquels le caustique offrirait quelques avantages : c'est lorsqu'il y a embarras des téguments, que ceux-ci chevauchant les uns sur les autres la réunion s'en opère difficilement.

M. Fl. Léger pense qu'on peut éviter cet inconvénient en faisant l'incision en T renversé ; les deux lambeaux tombent d'eux-mêmes comme deux rideaux.

M. Guersant fils. Il y a une chose en chirurgie reconnue par tout le monde, c'est que les doigts et la tête sont, de toutes les parties, les plus exposées aux accidents qui suivent les incisions. C'es là l'opinion de Dubois, de Boyer, de Dupuytren, de M. Cloquet, etc. ; mais il est remarquable que les érysipèles, qui surviennent si fréquemment lorsqu'on porte l'instrument tranchant sur ces parties, s'y développent, au contraire, rarement lorsqu'on se sert du caustique. J'emploie souvent la poudre de Vienne, et je ne vois plus d'érysipèles. Je l'ai appliquée, entre autres, sur une dame que j'avais opérée d'une loupe par incision. Après les deux opérations, la malade m'a dit : j'ai guéri plus vite par l'instrument, mais j'ai beaucoup plus souffert.

M. Tanchou est de l'avis de M. Guersant; il croit que le caustique expose moins aux inflammations consécutives, et qu'il faut l'employer toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur volumineuse.

M. Pédélaborde ayant appliqué le caustique de Vienne sur le doigt de pied d'une dame pour détruire un cor, le tendon fut mis à nu, et il faillit survenir de graves accidents.

—*M. Belhomme* présente quelques observations sur les causes de la folie, à l'occasion du relevé statistique de M. Moreau de Jonnès, qui a été la tout récemment à l'Institut.

J'avais, avant M. Moreau de Jonnès, dit M. Belhomme, émis les mêmes idées en prenant la statistique de M. Desportes, où figuren 20,940 aliénés. J'ai démontré que toutes les fois qu'on fait figurer dant la statistique les déformations congéniales du crâne, les congestions cérébrales, les suites de l'apoplexie, l'épilepsie, l'hystérie, l'abus du vin, de l'onanisme et du mercure, les efforts de la première menstruation, la cessation et la suppression des règles, les suites de couches, la grossesse, les causes physiques l'emportent sur les causes morales, telles que l'inconduite, le libertinage, les chagrins domestiques, les revers de fortune, l'ambition trompée, l'amour contrarié, la religion outrée, etc.

Voici mon relevé :	Causes physiques,	5,035 ;
	Causes morales,	2,659.

Le grand vice de l'observation, selon moi, c'est qu'on étudie les symptômes de la folie sans les rapporter à des causes organiques, et souvent à des lésions du centre nerveux principal. Il y a même des aliénations mentales qui sont évidemment produites par un trouble général du système nerveux.

M. Tanchou. Pour juger de l'importance des causes morales, il faut tenir compte de l'individu. Si vous prenez des individus dans la classe pauvre, vous trouverez moins de causes morales que dans la classe riche. On ne peut perdre que ce qu'on a ; plus un individu a d'intelligence, plus il est prédisposé à la folie.

M. Puzin croit que c'est moins le développement de l'intelligence que celui des passions qui produit la folie.

M. Belhomme. M. Tanchou vient de dire que plus il y a d'intelligence, plus il y a de prédisposition à la folie ; c'est que le cerveau, à force d'être fatigué, finit par devenir malade.

Quant aux passions, elles amènent la folie par les excès qu'elles suscitent.

A mon avis, les causes morales et les causes physiques se tiennent.

Le secrétaire annuel, Eguisier.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 12 *juillet* 1843. — Présidence de M. La Corbière.

M. Dupoty adresse à la Société la notice recueillie par lui sur Richard-Roberts Jones, né à Aberdaron (pays de Galles), en 1780. Tour à tour charpentier, pêcheur, scieur de long, dans les moments que lui laissaient ses travaux manuels, qui lui donnaient à peine de quoi manger ; seul, pour ainsi dire, privé de méthode suivie et avec des bouquins qu'il se procurait en prenant sur sa nourriture, cet homme apprit successivement depuis l'âge de neuf ans jusqu'à celui de vingt-quatre, l'écriture, le latin, le grec, l'hébreu, le français, l'anglais, l'italien, l'arabe, le chaldéen, le syriaque, et composa sur et dans ces diverses langues, d'assez nombreux ouvrages, soit comme grammairien, soit comme lexicographe.

A cette prodigieuse aptitude, à cette rare capacité philosophique, ou plutôt glossologique, Roberts Jones joignait une inintelligence remarquable sur toutes les choses de la vie, un défaut de jugement manifeste, notoire, et qui allait jusqu'à l'imbécillité. Tout pour les mots, dans cet être, et rien pour les idées, pour les idées du moins autres que celles des mots. Quant aux penchants, aux sentiments, il avait une profonde indifférence pour les choses qui font à peu près le bonheur du commun des hommes, et donna, dit-on, quelques signes très incertains de velléité religieuse.

M. Dupoty invite la Société à faire des démarches auprès de ses correspondants de Londres pour obtenir les renseignements phrénologiques sur ce sujet. C'est, ajoute-t-il, un de ces types précieux, non pour établir ni corroborer des principes généraux acquis à la science anatomique et physiologique du cerveau, mais sous le point de vue des localisations des organes, et d'une distinction correspondante dans les facultés. M. Gall me le disait un jour, et il ne l'eût pas dit, que la méthode et la logique le proclameraient. « C'est une bonne fortune de pouvoir procéder par voie d'exclusion presqu'absolue de toutes les régions à l'égard d'une seule. » Là il n'y a pour ainsi dire aucune combinaison des facultés diverses avec une spécialité à peu près unique et dominante. Dans cette organisation, la plus grande part est à faire aux dispositions natives et non à une virtualité acquise par l'exercice, développée par l'éducation ou la civilisation. Un journal (socialiste pourtant) se demandant si les succès spéciaux de cet individu ont tenu à une organisation particulière ou à une puissance intellectuelle dont le hasard seul aurait déterminé l'emploi ! C'est, dis-je, se demander s'il y a des effets sans cause. Ceci se concevra, d'ailleurs, lorsqu'on saura que l'auteur de cet article est une femme d'esprit étrangère à la science et à ses rigoureuses déductions.

M. le président invite le secrétaire-général à remercier M. Dupoty de son intéressante communication. « Puisse, dit-il, la science à laquelle il se livre, et dont il a été un des plus fervents disciples dans les leçons de Gall, lui rendre moins amères les heures de captivité... La Société entendra toujours avec le plus grand intérêt le résultat de ses méditations. »

M. Belhomme a la parole pour la lecture d'un travail ayant pour titre : *Réflexions sur l'idiotie; examen du système d'éducation que l'on peut donner aux idiots et aux enfants arriérés.* Les conclusions de ce travail sont les suivantes ; elles résument toutes les opinions émises par l'orateur dans les différents ouvrages qu'il a publiés.

« L'idiotie est une infirmité native qui s'annonce par une incapacité intellectuelle plus ou moins prononcée.

» Les idiots ont presque constamment le crâne défectueux, et le cerveau vicieusement organisé.

» Il y a quelquefois des arrêts de développement intellectuel qui se prononcent après la naissance, avant l'âge de puberté.

» L'idiotie s'accompagne le plus ordinairement d'une dégradation physique générale, qui rend la position des idiots plus malheureuse et plus difficile à modifier.

» Les idiots sont d'autant plus instinctifs et passionnés, que leur intelligence est moins développée.

» L'idiotie est endémique et sporadique. Les idiots des plaines diffèrent un peu des idiots des montagnes par certains caractères physiques : la vie des premiers est en général moins longue que celle des seconds ; on peut améliorer la situation et diminuer le nombre des idiots des montagnes, par le croisement des races et l'assainissement des habitations.

» Les idiots sont susceptibles d'une éducation physique et morale en rapport avec le développement de leur intelligence ; ils ont quelquefois des facultés innées très développées relatives à certains penchants.

» L'éducation des idiots est un problème résolu ; les imbéciles surtout sont éducables ; il faut, pour y parvenir : 1° leur donner des notions générales ; 2° analyser les facultés dominantes, les développer pour en tirer le meilleur parti possible. Les ouvrages manuels sont surtout à la portée des idiots ; on pourrait les utiliser à l'exercice d'un métier, ou les rendre utiles dans certaines particularités d'application.

» La méthode de M. Séguin présente l'immense avantage de régulariser les fonctions nerveuses, en développant le système musculaire et en réglant les actes, et l'exercice, quelque minime qu'il soit, de l'intelligence et des sentiments moraux. »

Je crois, messieurs, devoir adresser des éloges à M. Séguin au nom de la Société phrénologique, pour l'immense patience qu'il développe dans l'éducation des idiots. Rappelez-vous qu'une commission avait été nommée à l'occasion de la lecture d'un travail de M. Voisin sur les idiots, et qu'une visite a été faite par elle à Bicêtre pour constater les essais heureux de M. Séguin. Je pense que la Société sera satisfaite de me voir rendre hommage à cet instituteur. Nous devons seulement lui conseiller de consulter, dans son examen psychologique, la doctrine de Gall, comme l'a fait M. Voisin ; les conseils qu'il recevra de ce médecin et de notre doctrine pourront encore l'aider dans les exercices qui s'adressent aux facultés primitives, facultés dont on se rend mieux compte lorsqu'on s'est pénétré des vérités phrénologiques.

— *M. Letellier*, secrétaire du procès-verbal, donne lecture d'une observation adressée à la Société par M. le docteur Faivre. Cette observation contient en substance l'histoire d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui depuis l'âge de dix ans se livrait à des habitudes solitaires et que rien n'avait pu calmer. Il en était résulté un affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire ; de l'irritabilité, de l'inégalité, comme de l'incohérence dans les idées ; puis, au physique, vacillement constant des membres ; démarche faible et incertaine, battements du cœur irréguliers et forts, et enfin mort après dix jours de maladie définitive.

L'autopsie démontra, entre autres désordres, l'hypertrophie du cœur, adhérences pleurétiques et tubercules pulmonaires ; épanchement séreux dans les ventricules. Le cervelet, volumineux, renfermait dans son lobe moyen un noyau dur et tuberculeux de la grosseur d'une forte noisette.....

M. Belhomme prend la parole sur cette observation ; elle confirme, dit-il, la double fonction du cervelet : équilibration et génération, constatée d'ailleurs par les expériences et les vivisections de MM. Bouillaud, Magendie, Flourens et Rolando.

M. Fossati, rappelant les expériences faites jadis par lui sur les animaux, en présence de Gall, prétend que leurs résultats sont insignifiants ; il demande quelles conclusions on peut tirer de la manifestation d'une faculté non sous l'empire de la volonté, mais provoquée et modifiée par la douleur......

M. Place cite les expériences faites par M. Bouillaud sur des pigeons, sur lesquels cet expérimentateur célèbre a remplacé les vivisections affaiblissantes par la cautérisation, qui laisse à l'animal toute son énergie, toute sa force de réaction. Ces animaux ayant par ce procédé le cervelet détruit en tout ou en partie, perdaient la libre et régulière direction de leurs mouvements, sans cesser un instant d'exercer d'autres fonctions de la vitalité d'une façon précise et normale.

M. Fossati rejette les cautérisations tout aussi bien que les vivisections et ne les trouve pas plus concluantes les unes que les autres, car on n'est jamais assez maître de son cautère pour s'arrêter juste au point qu'on veut toucher, et encore dans ce cas, la chaleur, l'excitation et l'inflammation produites par le cautère, descendaient bien au-delà de l'escharre produite, et alors où sera la sûreté et la démonstration rigoureuse.

M. Belhomme. M. Fossati semble ne plus se souvenir que toutes les parties de la substance cérébrale ne sont pas également sensibles et excitables au même degré. La substance grise du cerveau a une sensibilité — si sensibilité il y a — qui n'est pas appréciable à nos sens.

M. Fossati cite des cas pathologiques.

M. Belhomme. Si un état maladif peut exciter certaines portions ou parties du cerveau peu sensibles d'ordinaire, à plus forte raison, dans l'état sain, en agissant directement sur ces parties qui semblent peu importantes à la première vue, on ne communiquera aux couches intérieures qu'une excitation à peine supérieure à celle nécessaire pour provoquer la manifestation de la faculté.

M. Letellier partage l'opinion de M. Fossati, et regarde les vivisections comme inutiles, puisqu'elles ne peuvent être probantes. Il faut toujours tenir compte de l'affaiblissement du sujet, ainsi que de la douleur ; doubles phénomènes qui suffisent pour modifier la manifestation. Enfin pour que les effets produits par la vivisection fussent concluants, il faudrait que la manifestation ne pût être obtenue à l'aide d'autres moyens ; mais une saignée ou la diète prolongée produiront des phénomènes semblables à ceux que déterminent les vivisections.

M. Place nie cette dernière conclusion de M. Letellier. Quel rapport y a-t-il entre la faiblesse générale produite par une saignée ou la diète, avec la cessation immédiate d'une fonction organique, bien indépendamment des autres qui continuent à s'effectuer dans les conditions normales ?

M. Place soutient l'importance des vivisections et surtout de la cautérisation. Ce sont, dit-il, des résultats incontestables qu'elles produisent, et qu'on peut répéter constamment. Celles qu'il a faites lui-même ont toujours satisfait à ce qu'il en attendait.

M. le président, tout en admirant le courage de ceux qui par amour pour la science se livrent à des vivisections, avoue qu'il répugne à ces expérimentations ; et il y répugne d'autant plus, que s'il est vrai de dire que les vivisections ont éclairé quelques points obscurs de la physiologie, la lumière jetée par ces expériences ne lui paraît pas assez grandes pour lui faire vaincre sa répugnance. Il n'est donc pas surpris de voir des esprits également éclairés montrer dans cette discussion des opinions si opposées ; car c'est, dit-il, autant affaire de sentiment qu'affaire de conviction. Toutefois, M. le président proclame avec gratitude les noms des physiologistes illustres qui ont enrichi la science à l'aide de ces redoutables moyens d'investigation.

— *M. Saxe*, artiste belge ; *M. Faivre*, docteur en médecine et *M. Mathias d'Annecy*, docteur en droit, sont admis à l'unanimité au nombre des membres titulaires de la Société.

— Le Cours de phrénologie, commencé le 14 juin par *M. Ch. Place*, professeur désigné, s'est terminé le 18 août, après trente leçons consacrées à l'étude minutieuse des fonctions du cerveau et de toutes les applications possibles de la doctrine de Gall aux sciences et aux institutions modernes. La première partie a compris l'histoire universelle des rapports de l'âme avec les conditions physiques du cerveau, pour amener à la méthode analytique, physiologique du Dr Gall ; son anatomie du cerveau et du crâne ; les conditions générales physiologiques nécessaires pour comprendre les influences du tempérament et des excitations momentanées. Cette partie a aussi été consacrée à l'étude détaillée des facultés, de leur historique, de leur découverte, de leur anatomie, des exemples qui confirment leur existence.

La seconde partie, qui devait être toute didactique, a été ouverte par l'histoire universelle de la psychologie, depuis les premières notions transmises dans les histoires des Mèdes, des Syriens, des Juifs, des Indiens, et enfin dans les quatre grandes écoles admises par la science moderne : l'école grecque, italienne, la scolastique, et l'école expérimentale ; enfin la philosophie écossaise, celle de Kant, et l'école physiologique, qui appartient en propre aux doctrines de Gall. Le professeur s'est appuyé de toutes ces doctrines pour montrer que Gall doit être non seulement admiré quant à la révolution anatomique qu'il a déterminée et fait adopter sans contestation par sa dissection du cerveau, mais encore quant à la classification nette et bien précise des facultés primitives de l'âme humaine.

Le professeur a étudié les rapports de la science nouvelle avec nos institutions modernes ; et, sous le titre des *Conditions physiologiques de sociabilité*, il a étudié, et malgré les institutions principales qui unissent les hommes, la famille, le pouvoir paternel, le patriarchat et les divers modes de gouvernements sociaux, le mariage, le divorce. Enfin il a analysé le Code pénal quant aux attentats contre la propriété et la personne. La réforme pénitentiaire du jeune détenu l'a surtout occupé, et il s'est livré à un examen minutieux des systèmes de Philadelphie et d'Oburn, qui font la base de la loi projetée pour être soumise à l'examen des chambres. Plusieurs leçons ont aussi été consacrées à l'hygiène du cerveau, au traitement de ses lésions, soit aiguës, soit chroniques. L'aliénation mentale et les ressources que son traitement emprunte à la phrénologie a été développée, et, grâce à la bienveillance du docteur Voisin, bon nombre des auditeurs ont été admis à suivre, à Bicêtre, les applications de la science sur des exemples incontestables. L'éducation générale des enfants, et celle des jeunes idiots en particulier, sous la méthode de M. Séguin, a été également étudiée dans les plus grands détails.

Le professeur s'était réservé pour la fin de ses leçons, la réfutation des objections incessamment faites à la phrénologie, et sûr d'être mieux compris après avoir formé son auditoire par une étude minutieuse et attentive des faits, il a combattu MM. Flourens, Lélut et Leuret ; les uns quant à la partie philosophique, les autres quant à la question anatomique. Il a pu rejeter facilement comme *banales* et *insensées* ces accusations perpétuelles de fatalisme et de matérialisme que M. Flourens a cru pouvoir impunément accumuler dans son petit volume. Contrairement à celui-ci, il a rejeté la philosophie de Descartes et de Pascal comme nuisible au véritable progrès, puisqu'elle a pour suprême résultat le doute ; tandis qu'au contraire, la doctrine anatomique favorise la recherche de la vérité par une conviction qui s'acquiert pas à pas, et qui s'appuie sur l'authenticité irrécusable des faits.....

Ce cours a été ouvert et fermé par deux allocutions de M. le président. Dans ces deux discours, M. La Corbière a démontré l'utilité d'une étude qui embrasse tant et de si nobles intérêts, et qui touche à tant de questions vitales qu'elle semble destinée à opérer prochainement une révolution dans l'éducation comme dans la législation.

M. le président s'est surtout attaché à démontrer l'utilité d'une étud bien consciencieuse avant tout jugement définitif. Aussi a-t-il sollicit les sympathies et la bienveillante attention du public pour les travaux assidus de la Société.

Le cours a été suivi pendant ces deux mois entiers par un très nombreux auditoire qui remplissait le grand amphithéâtre de l'Athénée. Le cours sera repris par le professeur désigné, le 8 novembre 1843. Les séances de la Société seront aussi reprises le même jour.

Le secrétaire-général, Ch. Place.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. Octobre 1843

Recherches sur l'éclairage public de Paris ;
par A. Trébuchet.

Cet article, suite d'un travail dont le commencement a paru dans

précédent numéro, et dont la fin paraîtra ultérieurement, n'a trait qu'à des points de l'éclairage public de Paris, qui sont peu de nature à intéresser nos lecteurs; ainsi, il s'occupe des premiers marchés passés par l'administration avec des entrepreneurs particuliers pour la fourniture des lanternes, dites réverbères, et pour l'alimentation de leurs becs pendant un temps déterminé de chaque nuit; il expose la marche et les progrès de cette branche importante de l'hygiène publique depuis cette époque jusqu'à l'année 1839, alors qu'eurent lieu à Paris les premiers essais de l'éclairage public par le gaz. L'article qui suivra sera consacré à faire connaître les progrès de l'ère nouvelle qui a commencé pour l'illumination de la capitale avec l'adoption de cette précieuse innovation.

Note sur la santé des ouvriers qui travaillent le cuivre; par A. Chevallier.

A une époque déjà reculée, la santé des ouvriers qui travaillent le cuivre a été le sujet de graves controverses, les uns prétendant que le travail habituel de ce métal devenait la source d'accidents effrayants, les autres soutenant au contraire qu'il ne donnait lieu à aucun effet nuisible. M. A. Chevallier, à l'occasion de recherches qu'il avait entreprises sur les ouvriers atteints de la colique de plomb qui sont reçus dans les hôpitaux de Paris, a reconnu que les ouvriers en cuivre étaient également sujets à la colique métallique, fait déjà signalé par M. Mérat, puis par M. Patissier, d'après Ramazzini. C'est par suite de cette observation qu'il s'est adressé à deux médecins, MM. Piédoye et Baudy, exerçant à Villedieu-les-Poêles, petite ville du département de la Manche, où l'on travaille le cuivre en grand, et à un troisième, habitant la même localité, pour les prier de procéder à une sorte d'enquête sur cet intéressant point d'hygiène industrielle.

Les ouvriers qui travaillent le cuivre à Villedieu sont divisés en trois catégories: les charbonniers, les fondeurs et les poêliers. La colique métallique est assez rare chez les ouvriers de la première catégorie, un peu moins dans la deuxième, et plus commune dans la troisième. Toutefois, elle est aujourd'hui moins fréquente chez ces ouvriers qu'elle ne l'était autrefois. Une altération grave dans la progression du développement organique et dans la santé habituelle se fait remarquer chez les ouvriers poêliers; mais elle est due à la continuité de certains mouvements nécessités par leur genre de travaux, et ne peut être rapportée par conséquent à la nature du métal sur lequel s'exerce leur industrie.

La peau des ouvriers qui travaillent le cuivre ne diffère en rien de celle des autres personnes de la localité, c'est-à-dire qu'elle est généralement blanche: si, chez quelques-uns, elle est différente, on doit attribuer cette particularité à un défaut de propreté. La même remarque doit être étendue aux cheveux, bien qu'on ait avancé le contraire en disant qu'ils prenaient un ton verdâtre.

Il est à regretter que des expériences chimiques n'aient pas encore été faites sur les humeurs et les excrétions de ces différents ouvriers, car elles pourraient amener à de curieux résultats, si l'on en juge, dit M. Chevallier, par la découverte que fit Laugier en 1825: ce chimiste trouva du cuivre dans les cheveux du sieur Tournois, fondeur en cuivre, qui était venu à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter d'une amaurose.

Hygiène et éducation des idiots; par Edouard Séguin.

Cet article, qui n'est que la suite d'un autre article précédemment inséré dans le même journal, l'auteur expose successivement les moyens à l'aide desquels il parvient à enseigner aux idiots, dont l'éducation lui est confiée par l'administration des hôpitaux et hospices de Paris, le dessin, l'écriture, la lecture, à leur expliquer ce que c'est qu'une idée simple ou notion, puis une idée concrète, en quoi consiste l'action que représente le verbe, les rapports établis par les actions entre l'homme et ses semblables, etc.

Du reste, ce travail, d'un haut intérêt pour le psychologiste, n'est malheureusement pas susceptible d'être analysé. Il est terminé par une délibération du Conseil général des hôpitaux, dans laquelle MM. les membres de la commission administrative invitent M. Séguin à continuer, à l'égard des jeunes idiots de l'hospice de la Vieillesse (hommes), jusqu'à la fin de l'année 1843, l'essai de la méthode d'éducation qu'il a appliquée jusqu'ici avec succès aux idiots de l'hospice des Incurables.

Des rapports de distances qu'il est utile de maintenir entre les fabriques insalubres et les habitations qui les entourent; par M. D'Arcet.

Ce travail a pour objet l'application des résultats (en moyenne) des observations météorologiques faites pendant un certain nombre d'années à la fixation des distances qui doivent séparer les établissements insalubles des habitations environnantes. Il n'est pas besoin de dire que ces résultats n'ont de valeur que pour les localités où les observations ont été recueillies, et qu'ils méritent d'autant plus de confiance que les observations ont été prolongées pendant plus long-temps.

De l'influence de la fumée des fours à chaux sur le vin produit par les vignes qui y sont exposées; par MM. Aubercier et Lecoq.

Dans ce travail, les auteurs établissent que la fumée des fours à chaux chauffés à la houille peut nuire à la qualité du vin produit pas les vignes qui y sont exposées, en déposant sur le raisin des matièrer étrangères, susceptibles de se dissoudre dans l'alcool du vin lors de la fermentation.

De la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabacs; par M. Siméon, directeur-général de l'administration des tabacs.

M. Siméon, dans un rapport adressé à M. le ministre des travaux publics et du commerce, établit, d'après les documents qui lui ont été fournis par les médecins attachés aux divers établissements dépendants de l'administration, que l'état sanitaire des manufactures est satisfaisant. Des maladies plus ou moins graves ont atteint les ouvriers de ces manufactures dans le cours de l'année 1842. Toutefois, aucune d'elles n'a présenté de caractère épidémique ou contagieux, n'a été spéciale à la manufacture, et n'a exigé de mesures générales extraordinaires. Des pneumonies, des fièvres typhoïdes, des gastro-entérites, des dysenteries, des angines, des ophthalmies, des affections rhumatismales, etc., ont été constatées chez des ouvriers; mais ces maladies, qui tiennent aux circonstances ordinaires de la vie, sévissaient dans les localités où sont situés les établissements de la régie; aucunes d'elles n'ont pu être attribuées uniquement au travail de la manufacture, à l'exception néanmoins de quelques bronchites et de quelques céphalalgies assez intenses qui ont été remarquées pendant l'été à la manufacture de Paris. Le médecin a attribué ces bronchites et ces céphalalgies à l'action des émanations du tabac, rendues plus abondantes par suite des grandes chaleurs qui régnaient alors, et il appuie son opinion, relativement à l'absorption cutanée de ces émanations, sur ce fait, que les femmes ont été plus affectées que les hommes, ce qu'expliquerait leur costume moins hermétiquement fermé que celui des hommes, et les exposant par conséquent davantage aux effets de cette absorption.

M. Siméon termine par quelques considérations sur la fréquence relative de la phthisie parmi les employés des manufactures de la régie et les individus qui habitent dans les environs. Sans porter aucun jugement sur l'action possible des émanations du tabac à cet égard, il se borne à faire remarquer que cette maladie, si commune, en général, chez les ouvriers, et favorisée par leurs habitudes, leur manière de vivre, est, dans plusieurs localités, bien moins fréquente chez les ouvriers des manufactures de tabac que dans la totalité de la population. C'est, dit-il, un fait attesté par les médecins des manufactures de Bordeaux, du Hâvre, de Lille, Morlaix et Strasbourg.

Sur les maladies simulées; par le docteur Ollivier (d'Angers).

Dans ce mémoire, qui fait suite à un travail sur le même sujet publié précédemment dans le même recueil, l'auteur donne trois observations à l'appui de ce qu'il a déjà dit sur la matière. La première de ces observations est relative à une maladie prétextée ou supposée; la seconde, à une maladie provoquée; la troisième, à une maladie simulée proprement dite. Ces trois observations ne peuvent être données ici en abrégé; elles perdraient la plus grande partie de leur intérêt par la suppression des détails très étendus dont elles sont accompagnées, et sans lesquels il ne serait plus possible de démontrer la supposition, la provocation et la simulation réelles des maladies dont il est question.

Quelques considérations médico-légales sur le diagnostic différentiel des ecchymoses; par le docteur Henri Bayard.

L'auteur a résumé lui-même son travail par le tableau suivant des principaux caractères différentiels des ecchymoses traumatiques et spontanées.

ECCHYMOSES TRAUMATIQUES.

Causes: Elles sont le résultat de causes externes.

Formes: Elles ont quelquefois une étendue considérable; mais il n'en existe souvent qu'une seule.

Marche: La tuméfaction plus ou moins prononcée, souvent élastique, rémittente, présente rapidement des changements de coloration. Au début, la couleur est livide ou plombée; elle devient violacée et jaune-verdâtre.

Dans ces ecchymoses, la coloration est plus intense à leur centre.

La température de la partie est plus élevée.

Le sang, quand il est épanché en quantité considérable, ne se coagule pas, et provoque des abcès.

Siége: Le siége est tout à fait indéterminé et accidentel.

Caractères anatomiques: Les vaisseaux capillaires sont déchirés; la coloration des tissus disparaît par la macération.

La coïncidence d'une maladie ou de souffrances générales est seulement accidentelle.

Les hémorrhagies des membranes muqueuses sont alors le résultat de causes accidentelles.

ECCHYMOSES SPONTANÉES.

Causes: Elles sont l'effet de causes internes.

Formes: Elles sont limitées à une petite étendue; mais les taches sont toujours nombreuses.

Marche: Elles existent le plus souvent sans tuméfaction; la teinte noirâtre change peu, et elle ne disparaît que lentement. La couleur est le plus souvent brunâtre, ou lie de vin.

Ces ecchymoses ont une nuance uniforme dans toute leur étendue.

La température n'est pas plus élevée.

Le sang ne s'épanche qu'en petite quantité; il reste liquide.

Siége: Les ecchymoses en général s'observent sur tout le corps; les ecchymoses locales s'observent le plus souvent sur les membres, et notamment sur les membres inférieurs.

Caractères anatomiques: Le système capillaire est intact; le plus souvent la coloration des tissus ne disparaît pas par la macération.

Une maladie ou des souffrances générales, ou une maladie organique, précèdent presque toujours, et provoquent l'ecchymose.

Les membranes muqueuses sont fréquemment le siége d'hémorrhagies spontanées.

Rapport sur un cas de tentative d'homicide commise par un halluciné; par MM. Ollivier (d'Angers) et Leuret.

Il s'agit dans ce rapport d'un individu, marié et père de huit enfants, qui, après avoir perdu tout ce qu'il possédait par suite de son goût pour l'ivrognerie, tomba dans un état de folie furieuse, et fut conduit d'abord à Charenton, puis renfermé successivement à trois reprises dans l'hospice de Bicêtre, d'où il sortit, chaque fois, après quelque temps de séjour, comme complétement guéri. Après sa dernière sortie, il ne tarda pas à retomber dans l'état d'aliénation mentale, et il porta à sa femme vingt-huit coups de couteau sur le dos, le cou, la poitrine, le ventre, les bras et les doigts de la main gauche. Arrêté pour ce fait, une instruction fut commencée; mais sur la déclaration des deux experts, portant qu'il était aliéné, et qu'à l'époque du crime il n'avait pas l'usage de ses facultés intellectuelles, la chambre des mises en accusation décida qu'il n'y avait pas lieu à suivre contre lui, et qu'il resterait placé à Bicêtre, comme aliéné.

Du secret en médecine. Consultation par Me Boullancer, avocat à la Cour royale de Paris.

Nous avons parlé déjà de cette consultation, rédigée par l'auteur, sur la demande de la Société de Prévoyance des médecins de Paris, au sujet de l'affaire du docteur Mallet, de La Rochelle.

Variétés.

Sous ce titre se trouvent réunis plusieurs articles dont quelques-uns ont déjà été portés par nous à la connaissance de nos lecteurs en rendant compte des travaux de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

NOUVELLES.

— M. Malgaigne vient d'être nommé chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine.

— Le Moniteur a publié une ordonnance royale en date du 17 octobre, portant création d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie dans la ville de Nancy.

Par arrêté du 20, M. le ministre de l'instruction publique organise ainsi le personnel de cette école: Histoire naturelle, médicale et matière médicale, M. Godron, professeur titulaire. Anatomie et physiologie, M. Larcher, professeur titulaire. Pathologie interne, M. Blondlot, professeur adjoint. Clinique interne, M. Coliny, professeur titulaire. Pathologie externe, M. Roussel, professeur adjoint. Clinique externe, M. Simonin fils. Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Bonfils. Il sera pourvu ultérieurement à la chaire de chimie et de pharmacie. — Directeur de l'Ecole, M. Simonin père, professeur titulaire. Directeur et professeur honoraire, M. Haldat. Suppléants, M. Béchet fils, M. Pariset. Chef des travaux anatomiques, M. Demange.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 127. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 26 OCTOBRE 1843.

Nous, soussignés, rédacteurs en chef des journaux de médecine et de chirurgie de Paris, et rédacteurs de journaux consacrés aux sciences ;

Vu la déclaration de principes ci-après, déjà signée par un grand nombre de notabilités médicales, et les circonstances qui l'ont nécessitée ;

Considérant que si la liberté de discussion est en effet le droit le plus sacré de la science, il importe principalement à la presse qu'elle n'en reçoive aucun dommage ; et que sans la libre critique aucun journal sérieux ne pourrait exister ;

Déclarons adhérer pleinement, et sans réserve, au nom des journaux que nous rédigeons, à ladite déclaration, ainsi conçue:

Suit le texte de la déclaration. (*Voir* le n° du 19 octobre.)

Paris, ce 20 octobre 1843.

Pour la *Gazette des Hôpitaux*, FABRE, rédacteur en chef.

Pour les *Archives générales de Médecine*, RAICE-DELORME, rédacteur principal.

Pour le *Bulletin de Thérapeutique*, MIQUEL, rédacteur en chef.

Pour les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, OLLIVIER (d'Angers), rédacteur principal.

Pour les *Annales médico-psychologiques*, CERISE, rédacteur principal.

Pour la *Clinique des Hôpitaux des Enfants*, VANIER (du Havre), rédacteur en chef.

Pour les *Annales de Thérapeutique et de Toxicologie*, ROGNETTA, rédacteur en chef.

Pour le *Journal des Découvertes en Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, etc., PLISSON, rédacteur en chef.

Pour les *Annales d'Obstétrique et des maladies des femmes et des enfants*, ANDRIEUX, de Brioude, et LUBANSKI, rédacteurs en chef.

Pour l'*Encyclographie médicale*, Alf. LARTIGUE, rédacteur en chef.

Pour le *Journal des Connaissances médicales*, TAVERNIER, l'un des rédacteurs-propriétaires.

Pour le *Journal de chimie médicale*, A. CHEVALLIER, l'un des rédacteurs.

Pour le *Journal de médecine*, BEAU, rédacteur en chef.

Pour la *Revue médico-chirurgicale* de la *Revue scientifique*, BEAUGRAND, D.-M.-P.

Je me joins à regret à mes confrères. GENEST, rédacteur de la partie médicale de la *Gazette médicale*.

MM. CAYOL, rédacteur en chef de la *Revue médicale*, DUNAL, rédacteur en chef de la *Revue des spécialités*, et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, rédacteur en chef du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, ne sont pas à Paris.

Nota; Nous ne doutons pas que nos confrères de province ne se réunissent à la presse médicale de Paris, et nous publierons toutes les adhésions qui nous seront adressées.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Pharyngite (angine pharyngée). — Quelques réflexions sur la marche et le traitement de cette affection. — Quelques phénomènes typhoïdes.

Le 27 juillet, est entré à l'hôpital des Enfants le nommé Bouchain (Alexandre), âgé de onze ans, lequel a été couché au numéro 13 de la salle Saint-Jean.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, il a été vacciné avec succès, comme le prouvent les cicatrices qu'il présente aux deux bras. Cependant, il y a deux ans, il a eu la petite vérole volante, qui n'a duré que fort peu de temps, et qui n'a présenté aucun danger. Il a eu la rougeole dans son enfance. Il n'est pas sujet aux maux d'yeux, n'a point eu de gourmes ; pas de ganglions engorgés au cou ; aucune trace enfin de diathèse scrofuleuse ou rachitique ; il a eu la coqueluche il y a sept à huit mois environ. Il demeure dans un endroit malsain, mal aéré, non exposé au soleil, froid et humide.

Il est actuellement malade depuis quatre jours. La maladie a commencé par un grand sentiment d'abattement, de courbature, de lassitude, de brisement dans les membres, céphalalgie très forte, quelques étourdissements. Le lendemain du jour où il se sentit indisposé, on s'aperçut tout à coup, disent les parents qui l'ont amené à l'hôpital, qu'il parlait avec beaucoup de difficulté, et qu'il avalait également ses aliments et ses boissons avec beaucoup de peine. Fièvre très forte pendant la nuit. Il dit n'avoir jamais toussé, ni avant, ni depuis sa maladie. Il ne se plaint pas de douleurs dans la poitrine, même quand il respire profondément. Quelques nausées, mais sans vomissement. Il mangeait beaucoup avant d'être malade ; mais depuis quatre jours entiers il n'a rien pris du tout en fait de nourriture. Il s'est aussi plaint de douleurs de ventre depuis le commencement de sa maladie. Pour tout traitement on lui a fait prendre, chez lui, de l'huile de ricin, et on lui a fait mettre des cataplasmes autour du cou.

Son père est mort phthisique, il y a quelques années, et sa mère est morte de suites de couches.

Le 25, le lendemain de l'administration du purgatif, il ne se plaignait plus du ventre. Il a eu cinq selles après le purgatif ; mais, depuis cette époque, il n'en a pas eu d'autres, et a été au contraire constipé d'une manière opiniâtre. Depuis quatre jours, il n'urine qu'une fois par jour. Les urines sont rougeâtres, mais cependant transparentes, sans dépôt briqueté et sans énéorème au fond du vase. Fièvre continuelle, sans redoublement notable depuis le commencement de la maladie. Il n'y a point d'exacerbation pendant la nuit, au moins d'une manière sensible. Pas de frissons. La peau est jusqu'à présent restée chaude, mais sans sueurs, plutôt un peu sèche. Mal de tête assez violent. Un peu de délire et d'agitation pendant la nuit. Il n'a jamais eu de convulsions.

Le soir de l'entrée, le pouls est à 124 ; le visage est animé, surtout aux pommettes ; l'enfant se plaint de céphalalgie, de mal à la gorge, de difficulté à avaler, de douleur lombaire. Cataplasmes autour du cou. Mauve gommée, sucrée, un pot. Diète.

Le 28, visage rouge, animé, peau chaude, sèche. Pouls à 120-124, assez développé. Persistance de la céphalalgie ; pas d'étourdissements ni d'éblouissements. Ni nausées, ni vomissements en ce moment. La langue est blanche, saburrale au milieu. Anorexie, soif assez vive. En faisant ouvrir grandement la bouche à l'enfant, on voit que la muqueuse de l'arrière bouche et du pharynx est rouge, gonflée, d'une couleur foncée tirant un peu sur le violet ; on ne remarque, ni sur les piliers du voile du palais, ni sur les amygdales, ni sur la membrane muqueuse du pharynx lui même, aucune trace de productions pseudo-membraneuses. Oximel, 2 pots. Lavement émollient. Bain de pieds sinapisé. Gargarisme avec sulfate d'alumine, 3 grammes pour 100 gr. de véhicule. Demilooch blanc. Diète.

Le 29, dans la journée d'hier, l'enfant a abondamment saigné du nez ; près d'une demi-palette. Ce matin, pas de mal de tête. La céphalalgie, qui avait redoublé avant l'épistaxis, est beaucoup moins forte depuis. Ni étourdissements, ni éblouissements. Le petit malade, qui nous dit se trouver mieux que la veille, parle plus facilement et avec une voix moins rauque. La déglutition est aussi moins malaisée. Pouls à 96, moins développé qu'hier. Pas de délire ni d'agitation cette nuit. Peau chaude, sèche. La langue est rouge, sèche ; soif très vive ; pas d'appétit, pas de douleur de ventre. Ni toux, ni expectoration. L'auscultation et la percussion font constater un état parfaitement normal de la résonnance et de la respiration. Oxymel, 2 pots ; gargarisme aluminé ; demi-lavement ; diète.

Le 30 juillet, le pouls est un peu tombé et ne donne plus que 88 pulsations par minute. L'enfant dit se sentir beaucoup mieux. Pas de mal de tête. La langue toujours un peu sèche, cependant moins lisse que la veille. Pas d'appétit. Soif vive. Persistance de la rougeur et du gonflement de la muqueuse pharyngienne, qui pourtant paraissent un peu moins forts. La déglutition se fait de mieux en mieux. La parole est aussi plus libre. Oxymel, 2 pots ; gargarisme aluminé ; pédiluve sinapisé; lavement.

Le 1er août, langue rosée, assez humide, soif peu vive. L'appétit revient, et l'enfant demande à manger. Il n'accuse plus aucune douleur de gorge, soit en parlant, soit en avalant. La rougeur du pharynx est également presque entièrement disparue. Mais l'enfant se plaint un peu de son ventre, qui est sensible à la pression, surtout dans la région iléo-cœcale. La pression y détermine la production d'un peu de gargouillement. Pouls à 112, assez développé. Mauve édulcorée. Continuer encore le gargarisme ; diète.

Le 2 août, l'enfant demande à manger. La langue est rosée, humide, assez nette ; pas de mal de gorge. Ni nausées, ni vomissements. Un peu de gargouillement dans les deux flancs, surtout à droite. La région iléo-cœcale est un peu douloureuse à la pression. Pouls à 116, assez développé, non redoublé ; diarrhée assez abondante, quatre à cinq selles depuis hier. Lavement amidonné. Eau de riz, sirop de coings, un pot.

Le 4 août, à peu près même état, hier et aujourd'hui, que l'avant-veille. Ventre un peu sensible à la pression, offrant toujours à la pression un peu de gargouillement. La diarrhée continue ; un peu moins abondante. Pouls à 112-116. Langue blanchâtre. L'enfant dit toujours avoir faim. Même traitement.

Le 6 août, amélioration décidée. Le pouls est tombé à 96. La diarrhée est moins abondante. Le gargouillement ne se fait plus sentir que dans le flanc droit, qui est beaucoup moins sensible. Lavement amidonné. Eau de riz ; un bouillon coupé.

L'amélioration se soutient les jours suivants ; la diarrhée est complétement arrêtée ; le ventre n'est plus douloureux ; le pouls conserve à peine de la fréquence ; il ne donne plus que 80-84. L'appétit est bon. L'enfant commence à prendre un peu de potage le 8 août, et sort le 9 en pleine convalescence.

— Simple au début chez notre jeune malade, la pharyngite pour laquelle il est entré à l'hôpital était en voie de guérison, lorsque d'autres symptômes sont venus compliquer l'affection primitive, nous voulons parler des symptômes qui se sont développés du côté du tube digestif, et qui auraient pu faire craindre l'invasion d'une de ces entérites que depuis quelques années on a rassemblées sous le nom de fièvre typhoïde. Commençons par examiner l'affection primitive ; et présentons quelques considérations sur sa marche et son traitement. Nous finirons en essayant d'apprécier la valeur des phénomènes typhoïdes qui se sont montrés à la fin de la maladie.

On a généralement décrit séparément dans les livres de pathologie interne, les phlegmasies de la muqueuse buccale, selon qu'elle attaque le voile du palais, les amygdales ou le pharynx ; séparément, ou toutes ces parties simultanément. Peut-être est-il inutile de faire autant d'espèces différentes de ces diverses phlegmasies. Presque toujours, dit un ouvrage estimé de pathologie, ces différentes parties sont simultanément enflammées, et il n'y a pas une utilité réellement pratique à disposer des éléments que la nature nous offre le plus souvent réunis. Il est facile, en effet, de concevoir que ces parties étant si voisines, il est presque impossible que les unes soient enflammées sans que les autres participent plus ou moins à l'inflammation.

On distingue assez généralement la pharyngite, ou angine pharyngée, en deux espèces, la pharyngite érythémateuse, ou pharyngite simple, et en pharyngite pseudo-membraneuse, c'est-à-dire accompagnée de ces productions pultacées, caséiformes, auxquelles M. Bretonneau a donné le nom de diphthéritiques. Nous ne nous occuperons ici que de la première espèce, l'occasion ne manquant pas de revenir bientôt sur la seconde espèce, qui est on ne peut plus commune chez les enfants.

La pharyngite simple étant dans l'immense majorité des cas suivie de guérison, il est inutile de dire que l'on constate rarement les altérations anatomiques qui la constituent. Quand cependant, par un malheureux hasard, le malade vient à succomber, on trouve les amygdales d'un rouge vif, molles, quelquefois infiltrées d'un liquide purulent, ou même converties en abcès. La membrane muqueuse pharyngienne est recouverte de mucosités filantes, un peu sanguinolentes, faciles à détacher. Cette membrane muqueuse est épaissie, d'un rouge foncé, couleur lie de vin, dépolie, quelquefois granuleuse. Le voile du palais est rouge, vif, fortement injecté, ainsi que les parties voisines. Souvent on rencontre ces altérations chez des enfants qui ont succombé à une autre maladie, mais chez lesquels était survenue pendant les derniers jours de la vie une phlegmasie de cette muqueuse. D'ailleurs, les caractères anatomiques peuvent très bien se constater chez le sujet pendant la vie, puisqu'il suffit de faire largement ouvrir la bouche au malade pour apercevoir et examiner les parties malades.

Les premiers symptômes locaux qui annoncent l'invasion de la maladie sont une douleur vive accompagnée d'un sentiment de chaleur et de tension dans l'arrière-gorge, avec difficulté de la déglutition, soit de la salive, soit des aliments, soit des boissons, symptômes que les enfants n'accusent pas toujours, mais dont on s'aperçoit facilement à une sorte de grimace qui se peint sur leurs traits quand ils veulent avaler. La douleur, quoique constante, n'est pas toujours néanmoins en rapport avec l'intensité de l'inflammation.

Lorsque l'on fait ouvrir largement la bouche aux enfants, on aperçoit la membrane pharyngienne offrant les phénomènes de rougeur et de tuméfaction que nous avons décrits plus haut, et sur lesquels nous ne reviendrons pas. On a vu quelquefois, mais par une très rare exception, la muqueuse tuméfiée, mais pâle. Nous ne reviendrons pas non plus sur la présence des liquides muqueux, sanguinolents ou purulents même qui revêtent ordinairement la muqueuse pharyngienne. Ces liquides pourraient quelquefois en imposer pour l'existence de pseudo-membranes. Aussi est-il nécessaire de les examiner avec soin, et de détacher même avec un pinceau les points jaunâtres dans lesquels le pus ressemblerait à une pseudo-membrane.

Enfin, il arrive assez fréquemment que la phlegmasie se propage aux ganglions sous-maxillaires et au tissu cellulaire environnant. De là, une tuméfaction qui, parfois légère et limitée, n'est perceptible qu'au toucher. Lorsque cette inflammation est très violente, elle n'occupe ordinairement qu'un seul côté à la fois, et produit dans l'habitude extérieure un défaut de symétrie, en forçant l'enfant à pencher la tête du côté opposé. Si l'haleine est fétide, elle n'exhale jamais l'odeur de gangrène que l'on remarque dans l'angine gangréneuse. Il est assez rare qu'il y ait de l'expectoration. On sait que l'expectoration est un phénomène qui s'observe assez rarement chez les enfants, quelle que soit l'affection qu'ils présentent.

Enfin deux caractères nous restent à examiner, la toux et la voix. La toux n'est pas constante, et manque assez souvent. Cependant il est des cas où on l'observe, et alors elle est presque toujours provoquée par le chatouillement, la titillation qu'exerce sur la base de la langue le contact de la luette, qui prend toujours un peu d'accroissement, non seulement en largeur et en épaisseur, mais encore en longueur. La voix subit des modifications non moins notables. Quand les amygdales et le voile du palais sont tuméfiés, elle est nazillarde, embarrassée, douloureuse. Mais cette modification dans la phonation doit être soigneusement distinguée de celle que produit l'inflammation du larynx. Chez l'enfant qui fait le sujet de l'observation que nous avons mise en tête de cet article, la toux n'existait pas; la voix était embarrassée, douloureuse, mais plutôt par la gêne des mouvements de la langue et des mâchoires que par une gêne des organes phonateurs eux-mêmes.

Quant à la respiration, elle peut souvent être gênée, plus fréquente, mais cela tient habituellement à une complication d'une phlegmasie bronchique ou pulmonaire qui s'est développée sous l'influence des causes qui ont produit la pharyngite, et dont la plus commune est le froid humide.

La pharyngite se développe dans toutes les périodes de l'enfance; on n'a pas remarqué que les sexes eussent de l'influence sur son développement. Plus souvent la pharyngite est une affection secondaire, c'est-à-dire une complication, qu'une maladie primitive. C'est surtout après ou pendant le cours d'une scarlatine ou d'une rougeole qu'on l'observe. C'est en général l'impression du froid, quand l'enfant se trouve dans un état de sueur, et plutôt du froid humide que du froid sec.

Après avoir examiné les symptômes locaux, passons aux symptômes généraux ou réactionnels. Le visage, qui n'a pas éprouvé de changements quand la maladie est légère, devient rouge, animé, quand elle est grave; il prend quelquefois aussi un caractère de souffrance et d'angoisse lorsque, dans l'affection intense, la douleur produite par la déglutition ou la phonation est extrêmement vive. Le pouls bat de 100 à 120, et même plus. Il est monté, chez notre petit malade, à 124, et cependant ce n'était pas à une affection grave que l'on avait affaire. La peau est toujours chaude, sèche ou sudorale, suivant les sujets. La respiration, à moins de complication, est régulière. La soif est toujours vive, et cela d'autant plus que l'inflammation est plus intense; l'appétit disparaît comme dans toutes les inflammations graves. Quelquefois, comme dans le cas précédent, il y a des vomissements. Mais nous verrons plus bas, en revenant sur les symptômes observés du côté du tube digestif, que, dans le cas actuel, c'est peut-être comme des prodrômes de l'état typhoïde que l'on devrait considérer les vomissements. Les selles sont ordinairement naturelles. Chez notre malade encore, les symptômes de ce genre n'ont aucune valeur sous le rapport de l'angine.

Quand la maladie n'est pas très grave, au bout de quatre ou cinq jours ordinairement, les phénomènes morbides commencent à diminuer d'intensité; la douleur est moins vive, la rougeur et la tuméfaction disparaissent; la déglutition devient plus facile, l'appétit reparaît, et, vers le neuvième ou dixième jour, la guérison est complète. On voit, d'après ce que nous venons de dire ici, que c'est à une angine légère que nous avons eu affaire dans le cas qui précède. Cependant il est des phénomènes plus graves que l'on a rencontrés ici, et qui ne sont habituellement ceux de l'angine que dans les plus graves circonstances. Tels sont le délire, l'agitation, que l'on a observés chez l'enfant dont nous avons parlé; il est évident que la maladie, ayant été suivie en peu de temps d'une heureuse terminaison, il ne faut pas la ranger, à cause de ces deux seuls symptômes, dans la catégorie des cas très graves, d'autant plus que le traitement sur lequel nous allons revenir a été, dans ce cas, je ne dirai pas nul, mais extrêmement peu énergique.

Du diagnostic différentiel, nous n'avons point à nous en occuper; la seule enumération des symptômes suffisant pour le porter, et ne confondre avec aucune autre la pharyngite dont nous nous occupons. Le pronostic est en raison directe du degré de gravité et d'intensité de l'inflammation. On conçoit facilement que les angines pharyngées très graves, accompagnées d'une tuméfaction telle qu'il reste à peine un passage à l'air et aux boissons, on conçoit facilement, dis-je, que dans ces cas la charyngite compromette les jours des enfants qui en sont atteints; mais, comme nous l'avons déjà dit, ces cas sont heureusement rares.

Nous arrivons au traitement, qui est chose très grave en pareille circonstance, puisque, dans les cas où l'inflammation est extrêmement intense, de l'énergie de la médication dépend la vie de l'enfant. Les indications à remplir sont, en procédant par ordre de nécessité: de diminuer l'intensité de la phlogose par le traitement antiphlogistique. On prescrira, dans les cas extrêmement graves, une saignée générale, si l'âge du sujet le permet, afin de désemplir plus sûrement et plus rapidement le système vasculaire. Puis, des sangsues appliquées autour du cou, sous l'angle des mâchoires, agiront localement sur le point enflammé lui-même. Le nombre de ces sangsues sera proportionné à la gravité de la maladie, à l'âge et à la constitution de l'enfant. On n'a point jugé que, dans le cas actuel, la phlegmasie fût assez intense pour avoir recours aux émissions sanguines, soit générales, soit locales. On a conseillé, après les émissions sanguines, dans les cas où on les met en usage, l'administration d'un émétique. Les secousses produites par le vomissement ont, a-t-on prétendu, une favorable influence sur l'engorgement de la membrane; puis elles ont encore pour but et pour résultat de détacher de la muqueuse pharyngienne ces mucosités sanguinolentes ou purulentes qui la recouvrent habituellement. Ceci constitue la seconde indication, qui consiste à favoriser par tous les moyens possibles l'expulsion des produits anormaux de sécrétion.

Une troisième indication, c'est de révulser sur les parties inférieures, afin de détourner la congestion fixée sur l'orifice supérieur du tube digestif. Les révulsifs cutanés, tels que les sinapismes, les vésicatoires appliqués, soit aux mollets, soit aux cuisses; puis les révulsifs intérieurs, les purgatifs doux, huileux ou salins, tels seront les agents dont on fera usage après les émissions sanguines. On ne devra point oublier, parmi les moyens nécessaires, l'emploi des topiques astringents, soit employés en gargarismes, soit appliqués directement sur les parois du pharynx à l'aide d'un pinceau. On n'oubliera ni les cataplasmes, ni les boissons émollientes. On a vu que dans l'observation précédente on n'a mis en usage aucun des moyens énergiques indiqués ci-dessus, et que, vu la bénignité du cas, la guérison n'en avait pas été moins rapide.

Pendant que la pharyngite était en voie de guérison, quelques symptômes inquiétants par eux-mêmes, mais d'une autre nature, se montraient chez notre jeune sujet. Une épistaxis fort abondante, des vomissements répétés, une diarrhée considérable, enfin de la douleur et du gargouillement dans la région iléo-cœcale, tels étaient les phénomènes qui fixèrent l'attention. L'ensemble de ces symptômes devait faire craindre l'invasion d'une entérite de la gravité de laquelle il était encore impossible de rien préjuger, soit qu'elle s'arrêtât à la forme simple de l'entérite, soit qu'elle revêtît la forme plus grave et plus redoutable désignée sous le nom de fièvre typhoïde.

Il est vrai de dire que l'ensemble des phénomènes ne formait pas un tout complet, et qu'il eût été un peu hazardeux d'ajouter de suite au diagnostic : fièvre typhoïde, sans restriction. Aussi ce n'a-t-il point été de cette manière que M. Guersant a caractérisé le cas, et le mot d'entérite, simplement ajouté au diagnostic, a indiqué le nouvel ordre de phénomènes sur lesquels devait se porter l'attention.

Quel traitement devait-on mettre en usage contre cette nouvelle affection? Le sujet relevait à peine d'une maladie qui avait dû nécessairement agir sur sa constitution et l'affaiblir un peu. De plus, il était jeune (onze ans) et d'une constitution un peu lymphatique; la maladie n'offrait d'ailleurs encore aucun symptôme assez immédiatement inquiétant pour que l'on dût en déduire la nécessité d'agir avec la plus grande rigueur contre les symptômes nouveaux qui venaient d'apparaître. On ne recourut donc ni aux purgatifs, ni aux émissions sanguines; et dans l'affection typhoïde chez les enfants, disons-le en passant, on ne saurait employer les saignées, mêmes locales, avec trop de précaution. On se borna à des lavements amidonnés, à des boissons rafraîchissantes; l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing, fut également administrée dans le but de combattre la diarrhée. Quelques cataplasmes sur le ventre complétèrent la médication employée, fort simple, presque plutôt négative qu'active, et sous l'influence de laquelle guérit rapidement la légère phlegmasie intestinale qui s'était développée.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Observations sur quelques cas de maladies des yeux, recueillies à la clinique ophthalmologique de Mr le professeur A. Bérard, et réflexions par Mr A. Lhommeau, chef de clinique, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté (médaille d'or), etc.

(Suite du n° 124.)

Cataracte. Opération par abaissement. Opération de pupille artificielle. Arrachement de l'iris. Kératonyxis.

La nommée Coqueret, femme Bisson, âgée de soixante-seize ans, est une des plus dégoûtantes vieilles que l'on puisse rencontrer. Marchande de marée dans la rue Mouffetard, elle est borgne depuis soixante ans, et louche de l'œil gauche depuis aussi long-temps, sans doute. Elle dit que vers l'âge de quinze ou seize ans elle était aveugle, et que la vue ne s'est rétablie dans l'œil qu'avait ménagé l'ophthalmie grave qu'elle eut à cette époque, qu'après que M. Grandjean lui eut fait l'opération de la cataracte. Jusqu'à quarante-deux ans la vue s'est maintenue bonne, mais depuis elle s'est graduellement affaiblie, et enfin perdue complètement depuis un temps que la malade ne saurait préciser.

A son entrée, le 23 septembre 1842, on constatait l'état suivant : œil droit atrophié, opaque, etc. ; œil gauche strabique en dedans; nuage entral léger sur la cornée ; pupille un peu mobile; derrière elle on distinguait assez mal un corps légèrement opaque, sur lequel se dessinait un point blanc de lait gros comme une tête de camion, à côté duquel se voyait une espèce de flocon gris. La vision est bornée à distinguer le jour de la nuit.

Le 3 octobre, M. Bérard pratiqua l'opération de la cataracte par abaissement. La pupille devint nette.

Peu d'heures après l'opération, la malade fut prise de douleurs dans l'œil et dans la tête, de nausée, de vomissements qui persistèrent le lendemain ; elle fut saignée. Déjà les corps opaques étaient replacés dans le champ de la pupille. Les jours suivants il y eut au cou de la douleur, de la rougeur, etc. Cependant les accidents aigus ne se prolongèrent pas au-delà d'une huitaine de jours.

Les choses en restèrent là jusqu'au 3 décembre. Quelques accès de conjonctivite légère furent combattus avec succès avec le sulfate de zinc en collyre, quelques pédiluves et une tisane laxative. L'état de l'œil n'était pas le même qu'au moment de la première opération; la chambre antérieure paraissait agrandie; l'humeur aqueuse était très claire; le globe oculaire ferme; l'iris un peu refoulé en arrière. La pupille, sous l'influence de la belladone, était alongée verticalement, ondulée et adhérente au milieu de sa hauteur des deux côtés. Derrière elle, et fort près, se voyait le cristallin plus opaque qu'autrefois, mais fort irrégulièrement.

Au lieu de pratiquer de nouveau l'abaissement, M. Bérard se décida à faire une pupille artificielle en dehors par les raisons suivantes: il y avait des adhérences de l'iris à la capsule qui compliquaient l'abaissement et pouvaient le rendre difficile. Le strabisme, fortement convergent, et la taie centrale, mettaient la pupille normale dans une mauvaise position pour le passage des rayons lumineux, tandis qu'une pupille faite à la partie externe de l'iris devait être tournée directement en avant, en raison du strabisme, et il y avait d'autant plus de chances de succès, que le cristallin, vers ce point, paraissait peu opaque.

Voici ce qui se passa pendant l'opération. Une ponction fut faite à la cornée en dedans et presque au centre avec le couteau lancéolaire; l'humeur aqueuse sortit, et l'iris se rapprocha de la cornée; un crochet simple et fin, introduit doucement par l'ouverture de celle-ci, alla décoller l'iris en haut et en dedans: ce temps s'exécuta merveilleusement bien; l'iris fut entraîné et engagé dans l'ouverture de la cornée pour être réséqué à son niveau au moyen de ciseaux courbes; mais il paraît que la section fut incomplète; car, en s'éloignant de l'œil un peu vite, le crochet entraîna un large lambeau que l'examen ultérieur démontra être l'iris tout entier.

La douleur ne fut pas très vive. Du sang remplit immédiatement la chambre de l'œil et masqua les parties.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; le lendemain la malade avait à peine souffert dans l'œil et à la base de l'orbite; elle avait dormi; il n'y avait pas de fièvre, mais un peu de soif. Il n'y avait pas de larmoiement, pas de conjonctivite. Le sang avait complètement disparu; une humeur aqueuse transparente remplissait la vaste et désormais unique chambre de l'œil; mais le fond de celle-ci était occupé par le cristallin opaque dans toute son étendue.

Le 24 décembre, la santé générale de la malade était parfaite, la céphalalgie, qui avait existé pendant quelques jours après l'opération, avait disparu. M. Bérard tenta de faire un trou dans l'épaisseur du cristallin, et un peu au-dehors de son centre. Une aiguille à cataracte fine fut introduite par la cornée, les capsules furent largement ouvertes, le tissu du cristallin lacéré. Quoique ébranlée en totalité, la lentille ne fut pas déplacée, et il resta un trou noir dans le point désigné.

Dès une heure après l'opération, pendant laquelle la malade chantait et se disposait à danser, elle a été prise de douleurs vives dans l'œil et dans la tête; il lui semblait qu'on arrachait l'œil; ces douleurs se sont étendues à la partie postérieure du cou, aux tempes, aux mâchoires; la nuit a été sans sommeil; elle a eu des nausées sans vomissement. Le lendemain matin les douleurs persistaient, quoique moins vives; le globe oculaire était ferme, tendu, douloureux à la pression; il y avait de l'injection des vaisseaux de la muqueuse, etc. L'ouverture pratiquée dans le cristallin, large de 3 à 4 millimètres, était un peu obstruée par des flocons tremblants; cependant elle permettait de voir la main passer à 25 centimètres du visage de la malade.

Elle fut soumise à l'usage des pilules de calomel, et au bout de quelques jours il ne fut pas possible de la retenir à l'hôpital.

Le fait le plus remarquable de cette observation est l'arrachement de l'iris. C'est un accident propre à la méthode par décollement (iridodialgie), soit qu'on fasse le décollement simple, soit qu'on entraîne l'iris dans l'ouverture de la cornée pour l'y fixer (iridencleisie), soit qu'on excise une portion de la membrane (iridectomédialgie), il devra avoir lieu, dans les deux premiers procédés, lorsque le crochet sera retiré brusquement avant d'être dégagé de la membrane; et dans le troisième, lorsque la section sera incomplète. Il est très aisé à produire, à cause de la facilité avec laquelle l'iris se décolle; mais il suffira, je crois, d'être prévenu de sa possibilité pour l'éviter à l'avenir, et c'est pour cela que M. Bérard a voulu faire connaître ce fait. Il est intéressant aussi par l'absence complète de phénomènes pathologiques sérieux à la suite de cet accident. On ne peut s'empêcher de remarquer la différence qu'il y a eu sous ce rapport entre les trois opérations qu'a subies cette malade. La première et la troisième ont fait naître des douleurs, de l'inflammation, des nausées et des vomissements, accidents si communs à la suite de l'introduction de l'aiguille par la sclérotique, et de l'ébranlement ou du déplacement du cristallin; tandis qu'une plaie de la cornée et l'arrachement de l'iris n'ont rien amené de semblable. Il est vrai qu'il en est presque constamment ainsi dans les opérations qui se pratiquent sur l'iris. Les nausées qui se sont manifestées à la suite de la troisième opération, les douleurs qui sont survenues dans la tempe et dans les mâchoires, font voir qu'il ne faudra pas toujours les attribuer à l'inflammation de la membrane iris en particulier, puisqu'elles se sont montrées chez cette malade qui n'en avait plus.

Cette femme nous a présenté, à la suite de sa première opérrtion, celle de l'abaissement de la cataracte, des phénomènes qui me paraissent importants à signaler à cause de leur fréquence, et qui ont échappé, jusqu'à présent, aux chirurgiens. Sans entrer dans les développements que comporte certainement ce sujet, je dirai seulement que dans le plus grand nombre des cas d'opération de cataracte par abaissement, il survient des changements remarquables dans le globe oculaire; ces changements consistent principalement dans une hypersécrétion des humeurs de l'œil. Elle est surtout sensible dans l'humeur aqueuse: la chambre antérieure s'agrandit, la cornée bombe en avant, l'iris paraît profond; la pupille, plus ou moins dilatée, est immobile; quoique celle-ci soit parfaitement nette la vision ne se rétablit pas. Si l'on touche comparativement l'œil sain et celui qui a été opéré, on trouve celui-ci notablement plus dur. La consistance des globes oculaires peut encore être constatée d'une manière absolue quand les deux yeux ont été opérés. Quelquefois l'agrandissement

est sensible aussi dans la chambre postérieure par l'éloignement du cristallin quand cette lentille est remontée. Cette espèce d'hydropisie persiste plus ou moins long-temps. Je ne doute pas que, dans les cas assez nombreux où la pupille est parfaitement nette, sans que cependant la vision soit rétablie, je ne doute pas, dis-je, que cette hydrophthalmie soit la cause de la cécité, par la compression qu'elle exerce sur les membranes de l'œil, et sur la rétine en particulier. Déjà plusieurs fois j'ai vu la vision se rétablir graduellement deux ou trois mois après l'abaissement, alors que le globe oculaire perdait peu à peu de la consistance. Il ne faut donc pas désespérer trop tôt du succès quand la pupille est nette, et qu'il n'y avait pas d'amaurose avant l'opération ; et si l'on observe les changements que j'ai notés, on pourrait mettre en usage divers moyens d'agir sur la nutrition de l'œil, les révulsifs locaux et généraux sous diverses formes, l'abstinence des boissons, etc., avant d'en venir aux ponctions de la cornée. Celles-ci seraient, du reste, le moyen par excellence de vérifier l'exactitude de mon hypothèse, à moins cependant que les humeurs de l'œil en se reproduisant rapidement ne laissassent pas le temps à la rétine de se désengourdir, en quelquelque sorte, ou qu'une trop longue attente ait rendu l'amaurose définitive.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre. — Présidence de M. P. Dubois.

(Nous devons rétablir ici dans leur exactitude les paroles échangées entre MM. Caventou et Ségalas que nous n'avions pas fidèlement exprimées dans notre dernier compte-rendu.)

M. Caventou. Je prie M. Ségalas de me dire si dans sa pratique étendue il a eu l'occasion de trouver des calculs vésicaux contenant du carbonate de chaux sans trace de phosphate de la même base.

M. Ségalas. Non, dans le peu de cas où j'ai observé du carbonate de chaux, il y avait en même temps des phosphates.

Cette correction était d'autant plus nécessaire que, comme on va le voir, M. Le Roy-d'Etiolles s'en est rapporté à notre rédaction et a adressé aujourd'hui une lettre à l'Académie, dans laquelle il critique la réponse de M. Ségalas. D'après la version exacte que nous venons de rétablir, cette critique ne se trouve plus motivée.

(L'éloignement où nous nous trouvions des orateurs était la seule cause de cette inexactitude. A cette occasion, nous devons remercier le bureau de l'Académie de la disposition nouvelle qu'il a prise envers les journalistes en les plaçant tout a côté de la tribune.)

— *M. Le Roy-d'Etiolles* adresse une lettre où nous remarquons les passages suivants :

Un débat s'est élevé, dans la dernière séance, au sujet de la présence du carbonate de chaux dans les calculs urinaires. Comme je suis le premier, je crois, qui aie montré l'influence des eaux minérales alcalines et des carbonates de soude et de potasse sur la formation du carbonate de chaux, je pense avoir quelque droit d'intervenir.

J'ai été surpris d'entendre dire à M. Ségalas que jamais il n'a rencontré le carbonate de chaux que sur les pierres des malades qui avaient pris du carbonate de soude. Cette assertion vient à l'appui de mon opinion, mais il y aurait exagération à en faire une loi absolue. J'ai rencontré quelquefois le carbonate de chaux alors que les calculeux n'avaient pris sous aucune forme les carbonates alcalins, et j'ai la conviction que ce fait pourra se renouveler encore. M. Berzélius, qui très probablement avait analysé des calculs de personnes qui se trouvaient dans cette condition, dit avoir trouvé très rarement le carbonate de chaux, mais pourtant il l'a signalé.

Le second point de la lettre de M. Le Roy est relatif à la présence du phosphate de chaux dans les calculs renfermant le carbonate de la même base, présence que M. Le Roy croit avoir été niée par M. Ségalas, et qui est le contraire de ce qui a été dit par cet honorable académicien.

M. Ségalas. J'ai dit que je n'avais jamais trouvé de carbonate de chaux dans les calculs des personnes qui n'avaient pas pris de carbonates alcalins, parce que je n'en ai jamais trouvé dans les autres calculs que j'ai examinés. J'ai ajouté que mes recherches, à cet égard, s'étaient bornées à ma collection. Ce n'est donc pas une loi absolue que j'ai voulu poser, mais bien seulement faire connaître les résultats de mon observation propre.

Répondant ensuite à une question de M. Caventou, savoir si j'avais trouvé des calculs vésicaux contenant du carbonate de chaux sans trace de phosphate de la même base, j'ai dit *non*. On conçoit que le carbonate de chaux doive être le plus souvent associé au phosphate de la même base, puisque les carbonates alcalins rendent les urines alcalines et que, lorsque les urines sont alcalines, les phosphates tendent à se précipiter. On voit que l'opinion émise aujourd'hui par M. Le Roy diffère peu de celle que j'ai exprimée ici à la dernière séance.

— *M. Bérard.* Une commission a été nommée dans la dernière séance pour faire l'examen anatomique du fœtus anencéphale présenté par M. Bouillet. Cet examen n'a pu être fait, car le père du fœtus a fait procéder à l'inhumation. M. Bouillet m'a adressé une note sur ce qu'il a pu observer. Je vais en faire part à l'Académie.

M. Bernard lit cette note.

— *M. Villeneuve* lit en son nom et au nom de *M. Kéraudren*, un rapport sur un mémoire de M. Guéprat, chirurgien de la marine à Brest, relatif à la gastro-entéralgie, ou mal de mer des navigateurs.

Après avoir rappelé et critiqué les opinions aussi nombreuses que diverses émises par les auteurs anciens et modernes sur la nature et la cause de cette affection, M. Guéprat propose une doctrine nouvelle. Pour lui, la cause du phénomène est la peur qu'inspire la mer. La femme l'éprouve plus que l'homme, parce que ses appréhensions sont plus vives. L'enfant ne l'éprouve pas, parce qu'il n'a pas conscience des dangers qu'entraîne la navigation. L'auteur trouve un appui à son opinion dans quelques faits qu'il a eu occasion d'observer. Ainsi, il cite l'exemple de vieux baleiniers qui après un naufrage furent recueillis par une corvette. Ces hommes n'avaient jamais éprouvé le mal de mer ; au passage du Cap-Horn ils en furent atteints d'une manière très intense par le souvenir de leur naufrage. Cette affection, d'ailleurs, n'est pas exclusive aux navigateurs. On l'éprouve pendant l'ascension sur les hautes montagnes, alors qu'on est sur le bord de précipices ; on l'éprouve dans les balancements de l'escarpolète, alors que des mouvements rapides vous jettent à des distances plus ou moins considérables du sol. L'auteur indique trois degrés du mal de mer, qu'il désigne sous le nom de benin, de confirmé, et de malin. Quant au traitement, M. Guéprat conseille d'abord de rassurer les malades et de dissiper leur frayeur. Se coucher et fermer les yeux, est ce qu'il croit le plus convenable. Il combat ce préjugé, qui consiste à croire qu'il faut manger beaucoup avant de s'embarquer. Il conseille, au contraire, de manger peu à peu et de légers aliments. L'eau de Seltz lui a paru utile. Il prescrit les acides. Il s'est bien trouvé de l'opium à petites doses, et de la potion de Rivière. Il conseille aussi l'usage d'une ceinture qui soutient les organes abdominaux. Les bonbons de Malte lui ont paru tout à fait inefficaces. Du reste, le mal de mer lui a paru modifier avantageusement les anciennes dysenteries ainsi que la phthisie pulmonaire.

M. le rapporteur combat la doctrine de M. Guéprat sur la cause du mal de mer. Cette doctrine lui paraît tout à fait inadmissible et contraire aux faits. Il saisit cette occasion pour rappeler plusieurs observations intéressantes sur ce sujet, et entre autres celle de M. Londe sur l'immunité dont jouiraient les aliénés relativement au mal de mer. Pour lui, cette affection est due à un ébranlement particulier du cerveau résultant des mouvements du navire, et il croit qu'on pourrait s'en garantir en se suspendant au plancher du bâtiment, de la même façon qu'on suspend un lustre.

Pour toute conclusion, la commission propose d'adresser des remerciements à M. Guéprat.

M. Londe. Je n'ai dit nulle part que les aliénés fussent exempts, d'une manière générale, du mal de mer. J'ai seulement raconté que pendant un voyage en mer dans lequel j'accompagnais deux aliénés, ceux-ci n'avaient pas éprouvé cette affection que toutes les personnes du bord avaient éprouvée à un haut degré. M. Guéprat assure que les habitants des rivages de la mer sont peu sujets à cette affection, et il en trouve la cause dans l'habitude qu'ils ont contractée de voir la mer en courroux, et d'être par conséquent moins impressionnés quand ils s'embarquent. Cette assertion est inexacte. Les habitants des côtes éprouvent le mal de mer comme les autres individus, quand ils ne sont habitués à la mer. Cette affection est pour moi analogue à celle que produit l'usage du tabac sur les personnes qui n'en ont pas l'habitude.

M. Rochoux. C'est probablement l'article récemment publié par M. Alphonse Karr sur le mal de mer qui a déterminé M. Villeneuve à faire un rapport aussi étendu, et où se trouvent bien des choses inutiles. La cause invoquée par M. Guéprat est absurde. Les animaux qu'on enferme à fond de cale ne témoignent aucune peur, et plusieurs cependant sont sujets au mal de mer, notamment les canards, et plus encore les poules. Je n'admets pas non plus que le mal de mer soit analogue aux phénomènes produits par le tabac et par l'opium. C'est l'effet du mouvement du vaisseau. La suspension ne produirait de bons résultats que tout autant qu'on pourrait l'effectuer de la même manière que pour la boussole. Je ne comprends pas que M. le rapporteur ait rapporté sans critique l'opinion de M. Guéprat sur les avantages du mal de mer contre la phthisie. Que peuvent faire quelques vomissements contre des tubercules ? Quant au traitement, ce qu'il y a de plus certain, c'est que nous n'en connaissons aucun d'efficace. On voit des individus qui ne peuvent en aucune façon s'habituer à la mer. J'ai connu un capitaine de vaisseau qui était dans ce cas. J'ai vu aussi un habitant de la Guadeloupe qui, durant toutes les traversées, n'éprouve pas un instant de relâche.

M. Gimelle. Les fous vomissent comme les autres, si j'en dois juger, du moins, par ce que j'ai vu. Un médecin fut pris en mer d'une fièvre cérébrale, à la suite de laquelle il resta fou. Il éprouvait le mal de mer comme les personnes du bord.

M. Bégin ne comprend pas très bien que la suspension soit un préservatif efficace ; car, dans cette position, le corps suit également les mouvements du vaisseau. Ce qu'il y a de mieux, c'est de se coucher immédiatement et avant que le mal de mer ne soit arrivé ; de manger peu, de se coucher en long et dans la direction du grand axe du bâtiment et le plus près possible de son centre.

M. Ferrus. Il est très fâcheux que la navigation ne puisse être plus souvent employée dans l'aliénation mentale, car elle est très favorable dans cette maladie. Deux mélancoliques à ma connaissance ont été guéris par elle. J'ajoute que tous les deux ont éprouvé le mal de mer.

M. Gerardin voudrait que le rapport fût plus explicite pour l'inadmissibilité de la cause invoquée par l'auteur du mémoire. Selon lui, le mal de mer est dû seulement au mouvement de tangage du vaisseau.

M. Villeneuve. Le rapport s'exprime très nettement sur la théorie de M. Guéprat ; non seulement il ne l'admet pas mais il la critique sévèrement.

M. Gerdy. Des trois mouvements qu'éprouve un bâtiment en mer, c'est, si j'en juge du moins par mes propres impressions, le mouvement d'ascension et de précipitation qui produit le mal de mer. Le tangage ne me paraît pas y participer beaucoup. C'est surtout pendant le mouvement de précipitation que le mal de mer est le plus intense.

M. Londe. Mais le vaisseau ne s'abaisse pas tout à la fois.

M. Rochoux. Ce mouvement dont parle M. Gerdy n'est autre que le tangage.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Martin-Solon* lit un mémoire intitulé : Considérations générales sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le nitrate de potasse à haute dose.

C'est à tort que l'on regarderait comme une espèce de mode et presque comme une sorte de manie, les essais prudents de quelques médecins, qui recherchent dans les hautes doses des médicaments des ressources thérapeutiques, que les petites doses ne sauraient leur offrir. Et puisque tout le monde doit savoir que de grandes ou faibles doses de la même substance déterminent une médication entièrement différente, n'hésitons pas à étudier ces doses avec soin et précation, afin de doubler s'il se peut les ressources nécessaires à la guérison des maladies.

Il y a long-temps déjà que le nitrate de potasse a été employé seul ou uni à l'opium avec des succès variés ; c'est de lui, cependant, que nous allons avoir l'honneur de vous entretenir.

Nous donnons le nitrate de potasse à la dose de 15 à 60 grammes dans les vingt-quatre heures, en le faisant dissoudre dans de la limonade ou dans une infusion pectorale ou légèrement aromatique convenablement sucrée. La quantité de sel de potasse est divisée dans plusieurs litres de tisane, de manière que chacun d'eux ne contienne jamais plus de 10 grammes du médicament. Le malade prend sa tisane chaude ou froide par verres, et à des distances en rapport avec sa soif et la quantité de nitrate de potasse qu'il doit employer dans la journée.

On augmente ou l'on diminue les doses du médicament suivant la marche de la maladie ; on ne le cesse tout à fait que quand les douleurs articulaires sont entièrement dissipées et que le malade prend sans inconvénient de légers aliments.

Nos essais ont commencé en 1840 et ont continué jusque dans ces derniers temps. 33 malades y ont été soumis, 25 hommes et 8 femmes. Ce nombre limité de 33 malades tient à ce que nous avons seulement soumis à l'usage de ce médicament les personnes affectées d'un rhumatisme fébrile assez intense pour qu'un traitement actif leur fût nécessaire. Nous avons publié dans le Bulletin de thérapeutique, livraisons d'août, septembre et octobre, XXV[e] volume, ces observations dont nous ne présenterons ici qu'un court résumé. 5 de nos malades étaient d'une faible constitution ; 5 autres d'une constitution athlétique ; il y en avait 23 d'une constitution moyenne ; tous étaient dans la force de l'âge, un seul arrivait à sa 61[e] année. 9 avaient été déjà atteints de rhumatisme ; les 24 autres malades avaient pour la première fois les articulations affectées. 21 prirent le nitrate de potasse du deuxième au sixième jour de leur maladie, et les 12 autres du septième au quinzième jour.

20 malades guérirent du troisième au septième jour ; la dose de nitrate de potasse ne dépassa pas 20 grammes pour 15 d'entre eux ; 11, du huitième au dixième ; et 2 du onzième au quinzième. L'emploi tardif du nitrate de potasse, bien plus que l'intensité de la maladie, détermina l'élévation des doses du médicament et la longueur du traitement.

Chez 27 d'entre eux la maladie cessa de faire des progrès dès que le traitement fut commencé ; quelques articulations nouvelles devinrent douloureuses, mais faiblement chez les 6 autres pendant les premiers jours de traitement : on compte seulement cinq rechutes qui cédèrent promptement à l'usage de nitrate de potasse.

3 malades ont commencé l'usage du nitrate de potasse à la dose de 15 à 20 grammes ; 9, à la dose de 20 à 30 ; 18, à celle de 30 à 40 ; et enfin 2 ont pris au début du traitement 40 à 50 grammes de sel potassique.

17 malades n'ont pas dépassé 30 grammes de cette substance ; 5 sont arrivés à quarante ; 1 a atteint cinquante ; et 2 en ont pris jusqu'à *soixante* grammes.

Le nitrate de potasse a été employé seul chez 28 de nos malades, et cette catégorie comprend les faits les plus satisfaisants. Parmi les autres malades, trois avaient été saignés une fois sans notre participation avant l'emploi du nitrate de potasse, un autre eut d'abondants épistaxis pendant le traitement ; leur maladie a dépassé la moyenne ordinaire. Trois autres malades ont été saignés d'après notre avis, en commençant l'usage du nitrate de potasse, afin de juger cette médication mixte ; ils se trouvent parmi les 20 malades qui ont guéri du troisième au septième jour. Nous avons jugé nécessaire l'emploi des émissions sanguines chez un malade atteint d'endocardite et de méningite ; la guérison a été rapide, et nous avons eu à regretter qu'une femme rhumatisante, également atteinte de méningite et qui succomba à cette affection, n'ait point été saignée, ainsi que nous l'avions prescrit.

Un autre cas de complication d'endocardite est arrivé à guérison complète sans que le traitement par le nitrate de potasse ait été modifié. A présent que les avantages de ce traitement nous sont démontrés, nous n'hésiterons pas à lui associer les moyens adjuvants, calmants et autres, qui ne pourraient que favoriser la marche de la maladie.

En examinant les effets du nitrate de potasse sur nos malades, nous avons observé qu'il ralentit, mais peu à peu, la circulation ; le pouls est encore fréquent, alors que l'amélioration est déjà manifeste. Chez 7 de nos rhumatisants, le battement artériel est tombé au-dessous du type physiologique ; pendant la convalescence, il a repris ensuite son rhythme normal.

Dix malades ont eu des succès notables. Nous ne pensons pas qu'on doive attribuer cette modification de la peau au nitrate de potasse ; car on sait, chez les rhumatisants, la transpiration est ordinairement abondante. Nous n'avons observé qu'une seule fois l'éruption de sudamina chez nos malades et chez presque tous ; loin d'être surexcitée, la peau nous a paru perdre assez promptement la chaleur vive qu'elle présente dans le rhumatisme.

La sécrétion urinaire n'a été augmentée que sensiblement dans cinq cas ; mais nous avons retrouvé du nitrate de potasse dans l'urine toutes les fois que nous l'avons recherché.

Chez 24 de nos malades, le nitrate de potasse n'a produit aucun effet marqué sur l'appareil digestif ; il a déterminé chez 9 autres des nausées, des vomissements, ou des dévoiements chez plusieurs. Ce dernier accident s'est passé en continuant l'usage de la tisane chargée de nitrate de potasse ; nous y avons, chez les autres, ajouté 10 grammes de sirop diacode par litre de tisane. Chez tous nos malades l'appétit est revenu promptement ; la digestion a repris facilement son activité, et les forces n'ont pas tardé à se trouver à l'état normal.

Nous n'ignorons pas que 33 nouveaux faits, ajoutés à ceux que nous venons d'examiner, pourraient en changer complètement les conséquences. Nous en serions cependant étonné, ceux dont nous venons de parler ayant été observés dans des conditions différentes de sexe, d'âge, de tempérament, d'années, de saison, et de constitution médicale. Au reste, les résultats prévus par les impressions que la simple observation nous avait laissées se trouvent confirmés par l'appréciation rigoureuse des faits à laquelle nous venons de nous livrer devant vous. Nous pensons donc que cette double analyse nous permet de déduire de ces résultats les conclusions suivantes :

(Nous donnerons ces conclusions dans l'analyse du dernier numéro du Bulletin thérapeutique, où elles sont textuellement consignées.)

Il ne nous paraît pas aussi facile de donner une conclusion sur le mode d'action du nitrate de potasse, le peu d'évacuation qu'il détermine l'assimile aux altérants. La diminution d'activité de la circulation et l'abaissement de la chaleur de la peau qu'il produit, démontrent qu'il agit à la manière des sédatifs ou hyposthénisants ; mais est-ce en impressionnant le système nerveux ou en agissant directement sur la partie malade, comme le sel et l'alcool, dont l'action successive fait paraître et disparaître une fluxion sanguine ? Nous ne saurions le dire ; ce qu'il y a de certain, c'est que le nitrate de potasse, comme l'émétique, l'arsenic, le sulfate de quinine, et plusieurs autres substances, traverse promptement l'économie et se retrouve en entier dans les urines, de sorte qu'il est nécessaire d'en prolonger l'usage quand on veut en soutenir les effets.

Le nitrate de potasse exerce-t-il une action directe sur le sang ?

Nous avons reconnu dans plusieurs expériences que l'on trouvait une couenne plus prononcée sur le sang des malades soumis à l'usage du nitrate de potasse, que sur celui des rhumatismes traités par les seules émissions sanguines. Le nitrate de potasse empêcherait-il ce départ de la fibrine si communément observé dans diverses maladies, et qui constitue la couenne inflammatoire ? Nous ne saurions le dire encore ; mais nous le demanderons à de nouveaux faits.

La solution de ces questions exciterait sans doute votre intérêt ; mais nous croirons ne pas nous y être adressé sans utilité pour la thérapeutique, si ces considérations ont pu vous convaincre comme nous, Messieurs, des avantages de l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

M. Capuron. J'adresserai deux questions à notre honorable collègue. A-t-il obtenu le même succès dans le rhumatisme mono-articulaire que dans celui qui est poly articulaire ?

M. Martin-Solon. J'ai dit dans mon mémoire que le traitement avait été inefficace dans le rhumatisme mono-articulaire.

M. Capuron. Y a-t-il un terme après lequel on doive renoncer au nitrate de potasse, c'est-à-dire après combien de temps voit-on que ce médicament ne sera pas utile ?

M. Martin-Solon. J'ai dit encore que le nitrate de potasse produit son effet du deuxième au troisième jour. Or, si après le troisième aucune modification avantageuse ne s'est montrée dans la maladie, c'est une forte présomption que le médicament ne sera pas utile, et un motif pour l'abandonner.

M. Capuron. Mais, je fais une supposition : un malade vous arrive au quinzième jour de sa maladie, le traiterez-vous par le nitrate de potasse ?

M. Martin Solon. Oui, car j'ai cité un cas qui s'est offert dans de pareilles circonstances, et qui a été heureusement modifié par le médicament.

M. Villeneuve. Qui a pu vous engager à faire des essais sur l'emploi du nitrate de potasse dans le rhumatisme ?

M. Martin-Solon. Les observations publiées par plusieurs médecins, les propriétés contre-stimulantes du nitrate de potasse, et enfin son innocuité relativement à l'émétique, par l'emploi duquel j'ai eu à déplorer un grand malheur. J'ai perdu une malade à l'autopsie de laquelle je trouvai une éruption pustuleuse sur l'intestin, comparable à celle que détermine l'émétique sur la peau.

M. Villeneuve a cité, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, plusieurs médecins qui ont employé le nitrate de potasse.

M. Nacquart trouve qu'il y a du danger, dans les circonstances actuelles, à pousser l'expérimentation vers les hautes doses des médicaments. Il rapporte que M. Bagneris faisait un grand usage de nitrate de potasse contre le rhumatisme aigu, à l'Infirmerie des Invalides. Quant au contro-stimulisme, il le rejette comme doctrine.

M. Devilliers rappelle aussi que M. Kapeler et lui-même emploient le nitrate de potasse dans les mêmes circonstances.

M. Martin-Solon ne croit pas aux dangers que craint M. Nacquart, quand l'expérimentation sera faite avec prudence et modération. Les essais antérieurs, il les connaissait, il en a parlé sans s'y étendre lon

gement, car il n'a pas voulu faire un mémoire historique. La question du contro-stimulisme est très grave et ne peut être traitée incidemment. Il dira cependant qu'il le rejette comme doctrine générale ; mais comme s'adaptant à un certain ordre de faits, il a sa valeur et son importance comme tous les autres systèmes. Il ne peut pas y avoir de systématisation générale, parce qu'il n'y a que des faits individuels.

M. Gerardin croit néanmoins que M. Martin-Solon n'a pas tenu assez de compte de la doctrine italienne, à laquelle nous devons l'introductinn du nitrate de potasse à haute dose dans la thérapeutique.

M. Martin-Solon connaît et apprécie les travaux de l'école italienne, mais il conteste que l'on lui doive l'emploi du nitrate de potasse à haute dose contre le rhumatisme. Avant Rasori, avant que le contro-stimulisme ne fût inventé, plusieurs médecins anglais avaient employé ce médicament.

La discussion ne va pas plus loin.

— *M. Trousseau* lit un mémoire sur la paracentèse de la poitrine dans la *période extrême de la pleurésie aiguë.*

Il établit d'abord l'innocuité de la ponction de la poitrine, innocuité démontrée par le résultat des plaies pénétrantes qui n'intéressent pas le cœur ou de gros vaisseaux. Il cite, à ce sujet, les expériences qu'il a faites avec MM. Neigot et Leblanc sur les animaux domestiques.

Il cherche à prouver que dans la plèvre saine, l'introduction de l'air n'a pas un grand danger, et que dans la plèvre enflammée cette introduction n'a de gravité que si elle est trop abondante, et surtout trop long-temps prolongée.

Il recherche ensuite si, conformément à l'opinion de M. Louis, la pleurésie simple est toujours une maladie facile à guérir et peu grave. Il répond négativement, et il cite trois faits suivis d'autopsie, dans lesquels l'abondance excessive de l'épanchement séreux fut la seule cause de la mort, et où il ne fut pas trouvé de tubercules. Ces trois faits sont relatifs à des femmes qui succombèrent, l'une au septième, la seconde au treizième, la troisième au vingtième jour d'une pleurésie aiguë. Convaincu que la quantité de l'épanchement plutôt que l'intensité de l'inflammation avait causé la mort, il résolut de pratiquer la ponction du thorax, si jamais un cas de ce genre se présentait à son observation.

Au commencement de septembre dernier, une jeune fille de 16 ans fut atteinte de pleurésie aiguë ; l'épanchement, malgré trois saignées et l'emploi des mercuriaux fit de tels progrès, que l'asphyxie parut imminente. A la fin du neuvième jour, il pratiqua la paracentèse avec le trocart à hydrocèle, et ne retira à peu près qu'un quart du liquide épanché, referma la plaie, et traita désormais la pleurésie à l'aide de la digitale, des vésicatoires volants et des purgatifs. La malade guérit sans qu'il fut nécessaire de recourir à une nouvelle opération.

M. Trousseau se livre ensuite à une longue discussion relativement à la confusion que les auteurs ont introduite dans l'histoire de l'hydrothorax. Il cherche à établir que sur à peu près 66 ponctions authentiquement rapportées par les auteurs, et indiquées dans la monographie de MM. Moneret et Fleury, 64 appartenaient à des pleurésies aiguës ou chroniques désignées à tort, selon lui, par la dénomination d'hydrothorax. Or, il y a 49 guérisons authentiques après ponction, auxquelles il convient d'en ajouter trois autres, l'une appartenant à M. le docteur Bernardin pour un cas d'emphysème, deux autres appartenant à M. Trousseau lui-même; la première, pour y emphysème; la seconde, pour une pleurésie aiguë.

Il conclut qu'il convient de faire la paracentèse toutes les fois que l'abondance de l'épanchement est telle, que la vie est en danger imminent. Quant au mode d'évacuation, il se déclare partisan des évacuations successives et partielles du liquide épanché.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Roche, Blandin, Bricheteau et Barthélemy.

— *M. Chevallier* lit une note sur la composition chimique des calculs vésicaux.

— *M. Ricord* annonce qu'il y a dix-sept jours il s'est blessé au pouce de la main gauche avec des ciseaux dont il s'était servi pour le pansement d'un ulcère vénérien primitif. Une inflammation phlegmoneuse s'en suivit, et la plaie prit un aspect de mauvaise nature. Quelques doutes s'étant élevés dans son esprit sur le caractère véritable de cette plaie, M. Ricord s'inocula le pus qui en sortait sur l'avant-bras du même côté, et 24 heures après une pustule caractéristique s'était développée. Il la cautérisa avec le caustique de Vienne. Pour lui donc plus de doute sur l'existence de l'infection locale, il s'était inoculé un chancre primitif. Il croit pouvoir assurer néanmoins qu'il en sera quitte pour cet accident local, et qu'il n'éprouvera pas de phénomènes consécutifs. Il croit en effet pouvoir établir en loi qu'on n'a qu'une fois la syphilis constitutionnelle. Mais le chancre qui résulta de la blessure s'indura, signe presque infaillible qu'il surviendra des accidents consécutifs. Ici le chancre ne s'indure pas, et il est plein de confiance dans le résultat. Cependant il fera un traitement anti-syphilitique.

Du reste, il a voulu pratiquer sur lui-même l'inoculation, d'abord pour montrer combien sont sincères ses convictions, et puis pour prouver, contre les objections qui lui ont été faites, que l'inoculation n'était pas pour lui une pure affaire de curiosité qu'il tentait sur les autres, mais une véritable question d'art et de science, résolue pour lui de la manière la plus convaincante.

Cette communication a été entendue avec le plus vif intérêt.

— *M. Marchal* (de Calvi) fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Question de l'Embaumement.*

La séance est levée après cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 octobre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. Coste lit un second mémoire sur l'allantoïde chez l'homme.

Dans un précédent mémoire, M. Coste a démontré que l'amnios de l'espèce humaine, au lieu de constituer une vésicule indépendante de l'embryon, forme au contraire partie intégrante de son organisme, et que le nouvel individu, loin de rester à la surface, se trouve renfermé dans sa cavité, avant même qu'on puisse apercevoir à l'*extérieur* la plus légère trace d'allantoïde ou de cordon ombilical. Mais M. Sèvres ayant présenté cet isolement primitif de l'amnios comme une condition sans laquelle le développement d'une allantoïde n'était pas possible chez l'homme, M. Coste a été naturellement conduit à examiner jusqu'à quel point une pareille incompatibilité pouvait se déduire de l'observation directe des faits.

Et d'abord, qu'est-ce qu'une allantoïde ?

Pour répondre à cette question d'une manière catégorique, il faut commencer par se faire une idée bien exacte de l'origine de cette membrane chez les oiseaux et les mammifères, afin d'établir ainsi, préalablement, un terme de comparaison qui permettra d'apprécier à leur juste valeur les faits que l'espèce humaine présente, et servira de mesure pour juger jusqu'à quel point ils sont analogues, jusqu'à quel point ils peuvent différer, jusqu'à quel point enfin les produits que le hasard procure se trouvent rapprochés de l'état normal, voyons donc ce que, à une époque déterminée de développement, l'observation directe permet de constater chez les oiseaux et les mammifères.

La forme de l'embryon peut être jusqu'à un certain point comparée à celle d'une pantoufle ou d'un chausson dont la grosse extrémité correspond à la tête et la petite à la queue. Le rebord ovalaire de l'ouverture de cette pantoufle ou de ce chausson, représente le bord de l'ombilic évasé depuis la région du cou jusqu'à la symphise du pubis, ombilic qui, dans tout son pourtour, se replie en arrière pour se continuer avec l'amnios. Les parois du chausson lui-même doivent, dans cette représentation, être considérée comme l'image de l'enveloppe générale ou de la peau du nouvel individu. Les choses étant en cet état, on voit sur la ligne médiane et dans toute la longueur de la cavité du chausson, que l'enveloppe générale ou la peau de l'embryon représente, on voit, disons-nous, un tube droit qui, placé en avant de la colonne vertébrale, règne depuis le point où s'ouvrira la bouche jusqu'à celui où s'ouvrira l'anus. Ce canal droit n'est autre chose que le tube intestinal. Il communique sur le milieu de sa longueur par un pédicule très court, très large d'abord, avec une vésicule spacieuse qui est constituée par le feuillet interne du blastoderme, et qui représente actuellement la vésicule ombilicale proprement dite ; car le feuillet externe de ce même blastoderme, après avoir donné naissance à l'amnios, tend à l'en détacher pour le convertir en chorion non vasculaire. Le pédicule très court, très large, par lequel la vésicule ombilicale communique avec le milieu de la longueur du tube intestinal, sort de la cavité abdominale par l'ombilic qui forme autour de ce pédicule un rebord ovalaire fort alongé A mesure que le progrès du développement se poursuit, et sans que les formes de l'intestin ou ses relations avec le pédicule de la vésicule ombilicale soient encore sensiblement modifiées, on voit vers l'extrémité caudale sortir de l'abdomen, par l'ouverture de l'ombilic, une vésicule nouvelle qui émane du rectum, dont elle n'est qu'un appendice en cul-de-sac. En sorte que, à cet époque, le tube intestinal, la vésicule ombilicale, la nouvelle poche qui vient de naître, communiquent si largement ensemble, qu'on peut considérer toutes ces parties comme ne formant qu'un seul système, comme ne circonscrivant en quelque sorte que des compartiments d'une même cavité. La nouvelle vésicule qui, sous forme de cul-de-sac de l'extrémité postérieure du rectum, sort de l'abdomen à travers l'ombilic, représente l'allantoïde, dont le caractère essentiel est de communiquer avec ce même rectum par un pédicule d'origine. Plus tard, son pédicule constituera l'ouraque et donnera naissance à la vessie urinaire par une simple dilatation du canal qui le parcourt, pendant que par son fond ou la portion extra-abdominale, elle viendra appliquer les vaisseaux ombilicaux sur les coques chez les oiseaux, pour effectuer une sorte de respiration, et sur le chorion chez les mammifères pour développer le placenta.

Or, les faits que nous venons d'exposer étant une fois admis (et l'on peut dire que sur ce point presque tout le monde est d'accord aujourd'hui) ces faits, disons-nous, une fois admis, il ne s'agirait plus pour démontrer chez l'espèce humaine un développement analogue, et par conséquent la présence d'une allantoïde, que de rencontrer des produits sur lesquels on pourrait distinguer à la fois l'ensemble des caractères que les mammifères et les oiseaux viennent de nous présenter. Car de cet ensemble il ne résulterait pas seulement la preuve d'une concordance complète, mais aussi, ce qui est essentiel, la preuve de la normalité. Voyons donc maintenant ce que, chez le fœtus humain, l'observation directe pourra nous révéler.

M. Coste a disséqué et décrit, il y a bientôt huit ans, un œuf humain qui a été figuré par M. Chazal. Cet œuf, qui avait à peu près le volume d'une noisette, renfermait un fœtus dont la longueur ne s'élevait pas au-delà d'une ligne et demie et sur lequel il a observé les particularités suivantes :

1° Ce fœtus, comme celui des mammifères et des oiseaux à une époque correspondante, était déjà renfermé dans son amnios et présentait un ombilic très largement ouvert.

2° Sur le milieu de la longueur de son intestin, on voyait une vésicule ombilicale spacieuse communiquant avec ce même intestin par un pédicule court et large.

3° On remarquait, enfin, vers l'extrémité caudale, un renflement vésiculeux adhérent à la symphise du pubis, et se continuant par un pédicule avec l'extrémité postérieure du rectum.

A ces derniers caractères, M. Coste crut reconnaître l'allantoïde de l'homme ; il décrivit le renflement caudal comme une allantoïde plus ou moins modifiée. Il affirma, en outre, que l'ensemble des formes de ce produit se trouvant tout à fait concorder avec ce que l'on rencontre chez les oiseaux et les mammifères, on pouvait en déduire qu'il portait tous les caractères de l'état normal.

En 1839, M. Alex. Thomson, d'Edimbourg, a décrit et figuré un fœtus humain du même âge, et il a présenté une si grande ressemblance avec le premier, qu'après une comparaison il a déclaré que M. Coste avait bien décrit l'allantoïde humaine. M. Wagner a publié un troisième cas tellement conforme aux deux autres qu'il ne peut exister le plus léger doute sur les relations, et, par conséquent, sur la nature de cette membrane.

D'après ces faits, M. Coste se croit autorisé à conclure, contre l'opinion de MM. Serres et Breschet, que l'isolement primitif que l'on a supposé à l'amnios n'est pas plus, chez l'homme, une condition nécessaire à la possibilité d'une allantoïde, qu'il ne l'a été chez les mammifères et les oiseaux.

— *M. Schuster* présente un mémoire *sur la guérison radicale de l'hydrocèle par l'électro-puncture.* D'où il résulte:

1° Que l'électro-puncture peut et doit radicalement guérir l'hydrocèle ;

2° Qu'à cet effet il peut être indispensable, au lieu de se borner à la simple introduction de deux aiguilles en platine dans la poche hydrocélée, de perforer au contraire avec de nombreuses aiguilles d'acier les deux feuillets opposés de la tunique vaginale, le feuillet pariétal et le feuillet testiculaire, d'en labourer dans tous les sens la surface, de les cribler d'une foule de petites escharrifications, et de terminer le traitement par la compression ;

3° Que ce procédé de la *cautérisation galvanique*, toujours utile pour assurer la prompte résorption ou évacuation du liquide, et souvent nécessaire pour déterminer la formation d'adhérences, ne présente aucun des inconvénients qu'un jugement superficiel pourrait lui reprocher ; que quant aux piqûres qui atteignent la glande séminale, elles ne provoquent ni la douleur, ni les suites traumatiques qu'un raisonnement fait *à priori* aurait pu faire craindre ; que jouissant du privilége des plaies sous-cutanées, et provenant d'une cause dont on ne saurait trop admirer la singulière bénignité, elles n'excitent que le degré d'inflammation rigoureusement nécessaire pour amener l'adhésion des parties, qui est le but du traitement ;

Que la bénignité de la réaction traumatique provoquée par l'électricité est telle, qu'elle n'excite aucune sensation douloureuse, qu'elle n'exige ni le repos, ni aucun changement dans le régime et les habitudes du malade, que le plus souvent elle ne réclame même pas l'usage des topiques émollients ;

Que les perforations scrotales ne persistent à l'état fistuleux que pendant la stricte durée de l'écoulement des matières épanchées ; qu'elles sont ordinairement oblitérées avant la révolution des premières vingt-quatre heures qui succèdent à l'opération ; que les escharres ne sont éliminées au contraire qu'après la complète régénération des chairs, et qu'après la suite de ces escharres, il serait impossible à l'œil le plus exercé de reconnaître le moindre vestige des brèches que la cautérisation électrique avait creusées dans le sac scrotal ;

4° Que l'électro-puncture, employée selon la méthode de l'auteur, réunit tous les avantages de la ponction suivie de l'injection iodée ou vineuse, sans en offrir les inconvénients ; qu'elle joint à ces avantages ceux des fondants, des résolutifs et des caustiques au degré le plus éminent et le plus inoffensif ; qu'à la promptitude et à la certitude des succès elle ajoute la plus parfaite innocuité, l'absence de la douleur et celle de toute incommodité quelconque pour le malade : de telle sorte qu'elle constitue peut-être le seul procédé chirurgical qui satisfasse réellement aux trois conditions hippocratiques, *sanè, citò, jucundè*; qu'elle doit l'emporter partout sur toutes les autres méthodes, non-seulement dans le traitement de l'hydrocèle, mais encore dans celui des hydropisies et des kystes en général, et de plus, dans celui des collections et épanchements sanguins ou purulents, des dilatations vasculaires, des indurations glandulaires et autres, des dégénérescences squirrheuse et encéphaloïdes, de certaines affections tuberculeuses, même dans celui de quelques phlegmasies telles que les phlébites externes, les angio-leucites, les phlegmons, furoncles et anthrax, etc. ; qu'elle peut rendre d'utiles services dans la curation d'un grand nombre de dermatoses, dans celle des érysipèles, etc : toutes affections contre lesquelles l'électro-puncture a été mise en usage avec succès, non point empiriquement et par l'effet d'un heureux hasard, mais logiquement, en partant de faits analogues et en tenant compte surtout de la nature des propriétés thérapeutiques si remarquables et si variées du galvanisme appliqué à l'aide de l'acupuncture.

Nous avons reçu de M. Raciborski une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 128. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 27 OCTOBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

On nous communique la pièce suivante :

Société de Chirurgie de Paris.

La Société de chirurgie de Paris, séant à l'Hôtel-de-Ville, le 18 octobre 1843, sous la présidence de M. Auguste Bérard.

Considérant :

Que son institution a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ;

Que la libre discussion des faits est une condition indispensable à cet objet;

Que le droit de libre discussion en matière chirurgicale a été mis en question dans un procès pendant devant les tribunaux, et que déjà une déclaration de principes, formulée à cet égard, a été signée par un grand nombre de médecins et de chirurgiens de Paris ; mais qu'il est digne de cette grande manifestation d'être corroborée par les adhésions des Sociétés savantes, et que la Société de chirurgie ne saurait mieux remplir le but de son institution qu'en provoquant elle-même ces adhésions dans toutle royaume, a délibéré et arrêté ce qui suit :

ART. 1er. La Société de chirurgie de Paris adopte, pleinement et sans réserve, la déclaration de principes ci-après, et invite toutes les Sociétés savantes de France à y donner leur adhésion.

ART. 2. A cet effet, un exemplaire de ladite déclaration sera adressé à toutes les Sociétés savantes, avec une copie de la présente délibération.

ART. 3. Toutes les adhésions réunies seront imprimées en tête du premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, et les originaux déposés dans les archives de la Société.

Paris, ce 18 octobre 1843.

Le Président : A. BÉRARD.
Le Secrétaire : G. MONOD.

Scellé du sceau de la Société avec cet exergue :

RÉALITÉ DANS LA SIENCE.
MORALITÉ DANS L'ART.

(Suit le texte de la déclaration que nous avons publiée.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Fracture du péroné sans déviation du pied. Accidents inflammatoires. Temporisation.

Au n° 12 de la salle Saint-Antoine, est couché un malade qui est atteint d'une fracture du péroné sans déplacement du pied. On sait que la déviation du pied en dehors était considérée par Dupuytren comme un des signes caractéristiques de cette fracture. Cependant, le cas que nous signalons en ce moment n'est pas unique; nous avons eu plusieurs exemples du même genre dans notre service. La déviation du pied n'est donc pas un caractère aussi absolu que tendrait à le faire croire l'opinion de Dupuytren. D'un autre côté, cette déviation, lorsqu'elle existe, n'a pas toujours lieu dans le même sens. M. Ricord a rapporté dans le temps, dans la Revue médicale, le cas qu'il avait observé dans ce service d'une fracture du péroné avec déviation du pied en dedans, contrairement à ce que l'on croyait avoir lieu constamment. Ainsi, ce caractère de la déviation du pied en dehors est loin d'être aussi constant qu'on l'a dit, et cette déviation ne saurait, par conséquent, être considérée comme un signe pathognomonique absolu de la fracture dont il s'agit; tantôt, en effet, il n'y a point du tout de déplacement du pied; et quand il existe, il a lieu tantôt en dehors, tantôt en dedans. Ces faits sont importants à prendre en considération pour le traitement. On conçoit effectivement que le même appareil ne puisse pas s'appliquer indifféremment à tous les cas. L'appareil de Dupuytren, si avantageux d'ailleurs lorsqu'il est indiqué, devient inutile dans les cas où il n'y a point de déviation du pied, et son application doit être modifiée lorsque cette déviation, au lieu d'avoir lieu en dehors, a lieu dans le sens opposé.

Il n'a été fait aucune application d'appareil au malade dont il s'agit. Cependant il est survenu spontanément, au bout de quelques jours, des accidents inflammatoires violents, avec étranglement, phlyctène, etc. On prévoit ce qui serait arrivé dans ce cas si, contrairement aux préceptes que M. Lisfranc ne cesse de répéter dans sa clinique, on eût appliqué un appareil dès l'entrée du malade à l'hôpital. On sait quelle importance M. Lisfranc attache à ce précepte, dont il ne se départ jamais dans sa pratique, de n'appliquer les appareils de fracture qu'après la période d'engorgement et de réaction inflammatoire, et alors que toute chance d'accidents inflammatoires est entièrement dissipée. Ce n'est pas seulement en vue de la possibilité de cet accident que l'application des appareils doit être surveillée; car tout le monde sait combien, alors même que la période inflammatoire est passée, les compressions sont souvent funestes, principalement chez les vieillards, et aussi chez les très jeunes sujets. On a pu voir, il y a quelque temps, dans ces mêmes salles, un jeune enfant auquel on avait appliqué un appareil pour une fracture du bras. Au bout de quelques jours l'enfant se plaignit de douleurs dans le membre; l'appareil ne paraissait pas cependant par trop serré. On l'enleva, et on trouva, à la grande surprise des assistants, une gangrène étendue de la peau. Que conclure de ces faits ? C'est que si, le plus souvent, les accidents de cette nature sont le résultat d'une application prématurée de l'appareil, il est des cas où les sujets présentent une telle disposition aux accidents inflammatoires, que ces accidents se développent quelquefois sous l'influence du plus léger moyen de contention, ou en l'absence même de tout appareil, et par conséquent sans qu'il y ait le moins du monde du fait du chirurgien. Tel est le cas dont il s'agit en ce moment. Nul doute que si un appareil eût été appliqué dès les premiers jours, on ne lui eût attribué les accidents qui se sont développés. De là la nécessité sur laquelle insiste toujours M. Lisfranc, de n'appliquer les appareils que le plus tard possible, et lorsque ces appareils sont appliqués, de surveiller avec le plus grand soin leur action.

M. Lisfranc est revenu de nouveau sur ce précepte à l'occasion d'un autre malade atteint de fracture, et dont voici, en deux mots, l'histoire.

Fracture directe des deux os de la jambe. Engorgement considérable. Considérations pratiques relatives à l'application des appareils.

Au n° 18 de la même salle, est un malade qui est entré à l'hôpital pour une fracture directe de la jambe gauche produite par une chute de cheval. Cet accident a été promptement suivi d'un engorgement sanguin considérable. On n'a point appliqué d'appareil; le malade a été saigné, et l'on a recouvert le membre malade de cataplasmes émollients. Après dix jours de ce traitement l'engorgement étant complètement disparu on a procédé à l'application de l'appareil.

C'est le cas de rappeler ici quelques principes de thérapeutique relatifs au traitement des fractures. La plupart des chirurgiens, dit M. Lisfranc, ont la mauvaise habitude d'appliquer trop tôt les appareils. Les mauvais effets de cette pratique vicieuse sont surtout sensibles lorsqu'il s'agit de fractures compliquées d'inflammation et d'épanchement sanguin. Les anciens étaient, à cet égard, beaucoup plus prudents. A. Paré n'appliquait généralement les appareils que vers le septième ou le huitième jour après l'accident ; il se bornait jusque là à l'usage des topiques émollients ou résolutifs. Nous avons adopté cette pratique, et nous avons eu toujours à nous en louer. Nous n'ignorons pas les objections qui ont été faites à cette manière d'agir. On dit : si vous n'appliquez pas l'appareil dès les premiers jours, vous vous exposez à avoir un défaut de

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle de l'homme, comprenant des recherches sur l'influence des agents physiques et moraux considérés comme causes des variétés qui distinguent entre elles les différentes races humaines ; par J.-C. PRICHARD, D.-M., membre de la Société royale de Londres, etc., traduit de l'anglais par le docteur F. ROULLIN, accompagné de 40 planches gravées et coloriées et de 90 fig. en bois, intercalées dans le texte. — Deux volumes in-8°. Paris, J.-B. Baillière.

Le genre humain dans son ensemble est-il composé de plusieurs espèces distinctes qui ont différé les unes des autres au physique et au moral depuis le commencement de leur existence ? ou bien n'existe-il qu'une seule espèce, une seule souche qui, en vertu d'une disposition à se mettre en harmonie avec les circonslances extérienres, la rend apte à posséder et à occuper toute la terre ? L'action de ces circonstances extérieures, action lente et graduelle, n'est-ce pas la cause des modifications diverses physiques et morales présentées par le genre homme ? Telles sont les importantes qucstions à la solution desquelles M. le docteur Prichard a consacré l'ouvrage dont je vais rendre compte. Qnoique dès les premières pages il fasse pressentir les conclusions auxquelles son travail l'a conduit, l'auteur n'en a pas moins exposé avec le plus grand soin la série de preuves qu'il invoque à l'appui de son opinion. Cependant avant d'eutrer en matière et de discuter ce sujet comme une simple question d'histoire naturelle, il a cru convenable de rappeler l'histoire du genre humain, telle que la donnent les saintes écritures, d'indiquer toute la portée de ce sujet relativement à l'esclavage, de montrer toutes les conséquences qu'une démonstration rigoureuse de l'une ou de l'autre de ces opinions peut avoir sur le sort de ces populations, destinées, d'après ceux qui les considèrent comme appartenant à une espèce différente de la nôtre, à la servitude et à la privation des droits sur lesquels reposent la morale chrétienne et les lois des peuples civilisés.

Les premières sections de cet ouvrage sont consacrées à bien déterminer la valeur des expressions *genre*, *espèce*, *variétés* ; sous cette détermination, en effet, la confusion est extrême, et devient la cause des plus étranges dissidences.

Pour M. Prichard, les *espèces* « sont simplement des ensembles de plantes ou d'animaux que l'on sait de science certaine, ou que l'on peut croire d'après de justes motifs être des rejetons d'un même tronc, ou descendre de familles entièrement semblables et impossibles à distingner les unes des autres. » On voit, par là, que les mots *genre* et *espèce* sont synomymes pour l'auteur.

Quant au mot *variété permanente*, M. Prichard entend par là des races dans lesquelles se perpétuent, par voie de génération, certains caractères particuliers. Les variétés diffèrent des espèces en ce sens, que les particularités qui les distinguent ne remontent point jusqu'aux premiers parents, mais se sont manifestées postérieurement à l'existence de ceux-ci, et ont constitué dans leur lignée une déviation du caractère primitif. Or, je le répète, le but de cet ouvrage est d'indiquer les variétés les plus importantes qui divisent et séparent le genre humain, en un certain nombre de races distinctes, et de déterminer si ces races constituent des espèces séparées, ou sont seulement des variétés d'une seule et même espèce.

L'auteur invoque d'abord un fait capital en histoire naturelle, savoir : que d'après toutes les investigations faites dans les différentes classes d'êtres organisés, aucun hybride végétal ou animal ne peut se perpétuer en donnant naissance à une nouvelle race intermédiaire aux deux espèces dont il dérive. Appliquant cette doctrine à l'homme, « l'analogie nous porte nécessairement à conclure relativement aux diverses races d'hommes, ou que ces races sont incapables de se confondre dans leur postérité, ce qui sera nécessairement le cas si elles constituent autant d'espèces distinctes, ou qu'elles peuvent se mêler, donner naissance à des races mixtes, et alors il sera prouvé qu'elles appartiennent toutes à une seule et même espèce. »

Or, par les faits évidents du mélange des nègres et des Européens, des Indiens de l'Amérique et de leurs conquérants; par l'histoire connue de plusieurs races mixtes dont on a pu suivre l'origine et le développement, il paraît incontestable qu'il existe des races intermédiaires, que ces races se propagent, qu'il n'existe aucun empêchement à la reproduction même dans les cas où le croisement a lieu entre les races les plus dissemblables, ce qui prouve évidemment, dit M. Prichard que toutes ces rsces appartiennent à une même famille, à moins qu'on ne veuille supposer qu'il y a pour le genre humain une exception à la règle à laquelle obéit tout le reste des êtres organisés.

Dans les sections suivantes, l'auteur examine les phénomènes de variation et de dégénération que les climats, l'état de servitude et de domesticité et toutes les autres influences peuvent exercer sur les propriétés physiques et intellectuelles des animaux. Il reconnaît que les espèces qui ont été réduites à l'état domestique et qui ont été transportées par l'homme sous des climats différents de leur climat natal, subissent de grandes variations dues à l'influence climatérique et aux changements dans les circonstances extérieures qui tiennent à l'état de domestication. Que ces causes modifient considérablement les propriétés extérieures des animaux, telles que la couleur, la nature des téguments et du pelage, et par une action plus profonde, la structure de leurs membres et les proportions des diverses parties de leur corps ; que ces mêmes causes ne se bornent pas à modifier les organes, mais qu'elles modifient encore leurs fonctions, constituant ainsi ce qu'on peut appeler des changements physiologiqnes, qu'enfin les instincts, les habitudes et les facultés intellectuelles elles-mêmes n'échappent pas à l'action de ces causes, c'est-à-dire qu'il se produit, sous leur influence, des changements psychologiques. Ces derniers changements sont en plusieurs cas produits par l'éducation, et la race acquiert peu à peu un penchant naturel qui pousse les petits à faire les choses qui ont été enseignées à leurs parents, en d'autres mots, des caractères psychologiques, tels que de nouveaux instincts sont développés dans les races pas la culture.

M. Prichard reconnaît encore que ces variétés sont quelquefois permanentes aussi long-temps que cette race se propage sans croisements. Que toutes ces variétés sont possibles seulement dans certaines limites, et qu'elles n'altèrent jamais le type particulier de l'espèce.

Appliquant ces données prises sur les animaux à l'homme, il le voit exposé comme eux aux diverses influences du climat ; manié par la civilisation qui doit produire chez lui des changements plus grands que ceux qui résultent de la domestication chez les espèces inférieures.

Il passe en revue, sous trois aspects : 1° les variétés dans la structure organique ; 2° dans les fonctions et dans la constitution intérieure ; 3° dans les caractères psychologiques, les races humaines, et après avoir tracé ce tableau, il cherche à établir que les différences que l'on trouve, en comparant entre elles des races humaines fort éloignées les unes des autres, sont de nature à pouvoir rentrer dans les limites du principe de variation.

En effet, sur le premier point, l'examen des faits relatifs aux différences que présentent, dans les races humaines, la couleur de la peau, la structure et la disposition des cheveux, les formes du corps et les proportions des parties, tête, bassin, membres supérieurs et inférienrs, conduit à conclure qu'aucune de ces déviations ne s'élève au rang de distinction spécifique. Cette conclusion repose sur deux arguments principaux. Le premier, c'est qu'aucune des différences en question n'excède les limites des variétés individuelles, qu'aucune n'est plus tranchée que les diversités qu'on rencontre sans sortir du cercle d'une nation ou même d'une famille. Le second, c'est que les variétés qui se montrent dans les races humaines, ne sont pas, sous tous les rapports, aussi considérables, à beaucoup près, que celles qu'on voit se présenter chaque jour dans les différentes races d'animaux issues d'une même souche ; et il n'y a pas une seule espèce domestique qui n'offre des exemples nombreux de beaucoup plus grandes déviations du caractère typique des espèces.

Sous le second point de vue, la comparaison physiologique des diverses races humaines, la conclusion générale à laquelle l'auteur est

consolidation. Mais une plaie enflammée et recouverte d'un caillot se cicatrise-t-elle? Pourquoi veut-on qu'il en soit différemment par rapport aux os? D'ailleurs, ce que l'analogie nous avait déjà autorisé à admettre s'est trouvé pleinement confirmé par l'observation.

En 1811, Pelletan étant chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, j'étais spécialement chargé, sous sa direction, des fractures, que l'on était alors dans l'usage de réunir dans un seul service. Il survint, à cette époque, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, un épidémie d'angine très meurtrière. Cette circonstance me fournit l'occasion d'examiner un grand nombre de fractures récentes, et je reconnus que chez tous les malades chez lesquels il était survenu de l'engorgement et de l'inflammation, le cal n'était point encore en voie de formation. Généralement, aucun travail d'organisation n'avait lieu avant le cinquième ou sixième jour; et dans les cas ou l'inflammation et l'engorgement avaient été assez considérables pour exiger un traitement actif, ce travail d'organisation ne commençait qu'après que les accidents étaient entièrement dissipés. La connaissance de ces faits me fit adopter, dès cette époque, l'usage de ne point appliquer les appareils avant le terme de six à huit jours, et d'en ajourner l'application au-delà même de ce terme, lorsqu'il existe de l'engorgement ou qu'il survient des accidents inflammatoires. Mais, dans ces dernières circonstances, il ne suffit pas de faire abstraction de l'appareil comme le faisait A. Paré; il faut encore y joindre l'usage des évacuations sanguines. En ce qui concerne celles-ci, je rejette les applications de sangsues pour les deux motifs qui suivent: en premier lieu, les piqûres de sangsues ne se cicatrisent pas toujours immédiatement, et si, dans ce cas, on applique l'appareil, on s'expose à voir les piqûres se transformer en autant de petits ulcères plus ou moins rebelles. En second lieu, tout le monde sait qu'il n'y a point de fracture qui ne soit accompagnée d'un épanchement plus ou moins considérable. Or, s'il est vrai, ce qui est démontré à mes yeux, que la résorption de ces épanchements se fait par les veines, il est évident qu'il y a tout avantage à pratiquer des saignées générales au lieu de saignées locales. Mais ce n'est pas tout; les saignées, dans ce cas, ne sont pas seulement utiles pour prévenir la suppuration; ou y recourtencore avec avantage, même lorsque la suppuration est établie, pour favoriser la résorption. Tout le monde sait, en effet, combien la saignée, jointe à la diète, est un moyen puissant pour activer la résorption des épanchements. L'économie se trouve alors placée, en effet, dans des conditions telles que le malade ne se nourrit plus en quelque sorte, que de sa propre substance, ce qui diminue d'autant les éléments de l'inflammation.

Ankylose du genou, suite de tumeur blanche. Chute sur le genou, ayant déterminé le développement d'une inflammation et d'un abcès intra-articulaire. Ouverture spontanée. Fistule permanente.

Au n° 28 de la salle Saint-Louis, est un malade affecté d'une ankylose vraie de l'articulation tibio-fémorale droite, résultant d'une tumeur blanche guérie. Le malade se servait assez bien de son membre, lorsqu'il y a peu de temps il fit une chute sur le genou. Soit négligence, soit qu'on ne l'eût pas jugé nécessaire, on n'eût point, à ce moment, recours aux antiphlogistiques, que semblait cependant commander la circonstance. Quoi qu'il en soit, il est survenu une tuméfaction considérable, et depuis quelques jours que le malade est entré à l'hôpital, nous avons reconnu l'existence d'une collection liquide dans le genou. Je dis une collection liquide sans spécifier sa nature; car ce pouvait être aussi bien un épanchement purulent ou une accumulation de synovie. La tumeur n'a pas tardé à s'ouvrir spontanément, et il s'est fait jour à travers une très petite ouverture à un écoulement de pus qui a lieu continuellement en très petite quantité et très lentement.

Ce fait, tout simple qu'il paraît au premier abord, renferme plus d'un enseignement que M. Lisfranc n'a pas manqué de faire ressortir. Et d'abord, la première chose qui doit frapper l'attention, c'est l'effet d'une violence extérieure sur les articulations qui sont le siége d'une ankylose par suite de tumeur blanche. On devra toujours s'attendre, en pareille circonstance, à voir se développer des accidents de la plus grande gravité, si l'on n'a le soin de les prévenir ou de les combattre dès le principe par des moyens antiphlogistiques énergiques, autant du moins que le permettra la constitution des sujets.

On se rappelle qu'il fut question, il y a quelques années, d'une nouvelle méthode de traitement des ankyloses, consistant à rompre les adhérences à l'aide d'une machine d'une grande énergie. Je m'élevai avec force, à cette époque, contre une semblable innovation, et je prédis les accidents graves et les conséquences funestes qui ne manqueraient pas effectivement d'avoir lieu; mes prévisions ne se justifièrent que trop bien. Je ne saurais donc trop insister sur la nécessité, d'une part, de ne jamais exercer de violences sur une articulation ankylosée à la suite d'une tumeur blanche; et, d'autre part, de s'attacher à combattre avec la plus grande énergie possible les accidents inflammatoires qui sont la conséquence presque inévitables des coups et des violences extérieures dont ces parties viennent accidentellement à être le siége.

Qu'arrivera-t-il chez ce malade? Nous avons tout lieu d'espérer que, grâce à la petite ouverture spontanée par laquelle le pus trouve à s'écouler lentement et peu à peu, il ne surviendra d'accidents inflammatoires plus violents. Nous sommes d'autant plus fondés à l'espérer que la nature nous montre tous les jours des résultats analogues dans les foyers par congestion, par exemple, qui, après s'être vidés au bout d'un temps plus ou moins long à la faveur d'une de ces petites ouvertures spontanées, finissent par se cicatriser et se guérir entièrement. Je rappellerai à cette occasion le fait que j'ai observé chez une parente d'un publiciste connu. Cette dame avait deux énormes tumeurs plongeant dans le bassin; c'étaient des abcès par congestion. Ces tumeurs, après être restées long-temps stationnaires, finirent par se faire jour spontanément par une ouverture tellement petite qu'on pouvait à peine y faire entrer la tête d'une épingle. Le pus trouvant une issue continuellement ouverte, ces deux foyers se vidèrent à la longue entièrement, et nous n'eûmes plus affaire qu'à une fistule très étroite qui finit, à son tour, par se fermer, et dès lors la guérison fut complète; elle avait été toute spontanée. Nous avons donc quelque raison d'espérer une semblable issue chez ce malade. Toutefois nous ne resterons pas spectateurs oisifs, et nous aiderons à ce travail de la nature par l'usage de l'iodure de potassium. Les résultats seront dans tous les cas soigneusement consignés.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Métro-péritonite; mort. Autopsie. Quelques réflexions sur le traitement, et la cause de cette affection.

Le 25 août 1843 est entrée à l'Hôtel-Dieu la nommée Anne-Monique Ledoux, âgée de vingt-six ans, domestique, née dans le département de l'Eure, couchée à la salle Saint-Antoine, n° 9.

D'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à Paris depuis six mois, elle a toujours été d'une bonne santé habituelle, et n'a jamais fait de grave maladie. Bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, elle dit n'avoir jamais eu de leucorrhée, sauf un peu avant et après ses règles, mais peu abondamment et pendant un ou deux jours seulement. Habituellement réglée tous les mois, elle est pour le moment en retard de quinze jours à peu près. Elle ne sait à quelle cause attribuer ce retard. Depuis trois semaines environ, elle souffre dans la région du bas-ventre; les douleurs sont beaucoup plus fortes depuis hier surtout.

Actuellement, elle dit être indisposée depuis trois semaines, mais principalement depuis quatre jours. Il y a trois semaines, son indisposition commença par des frissons, suivis de chaleur et de sueurs. Diarrhée abondante, coliques assez vives. La malade n'a point fait attention qu'il y eût du sang dans les matières de ses garderobes. Le ventre est ballonné, douloureux à tel point, que les mouvements respiratoires un peu étendus causent à la malade d'intolérables douleurs. Quelques vomissements depuis le début, mais peu fréquents. Pas d'épistaxis; ni céphalalgie, ni délire, ni étourdissements; insomnie. Aucun traitement actif depuis le commencement de la maladie. Tous ces symptômes non-seulement n'ayant pas diminué, mais s'étant accrus et ayant augmenté d'intensité depuis quelques jours, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel on la trouve au moment de la visite du soir:

Visage assez animé, rouge aux pommettes surtout; peau chaude, un peu sudorale. Pouls à 120, assez développé, non redoublé. Persistance depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, de la diarrhée (cinq à six selles liquides); persistance des coliques. Le ventre est augmenté de volume, ballonné, douloureux même, sans que l'on exercé sur lui la moindre pression; la respiration est courte, fréquente; les mouvements inspiratoires peu étendus à cause de la douleur abdominale. Pas de toux ni d'expectoration. Résonnance et respiration bonnes partout en avant et en arrière. La malade urine assez difficilement. Ni céphalalgie, ni délire. Pas de douleurs dans la région lombaire. Sentiment de courbature et de lassitude dans les membres. Saignée de trois palettes; cataplasme sur le ventre; limonade gommée.

Le 26, le lendemain, la malade ne se trouve pas sensiblement soulagée. Le sang de la saignée est peu riche, le caillot petit, retroussé, couvert d'une couenne assez épaisse. Sérosité limpide. Le ventre toujours ballonné, excessivement douloureux. La langue sale, blanche; le visage un peu animé, surtout aux pommettes. La diarrhée persiste. Bain. Trente sangsues sur l'abdomen; cataplasmes; limonade gommée; crême de tartre, 30 grammes.

Le 27, langue rouge, un peu villeuse, surtout à la pointe, blanche et saburrale à la base. Inappétence, soif très vive. Quelques nausées, suivies de deux ou trois vomissements, composés simplement de tisane. Quatre selles diarrhéiques très claires cette nuit, sans traces de sang. Ventre toujours douloureux, mais moins qu'hier; ballonné. Pouls à 112-116, petit, peu développé, un peu redoublé. Respiration à 32 par minute, peu profondes, à cause de la douleur abdominale; sans matité à la percussion, ni râles d'aucune espèce à l'auscultation. Pas de frissons nouveaux, comme ceux qu'elle avait ressentis pendant les premiers jours. Pas de céphalalgie. Insomnie la nuit dernière. Quelques éblouissements et bourdonnements d'oreilles. Quinze sangsues à la vulve et autant sur le ventre. Bain; cataplasme; lavement émollient. Diète.

Le 28, à peu près même état. Cependant, il y a peut-être un peu d'amélioration. Pouls toujours à 112-116, faible, pe-

conduit par l'examen des faits qu'on a pu recueillir, c'est qu'il n'y a point, à cet égard, de différences entre les diverses races d'hommes. Relativement à la durée de la vie, toutes les nations ont été soumises par la nature à une même loi, toutes les fonctions s'exercent partout de la même manière, et la menstruation même que depuis Haller on a cru être hâtive dans les pays chauds, tardive dans les pays froids, paraît à peu près partout en même temps, la femme devient nubile dans tous les climats à la même époque; en un mot, la différence de climat n'a que peu ou point d'effet pour produire des diversités importantes dans les époques des changements physiques auxquels la constitution humaine est assujétie; de sorte qu'on peut dire que devant ces grandes lois de l'économie animale, tous les membres de la famille humaine sont égaux, tous les hommes, les blancs et les noirs, se trouvent placés par lo nature sur le pied d'une égalité parfaite.

Sous le troisième aspect, c'est-à-dire, dans la comparaison des facultés intellectuelles, si, avec l'auteur, nous considérons l'ensemble des êtres qui jouissent de l'exercice de la raison et possèdent l'usage de la parole, nous trouvons chez tous (quelque différence qu'ils puissent présenter d'une famille à l'autre sous le rapport de l'aspect extérieur) les mêmes sentiments extérieurs, les mêmes désirs, les mêmes aversions; tous au fond de leur cœur se reconnaissent soumis à l'empire de certaines puissances invisibles; tous ont, avec une notion plus ou moins claire du bien et du mal, la conscience du châtiment réservé au crime par les agents d'une justice distributive à laquelle la mort même ne peut soustraire; tous se montrent, quoi qu'à différents degrés, aptes à recevoir la culture qui développe les facultés de l'esprit, à être éclairés par la lumière plus vive et plus pure que le christianisme répand dans les âmes, à se conformer aux pratiques de la religion, aux habitudes de la vie civilisée; tous, en un mot, ont la même nature mentale.

Enfin, et comme conclusion générale, les considérations relatives à l'organisation, aux fonctions et à l'intelligence concordant toutes entre elles et ne démontrant aucune différence essentielle et typique; l'auteur se sent pleinement autorisé à conclure que toutes les races humaines appartiennent à une seule et même espèce, qu'elles sont les branches d'un tronc unique.

Dans cette rapide et nécessairement incomplète analyse, je n'ai pu qu'indiquer sous forme de propositions les points divers au développement desquels cet ouvrage remarquable est consacré. C'est tour à tour par l'anatomie générale et comparée, la physiologie, la psychologie, l'ethnographie, l'histoire et la géographie, que l'auteur a cherché à éclairer les questions qu'il aborde. Cet ouvrage abonde en faits des plus intéressants et des plus dignes de fixer l'attention des naturalistes et des philosophes. Nulle part, l'histoire naturelle de l'homme n'a été traitée avec cette sévérité d'induction, cette répugnance pour l'hypothèse, cette austérité scientifique qui distinguent le travail important de M. Prichard. C'est un éminent service que M. Roullin a rendu à la science en faisant passer dans notre langue ce consciencieux ouvrage. Le traducteur était à la hauteur de son modèle; le lecteur en jugera par l'extrait suivant, la seule citation que je puisse me permettre dans les limites qui me sont accordées:

« L'invariable uniformité qui règne dans les habitudes des animaux et qui forme un contraste si frappant avec la variabilité non moins remarquable qui s'observe dans les habitudes des hommes quand on compare une génération à une autre, constitue réellement une différence beaucoup plus caractéristique entre les êtres qui agissent sous les impulsions de l'instinct et ceux qui ont reçu la raison en partage. C'est là, pour le commun des observateurs, la distinction la plus apparente, et c'est même la seule que puisse faire découvrir un examen rapide et superficiel. Mais, s'attache-t-on à approfondir le sujet, à pénétrer dans la nature même des actions, dans la partie la plus cachée de l'histoire des sentiments, des penchants, des impulsions, qui sont les premiers mobiles, les ressorts secrets de ces actions; alors on en vient à découvrir une distinction beaucoup plus importante, une différence capitale, essentielle, dans le but vers lequel tendent les actes commandés par l'instinct et ceux qui sont dirigés par la raison. Relativement aux premiers, nous reconnaissons que toute l'activité mise en jeu par les sentiments de désir ou d'aversion, de sympathie ou d'antipathie, propres à chaque espèce animale, tend seulement à assurer le bien-être et la conservation de l'individu, la perpétuation de la race. Si au contraire, entrant dans le vaste champ d'observation que nous ouvre l'histoire, nous embrassons la sphère entière des actions humaines, nous en voyons bien encore un bon nombre qui tendent vers ce but; mais il n'est plus exact de dire qu'elles y tendent toutes. Loin de là, et dans les habitudes, dans les coutumes des différents peuples, il n'en est pas de plus remarquables que celles qui se rapportent à un état d'existence auquel l'homme se sent appelé après sa mort, et à l'influence que doivent exercer sur sa condition présente et future des agents invisibles qui sont pour lui un objet de crainte et de respect. Sans doute, suivant l'état de barbarie ou de civilisation dans lequel se trouvent les peuples, leurs notions à cet égard varient beaucoup, et, à mesure qu'on descend dans l'échelle, on les trouve plus grossières et plus confuses; mais enfin, en arrivant même jusqu'au dernier degré, on les y retrouve encore, et elles s'y traduisent par des actes parfaitement significatifs.

» Les rites pratiqués sur toute la terre en l'honneur de ceux qui ne sont plus; les différentes cérémonies relatives à la sépulture, à l'embaumement, à l'incinération des corps; les processions funéraires qui, dans tous les pays, dans tous les temps, chez tous les peuples, accompagnent les morts à leur dernière demeure; les tombeaux élevés sur le lieu où ont été déposés leurs restes périssables; les innombrables tumulus dispersés sur toute la surface du globe, seules traces qu'aient laissées des races depuis long-temps éteintes; les moraïs et les gigantesques monuments des îles Polynésiennes; les magnifiques pyramides de l'Egypte et de l'Anahuac; les prières et litanies, récitées aujourd'hui pour les vivants et pour les morts dans les églises de la chrétienté, dans les mosquées et les pagodes de l'Orient, comme elles l'étaient jadis dans les temples du monde païen; le pouvoir accordé aux prêtres, considérés comme médiateurs entre les dieux et les hommes; les pontifes agissant comme vicaires de la divinité sur les rives du Tibre, du Brahmapoutra et du golfe Arabique; les guerres sacrées désolant des empires, pour établir ou renverser certains dogmes métaphysiques que n'entendirent jamais la plupart des hommes qui combattirent et moururent dans ces querelles; les pénibles pélerinages exécutés chaque année pendant de longues suites de siècles par des hommes de toutes les couleurs, de tous les pays, qui vont chercher à la tombe des prophètes ou des saints l'absolution de leurs péchés; les sacrifices humains; la mort volontaire des vieillards; l'immolation des enfants par leurs parents; les sacrifices d'animaux considérés comme typiques ou comme expiatoires; tous ces différents faits, et beaucoup d'autres semblables que présente à notre observation l'histoire des nations civilisées comme celle des peuples barbares, nous conduisent à reconnaître que l'humanité tout entière sympathise dans certaines idées générales, dans certains sentiments profondément empreints en elle, et dont la nature n'est pas moins mystérieuse que l'origine. Ce sont là, parmi les divers phénomènes psychologiques propres aux créatures humaines, les plus remarquables sans doute, et ceux qui peuvent le mieux les distinguer des brutes; car ce n'est plus sur l'aspect extérieur des habitudes et des diverses manifestations de l'activité que repose la distinction, mais sur la nature intime du principe d'action lui-même. »

Si j'ai réussi à donner une idée des principes fondamentaux sur lesquels repose cet éminent ouvrage, je crois que le passage qu'on vient de lire est capable aussi de donner une idée de son exécution. Je regrette de ne pouvoir même indiquer les détails curieux et importants qu'il renferme, mais j'espère en avoir assez dit pour engager tout médecin jaloux d'acquérir sur ce point une instruction solide, de lire le beau travail de M. Prichard, traduit avec un plein succès par M. Roullin et illustré de gravures où l'art anglais se montre dans toute sa perfection.

Du traitement des fausses ankyloses et de la contracture des membres par la compression, aidée de l'extension, sans emploi de la ténotomie, avec quelques réflexions sur ce dernier mode opératoire; par M. Dancel, D.-M. Paris, 1843. J.-B. Baillière. Brochure in-8°.

Le titre de cette brochure indique suffisamment son contenu. L'au-

tit, peu développé, un peu redoublé. Langue comme la veille. Ventre toujours douloureux. Quoique la malade souffrît beaucoup, rien ne faisait cependant présumer que la résolution espérée n'aurait pas lieu, lorsque dans la nuit du 28 au 29, après cinq heures d'une agonie douloureuse, la malade succombe à quatre heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-huit heures après la mort.

Suffusion purulente considérable dans toute la cavité abdominale; le pus est extrêmement abondant, et forme dans les points déclives un véritable épanchement. La membrane séreuse qui tapisse l'abdomen est rouge, injectée; on observe des fausses membranes et des adhérences récentes, molles, élastiques, dans la cavité du petit bassin, point où l'inflammation est plus prononcée que partout ailleurs, et où elle paraît avoir pris naissance.

L'utérus ne présente rien d'anormal, mais la trompe du côté droit a le volume d'un œuf d'oiseau environ, et laisse suinter par son orifice un pus phlegmoneux, jaune, bien lié. L'examen, fait par M. le docteur Danyau, et dont nous donnons plus bas les résultats, semble être contraire à l'opinion de ceux qui croyaient à l'existence d'une grossesse tubaire, suivie de rupture et de péritonite consécutive.

Les autres organes, tant abdominaux que thoraciques, la vessie, les reins, l'estomac, les poumons et le cœur sont parfaitement sains et n'ont rien offert de remarquable. Un peu de rougeur seulement de la fin de l'iléon et du gros intestin.

— La métro-péritonite à laquelle a succombé la malade a présenté tous les caractères et tous les symptômes que l'on observe ordinairement dans le cours de cette maladie. Cependant, il n'est peut-être pas inutile de rappeler en quelques mots les principaux phénomènes auxquels peut donner lieu la métro-péritonite, et le traitement qu'on peut lui opposer, avant de venir à la discussion des causes qui la produisent habituellement, et en particulier de celles qui l'ont déterminée dans le cas particulier qui nous occupe.

Comme dans la grande majorité des cas, l'affection a commencé, chez notre malade, par des frissons irréguliers, plus ou moins prolongés, suivis de douleurs et de brisement dans les membres, de sentiment de courbature, tous phénomènes qui ont été notés avec le plus grand soin dès le commencement de l'affection. En même temps, douleur vive dans l'abdomen, commençant par un point particulier qui, chez notre malade, était situé tout-à-fait dans la région hypogastrique, et l'on a vu, à l'autopsie, que ce point, le plus anciennement attaqué probablement, était le siége de fausses membranes, souples, élastiques, déjà parfaitement organisées quoique récentes, tandis que dans les autres points du péritoine il n'y avait que de la rougeur, de l'injection, du pus, mais point de fausses membranes.

Peu à peu la douleur, bornée d'abord à une région limitée de l'abdomen, s'irradie, s'étend à tout le ventre, devient pongitive; le ventre, extrêmement douloureux, même sans qu'on le touche, est tellement sensible au moindre contact, que les malades peuvent à peine supporter le poids de leurs couvertures. Dans le cas particulier dont nous venons de raconter les détails, la douleur abdominale était tellement violente que la malade ne pouvait respirer aussi amplement que dans l'état normal, et se trouvait obligée, les profondes inspirations déterminant une vive sensation d'angoisse, de suppléer à l'ampleur et à l'insuffisance des inspirations, par un plus grand nombre de mouvements inspiratoires moins complets. Cette fréquence sympathique de la respiration, déterminée par une douleur qui a son siége dans une autre partie du corps que dans la cavité destinée à loger l'appareil respiratoire, n'est pas extrêmement rare; elle ressemble assez, pour la manière dont elle est produite et pour celle dont elle s'effectue, à la fréquence de respiration que l'on remarque dans les cas de pleurésie aiguë, sans épanchement et sans complication de pneumonie; alors, et au contraire des cas où la respiration est incomplète par obturation des voies aériennes et du parenchyme pulmonaire, la respiration est courte et fréquente, peu profonde, phénomène qui a pour cause la douleur qui se fait sentir lorsque de profondes inspirations viennent à écarter les espaces inter-costaux et à distendre la membrane séreuse qui tapisse la cavité thoracique.

C'est là, disons-le en passant, et quoique ce soit un peu sortir de notre sujet, un des caractères qui, à première vue, servent à différencier la dyspnée tenant à une obstruction des voies aériennes et des vésicules pulmonaires, et celle qui provient d'une douleur pleurétique. C'est que, dans le premier cas, les inspirations sont fréquentes, mais peu profondes, comme si le malade voulait, par une dilatation exagérée de la cage thoracique, forcer l'air à pénétrer dans les poumons malgré les obstacles qui s'y opposent. Dans la douleur pleurétique, au contraire, les inspirations sont fréquentes, mais extrêmement peu profondes; et là, comme nous l'avons dit plus haut, c'est par la fréquence des mouvements inspiratoires que le malade cherche à compenser leur insuffisance.

Dans le cas qui nous occupe, la résonnance et la respiration ont toujours été parfaites; la respiration n'a été mélangée d'aucune espèce de râles, soit sibilant, soit crépitant, ce qui, sans être extrêmement fréquent, n'est cependant pas extrêmement rare dans les maladies où, comme dans celle-ci, il y a un élément morbide autre que l'inflammation locale. Or, la manière subite et inattendue dont est survenue la mort dans le fait que nous avons examiné plus haut, semblerait venir à l'appui de l'opinion de ceux qui voudraient admettre une résorption purulente consécutive à la péritonite.

Le ventre est ordinairement ballonné, tuméfié, caractère de la plus haute importance à noter, car il est très utile dans le diagnostic différentiel, quelquefois assez malaisé, quand les affections ne sont pas simples, entre la péritonite et les coliques déterminées par un agent spécifique, par les préparations saturnines, par exemple. Dans cette dernière classe de maladies, l'abdomen, au lieu d'être, gonflé ballonné comme dans le cas actuel, est déprimé, affaissé, presque collé contre la paroi postérieure de la colonne vertébrale. Le seul point de ressemblance est une douleur très vive, tellement vive, que le malade ne peut supporter le moindre contact, pas même celui des couvertures de son lit, dans la péritonite; elle offre cependant cette différence dans la colique de plomb que la pression modérée exercée sur tout l'abdomen n'est pas très douloureuse, tandis que celle qui est exercée sur un point limité et un peu fortement, arrache au malade des cris et produit les plus vives douleurs. Mais c'est là un phénomène sur lequel nous nous sommes assez longuement étendus pour que nous puissions nous dispenser de nous y arrêter plus long-temps.

C'est par les vomissements que commence ordinairement la péritonite; c'est aussi de cette manière qu'elle a commencé dans l'observation précédente. Ces vomissements, constitués d'abord par les aliments, ne le sont bientôt plus que par les boissons, et se renouvellent assez fréquemment et assez facilement pour que les malades, en proie à une soif ardente, n'osent point la satisfaire de peur de les provoquer encore et de redoubler les douleurs abdominales.

Le pouls est habituellement dans la péritonite petit, serré, fréquent. Dans le cas qui nous occupe, assez développé au début, il prit bientôt les caractères qui lui sont ordinaires, mais de plus et sur la fin de la maladie, il devint redoublé. Ce n'est pas sans intention que nous fixons l'attention sur le caractère de redoublement que présenta le pouls dans cette circonstance. Les maladies dans lesquelles on observe le redoublement du pouls sont presque toujours celles dans lesquelles l'altération du sang est un des éléments constituants de la maladie, la fièvre typhoïde par exemple, certaines fièvres éruptives graves. Comment et par quel mécanisme se produit ce redoublement du pouls; c'est un point encore plongé dans la plus profonde obscurité; mais si le fait est vrai, et l'observation le prouve chaque jour, est-il besoin de savoir comment il se produit pour l'admettre et pour en tirer des déductions utiles au diagnostic et à la thérapeutique? Nullement. Dans le cas particulier dont nous examinons successivement chacun des symptômes, le pouls prit le caractère redoublé, et cela seul eût peut-être suffi pour donner l'idée d'une résorption purulente, d'une altération profonde du sang, si la mort inopinée et presque subite de la malade ne fût venue confirmer cette opinion, à laquelle la présence du pus dans la cavité péritonéale est venue donner encore un degré de certitude plus évidente.

Le visage n'a point, dans le fait précédent, présenté pendant tout le cours de la maladie cet aspect grippé et pour ainsi dire ratatiné que l'on constate habituellement dans la péritonite. Pendant les deux premiers jours, au contraire, il était rouge, assez animé aux pommettes. Ce n'est que passé cette époque qu'il a pris ce caractère, particulier à la péritonite, d'angoisse et d'anxiété.

La marche de la péritonite est ordinairement assez rapide, et marquée par l'accroissement progressif des symptômes. La durée la plus ordinaire de la maladie est de sept à huit jours. Quelquefois moindre cependant; lorsqu'elle doit se terminer par la mort, elle peut ne durer que trois ou quatre jours: on a vu même des cas où la mort est survenue dans l'espace de quarante-huit et même de vingt-quatre heures. Mais nous devons dire que ces cas sont rares. Il a été remarquable, dans le fait que nous avons rapporté en détail, qu'à aucun moment de la maladie le sujet n'a offert du délire, des mouvements convulsifs, de troubles du système nerveux enfin.

La péritonite étant une des inflammations les plus graves et les plus fréquemment mortelles, il convient généralement de l'attaquer dès son début par les moyens thérapeutiques les plus énergiques et les plus puissants. Les saignées générales d'abord, et assez copieuses, puis locales, sont les premiers moyens auxquels on doive avoir recours. Les saignées générales ne seront pas répétées aussi abondamment que dans les inflammations des organes parenchymateux; mais on insistera surtout sur les émissions sanguines locales. Quoiqu'il serait certainement préférable sous tous les rapports de pratique ces émissions sanguines avec les ventouses scarifiées, il est rare cependant que l'on puisse recourir à ce mode d'évacuation, à cause de la douleur intolérable que produit l'application des ventouses sur l'abdomen déjà bien douloureux par l'effet de la maladie seule. C'est donc ordinairement aux sangsues que l'on a recours; le nombre en varie, bien entendu, selon la force, l'âge et la constitution du sujet, et aussi l'intensité de la maladie. Une fois les sangues tombées, on couvre le ventre d'un large cataplasme de farine de graine de lin ou de fomentations émollientes. C'est là le traitement qui fut mis en usage dans le cas que nous avons rapporté, où deux applications de sangsues furent faites en deux jours, précédées qu'elles avaient été d'une saignée générale assez copieuse.

De plus, des bains entiers ont été prescrits; les bains et les demi-bains procurent quelquefois aux malades un soulagement très marqué. Mais, quelque favorable que puisse être l'immersion des parties douloureuses dans l'eau simple ou dans un liquide émollient tiède, il est souvent de graves inconvénients qui obligent de renoncer à ce moyen, surtout dans les cas les plus graves. En effet, déshabiller un malade à qui le moindre mouvement est douloureux et fait jeter les hauts cirs, l'enlever de son lit pour le placer dans une baignoire, l'en retirer et lui passer de nouveaux vêtements, tout cela forme un ensemble de circonstances bien contraires pour une seule qui est avantageuse. Cependant, les bains combinés avec les autres moyens, avaient produit chez notre malade une légère amélioration.

Pour les boissons, elles ont été légèrement acidules; s'il est utile par des tisanes émollientes de modérer la soif et la chaleur comme dans les autres phlegmasies, il est nécessaire dans la péritonite de prévenir le vomissement qui accompagne ordinairement la péritonite; c'est ordinairement aux boissons légèrement acidulées que l'on a recours pour remplir ce double but. Il n'est pas inutile, non plus, dans le traitement de la péritonite, de tenir le ventre un peu libre; et comme il est assez difficile de donner des lavements aux malades, un léger purgatif doux ne sera pas de trop et ne pourra produire que d'heureux résultats. Les laxatifs ne doivent être mis en usage, comme ils l'ont été ici, qu'après les émissions sanguines, et dans quelques cas, ils peuvent être continués lorsque la faiblesse ne permet plus de recourir à ces dernières. On s'est quelquefois bien trouvé, lorsque la maladie résistait aux moyens ci-dessus indiqués, d'un large vésicatoire sur l'abdomen. Mais ce moyen est fort chanceux, et ne doit guère être mis en usage qu'en désespoir de cause.

Si maintenant nous passons à l'examen des causes qui peuvent, et qui ont pu, dans le fait précédent produire la péritonite, nous voyons indiquées par les auteurs, entre autres causes productrices, les plaies, les contusions, les chutes. D'autres fois, et le plus souvent, la péritonite est due à des causes internes qui échappent à nos moyens d'investigation. Dans l'observation précédente, la malade dit avoir eu les pieds mouillés deux jours avant son entrée à l'hôpital; mais ce ne peut guère être à cette cause que l'on doive rapporter la production de la maladie, car depuis quinze jours ou trois semaines elle était indisposée. La malade n'étant pas récemment accouchée, l'on

---

teur se demande s'il faut toujours nécessairement couper un muscle pour détruire une contraction spasmodique dont il est affecté. Cet état morbide, dit-il, est d'une nature nerveuse, c'est un spasme qui doit être susceptible de guérison sans l'instrument tranchant. C'est au développement de cette proposition qu'il a consacré son travail, étayé d'ailleurs de plusieurs observations importantes. Elles démontrent que la compression, aidée de l'extension, peut souvent dans la rétraction des muscles remplacer la ténotomie. Ce travail jettera, sans aucun doute, un élément nouveau de discussion dans la question si controversée aujourd'hui de la ténotomie. Saos vouloir nous expliquer à cet égard, nous citerons les principaux détails d'une observation curieuse rapportée par M. Dancel.

Une fille de vingt-quatre ans, forte et robuste, perd subitement connaissance. Le médecin appelé lui pratique une saignée du bras gauche, qui est immédiatement suivie de l'apparition d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon à l'endroit de la saignée. Cette tumeur suppura et guérit. Quinze jours après, deuxième saignée au bras, suivie du même accident. Malgré l'emploi de moyens énergiques un abcès se forma, s'abcéda, et ne parvint à cicatrisation que vingt-cinq jours après. Mais le mouvement dans l'articulation du coude était perdu, et malgré l'emploi de frictions faites avec diverses pommades et onguents, de vésicatoires volants, les accidents augmentèrent; les doigts se fléchirent, la main elle-même, tirée fortement dans le sens de l'abduction, établit un angle permanent avec l'avant-bras. La malade souffrait horriblement des douleurs que lui causaient les ongles des doigts fermés en lui entrant dans les chairs de la main. Tous les moyens possibles d'extension furent mis en usage sans succès. Plusieurs médecins consultés proposèrent la ténotomie; la malade ne voulut pas s'y résoudre et alla consulter M. Dancel quatre mois après l'apparition des accidents. Il prit une bande de forte toile d'une longueur convenable, et il comprima fortement l'avant-bras et le bras au moyen d'un bandage roulé. Il parvint, au grand étonnement de la malade, à relever les doigts les uns après les autres, et assez pour placer entre eux et le fond de la main un tampon de l'épaisseur de deux centimètres environ; alors il ôta le bandage compressif pour le réappliquer de suite sur ces parties, en y comprenant cette fois la main. Pendant quatre jours le même pansement eût lieu, en exerçant tous les jours des mouvements de redressement des parties. Enfin le sixième jour, le mieux qui avait augmenté tous les jours, présenta les résultats suivants: Les doigts, la main et l'avant-bras débarrassés de leurs liens, la malade peut, avec le pouce et l'indicateur, saisir, tenir quelque temps, puis lâcher à volonté un morceau de linge. L'avant-bras s'étend bien sur le bras. Douze jours après, cette jeune personne commença de nouveau à se servir de sa main droite pour travailler.

Description d'un nouvel appareil par le moyen de gouttières métalliques pour maintenir inamovibles toutes les solutions de continuité des os longs en général; d'un rétracteur des chairs pour remplacer les compresses (dites fendues) dans les amputations des membres, et d'une pince à bec conique pour saisir les vaisseaux dont on doit faire la ligature; par M. Cambray, D.-M.-P., chirurgien de l'hôpital civil de Cambrai. In-8°. Cambrai, 1843.

Sans le secours des planches qui accompagnent cette brochure, nous ferions difficilement comprendre au lecteur le mérite et la nouveauté de l'invention de M. le docteur Cambray. Le texte, en effet, et nous le regrettons pour l'auteur, est moins une description qu'une explication des planches, qui, si elles n'étaient pas sous les yeux, n'aurait aucun intérêt pour le lecteur. Cela est regrettable, car les moyens que propose M. Cambray ne sont pas une utopie; c'est après les avoir expérimentés et en avoir obtenu tout le succès possible qu'il les propose, non-seulement pour la pratique civile, mais encore, dit-il, avec bien plus d'avantage pour celle des hôpitaux civils et militaires, et notamment pour les ambulances des armées, où il a vu souvent sur les champs de bataille les chirurgiens être obligés de sacrifier un membre que probablement on aurait sauvé si on avait eu les moyens de transporter les malades à l'aide d'appareils solides et inamovibles, comme ceux qu'il propose. En effet, les blessés sur lesquels ils sont appliqués, peuvent, dit l'auteur, se remuer dans leur lit, en être changés, être placés dans un fauteuil (même pour les fractures des jambes), entreprendre un voyage en voiture, pourvu que l'on ait la précaution de placer le membre blessé dans une position horizontale ou à peu près.

Il est très vrai, et M. Cambray ne l'ignore pas sans doute, que tous ces avantages se retrouvent dans l'emploi de l'appareil inamovible de M. Sentin, et dans les diverses modifications que les chirurgiens français et étrangers lui ont fait subir. Mais, abondance de bien ne nuit jamais, et il est probable qu'un praticien aussi expérimenté que l'auteur de ce travail a fait une invention utile qui trouvera ses applications.

B. B.

— L'une des notabilités médicales de Lyon, le docteur Beaumers, vient de mourir dans la soixante-neuvième année de son âge, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— Depuis quelques jours il s'est manifesté à Limoges une sorte d'épidémie qui s'attaque de préférence aux enfants. C'est une espèce de *pourpre*. Il a fait beaucoup de victimes. Un seul quartier de la ville, celui de l'Evêché, a vu périr une cinquantaine d'enfants.

— Nous nous proposions de publier la lettre de M. Raciborski; mais nous croyons plus convenable d'attendre la réponse que fera M. J. Guérin, afin d'en finir de suite sur cette affaire.

ne pouvait supposer l'existence d'une péritonite puerpérale. Mais, les menstrues étant en retard de près d'une quinzaine de jours, une autre opinion avait surgi, dont nous avons déjà dit quelques mots en rapportant l'autopsie. Peut-être, se disait-on, une grossesse tubaire existait-elle, qui aurait été suivie de la rupture de la trompe, et de péritonite consécutive. Cette opinion, communiquée à M. Danyau, chirurgien de la Maternité, en même temps que les pièces lui furent envoyées à examiner, donnèrent lieu à la réponse suivante de ce chirurgien, que nous croyons devoir reproduire en entier.

« J'ai examiné attentivement, dit M. Danyau, la pièce qui m'a été remise par M. le docteur Vigla.

La trompe droite, ouverte dans les deux tiers de son étendue, à partir de son pavillon, offre une dilatation remarquable dans sa moitié externe. Le développement de ses fibres musculaires longitudinales est très considérable. La muqueuse est pâle, lisse, saine; les vaisseaux ne sont pas dilatés.

Qu'y avait-il dans cette partie dilatée de la trompe? Je l'ignore. — Un œuf fécondé? — Je ne le pense pas.

Voici les motifs de mon opinion :

1° L'examen attentif des parties voisines ne laisse apercevoir aucune trace du débris de cet œuf.

2° A la surface interne de la trompe, nulle trace d'une adhérence dont il resterait encore quelques vestiges, alors même que depuis plusieurs jours déjà elle eût été violemment rompue.

3° Sur aucun point de cette cavité, les vaisseaux n'ont subi cette dilatation remarquable qu'ils éprouvent au niveau de l'adhérence d'un œuf fécondé.

4° Aucune trace de déchirure récente ou ancienne qui aurait livré passage au kyste fœtal.

5° L'utérus qui ne reste pas indifférent dans la grossesse extra-utérine, particulièrement dans la grossesse extra-utérine tubaire, offre, sous le rapport de son volume, de sa forme, de sa consistance, de sa couleur, tous les caractères de l'état de vacuité.

6° La membrane caduque qui ne manque guère dans les grossesses extra-utérines tubaires, n'existe pas, et rien absolument n'indique qu'elle ait existé et ait été prématurément expulsée.

7° Les ovaires, tous deux assez gros, très vasculaires, riches en vésicules, à parois finement injectées, n'offrent pas cette différence de volume qui, toute à l'avantage de celui d'où s'est échappé l'ovule fécondé, le fait tout de suite distinguer de l'autre, non-seulement peu de temps après la conception, mais encore dans les premiers mois de la grossesse. L'ovaire droit, qui aurait dû être le siége de la fécondation, n'est pas plus volumineux que le gauche. C'est qu'il ne renferme pas de véritable *corpus luteum*. On n'y trouve que deux très petits corps jeunes, au centre desquels existe un caillot, qui dans mon opinion du moins, diffèrent du vrai *corpus luteum* décrit par de Graaf, Haller, Montgomery, et qui ne sont autre chose que le résultat de ces évolutions mensuelles que subissent successivement à mesure de leur arrivée à maturité parfaite et sans fécondation préalable, les différentes vésicules de l'ovaire.

Ce qui confirme encore ma manière de voir, c'est la présence de deux corps jeunes semblables; mais plus petits, dans l'ovaire gauche, lequel, dans l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine à droite, n'a pu être le siége de la fécondation.

Par tous ces motifs, dit en terminant M. Danyau, je pense que la femme sur le cadavre de laquelle a été détachée la pièce examinée par moi, n'était pas enceinte, et qu'elle n'avait pas récemment conçu. »

D[r] A. Foucart.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDRIATIQUE; par M. Martin Schoenfeld. Août 1843.

Observation d'un accouchement prématuré artificiel, recueilli à la Maternité de Bruxelles; par A. Poupaert, élève interne.

Constance S...., âgée de trente-un ans, rachitique, primipare, entra à l'hospice de la Maternité le 20 juin 1843.

Sa hauteur totale est de trois pieds huit pouces. Incurvation considérable de la colonne dorsale en arrière et à droite; région lombaire légèrement déviée à gauche, inclinaison du bassin dans le même sens. Le ventre proémine fortement en avant. Le fémur gauche est arqué en dehors; le tibia correspondant en dedans; toute cette extrémité se trouve amaigrie et raccourcie de trois pouces environ.

Cette femme avait eu pour la dernière fois ses règles vers le mois d'octobre passé. S'étant exposée immédiatement après à devenir enceinte, elle ne lee avait plus revues depuis lors. Bientôt les signes de la grossesse devinrent évidents. Cependant point d'indications précises sur le temps où les premiers mouvements du fœtus se sont fait sentir.

En appliquant l'oreille sur la partie antérieure et droite de l'abdomen on entend parfaitement les pulsations du cœur du fœtus. Le fond de la matrice occupe toute la région épigastique. Le col, légèrement entr'ouvert, offre encore un peu de longueur. Une mucosilé épaisse, brunâtre, mouille l'intérieur du vagin. L'examen des organes, joint à l'aveu de la femme, fait supposer qu'elle est enceinte de huit mois révolus.

Le bassin, exploré avec attention, n'offre point de difformité bien évidente au détroit inférieux ni dans l'excavation; seulement la paroi cotyloïdienne droite paraît un peu rentrée. M. le docteur Vanhuefel procède à la mensuration avec son pelvimèlre géométrique, et trouve :

Au détroit inférieur.

Pour diamètre transversal,	4 pouces.	
antéro-posérieur,	3 1/2	

Au détroit supérieur.

Pour diamètre sacro-pubien,	2 pouces.	
sacro-cotyloïdien gauche,	2 pouces	10 lignes.
droit,	2	8

Il est évident qu'un fœtus à terme et de volume ordinaire n'aurait pu passer à travers ce bassin rétréci qu'avec beaucoup d'efforts et de grandes difficullés. C'est pourquoi M. Vanhuefel proposa l'accouchement prématuré artificiel. Cet avis fut partagé par M. le professeur Seutin, appelé en consultation.

La femme consentit à l'opération. C'est par la méthode de Kluge, au moyen de l'éponge préparée à la ficelle qu'on la pratiqua.

Le 22 juin, vers neuf heures du matin, le premier cône, muui d'un cordonnet, fut introduit dans le col de la matrice à travers un spéculum. Une éponge ordinaire fut poussée dans le vagin. Le soir, celle-ci étant sortie, l'on retira par la ficelle le cône placé dans le col. Une petite quantité de sang s'en écoula, écoulement dû à l'emploi d'une éponge sèche, qui s'introduit difficilement, irrite la muqueuse et finit par y adhérer d'une manière intime. On a enduit les autres avec un mélauge fait avec une partie de cire et deux ou trois d'axonge qu'on appliqua à demi-figé sur la surface de l'éponge, pour empêcher que, plus liquide, il ne pénétrât dans les porosités de ce corps et ne s'opposât ensuite à sa dilatation. Une seconde éponge est de nouveau mise dans le col.

Le lendemain matin, 23 juin, on prescrit à la femme un bain général et on lui fait quelques injections dans le vagin. L'éponge est retirée sans difficulté. Une troisième, plus grosse que les premières, entra facilement dans l'orifice. Pendant la journée, de légères douleurs utérines se font sentir. Le soir, l'éponge est remplacée par un autre cône plus gros encore. Les contractions deviennent de plus en plus fortes.

Vers une heure du matin (24 juin), les eaux se cassent et l'éponge est entraînée par le flot du liquide. Le toucher, pratiqué immédiatement, fit trouver le col de l'utérus ouvert comme une pièce de 2 francs et reconnaître une seconde position du sommet. Les douleurs, devenant de plus en plus rapprochées et plus intenses, on abandonna le travail à la nature. Il dura toute la journée suivante. Dans la soirée, la tête s'engagea dans le détroit supérieur et pénétra dans l'excavation quelque temps après. Dès ce moment, le travail marcha avec plns de lenteur, bien que la femme secondât énergiquement les contractions utérines. Cependant la tête descendit peu à peu jusqu'au détroit inférieur et fut enfin expulsée vers minuit; le reste du tronc suivit bientôt après. La matrice revint promptement sur elle-même; la délivrance ne tarda pas à se faire.

L'enfant, du sexe masculin, vivant et bien développé, avait un peu plus de 17 pouces de longueur; les cris étaient assez faibles, les fontanelles et les sutres larges et molles; la peau était converte d'un duvet blanc; la paume des mains et la plante des pieds offraient une teinte rouge-bleuâtre; les ongles n'allaient pas jusqu'au bout de leurs doigts, surtout aux pieds; les testicules étaient dans le scrotum.

Mesurée immédiatement après la naissance, la tête présentait :

Pour diamèlre bi-pariétal,	3 pouces	1 lignes.
bi-zygomalique,	2	9
occipilo-frontal,	4	3
occipito-bregmatique,	3	4

Les couches de cette femme furent des plus heureuses. Jamais aucun symptôme de métrite ne s'est manifesté. Le quatrième jour, légère fièvre de lait sans importance; elle se leva le sixième et quitta la Maternité le dixième jour en parfaite santé.

L'enfant, après quelques accidents gastriques provenant d'un mauvais lait, s'est parfaitement remis avec une bonne nourriture et se porte aujourd'hui on ne peut mieux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Influence de la strychnine sur les mouvements de la pupille et de l'iris; par M. le docteur Ranieri Cartoni.

M. Cartoni a publié d'importantes observations, desquelles il résulte que la slrychuine possède la faculté de resserrer la pupille, lorsqu'elle est, pendant quelques jours, administrée à l'intérieur, ou appliquée par la voie endermique.

Les déductions de cet auteur peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

1° La strychnine a une action élective spéciale sur les nerfs du mouvement en général, et plus spécialement sur ceux qui président aux mouvements de la pupille et de l'iris.

2° L'action exercée par la strychnine est diamétralement opposée à celle que déploient les substances auxquelles on a reconnu la puissance de déterminer et de maintenir une dilatation extraordinaire et anormale de la pupille.

3° Finalement, la strychnine constitue un précieux et puissant moyen pour agir thérapeutiquement dans certaines maladies de l'intérieur de l'œil qui dépendent particulièrement de modifications vitales ou encore organico-vitales du système des nerfs ciliaires.

M. Cartoni infère de là qu'il n'est pas possible de ranger sous le nom de *déprimants*, ainsi que le veut l'école rasorienne, deux substances qui, comme la strychnine et la belladonne, exercent une action si opposée sur l'iris. (*Mem. dell' Acad. Valdarnese del Poggio.*)

Traitement de la métrorrhagie chronique; par M. le D[r] Pitschaft, de Bade.

M. Pitschaft, dans les cas d'hémorrhagie utérine chronique due à la présence d'une mole, se sert toujours avec un plein succès de la potion suivante :

Pr. Sommités de pouliot,	2 à 4	grammes.
Chénopode ambroisie,	2 à 4	
Fleurs de camomille,	2 à 4	
Ergot de seigle,	4	
Eau bouillante,	200	

M. et F. infuser S. A. en vase clos jusqu'à refroidissement; passer et ajouter à la colature.

Pr. Extrait aqueux d'aloès,	10 centigrammes.
Acétate de morphine,	1
Sirop de sucre,	30 grammes.

M. et F. dissoudre. A prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.

Ordinairement cette potion, pour produire l'effet qu'on en attend, doit être réitérée à plusieurs reprises. On voit alors survenir des douleurs à la suite desquelles la mole est expulsée.

Dans les cas opiniâtres, M. Pitschaft fait pratiquer sur l'hypogastre, au point correspondant à l'utérus, des frictions avec la pommade ci-dessous :

Pr. Opium pur,	8 grammes.
Iodure de potassium,	8
Pommade jusquiame,	30

M. et F. S. A. uue pommade parfaitement homogène.

NOUVELLES.

La Faculté de médecine de Paris fera sa rentrée le vendredi, 3 novembre, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Le discours de rentrée sera prononcé, cette année, par M. le professeur Royer-Collard.

Le registre des inscriptions sera ouvert le 2 novembre.

— *Concours de l'internat.* Le concours de l'internat va commencer prochainement. Voici les noms des juges de ce concours : MM. Prus, Michon, Maisonneuve, Bazin, Marotte, Requin, Vidal (de Cassis).

Le concours pour la chaire de physique médicale, à la Faculté de médecine de Paris, ouvrira le 4 novembre prochain.

Les juges de ce concours sont, pour la Faculté de médecine, MM. Orfila, Dumas, Richard, Andral, Bérard aîné, Trousseau, Adelon.—Suppléants : MM. Duméril et Bouillaud.

Pour la Faculté des sciences, les deux juges ne sont pas encore nommés.

Les concurrents inscrits sont : MM. Maissiat, Person, Guérard, Baudrimont, Gavarret, Rollet, Legrand.

— L'Ecole de pharmacie de Paris fera sa rentrée le jeudi 2 novembre. MM. les élèves en pharmacie sont prévenus que le registre d'inscription sera clos le 15 novembre, et qu'à partir du 1[er] janvier prochain, le titre de bachelier ès-lettres sera exigé de tous les candidats qui se présenteront pour obtenir le titre de pharmacien.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Comme le mode de traitement fort simple et peu coûteux que j'ai proposé contre la *gonorrhée* (parties égales de goudron et d'alun, à la dose de 4 à 8 grammes par jour), et dont vous avez rendu compte dans le numéro de votre journal du 22 août dernier, en citant nos relevés à l'appui, est en voie d'expérimentation dans plusieurs infirmeries et hôpitaux militaires, ainsi que le font présumer les recommandations du Conseil supérieur des armées, exprimées dans la note ministérielle du 19 août 1843, je crois devoir insister sur cette recommandation : d'employer *au besoin*, au début (en un mot dans les cas de blennorrhagies) quelques antiphlogistiques, et d'user *vers la fin*, dans les bleunorrbées, et toujours concurremment avec le mélange en question, de quelque injection astringente.

Agréez, etc., A. Berton.

Ce 18 octobre 1843.

Une erreur d'impression a été commise dans le dernier numéro, au compte-rendu de l'Académie de médecine. Il faut lire ainsi la première phrase de la réponse de *M. Ségalas* à la lettre de M. Le Roy-d'Etiolles : « J'ai dit que je n'avais jamais trouvé de carbonate de chaux » que dans les calculs des personnes qui avaient pris des carbonates » alcalins, parce que je n'en ai jamais trouvé dans les autres calculs » que j'ai examinés. »

Nous ne voyons pas, du reste, de dissidence essentielle dans l'opinion de ces deux honorables confrères relativement à la fréquence du carbonate de chaux dans les calculs urinaires. M. Le Roy-d'Etiolles avec M. Berzélius, dit que la présence de ces sels est rare, lorsque les malades n'ont pas fait usage d'eaux chargées de bi-carbonate de soude ou de potasse. Or, dans le rapport qui fait l'objet de cette discussion, M. Ségalas a dit absolument la même chose.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 31 OCTOBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 129. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Les ateliers étant fermés mercredi, jour de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas jeudi, 2 novembre.

Sommaire.

PARIS, 30 OCTOBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

Nous publions aujourd'hui les premières adhésions qui nous sont arrivées de province. Dans notre prochain numéro, nous donnerons la deuxième liste de signatures des médecins de Paris. On annonce aussi que les internes des hôpitaux de Paris n'ont pas voulu rester en dehors du mouvement, et signent en ce moment une protestation spéciale.

Le Hâvre, 20 octobre 1843.

Nous soussignés, docteurs en médecine des trois facultés du royaume, résidant au Hâvre,

Consultés par deux de nos confrères de Paris, présentement poursuivis en police correctionnelle pour des articles de critique médicale;

Sans prétendre nous immiscer dans le fond ni dans les détails du procès, déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes suivants, formulés par les médecins de Paris.

(*Suit le texte de la déclaration.*)

Marchesseaux, D.-M.-P., ancien journaliste; Desjardins, D.-M.; H. Langevin, D.-M.-P.; Dr Desnouctte; Marie, D.-M.-P.; Hébert, D.-M.-P.; N. Cousture, D.-M.-P.; Falize, D.-M.-P.; A. Duchesne, D.-M.-P; le chirurgien en chef de l'hôpital, Huet, O.-M.-P.; Pihorel, D.-M.-P., chirurgien adjoint de l'hôpital; Dr Bourgneuf, médecin en chef de l'hôpital; Deverre, D.-M.-P.

Saint-Malo, 21 octobre 1843.

A M. le Rédacteur du *Journal de Chirurgie*.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens à l'instant d'ouvrir votre journal, et ce n'est pas sans un étonnement inouï que j'ai lu les quelques lignes où il est question d'un procès en police correctionnelle qui vous est intenté par M. J. Guérin, pour avoir critiqué justement et avec un ton parfaitement convenable, les miracles orthopédiques du rédacteur en chef de la Gazette médicale.

Mes confrères de Saint-Malo et moi, déclarons donc avec les médecins et chirurgiens de France, que la liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré, que sans elle la science ne pourrait exister, et que nous réprouvons tout acte attentatoire à cette liberté que tout médecin ami du progrès et des lumières doit défendre et respecter.

Vos confrères : Chapel fils, D.-M.-P.; Chapel père, D.-M.-P.; Béhier, D.-M.-P.; E. Léchelle, D.-M.; Eguisier, D.-M.-P.

Bordeaux, 22 octobre 1843.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous prie de signer en mon nom la déclaration contenue dans votre journal d'octobre, qui commence par :

« La liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré et l'une des bases fondamentales de toute science. »

Emile GAUBRIC, médecin et chirurgien du dépôt de mendicité.

Gaillac, le 22 octobre 1843.

A M. le Rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Monsieur et très honorable confrère,

Le n° du 19 octobre courant de votre excellent journal, m'apporte une *Déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique*. Veuillez enregistrer dans vos colonnes mon adhésion pleine et entière aux principes qui y sont formulés.

Personne au monde ne professe plus d'estime que moi pour le talent de M. Guérin, par cela même je déplore plus que personne la voie malheureuse dans laquelle il vient d'entrer. Si par impossible MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) étaient reconnus coupables judiciairement parlant, l'exemple du propriétaire de l'*Etablissement orthopédique* — je me trompe — de l'*Institut orthopédique du château de la Muette*, n'en resterait pas moins pour prouver à quels expédients sont condamnés les meilleurs esprits quand des intérêts matériels se mettent forcément pour eux à la place des intérêts de la sciencc, quand l'art est obligé de descendre au niveau d'une industrie.

Agréez, etc., RICAL, D.-M, chirurgien de l'hôpital Saint-André-de-Gaillac, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Saint-Malo, 24 octobre 1843.

A M. le rédacteur du *Journal de Chirurgie*.

Monsieur,

J'adhère pleinement et sans réserve à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France. Le procédé de M. J. Guérin est si étrange que tous les vrais amis de la chirurgie vous assureront, je n'en doute pas de leur sympathie en cette circonstance.

Mon illustre compatriote, Broussais, n'a pas agi de la sorte envers M. Guérin; lorsque ce dernier attaquait si vivement l'auteur de la doctrine physiologique, Broussais a-t-il appelé le rédacteur de la Gazette médicale devant les tribunaux? Une pareille démarche eût paru dénuée de toute dignité à l'homme qui, toute sa vie, fut sur la brèche de la polémique et respecta constamment la liberté de discussion en matière scientifique.

Veuillez agréer, je vous prie, l'expression des vœux que je forme pour le triomphe du droit que vous défendez avec tant de courage et de talent, etc., CABARET, D.-M.-P.

Vimontiers (Orne), ce 24 octobre 1843.

La liberté de penser, de parler et d'écrire est un droit tellement acquis à l'homme qu'il faut une appréciation bien superficielle des choses et des principes pour vouloir empêcher la libre discussion en matière scientifique..... C'est pourquoi je déclare, en dehors de toute arrière pensée de parti, acquiescer à la déclaration indiquée à la page 133 du Journal de Chirurgie. Cette vigoureuse protestation ne peut manquer d'être accueillie par le public médical, toujours prêt à défendre ses droits et à désapprouver toute atteinte portée à la liberté de discussion en fait de médecine et de chirurgie.

Dr DELAPORTE, correspondant de l'Académie de médecine.

Strasbourg, 26 octobre 1843.

Ont adhéré à la déclaration. Première liste :

Arronssohn, agrégé à la Faculté de médecine, médecin consultant du roi; Bach, agrégé à la Faculté de médecine; Eug. Boeckel, D.-M.-P.; Boyer, professeur de physiologie à la Faculté; D'Eggs, D.-M.; Deyber, D.-M.; Fée, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté; Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté; Godelier, professeur à l'hôpital militaire; Rigaud, professeur de chirurgie et de pathologie chirurgicale à la Faculté; Ubersaal, D.-M.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Eczéma de la face. Quelques mots sur la fréquence de cette affection chez l'enfant.

Au n° 4 de la salle Sainte-Claire, a été couchée une enfant de sept ans, entrée dans le courant du mois d'août.

D'une bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, habituellement assez bien portante, cette petite fille a eu dans ses premières années, disent les parents, quelques glandes engorgées autour du cou; cependant aucune d'elles n'est devenue assez volumineuse pour arriver à suppuration, et elles se sont dissipées peu à peu sous l'influence d'un traitement tonique et de frictions iodurées. Vaccinée, non variolée, elle a eu la rougeole et la scarlatine. Depuis trois ans environ, elle est tout à fait bien portante. Il y a douze jours environ, on s'aperçut d'un peu de rougeur de la face et d'une très légère tuméfaction des joues et du front, suivies bientôt après d'une éruption de petits boutons vésiculeux qui envahirent bientôt le reste de la face. Démangeaisons très vives qui forçaient l'enfant à se gratter. Au bout de quelques jours, la face presque entière, et surtout les joues et le front, étaient couverts de plaques croûteuses jaunâtres. En même temps, fièvre assez forte, quelques nausées suivies de vomissements. Céphalalgie violente.

Voici l'état de l'enfant au moment de l'entrée à l'hôpital :

La peau est chaude, brûlante, sans sueur bien appréciable, mais sans sécheresse anormale. Soif assez vive; langue blanche, saburrale; inappétence, ni nausées, ni vomissements pendant le moment de la visite. Pas de douleurs de ventre. Un peu de diarrhée depuis deux ou trois jours. Insomnie la nuit dernière. Pouls à 88-92, assez développé. Céphalalgie; pas d'étourdissements ni de bourdonnements d'oreilles. Un peu d'abattement, de courbature. Le front et les joues sont couverts de plaques lamelleuses jaunâtres peu épaisses, formées par la concrétion de la sérosité qui s'échappe des vésicules déchirées. La peau, sous ces croûtes, est rouge, tuméfiée. Dans certains points du visage, principalement au bas des joues, au menton, la peau est rouge, tendue, luisante; on aperçoit çà et là des vésicules commençantes qui soulèvent un peu l'épiderme. L'affection eczémateuse paraît bornée au visage. Un peu de rougeur et de gonflement sur les parties latérales et supérieures du cou; le reste du corps n'en présente aucune trace. L'enfant et les parents, interrogés à différentes reprises et avec le plus grand soin, n'ont pu dire si la petite malade avait eu quelque communication avec des

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Trève aux huissiers. — Grande exhibition de robes rouges. — Y a-t-il une école de Paris? — Programme des discours. — Guide de l'étudiant. — Position embarrassante. — Intrépidité d'un interne. — Les magnats de la Hongrie. — Singulière naïveté. — Bataille entre deux accoucheurs. — Les médecins de Paris et les petits métiers. — Une triste histoire.

Laissons un peu de côté les robes noires et les huissiers, les déclarations et les protestations, et même les rétractations, dernier point sur lequel vous pourrez vous édifier dans ce numéro même. Avec son impartialité accoutumée, la *Gazette des Hôpitaux* met toutes les pièces sous vos yeux; voyez et jugez. Tout ceci est fort triste au fond; il y aurait vraiment cruauté à ajouter quelques commentaires; que pourrais-je dire qui valût la simple exposition des faits donnée par les parties elles-mêmes? Il faut bien espérer que cet incident est épuisé et qu'il n'en sera plus question.

C'est vendredi qu'aura lieu la grande exhibition annuelle des robes rouges de la Faculté; c'est ce jour-là que, par l'organe de M. Royer-Collard, la Faculté adressera ses conseils au jeune auditoire, qui se précipitera dans le grand amphithéâtre pour les entendre. L'orateur, n'ayant pas cette année d'oraison funèbre à prononcer, traitera, sans doute, quelque question philosophique de la science, ou se livrera peut-être à une exposition de principes de l'école dont il sera l'organe officiel. Il serait temps. Je suis de ceux qui professent que l'école de Paris ne représente ni un principe ni une méthode. Je dis de plus qu'elle n'a pas d'enseignement. Qui dit école dit dogme; qui dit enseignement dit concordance et homogénéité. A ce point de vue, il n'y a à Paris ni école, ni enseignement. Il y a un établissement universitaire où vingt-six professeurs, payés sur le budget, viennent individuellement exposer leurs opinions et leurs doctrines, et où les élèves se préparent à leurs épreuves, en vue de tels ou tels examinateurs. A Paris, il n'y a pas de science, il n'y a qu'un art; il n'y a pas de méthode scientifique, il n'y a que des méthodes thérapeutiques, ce qui est bien différent. L'élève en sort médecin artiste, mais non médecin philosophe. Remarquez, je vous prie, que ce n'est pas une critique que je fais; j'expose simplement ce qui est. J'en conclus seulement que, quand j'entends dire école de Paris, j'entends une expression ambitieuse, mais vide de sens; que cette école de Paris est partout, et non pas seulement dans le bâtiment à colonnades que vous savez; que ce bâtiment pourrait disparaître et les robes rouges avec, — je n'entends pas ceux qui les portent; — que l'école de Paris n'en subsisterait pas moins, car on la retrouverait partout où il y a un lit d'hôpital et une salle à autopsies. Je ne comprends donc pas trop quelle exposition de principes pourra faire M. Royer Collard d'une école absente, et par quel lien commun il pourra rattacher toutes ces individualités éparses.

Du reste, le baromètre de la Faculté annonce grande pluie de discours, et le discours de M. Royer-Collard ne sera pas le seul. Chaque professeur, dans sa chaire, veut se livrer, cette année, à une petite élucubration académique, et, si je suis bien renseigné, voici quelques-uns des textes choisis par les orateurs :

M. Velpeau traitera des avantages de l'orthopédie sous-cutanée;

M. Roux, de la nécessité de diviser l'enseignement de la chirurgie en plusieurs spécialités;

M. Breschet, des inconvénients d'un auditoire trop nombreux;

M. Cloquet, du zèle et de l'exactitude du professeur;

M. Piorry, des dangers du néologisme;

M. Trousseau, de l'excellence de la méthode numérique;

M. Orfila, de la nécessité de garantir le concours contre les attaques dont il est l'objet;

M. Adelon, de l'inutilité des réglements;

M. Gerdy, de la modération, etc., etc.

Je ne donne pas ce programme comme absolument officiel; peut-être même aura-t-il le sort de bien d'autres programmes qui firent plus de bruit.

Je recommande aux élèves qui arrivent et qui ont besoin d'être pilotés dans les détails administratifs et les démarches qu'il faut faire pour devenir régulièrement étudiant de la Faculté de médecine, élève des hôpitaux et de l'école pratique, etc., la lecture d'un petit livre dont M. Dommange-Hubert vient de donner une nouvelle édition sous le titre de *Guide général de l'étudiant en médecine*. Ce livre leur évitera beaucoup de temps perdu, et les renseignements sur tous les sujets qu'ils ont intérêt à connaître. Mais ils doivent se garder d'en parler à leur papa, car ce petit livre est inexorable. Il fixe à un centime près toutes les dépenses nécessaires aux études médicales; il compte les années, les mois et les jours après lesquels doivent être subis les examens. Si les grands parents connaissaient ce livre, il n'y aurait plus moyen de leur adresser ces demandes supplémentaires à la pension mensuelle fondées sur tel ou tel prétexte plus ou moins véridique, et cette bienfaisante racine du genre *daucus*, dont l'étudiant en médecine fait une grande consommation, serait bientôt rayée de son catalogue thérapeutique. Je suis sûr que ce bon M. Dommange n'a pas pensé à cette grave conséquence de son livre.

Il est souvent des positions bien embarrassantes pour le médecin, et il faut reconnaître que, dans quelques circonstances, il est difficile de voir sur-le-champ et nettement ce qu'il convient de faire ou de dire. En voici un exemple tout récent. Un de nos confrères est appelé auprès d'une jeune et jolie femme de théâtre. Il s'aperçoit trop vite que cette divinité trop humaine avait été cruellement piquée par l'aiguillon de Vénus. La blessure était grave et à l'apogée de sa virulence. Il fait part de son diagnostic à la malade, et ce fut alors une scène de douleur inexprimable. La veille même, un jeune homme de grande maison, que je ne veux ni ne peux autrement désigner, avait eu pour elle des bontés très intimes; elle était profondément désespérée de leurs conséquences probables. A cet instant même arrive le jeune homme de la veille. Surpris, inquiet de rencontrer un homme dans la chambre à coucher d'une jolie femme, il demande impérieusement des explications. Hésitation de la part de la dame, embarras de la part du confrère, qui, jeune et beau garçon, pouvait prêter matière à toute espèce de soupçons. La scène prenait un tel caractère qu'il y avait urgence pour la gravité doctorale à la faire cesser, et voici comment s'en tira notre confrère. A cette interrogation violente du jeune homme : «Pourquoi monsieur se trouve-t-il ici?» il répondit avec le plus grand calme, et en prenant son chapeau : «J'espère que madame aura la générosité de vous dire, monsieur, que c'est précisément parce que j'y suis que vous ne devriez pas y être.» Et il se retira. Quelques jours après, mais trop tard, hélas! le jeune homme comprit le sens énigmatique de cette réponse; l'aiguillon avait fait deux victimes; et de là bien des projets dérangés : un voyage interrompu, un retour subit au foyer paternel, et une infinité d'articles de journaux auxquels le bon public n'a compris goutte.

Un jeune interne des hôpitaux a fait preuve, cette semaine, d'une grande intrépidité dans les circonstances actuelles, et par le papier timbré qui court. Il a publié une observation qui débute par ces mots : « La nommée Coqueret, femme Bisson, âgée de soixante-seize ans, est une des plus dégoûtantes vieilles que l'on puisse rencontrer. » Oh! si j'étais huissier, quel beau petit procès en diffamation je mitonnerais avec ces deux lignes-là! Mais, heureusement pour notre interne, que madame Bisson est aveugle, et qu'à moins d'une mauvaise langue du marché des Patriarches, fort voisin de la Pitié, elle ne verra pas la cruelle injure dont elle a été victime.

Les journaux judiciaires ont rapporté le fait suivant : M. R....., après avoir fait de longues et consciencieuses études, venait d'être reçu docteur-médecin. Encore indécis sur le lieu où il devait établir sa résidence, il se logea provisoirement rue et hôtel du Bouloi. Là il fit bientôt la connaissance d'un nommé Ritscher, artiste musicien. Ils étaient à peine liés depuis quelques jours lorsque l'artiste avoua au médecin qu'il se trouvait dans une position fort difficile. Cela est d'autant plus terrible pour moi, dit Ritscher, que j'appartiens à l'une des plus nobles et des plus riches familles de la Hongrie. Mon goût pour les beaux-arts m'a fait faire des folies, et j'ai quitté mon pays contre

enfants affectés de la même maladie. Bain; lotions émollientes; limonade gommée; diète; pédiluves sinapisés.

Le 13 août, quatre jours après l'entrée, la peau est beaucoup moins chaude, le visage moins gonflé. Les croûtes se sont détachées dans une portion de leur étendue. Cependant la peau est toujours rouge et parsemée de vésicules dont les unes sont encore entières, les autres laissent suinter un liquide transparent, séreux. L'enfant se grattant continuellement le visage, on a été obligé de lui attacher les mains. La céphalalgie un peu moins forte; les yeux moins brillants, la fièvre moins forte. La langue toujours blanche, saburrale. Pas d'appétit; soif vive. Limonade gommée; un verre d'eau de Sedlitz, bain; onctions sur le visage avec le liniment savonneux hydrosulfuré; diète.

Le 22 août, amélioration, bien manifeste dans l'état de la petite malade. Le visage, toujours couvert de croûtes jaunâtres dans quelques points de son étendue, surtout aux pommettes, est moins rouge et moins gonflé aux endroits où les vésicules commençaient à paraître il y a quelques jours. La fièvre est moins forte; le pouls à 80, assez développé. A la peau chaleur à peine plus que normale. Il existe encore dans certains points des vésicules qui laissent suinter goutte à goutte une sérosité limpide et facilement concrescible. Limonade; sulfate de soude, 20 grammes; bains; liniment savonneux hydrosulfuré; 2 bouillons.

Le 29 août, l'affection, qui avait paru marcher rapidement vers une amélioration notable, est restée stationnaire depuis quelques jours, sans que l'on puisse en soupçonner la raison. Cependant on présume que l'enfant se sera peut-être découverte pendant la nuit et aura pris un peu de froid. Même traitement. Bain; liniment savonneux hydrosulfuré; bouillons

Le 12 septembre, l'enfant va sensiblement mieux. La figure est presque entièrement nétoyée. Les croûtes sont tombées, excepté dans un ou deux points seulement, et peu étendus. La peau est toujours rouge, un peu tuméfiée, luisante; les vésicules s'affaissent et le suintement diminue d'abondance.

Le 18, l'enfant sort parfaitement guéri, à part un peu de rougeur et de tension de la peau, qui est en même temps le siége d'une véritable desquamation. Du reste, toutes les fonctions sont dans un état très satisfaisant. L'appétit est bon; la soif normale; la peau de chaleur modérée; le pouls à 68 seulement.

— Devant supposer ici connus la nature et les caractères de l'eczéma, nous ne nous appesantirons pas longuement sur la symptomatologie, dont l'observation précédente a, du reste, présenté un tableau assez complet. Nous rappellerons seulement que l'eczéma est une affection cutanée caractérisée par la présence et l'éruption de petites vésicules que l'on s'accorde généralement à regarder comme non contagieuses, répandues sur des surfaces plus ou moins étendues, accompagnées de rougeur, confluentes, et se terminant par la résorption du fluide qu'elles renferment, par des excoriations superficielles et une exhalation de matière séreuse concrescible, et formant par son desséchement des squames plus ou moins épaisses; enfin, se terminant ordinairement par une desquamation épidermique consécutive.

Nous n'entrerons pas non plus dans les divisions que les auteurs ont imposées à ce genre de maladie, qu'il n'entre pas dans notre dessein de traiter ici d'une manière complète. Ce n'est qu'une des formes, une des variétés de l'eczéma que nous voulons examiner, et encore cette forme ne diffère-t-elle des formes ordinaires que par son siége. L'eczéma de la face, en effet, n'attaque guère que les enfants; et, bien différent des affections du même genre qui attaquent d'autres parties du corps, il reste le plus ordinairement borné au visage. On sait que l'eczéma des autres parties du corps s'étend de proche en proche et gagne peu à peu, de telle sorte que toute la surface tégumentaire peut finir par en être couverte. Disons encore, en passant, que l'eczéma, d'après M. Biett, paraît consister dans l'inflammation de la couche superficielle du derme désignée sous le nom de membrane vasculaire d'Eichorn, et qui, selon toutes les probabilités, a pour fonctions la sécrétion de l'épiderme. Ce qui ferait assez volontiers croire à la réalité de cette opinion, c'est que, lorsque l'inflammation s'étend, elle forme le plus souvent une surface continue; alors la sécrétion épidermique devient plus active. Les squames se succèdent sans cesse, offrant des formes diverses, diminuant au déclin de l'inflammation, l'épiderme ne prenant une consistance solide que lorsque les dernières traces d'inflammation se sont dissipées et que le derme a repris son état normal.

Les deux espèces d'eczéma qui se rencontrent le plus souvent chez les enfants, sont l'eczéma du cuir chevelu et l'eczéma de la face. Dans ce dernier, l'on peut observer quelques variétés en ce sens que l'affection peut être bornée à une portion limitée du visage. Ainsi, l'on a distingué l'eczéma des paupières, qui donne lieu à une tuméfaction, à une rougeur, à un gonflement considérables, soit inflammatoire, soit œdémateux, ce qui est plus fréquent. Il gêne les mouvements des paupières, et s'étend quelquefois sur la conjonctive palpébrale, où l'on aperçoit souvent des vésicules transparentes, souvent suivies d'ulcérations. On a vu quelquefois un ectropion déterminé par la phlegmasie intense de la conjonctive.

D'autres fois, l'eczéma se borne aux oreilles; le plus souvent alors il est la suite et le résultat de l'eczéma du cuir chevelu. Il se complique souvent de l'inflammation des parois du conduit auditif externe, de la trompe d'Eustachi et du pharynx. Dans cette circonstance, le gonflement du conduit auriculaire peut être assez considérable, et son oblitération momentanée portée assez loin pour que les sons cessent d'être perçus. Le tissu cellulaire environnant la conque de l'oreille se tuméfie, et les mouvements de la mâchoire inférieure sont si douloureux que la mastication devient impossible.

Quand il s'attaque aux narines, l'eczéma ne présente de remarquable que la formation de vésicules qui se développent avec une étonnante rapidité, et dont on n'aperçoit, au bout d'un temps très court, que la desquammation sous forme de croûtes ou débris épidermiques. La membrane pituitaire est rouge, enflammée, tuméfiée; car nous ne devons pas oublier de dire que l'eczéma se propage de la surface cutanée aux membranes muqueuses.

La dernière sorte d'eczéma partiel, parmi ceux de la face, est l'eczéma des lèvres. Cette affection, quelquefois très douloureuse, se reproduit avec une fréquence extrême, non-seulement sur la peau qui environne la muqueuse labiale, mais aussi sur cette dernière, qui rougit, s'enflamme et devient le siége d'excoriations superficielles et de plis rayonnés.

Lorsque l'eczéma occupe toute la face, il est caractérisé, comme toutes les variétés du genre, par de petites vésicules qui débutent souvent sur les joues ou sur le front, puis qui ne tardent pas à envahir d'autres parties de la face, qui bientôt est couverte entièrement de l'éruption. Nous avons déjà dit que nous ne ferions pas de nouveau la description de l'eczéma de la face, puisque l'on a eu occasion d'observer, dans le fait ci-dessus, tous les caractères distinctifs et symptomatiques de la maladie; mais nous dirons que lorsque l'inflammation, après avoir duré un temps plus ou moins long, touche à la guérison, on voit successivement le suintement se tarir, les croûtes se détacher, la rougeur diminuer; pour peu que la maladie ait été longue, pendant long-temps encore la peau conserve de la rougeur, un peu de tension et de la desquammation.

La durée de cette affection offre des nuances presque infinies, dépendantes en grande partie de son degré de gravité. Quand il est léger, l'eczéma se termine en deux ou trois septenaires. Quand il est grave et intense il dure plus long-temps, sans cependant dépasser ordinairement un à deux mois. Ce que nous disons ici s'applique à l'affection aiguë. Quand elle a passé à l'état chronique sa durée est beaucoup plus longue, et il est presque impossible d'assigner l'époque, même approximative, de la guérison.

La terminaison de l'eczéma se fait par la desquamation des lambeaux épidermiques; d'autres fois par des squames minces et foliacées, par des croûtes épaisses, sèches et humides. Quelquefois il se termine par la forme bulleuse du pompholyx. Les transformations de vésicules en bulles sont rares, et le plus souvent, la marche de la maladie suit les phases que nous avons indiquées.

Le diagnostic différentiel de l'eczéma serait chose assez ardue si nous nous occupions ici d'autre chose que de l'eczéma de la face. Ainsi, l'eczéma des autres parties du corps peut être confondu avec la gale, par exemple, qui est également une affection vésiculeuse, et survenant, comme l'eczéma, aux jointures des membres et dans le sens de la flexion. Mais la gale n'occupant point le visage, on ne peut concevoir le moindre doute sur ce sujet dans les cas d'eczéma de la face. Il pourrait être confondu avec une éruption miliaire; mais les vésicules de l'eczéma sont plus confluentes et moins volumineuses que les vésicules miliaires. De plus, les vésicules de la miliaire ne sont pas accompagnées de la rougeur, de la tuméfaction, du prurit de l'eczéma.

L'impétigo offre cette particularité, que ses pustules à large base renferment dès le début un liquide purulent au lieu de la sérosité transparente des vésicules eczémateuses; puis la manière dont les deux affections se terminent diffèrent grandement; tandis que l'impétigo se termine par des squames épaisses, jaunes, inégales à leur surface, l'eczéma, lui, se termine par des lamelles très minces et larges. De plus, il ne reste, après l'eczéma, que des taches légères, rouges, sur la peau, tandis que l'impétigo laisse des cicatrices et une rougeur très vive. Enfin, le lichen pourrait être pris pour une affection eczémateuse; mais les squames du lichen agrius sont moins larges et plus épaisses que celles de l'eczéma. Leur chûte laisse apercevoir une quantité de petits points proéminents, papuleux, qui donnent à la peau un aspect chagriné, et dont on sent les saillies en promenant le doigt sur la peau, tandis que dans l'eczéma la peau est rouge, lisse et tendue. Enfin, l'eczéma présente toujours des vésicules; on ne trouve dans le lichen à peine que des papules pleines et solides.

Peu grave, en général, quand il présente la forme aiguë, l'eczéma peut acquérir, par sa durée et son passage à l'état chronique, un certain degré de gravité. Quand l'éruption se reproduit sans interruption pendant un très long espace de temps, la peau peut finir par subir une altération dans sa texture. La santé du sujet peut s'altérer, mais il est assez rare que l'eczéma de la face, chez les enfants, passe à l'état chronique, et le plus souvent il guérit, et même assez promptement, sous l'influence du traitement que l'on met en usage.

Les causes de l'eczéma, comme celles de toutes les maladies de la peau, peuvent être rangées en deux classes; les causes externes, qui agissent directement sur la peau, l'insolation trop prolongée, l'exposition à une chaleur ardente, le contact de corps durs, solides ou liquides, la malpropreté, etc. : les causes internes, qui sont beaucoup moins connues, et dont nous ne ferons que mentionner quelques-unes; une phlegmasie du tube digestif, une vive émotion, comme la frayeur, la

---

l'avis de tous mes parents qui, ne pouvant me retenir, chargèrent un célèbre banquier, M. le baron Rothschild, de veiller sur moi et de ne me laisser manquer de rien. Par malheur M. le baron Rotschild est absent de Paris, et je manque teut-à-fait d'argent. — Le crédule docteur s'empresse d'ouvrir sa bourse à l'artiste, qui y puise sans se faire prier. Cela dura un mois. Au dire de Ritscher, M. Rothschild était toujours absent; ce qui contrariait d'autant plus le médecin, qu'il sentait le besoin de prendre un parti et d'aller exercer sa profession dans une résidence qnelconque. — Puisque vous n'avez pas encore de projet bien arrêté, lui dit un jour Ritscher, je vais vous donner un bon conseit : Allez en Hongrie; je vous donnerai des lettres de recommandation pour ma famille et pour les principaux magistrats et podestats; vous serez traité en prince et vous gagnerez des monceaux d'or. — Le docteur accepte la proposition; it donne encore mille francs au musicien en échange de tettres de recommandation qu'it en reçoit, et il part pour la Hongie. Arrivé à Pesh, il songe à remettre à leur adresse les lettres dont il était porteur. Hélas! de tant de magistrats, de podestats auxquels it est recommandé, aucun ne connait le musicien Ritscher, et partout le doctenr est honteusement éconduit. Il s'empresse d'écrire à son ami, qui ne répond pas et pour cause. Enfin, il se décide à revenir à Paris. Avant-hier, il venait de descendre de voiture et passait devant la Banqne de France, lorsque tout à conp il se trouva face à face avec le musicien Ritscher. Le choc fut rude, comme on l'imagine; l'escroc, perdant la tête, nia les faits qui lui étaient reprochés; mais le jeune docteur, furienx, le saisit au collet et le conduisit chez le commissaire de police du qnartier, auquel il fit lire des certificats des autorités hongroises, et quelques-unes des lettres de Ritscher, qu'il avait gardées. Le musicien hongrois a été envoyé au dépôt de la Préfecture et mis à la disposition de M. le procureur du roi.

J'ai encore lu, cette semaine, un mémoire de chirurgie dans lequel l'auteur a écrit cette phrase : « Le traitement de cette maladie exige l'emploi des moyens convenables. » Qui est-ce qui disait que M. de La Palisse est mort?

A la Société de médecine de Paris, deux jeunes accoucheurs en sont actuellement aux prises. L'un accuse son confrère d'avoir fait un ouvrage *dont l'auteur paraît à peine initié aux premiers préceptes de l'art*, ce qui est complètement injuste. Mais l'autre lui rend bien la pareille en divulguant une anecdote qui peut trouver ici sa place. Il avait cité, dans cet ouvrage si amèrement critiqué, une observation de Merriman; mais, peu familiarisé avec certaines locotions anglaises, et craignant de mal interpréter le sens de cette phrase (That an alteration in the state was at hand), il écrivit le texte anglais à côté de la traduction qu'il en donnait. Son adversaire a voulu laisser croire qu'il savait aussi l'anglais, et dans son livre, citant la même observation, il lui a bravement donné pour titre la phrase anglaise, dont le sens avait embarrassé le premier. La chose a été imprimée dans un journal, ce qui n'a pas mis les rieurs du côté du farouche critique.

Dans la rue que j'habite, il y a trente-huit maisons et douze médecins; un peu plus de trois maisons par diplôme. C'est charmant. Et nos confrères ruraux auraient bien tort de ne pas croire que Paris est pour nous un pays de cocagne. Dans tout Paris c'est comme dans ma rne, et quelquefois pis encore; car je connais une maison où ils sont qnatre empilés étage sur étage. Pauvre médecine! pauvres médecins! heureux ceux qui peuvent attendre, bien sages ceux qui, ne le pouvant pas, savent se retirer à temps de cette ingrate carrière. Plusieurs ont eu ce bon esprit, et se sont jetés qui dans l'industrie, qui dans le commerce, qui dans les finances, quelques-uns même dans les petits métiers. En voici un qui a inventé une chaufferette économique et hygiénique. Cette dernière épithète montre le bout de l'oreille doctorale. En voilà un second qui imprime en grosses lettres : *Plus de rhumes de cerveau!* Le méchant confrère a inventé des socques imperméables. Un troisième en veut aux ocnlistes, et proclame tes bienfaits de sa petite lampe *anti-ophthalmique*. La ceinture d'un quatrième préserve des hernies à tout jamais. Je vous dis qu'on n'est jamais trahi que par les siens. Eh bien! tout ça vivote, paie son terme, dépose quelque argent à ta caisse d'épargne, et va aux *Folies-Dramatiques* le dimanche. Combien de médecins qni n'en peuvent faire autant! Il y en a d'horriblement malheureux, je vous t'assure; et laissez-moi vous raconter en finissant, et en quelques mots, une bien triste histoire.

Un jeune homme, après de bonnes études médicales, s'établit dans un quartier populeux de Paris. Il attendit quatre ans, épuisa toutes ses ressources, la clientelle ne vint pas. La détresse, la misère, horrible, pour qni ne l'a jamais sentie, avaient pénétré dans son modeste asile, quand on lui offrit, ce qu'il accepta comme un bienfait, de l'embarquer comme médecin à bord d'un bâtiment en partance pour la pêche à la morue. Il part. Des robustes pêcheurs dont il était chargé de surveiller la santé, aucun ne fut malade, et le capitaine, homme dur et avare, qui regrettait ses frais, bien minimes assurément, 600 francs pour plusieurs mois, força notre malheureux confrère au travail le plus dégoûtant de cette pêche. A lui échut la besogne d'ouvrir et de vider les morues. Il eut beau protester, invoquer son engagement comme médecin et non comme préparateur de morues, le farouche capitaine invoqua et fit valoir un droit plus puissant encore, le droit du plus fort. Peu accoutumé à des travaux de ce genre, et en proie d'ailleurs à un tourment moral qu'on doit comprendre, notre pauvre jeune homme tombe malade, ce que voyant le capitaine le fait porter dans sa cabine, où pendant quarante et des jours que dura la traversée, il n'eut pour tout secours que de l'eau fraiche et un petit flacon d'eau-de-vie. Arrivé, je ne sais plus dans quel port, les soins qu'exigea sa santé délabrée eurent bientôt absorbé la plus grande partie des 600 francs du voyage. Il revint à Paris presque sans ressources. Recommandé à une congrégation religieuse à la tête de laquelle se trouve une femme dont la modestie serait blessée d'être autrement désignée, mais qui s'est donné la mission sur la terre de faire croire à une providence visible et patpable, notre malheureux confrère fut reçu dans ce pieux asile jusqu'à ce que l'occasion se présentât de le placer convenablement. Soins infructueux, sa tête s'était affaiblie; il perdit la raison, et la charité de la bonne religieuse lui fit ouvrir les portes d'une maison de santé.

Hier, 28 novembre, à midi, le corbillard des pauvres emportait à sa dernière demeure notre infortuné confrère. A l'église, une seule personne vint lui jeter l'eau bénite, c'était la religieuse. Jusqu'au cimetière une seule personne l'accompagna; c'était

Jean RAIMOND.

Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; par M. le Dr SAFFERT.

M. Saffert traite les ophthalmies scrofuleuses par l'iode administré intérieurement. Il adjoint, d'ailleurs, à cette médication interne l'emploi du même moyen appliqué topiquement d'après la formule suivante :

Pr. Iode,	5 centigrammes.
Iodure de potassium,	20 centigrammes.
Eau distillée,	500 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Pour un collyre avec lequel on pratique des lotions sur les yeux plusieurs fois par jour (de deux à quatre et même plus, suivant les effets obtenus).

Outre ces lotions, il convient aussi d'instillier, de temps en temps, un peu du même liquide entre les paupières.

(*Schmidt's Jahrbuecher.*)

NOUVELLES.

Cours de clinique chirurgicale sur les maladies des enfants. M. Paul Guersant, chirurgien de l'hospice des Enfants, commencera ce Cours le jeudi 9 novembre, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres. Visites tous les jours à huit heures du matin. Consultations tous les jours, à neuf heures. Leçons cliniques et opérations tous les jeudis, de huit à dix heures.

— M. le docteur Champion (de Bar-le-Duc), vient de mourir par suite d'une maladie aiguë. C'est une perte pour la science; car peu de médecins ont possédé à un si haut degré l'érudition médicale.

colère, etc. On ne pense pas que l'eczéma soit contagieux ; au moins n'en possède-t-on pas d'exemples bien authentiques.

Les complications de l'eczéma de la face ou de celui du cuir chevelu peuvent être graves ; et par complication, nous entendons les accidents secondaires qui en sont le résultat. Ainsi, l'irritation de la surface tégumentaire du visage peut déterminer la formation de petits abcès. Souvent il arrive que les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'enflamment, et finissent même par s'abcéder dans les cas où la constitution de l'enfant est prédisposée à l'affection scrofuleuse. L'haleine acquiert alors habituellement une odeur fétide remarquable. Des accidents secondaires non moins graves, mais d'une autre nature, tels que des otites, des exophthalmies aiguës ou chroniques, mais principalement toujours chez les sujets scrofuleux, sont souvent la conséquence de l'extinction de l'inflammation.

Le traitement de l'eczéma de la face est à peu près le même que celui de toute autre partie du corps. Mais avant de commencer aucun traitement, le médecin doit s'informer préalablement de la cause connue ou présumée de l'affection. En effet, si la cause en est connue, et que l'enfant y reste soumis, il serait inutile de commencer aucune médication ; elle serait inutile, et la reproduction de la maladie serait continuelle. C'est surtout sur les remèdes externes qu'il faut insister dans le traitement de l'eczéma aigu. Nous allons cependant examiner rapidement les différents moyens thérapeutiques qui ont été conseillés.

Les émissions sanguines ne devront être mises en usage que dans les cas les plus graves, où la maladie a atteint son summum d'intensité, et où l'on pourrait craindre la propagation de la phlegmasie aux méninges ou au cerveau. Dans ces cas, on ne se trouverait pas mal de quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, sous l'angle des mâchoires, ou sur les points où s'arrête la maladie, sur ses limites, afin de l'empêcher de s'accroître en étendue. Mais il faudra, répétons-le, que la chaleur, la rougeur, le gonflement, la démangeaison soient très intenses et puissent faire craindre la propagation de l'inflammation aux organes encéphaliques.

Les bains tièdes prolongés sont très utiles ; ils le sont d'autant plus que l'application des topiques sur la face et sur le cuir chevelu est assez difficile ordinairement. On prescrira donc de faire baigner la partie inférieure du visage dans l'eau du bain, et l'on aspergera fréquemment le reste du visage avec cette même eau. On peut administrer d'abord des bains ou rendus émollients par l'addition d'une certaine quantité de décoction de racine de guimauve. Les cataplasmes sont extrêmement difficiles à maintenir sur le visage, aussi leur emploi est-il peu recommandé. Mais, lorsque la période la plus aiguë de la maladie est passée, on se sert des topiques spécifiques, comme de pommades sulfureuses, par exemple. M. Jadelot emploie avec succès, dans cette circonstance, son liniment savonneux hydrosulfuré.

Enfin, et comme traitement général, les boissons acidules ou émollientes, la limonade, l'orangeade, le bouillon aux herbes seront donnés en abondance. On y joindra l'emploi de quelques dérivatifs doux, huileux ou salins, l'huile de ricin, la manne, le sulfate de soude ou de magnésie, le phosphate de soude, etc.

Le calomel, mélangé au soufre doré d'antimoine, a été recommandé par les Allemands, plutôt comme médicament altérant, vû la dose, que comme purgatif. Ce ne serait que dans les cas très graves que l'on se déciderait à appliquer un vésicatoire, et encore faudrait-il qu'il fût placé loin de la partie malade de la surface cutanée. Il va sans dire, il est inutile d'y insister, que les soins hygiéniques sont pour beaucoup dans la guérison de la maladie, et que la propreté la plus minutieuse est nécessaire à l'action et aux bons effets des médications employées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Gastro-hépatalgie avec vomissements opiniâtres.

Le 10 février entre dans la salle Sainte-Anne une femme âgée de trente-trois ans, pour y être traitée d'une maladie dont nous donnons ici l'histoire, intéressante à plus d'un titre.

Il y a sept ans que cette femme a ressenti la première atteinte de sa maladie actuelle. Elle était alors enceinte. Depuis cette époque, les symptômes morbides ont cessé et reparu par intervalles, variables durant de deux à six jours. Le plus souvent la malade attribuait le retour des accidents à la fatigue, quelquefois à la colère ou à des contrariétés. Ces accidents consistaient en frissons et chaleurs fébriles successives ; sensation de brisement général des membres ; douleur vive ayant son siége principal au-dessous des fausses côtes droites, n'augmentant pas par la pression ; des nausées, de l'anorexie, de la constipation ; des urines rougeâtres se sont de nouveau développées depuis trois jours.

Le 11 (état actuel), peau chaude, face injectée, pouls fréquent, régulier ; point de toux, thorax sonore, respiration vésiculaire, un peu soufflante en arrière et à droite ; pas de crachats. La langue blanchâtre, un peu rouge à la pointe ; bouche pâteuse, des nausées fréquentes, pas de selles depuis deux jours. Ventre bien conformé, sensible à la pression dans le côté droit depuis les fausses côtes jusqu'à la crête iliaque, surtout à l'hypocondre. Le foie n'est pas développé d'une manière anormale. Quinze sangsues à l'anus.

Le 12, les douleurs abdominales sont diminuées, mais la fièvre persiste.

Le 13, toujours de la fièvre ; la figure est rouge ; il y a un abattement et une faiblesse très prononcés. La douleur à l'hypocondre est moindre. Pas de selles depuis quatre jours. Huile de ricin, 30 grammes ; diète.

Le 14, il y a eu deux vomissements bilieux et deux selles ; il y a un peu d'amélioration. Le pouls est moins fébrile ; la douleur hypocondriaque moins vive.

Le 15, la fièvre se rallume, et la douleur persiste toujours dans le côté droit, surtout au-dessous des fausses côtes. Quinze sangsues à l'épigastre ; solution sirupeuse de gomme.

Le 16, pouls fébrile, toux sèche et fréquente, douleur à la région du foie s'étendant à l'épigastre. (Sangsues, les précédentes ayant été mal appliquées, eau gommeuse pour boisson.) Le soir, la malade a mal au cœur et envie de vomir. Dans le côté droit il y a plus de tension ; on n'y détermine cependant de gargouillement que dans le côté gauche du ventre. Il y a eu une seule selle. La bouche est très mauvaise ; la vue est trouble, la toux toujours fréquente. Les forces s'affaissent un peu ; la respiration plus faible à droite qu'à gauche. Du reste, il n'y a aucun bruit anormal particulier, seulement beaucoup de gêne. Julep, cataplasmes, et lavements émollients.

Le 17, la fièvre persiste ; il y a des coliques sans dévoiement. La malade a eu plusieurs vomissements. La langue est sèche, les gencives sont enduites d'une pellicule blanche. Le palais est généralement rouge dans toute son étendue, mais sans tuméfaction. Le ventre est beaucoup sensible. Trente sangsues à l'épigastre. Boisson gommeuse : lavements émollients. Julep.

Le 18, la douleur du côté est moins vive ; les coliques ont cessé ; mais il y a toujours des envies de vomir. Le pouls est faible, petit, fréquent ; la langue sèche, blanche, âpre. Il y a eu quatre selles en vingt-quatre heures. Deux cataplasmes sur le ventre ; boisson gommée.

Le 19, on entend des gargouillements dans la fosse iliaque droite ; la langue agit toujours un peu, sèche et très rouge. Il y a une toux fréquente, une respiration plus profonde et plus obscure à droite qu'à gauche dans toute la hauteur de la poitrine. Le pouls persiste à être fréquent. Même traitement.

Le 20, il y a beaucoup de chaleur à la peau. Pouls toujours un peu fréquent ; la douleur du côté a disparu. Les envies de vomir continuent ; langue blanche et pâteuse. Eau de Sedlitz, et le reste comme hier.

Le 21, le foie paraît tuméfié et un peu douloureux ; la langue est toujours rouge et sèche à la pointe. Pouls légèrement fréquent. Envies de vomir persistantes. Quinze sangsues à l'épigastre ; cataplasme après.

Le 22, la malade a vomi. Le pouls est toujours fébrile (100 pulsations environ) ; la peau chaude. Le foie est tellement tuméfié, qu'il déborde les côtes et s'avance aussi vers la région épigastrique. Six ventouses scarifiées : deux bouillons.

Du 22 au 25, les symptômes énumérés se sont peu modifiés. Les vomissements ont continué constamment, malgré l'emploi des moyens appropriés. Quinze sangsues nouvelles à l'épigastre.

Le 26, vomissements bilieux, bouche toujours mauvaise, persistance d'un peu de fièvre, céphalalgie assez vive. On continue le traitement.

Le 4 mars, les douleurs abdominales se réveillent. Même état de la bouche et du pouls. Encore quelques envies de vomir. On renouvelle les sangsues à l'épigastre avec cataplasme.

Le 5 et 6, nouveaux vomissements ; deux selles liquides avec quelques coliques ; pouls moins fébrile. On continue les cataplasmes sur l'épigastre et les mêmes boissons adoucissantes.

Le 7, les vomissements continuent avec tiraillement d'estomac. Quinze sangsues et cataplasme après.

Le 8, le pouls est faible, petit, presque sans fréquence. Peau un peu chaude et sèche. Il n'y a ni renvois, ni envies de vomir. Les douleurs abdominales ont cessé aussi. Selles rares. Un bain et un lavement.

Du 9 au 13, il y a eu quelques coliques, mais sans dévoiement. Le foie est toujours un peu tuméfié. Lavement émollient.

Le 14, les coliques se sont renouvelées ; pouls normal. Nouveau lavement émollient.

Le 18, les coliques ont cessé ; il n'y a plus d'envies de vomir, et encore moins de vomissements. L'amélioration est manifeste. Le foie semble redevenir normal. Deux portions.

Le 20, pouls encore un peu fébrile ; peau chaude, tiraillements d'estomac, mais point de vomissements, ni de coliques, ni de dévoiement. Dix sangsues à la région épigastrique.

Le 23, le mieux est revenu. La malade attend ses règles, qui sont un peu en retard (cinq jours).

Le 2 avril, la malade a progressé dans la convalescence, pourtant les règles ne sont pas arrivées ; elle a toujours une certaine sensibilité dans la région gastro-abdominale, mais ni vomissements, ni envies de vomir. Elle mange avec appétit et digère bien. Elle sort.

— Ce cas est intéressant sous plus d'un rapport. On voit une femme malade depuis sept ans avec des symptômes non équivoques d'une affection chronique du foie. Le tube digestif et principalement le ventricule, se prend consécutivement de vomissements opiniâtres et continuels ; la fièvre s'allume, les forces s'affaissent, et on a des raisons fondées pour craindre une terminaison funeste. Pourtant un traitement aussi énergique que les forces du malade le permettaient, a pu la tirer de cette position déplorable, et la ramener à un état sinon de santé parfaite, au moins infiniment meilleur qu'il ne l'était à son entrée à l'hôpital, et on a tout espoir d'un rétablissement complet si la malade continue encore le temps nécessaire un régime convenable. Il aurait été à désirer qu'on s'informât de l'état successif de cette malade.

Ictère chronique avec tumeur encéphaloïde occupant toute l'étendue de la surface interne du duodénum.

L'observation actuelle est fournie par un homme de trente-huit ans, qui se disait malade depuis cinq mois lors de son entrée à l'hôpital.

Le 7 juin, ce malade dit avoir été d'une assez bonne santé habituelle avant cette maladie. Il la fait remonter comme à une cause probable à des chagrins qu'il a eu à cette époque. Cette maladie, dit-il, a débuté par un malaise général ; l'appétit commença à diminuer et les aliments qu'il prenait n'étaient pas bien digérés. Plus tard il éprouva, comme il éprouve actuellement, une douleur dans la région du flanc droit remontant jusqu'au rebord des fausses côtes et s'étendant aussi vers l'épigastre. La peau devint un peu jaune. Il eut de temps en temps de la fièvre. Il fut soumis à un traitement empirique (car il paraît qu'il ne consulta pas de véritables médecins), mais sans amélioration dans son état.

État actuel du malade : la peau est jaune-clair ; cette coloration est étendue manifestement aux sclérotiques. Il y a une chaleur anormale à la peau et un prurit assez incommode qui force le malade à se gratter sans qu'il ait pourtant aucune éruption cutanée spécifique. Le pouls est petit et fréquent, les digestions se font difficilement ; il existe une douleur à la région épigastrique qui s'irradie vers l'hypocondre droit. Pas d'appétit et un peu de dévoiement. Les urines verdissent par l'acide nitrique à la partie inférieure du vase. Le malade paraît avoir maigri notablement.

Le 8, le jour précédent on avait prescrit de la limonade tartrique, des frictions sur le côté droit de l'abdomen avec 4 gr. d'onguent mercuriel, et 2 verres d'eau de Sedlitz avec du bouillon aux herbes. On continue les frictions mercurielles et on donne 2 gr. de diascordium et du riz gommé pour boisson.

Le 9, le malade est déjà un peu mieux ; le dévoiement a presque entièrement cessé, car il est réduit à trois selles en vingt-quatre heures sans douleurs. Légère amélioration pour le reste. On continue le même traitement.

Le 11, cette nuit le malade a eu une fièvre assez vive, car il a commencé par trembler et puis par avoir une chaleur ardente avec sueurs. Il s'est refroidi un peu en se levant hier, et c'est probablement la cause de cette recrudescence. Il n'a plus de dévoiement, mais la peau est jaune de plus en plus. On continue les frictions mercurielles ; on applique deux cataplasmes sur la région douloureuse ; on ajoute une bouteille d'eau de Vichy, etc.

Le 12, même état ; les selles sont plutôt jaunâtres. Même traitement. Deux soupes.

Le 13, le pouls est plus fébrile que les jours précédents ; il y a de la soif ; la douleur à la partie antérieure et inférieure droite de la poitrine est vive et continuelle. La peau persiste à être jaune. On insiste sur l'emploi des frictions mercurielles et de l'eau de Vichy à doses élevées.

Le 16, la douleur latérale persiste toujours et paraît même prendre une nouvelle force. On administre quelques grammes d'opium ; on applique un cataplasme de ciguë sur la région du foie ; on ajoute bourrache avec sirop de miel pour favoriser la transpiration cutanée.

Le 20, il n'y a pas eu de changements notables, si ce n'est que le dévoiement a reparu, et la fièvre devient continuelle. On revient à l'usage du diascordium ; eau de Vichy, frictions mercurielles, etc.

Le 24, le malade se plaint de douleurs intestinales ; le teint jaunâtre persiste ; les jambes s'enflent un peu le soir. Les urines sont très claires et semblables à de l'eau-de-vie un peu chargée en couleur, et l'acide nitrique ne les verdit plus sensiblement. On donne quatre pilules de Blaud.

Le 25, le gonflement des jambes persiste ; il y a aussi quelques symptômes qui font croire à un commencement d'ascite. On prescrit une racine diurique avec 3 grammes de scylle et 2 grammes de safran de mars.

Le 28, les urines sont plus abondantes et moins foncées en couleur ; le pouls est toujours fréquent. L'ascite semble se caractériser mieux. Même traitement.

Le 1er juillet, urines très épaisses, d'un jaune foncé. Le malade se trouve mieux, mais la fièvre continue avec tous les autres symptômes. La jaunisse ne diminue pas.

Le 2, toujours fièvre vive ; le ventre se tuméfie sensiblement de plus en plus. Il y a toujours un peu de diarrhée. On donne un quart de lavement amidonné ; riz avec sirop de gomme.

Le 3, les urines sont redevenues claires, mais toujours très foncées. Le dévoiement persiste toujours. Un quart de lavement amidonné ; riz, sirop de coing.

Le 5, le ventre acquiert un volume de plus en plus considérable, et la fluctuation y est manifeste. Même état que les jours précédents par rapport au foie qui déborde toujours les fausses côtes.

Le 7, le malade se plaint de ne pas uriner suffisamment ; les urines sont sédimenteuses et d'un jaune très foncé. La peau du ventre est un peu œdémateuse ; l'ascite fait des progrès. Même prescription. Bains de genièvre, sirop des 5 racines.

Le 8, le ventre est volumineux ; son mat à la percussion dans toute l'étendue de cette région, excepté autour de l'ombilic. Point d'appétit. Fièvre continuelle. Bains de genièvre ; sirop des 5 racines ; deux verres d'eau de Vichy.

Le 15. Les jours précédents on avait appliqué un vésicatoire sur le ventre pour opérer, s'il était possible, une dérivation énergique à la peau. Il rend une grande quantité de sérosité jaune. Le dévoiement ne cesse pas, la fièvre persiste et le malade s'affaisse notablement. Riz ; sirop de gomme ; 2 grammes de diascordium ; lavement avec 10 grammes de laudanum.

Le 17, pouls toujours fréquent et petit ; le ventre se tuméfie de plus en plus. Le liquide intra-péritonéal augmente. Même dévoiement. Même traitement, avec addition de nitre dans la boisson.

Le 19, même état ; le ventre paraît moins tendu. Potion gommée, avec acide tannique, eau distillée de laurier-cerise.

Le 20, il y a un hoquet fatigant pour le malade. Le pouls devient progressivement plus fréquent et plus faible. Quatre selles dans la journée, avec quelques coliques. Mêmes douleurs à l'hypocondre droit. Jaunisse permanente avec chaleur sèche à la peau.

Le 21, le dévoiement et le hoquet continuent, les membres inférieurs sont toujours enflés, et le ventre se tuméfie de plus en plus. Pouls toujours petit et fréquent. On continue le laurier-cerise, la potion gommée, et l'acide tannique et le diascordium.

Le 22, le malade se plaint d'insomnie opiniâtre; toujours le hoquet et le dévoiement. Le volume du ventre paraît un peu diminué, et celui-ci plus souple.

Le 24, le hoquet diminue; toujours les jambes bien enflées à conserver l'impression du doigt. Le dévoiement aussi est en diminution. Décoction blanche, acide tannique.

Le 25, le hoquet a cessé entièrement; amaigrissement considérable du malade; le dévoiement est revenu avec plus d'abondance que jamais. Même prescription.

Le 28, le malade est allé toujours en s'affaissant; le pouls est extrêmement faible; la voix s'affaiblit au point que l'on a de la peine à l'entendre; diarrhée très abondante.

Le 29, le malade s'est éteint à cinq heures du matin, après plusieurs vomissements.

Autopsie 27 heures après la mort.

L'estomac est fortement distendu et de manière à atteindre, par sa convexité, jusqu'à l'ombilic. Il contient environ un litre de liquide gris-noirâtre, semblable à de la suie délayée; la surface interne de l'estomac est généralement pâle; la muqueuse est un peu molle seulement dans le grand cul-de-sac; immédiatement derrière la valvule pylorique commence l'altération suivante, qui se continue à huitième, c'est-à-dire que la surface interne du duodénum à cet endroit est fort inégale, offrant des espèces de circonvolutions inégales d'un gris blanchâtre et mollasses. La partie superficielle, semblable entièrement à la matière cérébrale, est supportée par un fond plus épais de la couleur et apparence. Cette altération a l'épaisseur de 2 à 3 centimètres. La partie ramollie se sépare avec assez de facilité, et on en trouve quelques débris dans la cavité intestinale. On ne découvre aucune trace distincte des différentes membranes qui constituent l'intestin, tout étant confondu. La cavité intestinale est partout imperméable, à cause de la tumeur décrite; cette tumeur est adossée au pancréas, qui est assez dense, et paraît exempte de toute altération. Le canal cholédoque adhère à la tumeur dans une partie de son étendue et est assez dilaté pour donner passage à une noisette. La vésicule biliaire, le canal hépatique, soit dans son tronc, soit dans ses divisions dans le foie, sont dilatés et remplis de bile d'un vert clair.

En incisant le foie, dont la couleur intérieure est généralement jaunâtre, une grande quantité de petites collections de foyers sont ouvertes, qui contiennent un mélange de pus et de bile en différentes proportions. Le volume du foie n'est pas sensiblement augmenté. Le reste de l'organe est à peu près à l'état normal pour le volume, et contient le liquide noirâtre signalé dans l'estomac. Les poumons, en arrière et en bas, présentent une infiltration de liquide jaune-rougeâtre assez considérable, et un tissu aussi rougeâtre, dont la consistance est moindre qu'à l'état normal. Les trois quarts supérieurs et antérieurs sont souples, élastiques et pâles.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. Octobre 1843.

Études cliniques sur les maladies des vieillards; par J.-H. BEAU.

La pathologie des vieillards présente des traits tout à fait distincts, et néanmoins elle n'a pas encore été consignée, comme la pathologie des enfants, dans des traités spéciaux d'une certaine étendue. L'intention de M. Beau n'est pas de combler cette lacune, mais simplement de présenter quelques études faites à l'hospice de la Salpêtrière depuis le mois de février 1842. Ces études ne sont d'ailleurs relatives qu'aux vieilles femmes; l'auteur ignore si les différents faits qu'il expose se rencontrent aussi chez les vieillards hommes.

Pathologie générale. Les maladies des vieillards sont le plus souvent compliquées; c'est un fait qu'il faut avoir continuellement à l'esprit, si l'on ne veut commettre des erreurs graves, surtout dans le pronostic.— Les sympathies sont pour ainsi dire éteintes dans la vieillesse; aussi voit-on fréquemment les lésions organiques les plus profondes exister sans donner lieu à des troubles généraux notables. Toutes les fois qu'un vieillard présente un dérangement même léger dans la santé, il faut rechercher avec soin et persévérance les signes physiques des altérations organiques. — Cette indifférence entre les rapports des appareils organiques de l'économie dans les maladies des vieillards, s'étend jusqu'au caractère. M. Beau a vu souvent des femmes atteintes d'une affection mortelle, conserver jusqu'à leurs derniers instants une gaieté naturelle qu'elles exprimaient par le rire et par les plaisanteries. — Le délire des vieillards diffère beaucoup du délire des adultes; en effet, le délire des adultes s'exprime d'abord par des paroles, et ensuite quand il devient plus intense, il se montre dans les actions, tandis que chez les vieillards, le délire se montre d'abord dans les actions, et finit ensuite par les paroles.

— L'inflammation des parotides comme symptôme des affections fébriles graves, est assez rare chez l'adulte; elle l'est beaucoup moins chez les vieillards. M. Beau en a déjà vu cinq cas. On a dit avec raison que la sécheresse de la langue est un symptôme beaucoup plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte; mais ce qu'on n'a pas dit, c'est que quelquefois ce symptôme est à peu près le seul qui constitue ou plutôt qui indique la maladie, et le seul par conséquent qui frappe l'attention du médecin. — La sueur est très peu marquée chez les vieillards, soit comme symptôme critique des phlegmasies et particulièrement de la pneumonie, soit comme symptôme colliquatif des fièvres consomptives. — Ils ne sont pas non plus affectés de frissons intenses. — Ils sont quelquefois affectés de sudamina qui se développent dans les mêmes maladies que chez les adultes. — Les soubresauts des tendons doivent être fort rares chez les vieillards, puisque M. Beau n'en a pas vu une seule fois. — La pulvérulence des urines s'observe aussi souvent chez les vieillards que chez les adultes.

Les maladies des vieillards changent avec les saisons d'une manière encore plus frappante que chez les adultes. Pendant l'été, il y a d'abord un cinquième environ moins de malades dans les salles que pendant l'hiver, et la mortalité est bien moins considérable. Les maladies aiguës de l'été sont constituées presque constamment par des affections dont la base est un embarras gastro-intestinal. Toutes les autres maladies des vieillards s'observent presque exclusivement dans la saison froide. — Il faut être très réservé sur le pronostic des maladies des vieillards. En effet, telle maladie qui paraît légère au début se termine mal et cela dans un court délai; telle autre, au contraire, qui se présente d'abord comme une affection sans ressource, change d'une manière aussi heureuse qu'inespérée.

Pathologie spéciale. Les espèces pathologiques sont bien moins nombreuses chez les vieillards que chez les adultes; ainsi il faut retrancher plus ou moins de la pathologie sénile les fièvres éruptives, les névroses, le rhumatisme articulaire fébrile, les fièvres intermittentes idiopathiques, les affections aiguës de l'utérus, les dysménorrhées, etc.

Maladies du tube digestif et de l'abdomen. L'angine gutturale simple est très rare chez les vieillards. — L'embarras gastrique est la maladie la plus fréquente de toutes. Il est tantôt récent, tantôt chronique, tantôt fébrile, tantôt non fébrile; ordinairement simple en été, compliquant toutes les autres maladies en hiver. Quelle que soit sa forme, il faut l'attaquer sans hésiter au moyen de l'ipécacuanha et surtout de l'émétique.

La péritonite aiguë non puerpérale est encore moins souvent spontanée chez les vieillards que chez l'adulte. — La péritonite chronique est beaucoup moins rare dans la vieillesse que la péritonite aiguë. Elle ne se lie jamais à la présence des tubercules dans le péritoine, mais bien à l'existence de productions cancéreuses sous-péritonéales.

Maladies de la poitrine. Le catarrhe supérieur ou laryngé est extrêmement rare chez les vieillards; le catarrhe trachéal l'est beaucoup moins; le catarrhe bronchique inférieur, l'*asthme*, l'*emphysème*, est le plus commun. — L'inflammation catarrhale, quel qu'en soit le siége, se complique très souvent avec d'autres maladies. La plus fréquente de ces complications est l'embarras gastrique, puis vient la pleuropneumonie.

M. Beau promet la suite de son intéressant mémoire au prochain numéro.

Histoire de l'épidémie de variole qui a régné en 1840 *dans le canton de Roquemaure* (Gard); par le docteur A. ZURKOWSKI.

L'auteur a résumé lui-même de la manière suivante son mémoire :

La petite vérole éclata au mois de mai 1840, sur les deux points opposés du canton de Roquemaure, à Montfaucon et à Pusant. Elle fut importée dans le premier village, de la Camargue, pays éloigné d'une dizaine de lieues, où elle régnait épidémiquement. A Pusant, elle fut importée d'Avignon, où elle ne s'était montrée qu'à l'état sporadique. — Transportée sur notre sol au moyen de la contagion immédiate, l'épidémie suivit, depuis, l'impulsion de sa propre cause, et se répandit en vertu de la force de propagation dont elle était douée, tantôt par contact direct, et tantôt par infection. — Dans Pusant, le premier cas fut grave. Une éruption confluente, précédée et accompagnée de symptômes généraux alarmants, suivie d'une convalescence longue et pénible, signala le début de l'épidémie, et servit en quelque sorte d'avant-coureur et de type aux nombreux cas observés jusqu'à la fin de sa durée, comme l'innocuité et la bénignité des premiers cas observés à Montfaucon, furent le présage et le modèle de presque tous ceux qui les ont suivis. — Dans les deux pays, la physionomie de chaque cas en particulier pouvait être considérée comme le reflet le plus fidèle de l'épidémie en général; la marche respective de chaque fait isolé et celle de l'ensemble de l'épidémie ayant été dans Montfaucon et dans Pusant parfaitement identiques. Ici, tout se confond. La gravité de la période d'invasion ne cède en rien à celle de suppuration, et celle de dessication et de desquammation, est aussi intense que celle d'invasion, d'une part; et de l'autre, point de transition, point de modification, point de variété; le commencement, le milieu et la fin de l'épidémie se ressemble parfaitement. Elle a fini aussi brusquement qu'elle avait commencé. Là, au contraire, chaque évolution pathologique présente des périodes parfaitement bien tranchées, comme chaque phase de l'épidémie offre des phénomènes particuliers. Dans le début, notre petite vérole est rare et généralement discrète. Les cas se multiplient et s'aggravent vers le milieu, pour décroître bientôt et présenter ces variétés de l'affection mère, qui ont été de tous les temps et sous tous les règnes des épidémies varioliques, leurs compagnes inséparables. Vers le déclin de l'épidémie il n'était point rare d'observer, non-seulement la varioloïde et la varicelle avec leurs différentes nuances chez des individus d'âge et de sexe différents; mais encore avec un peu d'attention, il était aisé d'étudier toutes ces espèces et ces variétés sur le même individu. Quant à la variole *sine variolis*, j'avoue que malgré l'autorité de Baillou, de Boërhaave, de Sydenham, je doutais un peu de son existence. Aujourd'hui que j'ai vu cette fièvre sans éruption, je rends grâce à ces grands observateurs d'avoir signalé à la science ces anomalies morbides aussi vraies qu'inexplicables.

Un grand nombre des sujets que notre épidémie a atteints dans les deux pays, ont été vaccinés avec succès dans leur enfance.

Un autre fait non moins remarquable, c'est l'heureuse résistance des enfants vaccinés et non vaccinés, à l'influence épidémique. A Pusant même, où la variole sévit avec tant de violence, sur les 65 vaccinations opérées avec succès du temps de l'épidémie, pas une ne fut troublée dans sa marche par la maladie régnante.

Rappelons ce cas unique d'inoculation de la variole suivie d'un succès complet, et qui n'a pas plus détruit chez ce sujet inoculé l'aptitude pour la vaccine, que les vaccinations antérieures n'ont détruit l'aptitude ultérieure pour la variole chez presque tous les sujets qui ont subi l'influence de notre épidémie.

Avant de publier la lettre que M. Raciborski nous avait adressée, nous avons voulu attendre les explications que devait nécessairement donner M. Jules Guérin.

Nos lecteurs vont voir combien nous avons eu raison de temporiser.

Voici d'abord la lettre de M. Raciborski, troisième version de celles qu'il a déjà publiées dans la *Gazette médicale* et dans l'*Expérience :*

Monsieur le rédacteur,

Vous avez publié dans votre dernier numéro une attestation portant ma signature, qui n'est pas du tout l'expression fidèle de ma pensée, et qui, présentée surtout comme elle l'a été dans la Gazette médicale et dans votre estimable journal, pourrait faire naître dans le public médical un jugement très défavorable non seulement sur le caractère de M. Henroz, mais encore sur ma probité. Aussi je m'empresse de déclarer que je n'ai jamais fait à M. J. Guérin d'autre proposition de rétractation de la part de M. Henroz, que celle relative à l'article dans lequel M. Guérin était accusé de tirer des profits de la vente des appareils orthopédiques prescrits par lui pour les malades de l'hôpital des Enfants. C'est parce que j'ai cru lire dans la note qui m'a été présentée par M. Guérin qu'il était question de *l'article* qui a motivé le procès, et non *des articles* qui ont motivé le procès, que je n'ai pas cru devoir lui refuser ma signature. La note présentée par M. Guérin ayant été rédigée à la hâte au crayon pendant la séance de l'Académie des sciences, il est possible que je me sois trompé; mais je déclare que je n'ai signé cette note que parce que ma conscience me faisait lire différemment, et que j'étais convaincu que ma déclaration ne pouvait porter aucune atteinte à la considération de M. Henroz ni à la mienne.

M. Henroz ne faisait et ne devait faire aucun secret des offres de rétractation que j'avais faites en son nom à M. Guérin, puisque lui-même en a déjà fait une immédiatement après la publication de l'article qui a provoqué sa citation en police correctionnelle. Je dirai même plus, il est dans l'intérêt de M. Henroz que tout le monde sache, et que même cette nouvelle arrive jusqu'aux oreilles des juges saisis de son affaire, qu'il a fait tout son possible pour réparer le préjudice qu'il pouvait porter involontairement à la réputation de M. Guérin par un article qui, d'après ce qu'il affirme, ne serait devenu injurieux que par une erreur du typographe qui adressa à M. Guérin ce qui devait tomber sur le bandagiste.

Je pense que cette explication suffira pour démontrer à vos lecteurs que M. Henroz n'a pas du tout à rougir d'avoir offert à M. Guérin la rétractation d'un article qu'il a lui-même désavoué, et que, quant à moi, je n'ai point abusé de la confiance de M. Henroz en signant la déclaration qu'il m'a été impossible de refuser à M. Guérin sans manquer à ma bonne foi. Je tiens seulement à ce qu'il soit bien constaté que dans cette déclaration je n'ai voulu parler que de la rétractation d'un seul article, et non de tous les articles.

J'attends, monsieur le Rédacteur, de votre loyauté, que vous voudrez bien insérer cette lettre dans le prochain numéro de votre estimable journal.

Agréez, etc.

Paris, 24 octobre 1843. RACIBORSKI.

M. Guérin a fait une longue réponse à cette lettre; son étendue nous force à l'abréger; mais en voici les points saillants :

Après avoir raconté les faits relatifs à la première proposition faite par M. Raciborski, « M. J. Guérin répondit que, pour le moment, il ne repoussait ni n'acceptait la proposition de M. Henroz; qu'il croyait devoir en référer à son conseil, et il ajouta que, quelle que fût l'opinion de ce dernier, M. Raciborski *ne devait se représenter* que muni de pleins pouvoirs écrits et signés, et à la condition que *M. Henroz se mettrait complétement à la disposition* de M. Guérin. »

La seconde entrevue avait été fixée pour le jeudi à midi.

« M. Raciborski s'est représenté au jour et à l'heure fixés. Il était porteur d'une lettre à lui adressée par M. Henroz, dans laquelle il n'y avait pas *un mot de restriction* sur le sens à donner à la rétractation, et il était dit explicitement dans la lettre que M. Raciborski était à cet égard muni de pleins pouvoirs. L'auteur de la lettre ajoutait simplement qu'il espérait que la rétractation serait *honorable* pour les deux adversaires. M. Guérin ayant fait remarquer que cette condition serait fort difficile à remplir, et ayant rappelé à M. Raciborski qu'il n'avait dû se représenter que si M. Henroz se mettait complétement à la *discrétion* de M. J. Guérin, M. Raciborski répondit qu'étant muni des pleins pouvoirs de M. Henroz, il ferait en sorte que la rétractation donnât à M. Guérin satisfaction complète. C'est alors seulement, et *seulement alors*, que M. J. Guérin fit connaître à M. Raciborski qu'il ne pouvait accepter ce mode de réparation, quelque étendu qu'il fût; et il n'y eut dans la négociation tentée par M. Raciborski aucune difficulté soulevée par lui, aucune espèce d'obstacle ressemblant à une restriction dans les termes et l'expression de la rétractation offerte.

« Pour ne pas être contredit dans cette exposition des faits, M. Guérin s'est fait accompagner chez M. Raciborski par M. le docteur Achille Comte, qui a déclaré que M. Raciborski avait reconnu l'exactitude des faits contenus dans la réponse de M. Guérin.

« La déclaration qui précède n'a été demandée que sur le refus de M. Raciborski d'attester publiquement, en la signant, l'exposition des faits dont il venait de reconnaître l'exactitude... »

« Enfin, pour que le public sût à quoi s'en tenir sur l'allégation relative à la lisibilité de la déclaration précédemment signée par M. Raciborski, elle a été représentée à ce dernier, lequel, après l'avoir lue et relue, a rédigé lui-même et signé la note suivante :

« Après avoir relu de nouveau la note que M. Guérin m'avait donné à signer à l'Académie des sciences, j'ai vu qu'effectivement on lit assez facilement les mots *ont motivé*, ce qui fait de suite supposer que les deux précédents étaient *des articles* et non *de l'article*. Par conséquent en lisant de sang-froid et en analysant la phrase, on ne peut pas y supposer de l'*article*, mais bien des *articles*.

» RACIBORSKI. »

Cependant, nous recevons une seconde lettre de M. Raciborski, de laquelle nous extrayons le passage suivant :

Monsieur le Rédacteur,

Je maintiens toujours ma première déclaration, et j'affirme que si je n'ai pas voulu signer la narration des faits formulés par M. Guérin, c'est parce qu'elle renfermait, à côté de choses parfaitement exactes, des points sur lesquels nous n'avons pas été d'accord avec M. Guérin, et qu'il n'a pas voulu modifier. Il est faux que j'aie jamais reconnu l'exactitude entière des faits relatés par M. Guérin.

Agréez, etc. RACIBORSKI.

Paris, 28 octobre.

Nos lecteurs sont actuellement édifiés sur cet incident, et les explications qu'on vient de lire nous dispensent de tout commentaire.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2, ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 130. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 3 NOVEMBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

(*Deuxième liste.*)

Ont adhéré à la *Déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique*, publiée dans le numéro du 19 octobre de la *Gazette des Hôpitaux :*

MM. Piorry, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine ; Capuron, membre de l'Acad. de médecine ; Ségalas, membre de l'Acad. de médecine ; Pauly, D.-M. ; Noël Guéneau de Mussy, D.-M. ; Ribail, D.-M.-P. ; Gueury, D.-M. ; P. Puche, médecin de l'hôpital du Midi ; Emmanuel Rousseau, D.-M.-P. ; Bernast, D.-M.; Aimé Grimaud, D.-M.-P.; L. Bassereau, D.-M.-P.; Carrère, D.-M.-P.; Tournié, D.-M.-P. ; Giraldès, D.-M.-P. ; A. Brierre de Boismont, D.-M.-P. ; Mojon, professeur honoraire de l'Université royale de Gènes, correspondant de l'Académie de médecine; Sévestre, D.-M.-P.; L. Fleury, D.-M.-P.; Godier, D.-M.-P. ; Chailly, D.-M.-P. ; Genest, D.-M.-P. ; Duval, D.-M.-P. ; Andrieux, D.-M.-P. ; Deschamps, D.-M.-P. ; Dieubem Chotomski, D.-M.-P. ; Tanquerel des Planches, D.-M.-P. ; J. Snowden, D.-M.-P. ; Tavernier, D.-M.-P.; Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi ; Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe ; Sellière, D.-M.-P.; Félix Legros, D.-M.-P.; Dr Dancel, Dr Planté de Mengelle; Dr Maisonabe, agrégé à la Faculté ; Fleurus Léger, vice-président de la Société Médico-Pratique ; Prosper Basile, D.-M.-P. ; Dr Schuster; Jean-Baptiste Maurial, D.-M.-P.; Dr Amédée Latour ; Dr Ducros (de Marseille) ; Dr Rampon ; Dr Josse; Plisson, D.-M.-P. ; Miquel, D.-M.-P.; Vanier, D.-M.-P. ; Lubanski, D.-M.-P. ; Dr Cahen ; Dr Lalanne ; Quévenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité; A. Putel, D.-M. à Neuilly ; Max. Vernois, D.-M.-P.; A. Paulin, D.-M.-P.; Blanchard, D.-M.-P.; Raciborski, ancien chef de clinique; Ch. Flandin, D.-M.-P. ; Pellarin, D.-M.-P. ; Dr Jallat ; Dr Morel-Lavallée ; Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Gerdy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Acad. de médecine ; Dr Souberbielle ; Dr Dumas ; F.-V. Mérat, membre de l'Acad. de méd. ; Sichel, D.-M.-P. ; P.-J. Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, prof. à la Faculté, membre de l'Institut ; Delasiauve, D.-M.-P.; Dr Léon Husson; Falone, D.-M.-P.; Pédelaborde, D.-M.-P.; Regnart, D.-M.-P.; Alexandre Dupuis; Charruau, D.-M.-P.; Desprez, prosecteur de la Faculté ; F. Hillairet, D.-M.-P.; E. Lacroix, ex-prosecteur à la Faculté ; Vigla, chef de clinique de la Faculté ; Dr P. Delamotte ; Lélut, médecin de la Salpêtrière ; D'Astros, chef de clinique médicale de la Faculté ; Beaude, membre du Conseil de salubrité ; Dr Renaut; Dr A. Pointis ; Dr J. Fau, Dr Drache ; Dr J. Sterlin ; Dr Pailloux ; Dr Taupin ; Dr Serré ; Dr J. Loir ; Lacournère, membre de l'Acad. de méd.; Dr Cherest ; Dr Riembault ; Dr Deramond; Dr Magne ; Gosselin, prosecteur de la Faculté ; Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Acad. de méd.; P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; Breschet, professeur à la Faculté, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

M. Vincent Duval, rédacteur en chef de la *Revue des Spécialités*, nous a adressé son adhésion à la protestation de la presse médicale.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, médecins et chirurgiens des hôpitaux et de l'asile départemental des aliénés de la ville d'Alençon (Orne), consultés par deux de nos confrères, etc.

Déclarons adhérer pleinement et sans réserves aux principes suivants :

(Suit le texte de la déclaration.)

A. Rotureau, D.-M.-P.; A. Chevallier, D.-M.-P.; Chamblay, D.-M.-P.; Clérambault, D.-M.-P.; Marchand, D.-M.-P.; Dr Letaillinet ; Dr L. Laveille ; Cangrain, D.-M.-P. ; Léger, D.-M.-P. ; Dr Renault ; Dr L. Boislambert ; Dr Poullain.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Examen des diverses fractures qui se trouvent actuellement dans le service. Considérations sur chacune d'elles. (Fin.)

Fracture du péroné. Plus que les fractures du tibia, celles du péroné, comme fractures spéciales, ont excité il y a longtemps déjà l'attention des chirurgiens. Depuis le mémoire que publia Dupuytren sur ces fractures, mémoire dans lequel il les montra comme beaucoup plus dangereuses qu'on ne le croyait généralement, on s'en occupa plus qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Les conséquences qui pouvaient entraîner les fractures du péroné, selon Dupuytren, étaient capables en effet de préoccuper vivement les esprits, puisque ce chirurgien disait que, traitées comme on le faisait avant lui, elles entraînaient la déformation du pied, elles exposaient à l'ankylose et à la perforation des téguments.

Sous le rapport des causes qui peuvent produire la fracture du périné, nous retrouvons pour cet os la même division des causes immédiates ou médiates, directes ou indirectes que nous avons signalées pour les autres portions du squelette. Le mécanisme des fractures par cause directe n'a pas besoin d'explications ; il est le même que pour tous les autres os ; mais les opinions ont été divisées sur la manière dont devait être compris le mécanisme de la fracture par cause indirecte. Dupuytren, Boyer, M. Maisonneuve, ont présenté chacun des théories qui diffèrent sous beaucoup de points. On a discuté si la fracture se produisait, parce que sous l'influence d'un choc, d'une violence quelconque, la face externe de l'astragale venait à presser fortement la malléole, ou bien, si cette malléole était renversée en dedans par les ligaments qui s'y attachent ; M. Maisonneuve a tenté de prouver que ce n'était ni par un renversement en dedans, ni par un renversement en dehors que la fracture survenait, mais bien par un mouvement de rotation sur elle-même. Toutes ces discussions, dit M. Velpeau, ne valent guère la peine d'être soulevées, car il est indubitable que la fracture peut se produire de toutes ces manières. Cela change-t-il quelque chose ?

Quant à la question de savoir si la fracture du péroné est ou légère ou grave, comme l'ont soutenu quelques auteurs, on ne peut la résoudre absolument ; les uns et les autres ont eu tort d'avancer ces opinions quoique contraires, car il n'est pas possible d'établir pour les fractures du périné un pronostic quelconque, si l'on ne commence par les diviser ; c'est seulement ainsi qu'on évitera la confusion dans laquelle sont tombés ceux qui ont émis sur ces fractures une opinion générale, sans tenir assez compte de plusieurs circonstances importantes parmi lesquelles le siége de la lésion doit être placé en première ligne.

Etudiant donc les fractures du périnée sous le rapport du lieu où elles se produisent, nous distinguerons trois classes :

1° Celles qui peuvent siéger dans les deux tiers supérieurs de l'os ;

2° Celles qui occupent la malléole externe ;

3° Les fractures sus-malléolaires ou du quart inférieur, qu'on pourrait appeler fractures dans la dépression du péroné.

Le diagnostic des fractures de la première classe, celle du corps de l'os, a été regardé comme difficile en raison de la profondeur à laquelle le péroné est situé, et encore parce qu'il est presque impossible d'embrasser les deux fragments osseux, on se trouve réduit alors à ne s'appuyer que sur deux signes, la crépitation et la mobilité, sans doute suffisants pour reconnaître la fracture, mais qui sont eux aussi très difficilement perceptibles par les mêmes raisons, c'est-à-dire, l'épaisseur des tissus au milieu desquels l'os est plongé. M. Velpeau dit avoir vu une douzaine de ces fractures, car elles ne sont pas très fréquentes, et il assure qu'en général le diagnostic ne lui a pas semblé entouré d'autant d'obscurités qu'on le dit communément. Il fait remarquer seulement que ce n'est point en pressant simplement sur le trajet du péroné qu'on parviendra à diagnostiquer facilement la fracture. Un bon moyen pour rendre la lésion manifeste et produire la crépitation, consiste à placer les deux mains sur le membre, de manière que les pouces soient en dedans et les autres doigts sur la face externe, puis à faire marcher les mains l'une vers l'autre en exerçant des pressions d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il faut seulement se tenir en garde contre l'erreur que pourrait faire commettre le bruit déterminé par la tête de l'os en frottant contre la facette articulaire, dans le cas où il y aurait une luxation.

Le pronostic de ce genre de fractures ne peut pas être très grave, on doit le prévoir ; le péroné est entouré de muscles de toutes parts ; ces muscles sont autant de puissances qui le maintiennent dans une position invariable, et cela d'autant mieux, que les fibres charnues s'insèrent dans toute la longueur ; aussi est-il à peine besoin de bandage pour guérir les fractures du péroné qui occupent les deux tiers supérieurs.

Les fractures de la malléole sont très difficiles à reconnaître ; elles ne s'accompagnent le plus souvent d'aucun signe caractéristique ; on n'observe ni ecchymose, ni dépression ; la crépitation, les inégalités, la mobilité, sont très rarement manifestes, et de plus les malades peuvent parfois se lever et marcher, ce qui ne contribue pas peu à ajouter de nouveaux doutes sur la nature de la lésion. Au moment même où l'accident vient de se produire, à l'aide des moyens que nous allons indiquer on parvient ordinairement à reconnaître la fracture ; mais si seulement une journée entière s'est écoulée, il faut presque renoncer à l'espoir d'arriver à la diagnostiquer avec certitude.

Le déplacement n'est jamais considérable à la suite de la fracture de la malléole ; en effet, le fragment inférieur ne peut se mouvoir d'avant en arrière à cause de la mortaise dans lequel il se trouve engagé ; le fragment supérieur, lui non plus, ne peut guère être fortement déplacé, à cause des liens fibreux qui, étant conservés, l'empêchent de se mouvoir.

Quand on est appelé à constater l'existence d'une fracture de cette espèce, et qu'on veut en conséquence chercher à imprimer aux fragments osseux un mouvement suffisamment appréciable pour lever tous les doutes, on peut s'y prendre des trois manières suivantes : On soulève le membre, et on saisit la

FEUILLETON.

SUR LA RENTRÉE DE LA FACULTÉ.

La rentrée de la Faculté s'est opérée aujourd'hui avec le même cérémonial que d'habitude. Draperies usées, banquettes recouvertes d'un semblant d'étoffe rouge, fauteuils à dorure douteuse, massier de grotesque tournure, souquenilles rouges et noires, public nombreux et bruyant, voilà pour la partie matérielle, sans oublier pourtant le cordon en sautoir de M. le doyen, innovation au programme qui a produit un grand effet.

C'est, vous le savez, M. Royer-Collard qui a été chargé, cette année, du discours d'usage. Il a pris pour texte de son discours la nécessité de l'intervention des sciences physiques et chimiques dans l'étude de la médecine. Nous n'avons rien à critiquer ni sur le choix du sujet, ni sur la manière dont il a été traité. L'orateur s'est excusé en fort bons termes du peu de nouveauté de son texte ; il avait fait pressentir seulement qu'il le rajeunirait par des aperçus nouveaux. Nous ne croyons pas qu'il ait été tout à fait fidèle à sa promesse. La forme en a été vive, élégante, quelquefois spirituelle, toujours correcte et de bonne école ; mais quant au fond, en vérité, on y chercherait en vain quelque argument nouveau, quelque chose enfin qui n'ait été déjà dit et souvent répété par de nombreux auteurs.

Mais M. Royer-Collard, à plusieurs reprises, fort explicitement, et même avec une certaine insistance qui pouvait faire croire à une intention de réponse à une objection partie de ce journal, M. Royer-Collard a proclamé qu'il représentait ici l'*Ecole de Paris*, qu'il parlait en son nom, qu'il exposait ses doctrines, son enseignement, sa méthode. Or, voilà ce qu'il nous est impossible d'admettre, et ce qu'il nous serait on ne peut plus facile de combattre.

Sur ce texte même, choisi par M Royer-Collard, et son discours sous les yeux, nous ferions voir que les doctrines qu'il a professées, si elles concordent avec celles d'une très petite partie des membres de cette école, pris surtout parmi ceux qui enseignent les sciences accessoires, sont en opposition flagrante avec celles des professeurs qui enseignent le vitalisme de Bichat, l'hippocratisme plus ou moins régénéré, l'éclectisme plus ou moins avoué, l'anatomisme plus ou moins pur, l'organicisme, le physiologisme, le numérisme, le naturisme, car tout cela se trouve dans cette école dont on a vanté aujourd'hui l'homogénéité, l'accord et l'ensemble. Si nous voulions mettre des noms à côté de chacune de ces opinions, nous n'aurions que l'embarras du choix. Mais à quoi bon insister sur ce que tout le monde voit et comprend ? Aujourd'hui même M. Royer-Collard, dans son discours, n'a-t-il pas heurté assez vivement plusieurs de ses collègues venus là pour l'écouter ? A qui s'adressaient, s'il vous plait, ces accusations de légèreté d'esprit, d'opinions superficielles, de caprice et de fantaisie, portés contre ceux qui ne veulent pas que la médecine soit une science, mais seulement un art ? N'est-ce pas contre le professeur même qui, l'an passé et à pareil jour, ouvrait aussi officiellement l'année scholaire par un discours d'apparat prononcé aussi au nom de cette même faculté ? Contre qui était dirigé ce trait sur les nomenclatures modernes ? Contre qui cette comparaison avec ce roi tartare qui croyait remporter les plus belles victoires en s'emparant toujours de ses propres provinces ? Les instincts de l'auditoire ne s'y sont pas trompés, et l'on rapporte même qu'une scène fort violente s'est passée à l'issue de la séance entre le professeur blessé et l'orateur. Admirable accord, touchant ensemble de cette école dont les membres en viennent entre eux jusqu'à la dispute après un discours sur l'homogénéité !

Rappellerons-nous encore le discours de l'an passé ; antipode véritable de celui de cette année ? Celui de l'année précédente, plus malheureux encore, où une gloire de cette école, une des plus grandes renommées de notre temps, Dupuytren, en un mot, fut publiquement insulté, en face des jeunes élèves habitués à entourer cette grande mémoire d'admiration et de respect ?

Il serait aussi vrai qu'il ne l'est pas, que l'Ecole de Paris admettrait unanimement la nécessité de cette intervention des sciences physiques et chimiques dans l'étude de la médecine, que cela n'impliquerait en aucune façon l'existence, pour elle, d'une doctrine et d'une méthode. Cela prouverait seulement que cette école est d'accord sur les procédés à employer pour arriver à des résultats, mais non certainement c qu'il faut faire de ces résultats, quelle est leur valeur, leur nature, et quelles inductions ils conduisent.

Evidemment, pour tous ceux qui veulent voir au fond des choses, et qui ne se laissent pas éblouir par une parole élégante et facile, M. Royer-Collard s'est fait illusion en rapportant à l'Ecole de Paris une tendance qui est bien autrement générale, quoi qu'il fût possible peut-être d'en craindre une invasion trop absolue et trop entière dans les sciences médicales. L'esprit humain est aujourd'hui exclusivement tourné vers les applications des sciences exactes à tout ce qui intéresse l'existence. La médecine qui, a toutes les époques, a suivi les entraînements du moment, accomplit actuellement, comme toujours, sa destinée fatale, qui est de se laisser influencer par toute idée dominante. Mais ce n'est pas à une école, à une réunion d'hommes investis de son enseignement qu'elle doit cette tendance. Au contraire, les écoles l'ont combattue avec la plus grande énergie. Pour emprunter le langage même de M. Royer-Collard, elle la doit, cette tendance, au bon sens public, qui est le génie de l'humanité.

La conclusion de ces quelques lignes, c'est que M. Royer-Collard a fait un bon discours au point de vue du style ; mais qu'en proclamant l'homogénéité de l'enseignement de l'Ecole de Paris, il n'a proclamé qu'une grande et complète déception.

NOUVELLES.

M. le docteur Emile Chevé, dont la santé est complètement rétablie, à la suite d'un séjour dans le Midi, est de retour à Paris, et recommencera bientôt ses cours d'anatomie et de médecine. Il retrouvera la même affluence d'élèves qui suivait ordinairement ses leçons.

— M. Pigné, conservateur du musée Dupuytren, commencera un cours d'anatomie et de physiologie pathologiques, le mardi 7 novembre, à une heure, dans l'amphithéâtre, n° 1, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants.

partie inférieure à pleines mains, de manière à ce que les pouces seront, l'un sur le sommet de la malléole et l'autre un peu au-dessus et très près; on remonte alors, en pressant, le pouce qui est en bas jusqu'au-dessus de la base de la malléole; ou bien, avec les deux pouces qu'on fait cheminer le long de l'os, on en presse les différents points en appréciant avec soin tout ce que l'on rencontre d'anormal. Quand il y a fracture, on trouve, de ces manières, un mouvement léger et une rainure qui correspond précisément à l'endroit où le malade accuse le plus de douleur. N'a-t-on pu réussir des deux manières précédentes, on peut employer le moyen suivant, qui est souvent d'un très grand secours.

On saisit le gros orteil d'une main et le bas de la jambe de l'autre, on recommande au malade de laisser les muscles dans le relâchement; la main qui tient le bas de la jambe doit être placée de manière que le pouce repose sur la malléole; on fait alors tourner le pied; s'il y a fracture, la crépitation doit être sentie dans ce moment, ce mouvement de torsion tendant à séparer la malléole du corps de l'os. Il faut ajouter cependant que ce moyen échoue quelquefois; il ne peut réussir en effet qu'alors que les liens fibreux ont été déchirés, autrement ces ligaments s'opposent tout à fait au mouvement sur lequel on compte pour s'éclairer.

En résumé, le diagnostic des fractures de la malléole est difficile; heureusement que leur pronostic n'est jamais grave.

Les fractures du quart inférieur du péroné sont véritablement sérieuses, et c'est à celles-là uniquement qu'il faut appliquer tout ce qu'a dit Dupuytren. Quand la fracture du péroné a lieu dans ce point, il peut arriver que cet os soit séparé du tibia par la rupture de cette matière fibreuse, de cette espèce de ligament périnéo-tibial, et la conséquence de ce fait sera nécessairement le rapprochement de la portion supérieure du fragment inférieur, la disparition de l'espace inter-osseux, et par suite un commencement de luxation du pied en dehors. Que la consolidation survienne dans cette position, il en résultera une difformité assez considérable, et peut-être même une déchirure des téguments. Mais comme la violence qui a occasionné la fracture a dû être très grande, les ligaments péronéo-tibiaux peuvent avoir été rompus; l'on observe alors deux variétés de luxation, l'une en dehors, et l'autre en dehors et en arrière. Dans ces sortes de cas, la fracture doit être considérée comme grave, comme plus grave que celle du tibia.

Dans la dépression péronéale, les fractures ne sont pas difficiles à reconnaître. Si après une chute par suite d'un renversement du pied en dehors ou en dedans, car les deux accidents peuvent également produire cette fracture, et il n'est guère possible de recueillir des malades des renseignements précis à cet égard, occupés qu'ils sont au moment de la chute à se préserver de leur mieux de ses conséquences; si donc, après s'être tordu le pied, un individu est tombé, n'a pu se relever, ni marcher; si l'on remarque au-dessus de la dépression une ecchymose, si cette dépression est plus étendue que celle de l'autre côté, qu'elle présente cet aspect particulier que Dupuytren a désigné sous le nom de *coup de hache;* si, outre ces signes déjà probants, on observe une déviation plus ou moins notable en dehors, et qu'on sente au fond de la dépression une inégalité d'où se produit une souffrance vive en y appuyant, on peut diagnostiquer une fracture dans le quart ou le tiers inférieur du péroné. D'ailleurs, la crépitation et la mobilité se perçoivent ordinairement, et il n'est plus alors de doute possible.

Il est pourtant des chances d'erreurs qu'il est utile de connaître, des dispositions naturelles qui peuvent jeter dans l'embarras; ainsi, pour tous les caractères tirés de la dépression, il faut se tenir en garde, de peur de confondre la dépression normale avec celle que détermine la fracture. Il ne faut pas ignorer que le péroné se contourne en bas, que l'une de ses faces devient sous-cutanée; d'où il résulte deux crêtes, une externe et une antérieure, et qu'à leur union il existe une petite dépression osseuse pouvant en imposer. On comprend qu'après une entorse, par exemple, qui s'accompagnerait d'infiltration assez considérable, la malléole étant plus grosse alors, l'échancrure naturelle semblerait agrandie; on pourrait, au premier abord, croire à une fracture, mais l'on devrait s'attacher à constater quelqu'un des signes équivoques de cette lésion avant de prononcer qu'elle existe.

En général, on peut donc établir que cette classe de fracture du péroné est d'un diagnostic assez facile et d'un pronostic réellement sérieux.

Il doit être bien entendu que tout ce que nous venons de dire des fractures du péroné ne s'applique qu'aux fractures simples de cet os.

Fracture des deux os de la jambe. — Quand les fractures des deux os et de la jambe surviennent sous l'influence d'une cause directe, ce qui n'est pas très fréquent, elles sont le plus ordinairement accompagnées de désordres graves. Il est assez rare que dans ce cas la fracture ne soit pas compliquée, que les os ne soient pas broyés, qu'elle n'ait pas, en un mot, les caractères d'une fracture comminutive.

Quand on parle des fractures complètes de la jambe, ou, pour s'exprimer plus correctement que Boyer, des fractures des deux os de la jambe, on entend presque toujours désigner celles qui sont produites par une cause indirecte, telles qu'une chute sur les pieds, par exemple.

Dans ces sortes de fractures, il s'en faut, comme on le pensait d'abord, que les deux os se brisent toujours au même niveau. Les points du tibia que l'on voit céder le plus fréquemment à l'action de la cause fracturante, sont ceux qui correspondent au tiers inférieur et au tiers moyen. Le péroné se casse ordinairement au niveau de l'échancrure ou dans la longueur de son corps, ce qui n'est pas le plus ordinaire, cependant. Il est encore à remarquer que ces fractures sont presque constamment très obliques; ce sont celles-là qui sont véritablement taillées en bec de flûte; on en voit dont le biseau a depuis trois, quatre, jusqu'à cinq et six centimètres d'étendue. M. Velpeau en a vu une à l'hôpital Saint-Louis qui présentait plus d'un centimètre d'obliquité.

Par cela même que ces fractures des deux os présentent ordinairement une obliquité considérable, il en résulte une complication facile à concevoir. Quand un seul des deux os de la jambe a été brisé, l'os sain fait attelle à l'os malade, le membre conserve sa direction et sa longueur naturelles; mais quand les deux os sont fracturés en même temps, le membre se courbe, les deux fragments de chaque os glissent l'un contre l'autre avec une grande facilité en vertu de leur obliquité même, sollicités qu'ils sont par l'action musculaire et la jambe se raccourcit, se déforme, par le chevauchement des fragments osseux du péroné et du tibia. La difformité qui résulte de cette suite de circonstances est assez saillante pour frapper les yeux, même à distance. Le diagnostic des fractures des deux os de la jambe est donc, en général, extrêmement facile; tous les signes qui indiquent manifestement une fracture s'y trouvent réunis et ne peuvent être l'objet d'aucun doute; la mobilité, la difformité, le raccourcissement, l'angle que forme le membre et la crépitation, sont plus que suffisants pour établir le diagnostic précis de la fracture des deux os.

Le pronostic de ces fractures est assez grave; le raccourcissement, quand elles s'accompagnent, la position sous-cutanée de quelques-uns des fragments, et en particulier la position du fragment supérieur, qui tend sans cesse à déchirer la peau, et qu'on voit la perforer, même quand le malade est guéri; toutes ces considérations font de la fracture des deux os une lésion plus grave que la fracture du tibia ou du péroné seulement. Est-il nécessaire d'ajouter que, selon leur siége, elles acquierront de la gravité et deviendront d'un pronostic moins fâcheux. Tout le monde sait que les fractures des deux os de la jambe sont plus dangereuses quand elles ont lieu bien près de l'articulation.

Pour ce qui regarde le traitement, les praticiens sont loin de l'entendre de la même manière. Les moyens qui ont été tour à tour employés contre les fractures de la jambe, sont presque aussi variés que ceux que nous avons vu avoir été mis en usage pour les fractures de la cuisse. Si l'on voulait énumérer tous les appareils imaginés pour le traitement des fractures dont nous parlons, on en trouverait au moins de cinquante à soixante espèces.

La cause de cette sollicitude des chirurgiens à chercher de nouveaux bandages pour les fractures de la jambe, se conçoit quand on sait que ces fractures, prises en masse, forment la majorité de celles des membres. De toutes, ce sont peut-être les plus fréquentes; elles entrent au moins pour un quart dans la totalité, et comme leurs inconvénients sont sérieux, comme elles empêchent complètement de se servir du membre qu'elles affectent, il était naturel que les chirurgiens s'en occupassent plus que des autres. Ceci explique la profusion d'appareils qui ont été inventés pour leur traitement.

Parmi ces appareils, il faut ranger d'abord tous ceux que nous avons décrits pour la cuisse; car ils sont également applicables aux fractures de la jambe; il suffit d'en retrancher la partie supérieure, de même que ceux de la jambe prolongés jusqu'à la racine du membre, peuvent être employés contre les fractures du fémur.

Voici quels sont les auteurs de bandages ayant joui d'une certaine vogue pour les fractures de la jambe. L'ordre chronologique n'a pas été suivi d'une manière très rigoureuse, mais il est au moins utile de les connaître de nom :

Hippocrate, Ambroise Paré, Faust, Gersdorf, Gooch, Aïtken, Ryff, Brunninghausen, Pierropon, Zœfler, Posch, Forster, Petit, Elderton, Sauter, Koppenstatser, Nusbanner, Scultet, Sharp, Herster, Schneider, Brunnel, Batcher, Ravaton, Bell, Kluge, Braunn, Amesbury, Mayor, Tober, Græffe, Wather, Ecchheiner, Dupuytren, Mirault, Munaret, Saint-Martin, Lafond et tous les auteurs de bandages inamovibles.

Il s'en faut que nous ayons tout nommé; il en est d'autres encore, et chaque année, du reste, il s'en présente quelques-uns.

Est-il utile de chercher de nouveaux appareils contre les fractures de jambe?

M. Velpeau ne le pense pas. Selon ce chirurgien, avec deux ou trois des bandages connus, on satisfait à toutes les indications, et ces recherches d'appareils nouveaux n'ont été faites que dans le but de remédier au raccourcissement, contre lequel on s'est imaginé que l'extension permanente était indispensable. Mais cette extension permanente est non-seulement inutile, mais encore elle est nuisible. En effet, pour la pratiquer, il faut nécessairement un bandage de cuisse complet, et l'on retombe dans tous les inconvénients que nous avons énumérés pour le fémur, et qui ont trait à la compression sur l'ischion et sur le pied. Si l'on prend le point d'appui au-dessous du genou, il faudra des liens, des anneaux, d'où résulteront une gêne considérable, des escharres et de l'engorgement, sans oublier qu'il faudra un second point d'appui qu'on devra prendre sur les malléoles.

Toutes les fois qu'une compression doit être établie sur un membre, s'il arrive qu'elle ne soit pas égale sur tous les points, elle est dangereuse, voilà ce qu'il faut avoir constamment présent à l'esprit. Mais en supposant que pour les fractures de jambe l'extension permanente ne soit pas la cause des accidents dont nous parlons, dans quel but la pratiquera-t-on? Evidemment pour s'opposer à l'action musculaire. Mais est-il réellement possible d'annihiler la puissance de muscles aussi développés que ceux qui garnissent cette région, à moins alors de déployer une force considérable qui réagira sur les points d'appui pris sur le membre et produira inévitablement les accidents sérieux résultant d'une compression considérable. Encore a-t-on atteint le but qu'on se proposait quand on a employé ces moyens; a-t-on empêché le raccourcissement? On l'a prétendu. Eh bien! dit M. Velpeau, je ne craindrais pas de défier un chirurgien de me montrer une fracture oblique de la jambe guérie sans raccourcissement.

De ce que les malades portant de ces fractures obliques avaient guéri et ne boitaient pas, on en avait conclu que la guérison avait eu lieu sans raccourcissement; mais c'est un fait que M. Velpeau nous a rendu familier, que de nous montrer des sujets guéris d'anciennes fractures de jambe avec raccourcissement et pourtant ne boitant pas. Nous l'avons déjà répété bien des fois et nous le répéterons encore jusqu'à ce qu'enfin cela soit entendu, un raccourcissement léger de un, deux ou trois centimètres ne fait pas boiter. Nous avons en ce moment dans les salles un fait bien plus singulier encore, c'est un homme qui a entre les deux membres inférieurs une différence de longueur de six centimètres par suite d'une hypertrophie d'un des tibias et cependant *il ne boite pas.* Un élève qui assiste aux leçons de M. Velpeau lui a écrit qu'il avait une jambe plus courte que l'autre de deux centimètres et *il ne boite pas.*

Du reste, aujourd'hui en France on a renoncé à la méthode extensive; il n'y a plus guère que deux appareils entre lesquels on ait à choisir, l'appareil ancien ou bandage de Scultet, généralement connu et que nous ne décrirons pas. Ce bandage doit être renouvelé de temps en temps; tous les jours, s'il y a du gonflement; tous les deux ou trois jours ensuite, et enfin tous les cinq ou six jours vers la fin du traitement. L'autre bandage est celui qu'on appelle inamovible et que M. Velpeau préfère et emploie généralement parce qu'il a l'avantage, entre autres de maintenir le membre dans une immobilité parfaite et de n'avoir pas besoin d'être renouvelé.

Il y a trois variétés de bandages inamovibles : d'abord le bandage de Larrey, qui se compose d'un bandage à dix chefs imbibé d'un mélange de blanc d'œufs, d'alcool et d'eau de saturne, de fanon et de faux fanon et qui constitue un appareil assez compliqué qu'on n'emploie plus par cela même, et aussi à cause du peu de solubilité du mélange destiné à le durcir.

M. Seutin l'a modifié de la manière suivante; son appareil consiste dans l'application de deux ou trois plans de bandage de Scultet superposés; le premier à sec, le second est imbibé d'amidon; on place alors des attelles de carton, puis un troisième plan amidonné et quelquefois même un quatrième est mis pardessus. Cela fait, M. Seutin place sur la jambe des laie, un étrier, qu'après trois jours il enlève, et ce qui reste alors ressemble tout à fait au bandage de M. Velpeau.

Ce dernier chirurgien se servait déjà à l'hôpital Saint-Antoine d'un bandage à peu près semblable; seulement, tantôt il se servait d'étoupades trempées dans le liquide de Larrey, tantôt il employait le bandage roulé : c'est ce moyen qu'il a adopté définitivement.

M. Velpeau, frappé ensuite des inconvénients du liquide de Larrey, trop peu soluble, comme nous l'avons dit, ainsi que de ceux de l'amidon, auquel il reproche de conserver trop long-temps son humidité, puisque M. Seutin lui-même avoue qu'il demande trois jours pour amener le bandage à une solidité complète, substitua à ce dernier l'emploi de la dextrine qui permet d'obtenir un bandage parfaitement sec en six heures, et sans aucune espèce de précaution en douze à vingt-quatre heures à l'air libre. La dextrine n'a pas ce seul avantage sur l'amidon, outre qu'elle se ramollit aussi vite que lui, et qu'elle permet souvent de décoller la bande sans la mouiller, elle donne encore la facilité de préparer la bande d'avance, de la porter sur soi toute prête, en ayant seulement la précaution de la bien malaxer et de la serrer le plus possible quand une fois elle est imbibée de dextrine. Sous le rapport du prix; elle a ceci d'avantageux qu'elle revient à peu près à un franc le kilogramme, et qu'il n'en faut guère que cinq ou six cents grammes pour un appareil de jambe, ce qui mérite aussi d'être pris en considération.

Voici de quelle manière procède M. Velpeau dans l'application de son bandage. Le membre étant demi-fléchi est saisi par deux aides; quand il a été redressé, une ou deux compresses, imbibées d'eau-de-vie, sont mises sur le lieu de la fracture, et un bandage roulé sec est méthodiquement appliqué sur la jambe. Après ce premier plan, les inégalités du membre sont garnies d'un remplissage de coton et des attelles de carton, une antérieure externe, une interne et quelquefois une postérieure sont ensuite appliquées, puis une bande dextrinée est conduite depuis les orteils jusques un peu au-dessous du bandage sec.

Il y a dans ce dernier temps de l'application du bandage une petite remarque pratique qu'il ne faut pas négliger. Comme on a besoin de beaucoup de *renversés* à la jambe, et qu'ils sont un peu plus difficiles à faire avec une bande mouillée, on peut les éviter de la manière suivante : le premier tour étant placé à l'ordinaire horizontalement, au lieu de continuer le bandage comme on le fait habituellement, on enroule la bande autour de la jambe en formant de très longues spirales que l'on termine par des cercles autour de la cuisse, on revient de la même façon, de telle sorte que toutes les parties de la bande qui godent en arrière sont ramassées sur une même ligne, ce qui donne au bandage, dès qu'il est sec, une solidité plus grande encore. C'est à peine s'il faut dix minutes pour appliquer cet appareil, le membre est placé sous un cerceau et au bout de six à douze heures aucun déplacement n'est plus à craindre.

Beaucoup de chirurgiens ont émis des craintes mal fondées à propos de l'emploi de ce bandage. Ils ont dit. S'il survient du gonflement après son application, la compression du membre en sera la conséquence; si, au contraire, il y a du gonflement quand on l'applique et qu'il disparaisse, le bandage devient trop large et ne remplit plus son but.

Mais on répond à cela que le bandage lui-même est un bon résolutif; qu'en supposant même qu'il devienne trop large, il ne peut y avoir de ballottement, et cela est très facile à comprendre: le mollet, plus large que le bas de la jambe, ne peut descendre; le pied ne peut évidemment pas remonter; au-

dessous du genou, il est moins large qu'au genou lui-même; d'ailleurs la cuisse pliée forme encore un point d'appui; il ne faudrait donc pas beaucoup s'effrayer du vide qui pourrait survenir. D'un autre côté, s'il n'y a pas de gonflement, une fois le bandage appliqué, il n'en surviendra pas, pourvu qu'on ait soin de ne pas le faire presser plus sur un point que sur un autre.

Tout ce que nous venons d'exposer pourrait, dans le principe, passer pour des théories; mais depuis sept ans que M. Velpeau traite les fractures par cet appareil, il n'est pas arrivé un seul accident qui puisse raisonnablement être attribué au bandage; il est survenu une seule fois des escharres, cela est vrai, mais parce quo le bandage avait été mal appliqué. Dans la même circonstance, c'est un résultat fâcheux qu'on ne peut non plus éviter avec l'ancien appareil. Ainsi, il y a un endroit qui demande la plus grande attention, c'est le coude de pied. Ce point est le rendez-vous de tous les tours de bandes; il en résulte une augmentation de pression qui doit faire redouter la formation d'escharres dans ce lieu.

Une fois le bandage appliqué et sec, le malade ne souffre plus; il n'a plus de précautions à prendre, il peut bientôt se lever et marcher, et ce n'est pas le moindre avantage de cet appareil sur tous les autres.

Le bandage pour la fracture du péroné, quand il s'agit des fractures du corps et de la malléole, est absolument le même. Comme ces fractures ne s'accompagnent pas de chevauchement, l'immobilité est la seule indication à remplir; cet appareil convient parfaitement; et il y a plus, c'est qu'il réussit même mieux dans les fractures du péroné que dans celles des deux os. Les fractures de l'échancrure péronéale exigent quelques modifications, car le pied est souvent dévié en dehors, et cette difformité est d'un grand inconvénient pour la marche, la malléole interne étant sous-cutanée et tendant sans cesse alors à percer les téguments quand le pied est ainsi renversé de l'autre côté.

Il y a eu des appareils variés pour remédier à cette fracture. Avant Dupuytren, on recommandait de faire descendre l'attelle externe un décimètre plus bas que l'autre, puis de placer un coussin externe doublé ou plus épais à son extrémité inférieure, de telle sorte que le pied fût repoussé assez fortement en dedans. Ce bandage très employé anciennement, a été vivement combattu par Dupuytren. Celui qu'il y substitua était basé sur le même principe absolument, seulement l'attelle longue était à la partie interne, ainsi que le coussin, et il attirait le pied avec une bande contre l'attelle. Richerand se moqua beaucoup de cet apparell, qui ne consistait, disait-il, qu'à tirer en dedans ce qu'avant on refoulait dans le même sens.

Selon M. Velpeau, la bande, dans l'appareil de Dupuytren, se déplace facilement; le pied s'engorge très vite; il n'est pas préférable à l'ancien.

Celui qu'emploie M. Velpeau n'est autre chose que le bandage dextriné ordinaire, qui permet d'appliquer l'appareil de Dupuytren ou un autre, jusqu'à ce qu'il soit parfaitement sec, après quoi la déviation ne peut reparaître; c'est donc pendant douze à vingt-quatre heures au plus, qu'il faut maintenir le pied dans une bonne direction, et non pendant un mois comme avec les autres bandages.

Fractures de jambe compliquées de plaie. — Quand une fracture de la jambe se présente avec cette complication, il faut, avant d'appliquer l'appareil, bien peser la gravité de l'accident. Si la plaie doit inévitablement suppurer, il ne faut pas envelopper le membre d'un appareil. Si la suppuration n'est pas à craindre, on doit appliquer le bandage, se garder de comprimer, et le lever au bout de quatre ou cinq jours. Cette conduite est certainement la plus rationnelle. Que ferait-on, en effet, dans ce cas, si on laissait le membre à nu: on saignerait le malade, on lui recommanderait l'immobilité. L'application du bandage n'empêche rien de tout cela, et diminue certainement les chances de mouvement, et par suite les chances d'irritation. Quand la suppuration est inévitable, on peut encore employer le bandage dextriné, avec la précaution de laisser des ouvertures correspondant aux plaies, ce qui se fait très aisément; mais comme il faut alors employer des émollients qui imbiberaient sans cesse la bande, comme les liquides qui s'échapperont de la plaie mouilleraient aussi cette partie de l'appareil, on a le soin de mettre des attelles en bois au niveau de la partie brisée.

C'est ainsi que cela a été fait sur le malade du nº 15, qui se trouvait dans ces conditions. Cet homme a eu le délire; il s'est levé la nuit, et ce fait a suffi pour faire apprécier combien pouvait être utile le bandage inamovible. On est frappé de ce qui serait arrivé avec un bandage ordinaire.

Nous pouvons donc conclure, en terminant ce résumé pratique de l'histoire des fractures, que M. Velpeau emploie pour toutes le même bandage modifié selon le lieu et l'espèce. Ce chirurgien avoue qu'il préfère le bandage dextriné, en général, sans cependant rejeter les autres, mais il soutient qu'il a autant d'avantage qu'aucun de ceux qu'on emploie généralement. Le seul inconvénient qu'il lui reconnaisse est de forcer à soulever le membre du malade; inconvénient dont le bandage de Scultet est exempt; mais, d'un autre côté, comme on plie la jambe en la soulevant, les muscles sont distendus, les fragments sont moins sollicités au chevauchement, et d'ailleurs les fenêtres sont infiniment plus faciles à faire avec le bandage roulé qu'avec celui de Scultet, ce qui constitue un avantage qui le met à peu près sur la même ligne pour les facilités de leur application.

Telles sont les considérations pratiques présentées par M. Velpeau sur les fractures. Dans un prochain numéro, nous commencerons la publication du résumé des cas principaux observés pendant l'année 1842-1843. Dr PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Papillon, près de partir pour le Brésil, où il va s'établir en qualité de médecin, demande que l'Académie veuille lui indiquer des sujets d'étude et de recherche dans ces contrées.

Le conseil propose de lui répondre que l'Académie recevra avec intérêt les communications que M. Papillon voudra lui faire.

M. Delens. La réponse du conseil ne répond pas à la demande de l'auteur de la lettre, qui sollicite des instructions spéciales.

M. Dubois (d'Amiens). Quoique le conseil soit convaincu que l'auteur de la lettre est un médecin fort honorable, le conseil a pensé qu'il n'était pas suffisamment connu de l'Académie pour l'investir en quelque sorte d'une mission officielle.

— *M. le président* fait part à l'Académie des incidents qui se sont présentés, et des nombreuses démarches qu'il a fallu faire pour assurer à l'Académie un logement qui ne fût plus provisoire et qui fût digne d'elle. Il communique en même temps une lettre de M. le ministre de l'instruction publique relative à cet objet, et qui apprend à l'Académie qu'un nouveau bail a été signé, et que les lieux occupés par l'Académie seront agrandis et embellis.

— *M. Bérard* fait un rapport sur un travail intitulé: Choix d'observations; par M. Lépine, médecin de l'hôpital civil de Châlons-sur-Marne.

M. le rapporteur appelle surtout l'attention de l'Académie, 1° sur une observation de plaie pénétrante de l'abdomen produite par les cornes d'un bœuf furieux, plaie ayant donné issue à l'estomac, à l'axe transverse du colon, et à une partie de l'épiploon, et guérie en vingt et un jours. M. Bérard se livre à ce sujet à des considérations étendues sur le mécanisme du vomissement dans lequel, partageant l'opinion des physiologistes modernes, il croit l'estomac à peu près inerte; sur le procédé de réduction à employer dans les cas de hernie de l'estomac dans les plaies pénétrantes, cas dans lesquels il recommande la ponction de l'organe avec un trois-quart très fin; enfin sur le mode de cicatrisation de ces plaies; 2° sur une blessure du cerveau ayant déterminé la paralysie du même côté, cas rare, mais non sans exemple dans la science, et dont M. Bérard fait une énumération succincte; 3° sur un cas de monstruosité consistant en ce que les mains n'ont chacune que trois doigts et les pieds chacun quatre orteils.

Conclusions. Remercier l'auteur; insérer son travail dans le Bulletin; inscrire son nom parmi les candidats au titre de correspondant.

M. Castel. Je ne pense pas que l'explication de la paralysie siégeant du même côté que l'altération du cerveau soit aussi difficile à donner qu'on le suppose. D'abord, dans le cas actuel, la blessure était superficielle; or, ce n'est pas dans les couches superficielles du cerveau qu'a lieu l'entrecroisement des nerfs, cause véritable de la paralysie croisée.

J'ai une autre observation à faire sur le cas d'anomalie dont il a été question, et ce que je vais dire n'a jamais été dit. Lorsque les anomalies portent sur un seul fœtus, c'est toujours sur les agents de la vie animale que portent ces anomalies. Lorsqu'il y a deux fœtus, l'anomalie porte sur les agents de la vie organique.

M. Rochoux. En s'aidant de l'étude d'une maladie bien simple, de l'apoplexie, on peut arriver à quelques résultats sur la nature des causes des paralysies non croisées. On voit que dans l'apoplexie du cerveau proprement dit, il n'existe pas un seul fait de paralysie directe. Dans l'apoplexie du cervelet, la paralysie est indifféremment directe ou croisée. Mais dans les maladies chroniques de l'encéphale, ramollissement, tubercules, etc., les choses peuvent se passer différemment; il existe plusieurs cas authentiques de paralysie directe.

Quant au mécanisme du vomissement, je dois rappeler que Maingault a autrefois soutenu, dans un mémoire fort bien fait, que l'estomac était le seul agent du vomissement.

M. Bérard. Je ne veux pas contester le talent de Maingault; mais je dois rappeler à M. Rochoux que Béclard ayant repris ses expériences, arriva à des résultats entièrement opposés, et que Maingault reconnut lui-même son erreur.

M. Renault: J'ai fait des expériences sur les animaux pour rechercher les causes du vomissement; il en est résulté pour moi que je crois que l'estomac, non-seulement est passif dans ce phénomène, mais encore qu'il est un obstacle à sa production. Il est d'abord un fait, reconnu déjà par Bourgelot, c'est que plus la membrane musculeuse de l'estomac est développée chez les animaux, moins ces animaux vomissent. Un autre fait: lorsqu'on coupe les nerfs pneumo-gastriques, le vomissement se produit chez les animaux qui ne vomissaient pas auparavant, parce que la membrane musculeuse est alors paralysée. Contre l'opinion de Lafosse qui croyait que les chevaux ne vomissaient qu'après la rupture de l'estomac, je pense, et cela pour avoir sacrifié les animaux pendant le vomissement même, que c'est à l'instant que se produit la rupture que les chevaux vomissent. J'ai varié de toute façon mes expériences sur les chiens, et je suis arrivé à cette conséquence, que l'estomac est entièrement passif dans l'acte du vomissement.

M. Blandin. Je ne croyais pas qu'il fût encore nécessaire en 1843, de prendre la parole dans cette enceinte pour soutenir une opinion qui n'a plus besoin de défenseur. L'inertie de l'estomac dans l'acte du vomissement est un fait physiologique mis hors de toute contestation par les beaux travaux de M. Magendie. Je m'étonne même que M. Bérard ait semblé en revendiquer la gloire pour Béclard; elle appartient toute entière à M. Magendie. Les expériences de M. Maingault n'ont rien de concluant; sur les animaux qu'il soumettait à l'expérience, il conservait la ligne blanche; or, c'était donner à l'estomac un point d'appui: en enlevant la ligne blanche les chiens ne vomissent plus. C'est donc un fait incontestable aujourd'hui que la passivité de l'estomac dans l'acte du vomissement. Cependant je dois dire que l'expérience invoquée par M. Renault sur la section du pneumo-gastrique ne prouve pas tout ce qu'il croit. Si cette section paralyse l'estomac, elle paralyse aussi le diaphragme, agent bien autrement important pour provoquer le vomissement.

M. Blandin fait encore quelques objections au rapport de M. Bérard. Il pense que les cicatrices des plaies de l'abdomen ne sont pas suivies de hernies si ces cicatrices existent à la partie supérieure de l'abdomen, mais que dans les régions inférieures les hernies consécutives sont à craindre. Enfin, il n'est pas partisan de la ponction pour la réduction des hernies produites par des plaies abdominales, il a vu un cas où la ponction a été suivie d'une fistule stercorale. Il préfère le débridement par incision.

MM. Roux et *Dupuy* présentent quelques observations sans importance.

M. Bérard. Je répondrai à M. Blandin que d'abord je n'ai pas voulu dépouiller M. Magendie de la gloire qui lui revient dans la question physiologique du vomissement en faveur de Béclard. J'admets sans conteste la priorité de ces expériences. Quant aux cicatrices des plaies abdominales, je rappellerai que dans le cas actuel, une des plaies siégeait à l'anneau inguinal et qu'aucune hernie n'est survenue. Enfin, quant à la ponction rejetée par M. Blandin, et à sa préférence pour le débridement, je lui dirai qu'ici la plaie avait six pouces d'étendue et que ce n'est pas une incision de quelques lignes qui aurait favorisé la réduction. Les difficultés de cette réduction tenaient ici évidemment aux efforts de l'estomac et aux gaz qu'il contenait qui le faisaient se présenter avec force à l'ouverture de la plaie. M. Blandin a invoqué mon expérience à cet égard; je n'en ai pas de personnelle; mais la science ne se fait pas avec l'observation d'un seul homme, et je lui citerai Ambroise Paré, Desault, Boyer qui dans des cas analogues ont eu recours à la ponction. Je crois que dans le cas cité par M. Blandin, l'accident a été causé par autre chose que par la ponction.

Les conclusions sont adoptées.

M. Sandras lit un mémoire intitulé: Recherches et observations sur quelques points importants de l'histoire des tubercules. Dans ce mémoire, l'auteur rend compte de ce qu'il a vu de plus intéressant parmi les nombreux tuberculeux observés dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe. Quatre objets principaux ont attiré son attention; l'examen microscopique des crachats; la recherche anatomique de la guérison des affections tuberculeuses; le pronostic; et enfin, le traitement de ces maladies.

A propos de l'examen microscopique des crachats, l'auteur revient sur une communication qu'il avait faite l'année dernière à l'Académie, développe et rectifie ses premières opinions. Pour lui, les globules nombreux existants dans la plus grande partie des crachats tuberculeux, ne sont pas différents de ceux du pus ordinaire; il trouve que le plus souvent ces globules ne se montrent qu'en très petit nombre dans les bronchites simples aiguës ou chroniques; mais il avoue en même temps qu'il est quelquefois impossible de trouver au microscope aucune différence entre les crachats tuberculeux et les autres.

En somme, les différences qu'il avait cru d'abord pouvoir établir entre les uns et les autres lui paraissent, après de plus nombreuses expérieuses, propres seulement à mettre sur la voie d'une exploration par la percussion et l'auscultation, seul moyen, dit-il, de fixer le diagnostic.

La partie anatomique de ce travail renferme d'abord l'exposé succinct de sept observations recueillies à l'Hôtel-Dieu annexe en 1841 et 1842, desquelles l'auteur conclut à la guérison possible et anatomiquement démontrée des affections tuberculeuses.

Il n'a jamais rencontré de preuve que les tubercules, une fois existants, puissent rétrograder; mais il a trouvé, et les faits qu'il rapporte démontrent que la guérison peut avoir lieu de trois manières:

1° A la place où des tubercules se sont ramollis, fondus, et d'où ils ont été expulsés, il se forme une cicatrice très reconnaissable, anfractueuse, froncée, à brides cellulo-fibreuses divergentes, dans lesquelles aboutissent des rameaux bronchiq[illegible] reconnaissables, brusquement fermés en cul-de-sac. Ces [illegible]tent en général au haut des poumons, vers le [illegible] la fosse sus-épineuse.

2° Autour de l'e[illegible]berculés ont suppuré, se développe une fausse mem[illegible]ement [illegible] organisée, épaisse, résistante au point qu'on [illegible]lever [illegible] lambeaux assez larges. Dans la cavité ainsi tapi[illegible]nent s'ouvrir directement des rameaux bronchiques non formés.

3° Enfin, et c'est surtout chez les vieillards que cette forme de guérison a lieu, des tubercules enveloppés d'un kyste bien formé passent à un état d'induration particulier qui les fait ressembler à du plâtre un peu délayé. A cet état ils se conservent d'autant plus long-temps, qu'en général ces tubercules sont assez éloignés les uns des autres pour que la fonte, quand elle a lieu, ne se fasse jamais d'une manière simultanée, même lorsque ces tubercules enkystés sont entourés de matière pulmonaire noire ou rouge.

L'auteur fait remarquer à ce sujet les differences qui existent entre l'interprétation qu'il donne des faits qu'il a vus et celle que M. Boudet a tirée des siens, et qu'il vient de publier dans le nº de septembre de la Revue; mais en même temps il insiste sur la ressemblance de ces faits, qui lui semblent fortifier singulièrement son opinion.

L'expérience journalière de l'auteur le conduit ensuite à quelques remarques intéressantes sur le pronostic des affections tuberculeuses. Il les regarde comme plus rapidement mortelles chez les sujets d'un tempérament qui paraît s'y prêter le moins; il craint les morts presque subites, par asphyxie, pour ceux dont les poumons se trouvent dans une grande étendue farcis de tubercules même miliaires. Il espère une guérison, ne fût-elle que temporaire, pour ceux qui n'offrent d'indices symptômatiques ou physiques de fonte tuberculeuse que vers l'une des fosses sus-épineuses, et il insiste enfin sur la différence de durée de ces affections aux différents âges; différences qu'il explique par l'état matériel des désordres anatomiques.

Quant au traitement, l'auteur déclare qu'il ne croit pas qu'on ait encore trouvé un remède anti-tuberculeux; mais il insiste sur l'utilité relative de certains moyens. Après avoir parcouru sommairement l'énumération de la plupart des agents qui ont été conseillés et leur avoir assigné d'après les faits qu'il a observés la place que chacun d'eux peut et doit remplir dans le traitement, il s'attache à faire ressortir les trois moyens qu'il regarde, jusqu'à nouvel ordre, comme les plus efficaces. Ces trois moyens sont: les saignées à petites doses, fréquemment répétées; l'émétique presque journellement administré, et un régime aussi restaurant que possible.

L'auteur consacre une grande partie de son mémoire à faire connaître l'opportunité et la mesure dans lesquelles ces trois moyens doivent être invoqués. Il oppose en général les petites saignées aux hémorrhagies; le tartre stibié à la dose de 5, 10, 20 centigrammes dans un julep diacodé, aux irritations pulmonaires et aux engouements bronchiques; le régime fortifiant lui semble toujours nécessaire et admissible aussitôt que l'état des voies digestives et de la circulation le peuvent faire supporter.

Il termine en proclamant la nécessité non pas d'attaquer directement les tubercules qu'on ne peut pas faire reculer, mais de s'opposer de son mieux aux éruptions secondaires et à l'affaissement qui résulte de la suppuration des poumons, et il appelle l'attention des médecins sur ces trois moyens trop peu expérimentés en général.

Ce travail, qui a été écouté avec le plus grand intérêt, a été renvoyé à l'examen de la même commission déjà nommée à l'occasion des précédentes communications de l'auteur. — M. Delens sera adjoint à la commission.

— *M. Ségalas* fait une communication qui montre qu'aujourd'hui les difficultés de la lithotritie sont moins des difficultés mécaniques que des difficultés résultant des complications de l'affection calculeuse.

Le chef d'une famille respectable était venu de la province à Paris, il y a quatre ans, pour demander des soins contre une hématurie et quelques autres symptômes relatifs aux voies urinaires. M. Récamier, consulté le premier, examina le malade et chercha à s'assurer, par le cathétérisme, s'il existait une pierre dans la vessie; mais, au lieu d'une pierre, il y trouva un fungus. A quelques jours de là, le même examen donna à M. Ségalas le même résultat. On se borna en conséquence à quelques moyens médicaux, et le malade rentra chez lui. Il y a vécu depuis présentant à peu près les mêmes symptômes; seulement, au bout de quelque temps, l'hématurie, qui avait lieu très souvent pendant le repos, s'est montrée surtout après l'exercice, comme si un corps étranger s'était joint au fungus. Souffrant de plus en plus, et convaincu qu'il existait une pierre dans sa vessie, le malade est revenu à Paris réclamer le secours de la chirurgie. M. Ségulas a constaté par la sonde que l'idée du corps étranger était fondée, et, après quelques jours de préparation, il a fait une première séance de lithotritie très courte, très facile, sous les yeux du médecin ordinaire, M. Gouraud. Pendant plusieurs jours les choses ont été au mieux; mais le sixième jour, à la suite d'efforts faits pour aller à la garde-robe, le malade a été pris de symptômes apoplectiques. Ces symptômes, combattus d'abord avec quelque apparence de succès par MM. Récamier et Gouraud, n'ont pas tardé à s'aggraver, et la mort est arrivée le huitième jour de l'accident. A l'autopsie, on a observé ce qui suit:

La vessie est hypertrophiée et contient un petit fungus et un gros calcul. Le fongus explique l'hématurie, et le calcul qui est brisé en deux principaux fragments et deux petits, rend compte des changements qui ont eu lieu dans l'hématurie et dans les autres symptômes. Les reins sont fortement enflammés, le gauche surtout. On y remarque de la suppuration à la surface, sous forme de granulations, et tout cela sans que le malade ait accusé de la douleur dans la région lombaire.

Dans le cerveau, à l'hémisphère droit, il y avait un épanchement de sang et de plus un kyste hydatique dans le ventricule correspondant.

On voit, dit M. Ségalas en terminant sa communication, que les difficultés mécaniquea de la lithotritie avaient été surmontées facilement malgré le volume de la pierre, malgré la présence d'un fongus. On voit aussi que les complications de la pierre dans le cas présent étaient au-dessus des ressources de l'art, et que le malade n'eût pu être guéri complètement, lors même qu'une attaque d'apoplexie ne fût pas venue nous l'enlever à l'improviste.

Après quelques observations de *M. Amussat*, qui trouve ce fait fort intéressant, mais peut-être peu propre à la lithotritie, la séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 octobre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. le Dr *Schuster* adresse le second volume de son Dictionnaire international des Sciences naturelles et médicales, écrit dans les langues allemande et française.

M. Morel-Lavallée adresse une observation intitulée : *Fait clinique pour servir à l'histoire du cal.*

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une chétive complexion, fait un faux pas sur un trottoir et tombe sur le côté externe du membre inférieur droit.:. Il était couché sur le côté malade, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, et quand il se tournait sur le dos, il croisait les mains au-devant de la jambe comme pour maintenir la flexion effectuée par la contraction spasmodique des muscles du jarret fortement tendus. Une fois le membre allongé avec précaution, voici ce qui devient facile à constater : au-devant de la cuisse, un gonflement dur, fusiforme, commençant à deux travers de doigt au-dessus de la rotule. Il en résulte au-dessus de cet os sésamoide, entre lui et le gonflement, un enfoncement qui pourrait faire croire, au premier abord, à une rupture du triceps. Le fémur n'est d'ailleurs coudé en aucun sens ; pas d'irrégularité sur son pourtour ; ni mobilité anormale, ni crépitation, et quand on essaie de développer ces deux signes, une vive douleur à l'endroit de l'engorgement arrête cette tentative. L'os a conservé sa longueur ; le genou et la pointe du pied leur direction. En résumé, chute sur le côté externe de la cuisse, impuissance du membre, flexion permanente et spasmodique de la jambe, engorgement dur et douloureux au-dessus du genou, dépression entre cet engorgement et le bord supérieur de la rotule, tels sont les symptômes de la blessure.

Jusqu'au huitième jour de l'entrée du malade, pas de changement; maia s'étant à cette époque débarrassé de son appareil (attelle rembourrée), on le trouva comme au commencement, couché sur le côté droit, le genou fléchi, mais à un moindre degré et avec un aspect tout nouveau au siége du mal : séparée du corps de l'os à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation, l'extrémité inférieure du fémur est entraînée en arrière avec la jambe, et l'extrémité correspondante du fragment supérieur fait une légère saillie en avant. Dans l'attitude actuelle du membre, toute tentative pour produire la mobilité et la crépitation n'amène que de la douleur, tant est énergique la contraction spasmodique des muscles. Dans l'extension, ces essais n'ont pas d'aotre résultat; tandis qu'en portant jusqu'à l'angle droit la flexion de la jambe, la réduction se fait d'elle-même, et les fragments, dans leur retour à leur place naturelle, opèrent l'un sur l'autre un frottement rude qui s'accroît encore si on leur imprime des mouvements avec la main, surtout d'avant en arrière, manœuvre qu'on peut répéter plusieurs fois de suite presque sans douleur. Un engorgement traumatique autour d'un os, sans trace de violence aux parties molles, suffit donc quelquefois, avec le douleur et l'impuissance du membre, à caractériser une fracture.

La réduction opérée, on maintient avec l'appareil dextriné de M. Velpeau. — Mort par une double pleuro-pneumonie le quinzième jour de l'accident.

Autopsie. — *Fracture.* Toutes les enveloppes de la fracture sont enlevées avec le plus grand soin. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané n'offrent aucune ecchymose, aucune trace de lésion. Rien non plus dans les muscles, ni rupture, ni infiltration, ni coloration morbide. Je me trompe, en détachant le triceps du foyer de la fracture, on découvre en avant une tache noire large deux fois comme la pulpe du doigt, et n'occupant que la couche profonde du muscle. C'est une ecchymose où la matière plastique mélangée au sang, forme une adhérence entre le triceps et les parties sous-jacentes. Cette plaque isolée laissée en place, le périoste est mis à nu, et se montre d'une intégrité parfaite, excepté sous la plaque où il présente une petite fenêtre à peine capable de recevoir l'extrémité du doigt; de sorte que les deux fragments jouent dans un espèce de manchon périostique, complété en avant par une adhérence de la couche musculaire correspondante. Le foyer ouvert en avant par une section transversale, on vérifie la grandeur indiquée de la fenêtre du périoste. Au niveau de la fracture, un travers de main au-dessus et un travers de doigt au-dessous, cette membrane est doublée en dedans d'une couche de trois millimètres d'épaisseur au foyer, et qui s'amincit à mesure qu'elle s'en éloigne. Cette couche nouvelle, plus prononcée en dehors et en avant qu'en dedans et en arrière, est également distincte du périoste et de l'os ; — de l'un, parce qu'elle fait contraste avec sa rougeur, sa mollesse, et avec la blancheur, la dureté, etc., du tissu compacte ; — de l'autre, par son épaisseur inégale, sa coupe grenue, et présentant, en apparence du moins, des fibres plutôt perpendiculaires que parallèles à sa longueur. Enfin ces deux couches superposées et rouges, toutes deux sont cependant d'un aspect assez différent pour que l'œil découvre à l'instant la ligne qui la sépare. D'ailleurs le moindre contact suffit à la décoller. Voilà donc, en deux mots, les caractères qui les font reconnaître à la première vue. Pour le périoste, bornons-nous à ajouter que son épaisseur et sa vascularité sont un peu augmentées ; mais la description de la couche qui le double mérite plus de développement.

Facile à détacher du périoste, elle est unie et lisse sur cette face ; ne se séparant de l'os que par un véritable arrachement, elle est de ce côté âpre et rugueuse, comme une langue de chat; ce qui tient sans doute aux tronçons de ses innombrables liens de connexion qui ne sont autre chose que sa propre substance. En se brisant, plutôt que de se séparer du fémur, ses débris adhérents à la surface osseuse lui donnent l'aspect tomenteux. Au niveau du foyer elle est décollée sur chaque fragment dans la hauteur d'un centimètre, excepté à l'endroit de la déchirure du périoste, où elle s'avance unie à cette membrane et à l'os jusque sur l'extrême bord de la fracture. Dans toute l'étendue de ce décollement elle offre dans l'état grenu de sa face profonde une apparence de fraîche rupture, comme une plaque de lichen qu'on vient de détacher de l'écorce qui le nourrit. Cette couche, pénétrée de sang, se comporte sous le doigt comme un tissu spongieux, élastique; elle résiste à la plus forte pression sans s'écraser, et se déchire à la traction plus aisément qu'un cartilage ; — sa cassure présente une multitude de grosses fibres parallèles et serrées qui se rendent d'une face à l'autre, du périoste à l'os. Cette cassure rappelle d'une manière frappante celle d'un disque de bois blanc séparé de la tige par une section perpendiculaire. Ces colonnes, qui par leur agencement constituent la lame plastique, ne sont liées entre elles que par de faibles filaments celluleux.

Quant à la fracture elle-même, dont le siége est, comme nous l'avons dit, à trois travers de doigt de l'articulation, est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. La coupe des fragments offre un disque rouge enveloppé de deux anneaux concentriques dont l'interne est d'une blancheur éburnée, et l'externe d'un rouge vif : disque central, tissu spongieux de l'os ; — anneau blanc, lame compacte ; anneau rouge, périoste et sa doublure. La cassure est nette et lisse en avant, comme si elle eût été polie, presque pas rugueuse dans le reste de sa circonférence. Les inégalités, qui paraissent inséparables d'une fracture, n'ont-elles jamais existé ici, ou se sont-elles résorbées? La lame compacte n'offre pas d'altération ; le tissu spongieux qui semble réellement une éponge imbibée de sang, répond au toucher comme un corps élastique, bien qu'à un degré moins marqué que la substance du cal.

Entre les fragments, pas d'épanchement de sang, pas de matière plastique; rien enfin.

Ainsi d'abord, les dispositions anatomiques en expliquent aisément les symptômes. Le périoste déchiré dans une petite étendue et peu sensiblement décollé dans le reste de son pourtour, a pu maintenir les fragments en rapport tant qu'il a été secondé par la contracture instinctive des fléchisseurs de la jambe. Ces muscles, en effet, concouraient à la contention de deux manières : suffisamment contrebalancés par le triceps, ils serraient l'une contre l'autre, dans un sens favorable, les surfaces correspondantes de la cassure et en assuraient l'engrénage ; mais surtout ils empêchaient le aeul déplacement consécutif possible, le mouvement de bascule du fragment inférieur en arrière. Ce mouvement ne pouvait être opéré que par la contraction ou par la tension des jumeaux. Or, le sentiment de conservation s'opposait à la première, et la seconde était prévenue par la flexion de la jambe. L'agitation du malade, en changeant ces conditions, a sans doute forcé un faible engrenage et augmenté le décollement du périoste, et fait ainsi cesser la coaptation. Dès lors la réduction ne s'est plus maintenue spontanément, et le déplacement se reproduisait par l'extension de la jambe, etc.

Le travail du cal se résumait essentiellement dans la formation d'un manchon fibro-cartilagineux doublant le périoste et engaînant les fragments, et dans le ramollissement de leur tissu spongieux, sans épanchement de sang ni de lymphe plastique, ni dans le foyer, ni en dehors. Cette observation clinique vient donc parfaitement à l'appui de la théorie de M. Flourens ; M. Morel-Lavallée en a longuement développé les conséquences, en les rattachant au mécanisme de la réparation dans la nécrose.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* adresse la lettre qui suit : « Pour compléter l'étude de l'action du suc gastrique sur lea calculs urinaires, j'ai pensé qu'il serait utile de le placer dans les conditions de son maximum d'énergie et de le mettre en contact avec ces concrétions, non plus dans des vases inertes ou dans des vessies d'animaux, mais dans l'estomac. M. Blondlot s'est empressé de me seconder dans cette expérience. Nous avons introduit dans l'estomac de son chien un fragment de calcul d'acide urique pesant 95 centigr.; après 48 heures de séjour, il pesait 80 centigr.; par conséquent il avait perdu 15 centigr. L'expérience de M. le docteur Dumont, qui a fait avaler à son chien un fragment de pierre urinaire, pouvait faire prévoir ce résultat ; toutefois on ne pouvait savoir combien de temps le corps étranger avait séjourné dans l'estomac; peut-être n'avait-il fait que le traverser. Je ferai observer que la légère déperdition éprouvée par le calcul que je place sous lea yeux de l'Académie, a eu lieu sans ramollissement, sans disgrégation, mais par une sorte d'usure superficielle.

— *M. Quatrefages* adresse une note sur la physiologie des annélides. On sait que l'eau douce est un poison très énergique pour le plus grand nombre des animaux marins. Les annélides en particulier y vivent à peine quelques minutes. La différence entre l'eau douce et l'eau douce et l'eau de mer, consistant surtout dans ce que cette dernière renferme une forte proportion de chlorure de sodium, il était curieux de rechercher si c'était là réellement l'élément nécessaire à l'entretien de la vie marine. Voici les expériences que j'ai faites à ce sujet et qui ont porté principalement sur l'énice sanguine.

Trois vases furent préparés : le premier renfermait de l'eau de pluie, dans laquelle j'avais fait dissondre à peu près moitié autant de sel gris qu'en aurait fourni une quantité égale d'eau de mer ; le second renfermait de l'eau de mer saturée de sel ; le troisième contenait de l'eau de pluie dont la salure était sensiblement égale à celle de l'eau de mer. Les annelides placés dans le vase n° 1 moururent au bout d'une ou deux heures en présentant les mêmea phénomènes que dans l'eau douce. Dans le vase n° 2 (eau de mer saturée de sel), il y eut d'abord surexcitation vitale manifeste, puis bientôt affaissement, prostration, et enfin mort au bout de six heures. Dans le vase n° 3, qu'on pouvait regarder comme renfermant de l'eau de mer artificielle, non-seulement les annelides, mais encore divers rayonnés très sensibles à l'action de l'eau douce, ne parurent pas souffrir sensiblement et se comportèrent à peu près comme dans leur élément naturel.

De ces faits, je crois pouvoir conclure : 1° que le chlorure de sodium est l'élément nécessaire à la vie des animaux marins; 2° qu'il joue dans leur physiologie un rôle assez semblable à l'action stimulante que l'oxigène exerce sur les animaux qui respirent l'air en nature. Peut-être le sel dont il s'agit est-il en outre chargé, comme l'oxigène, de quelque rôle d'agent chimique; mais faute d'instruments nécessaires, je n'ai pu m'en assurer.

— *M. Gunobourg*, médecin à Breslau (Prusse), envoie une note sur un cas de dégénération ganglionnaire des nerfs de la moelle épinière. (Nous publierons cette note dans un prochain numéro.)

Séance de rentrée de la Faculté. (3 novembre.)

La séance publique pour la distribution des prix de la Faculté de médecine a eu lieu aujourd'hui sous la présidence de M. Orfila, doyen.

M. le professeur Royer-Collard a prononcé le discours d'usage, et les noms des lauréats ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

Prix Monthyon. — Ce prix n'a pas été décerné, mais une somme de 200 fr. a été accordée à titre de récompense à M. Bouchut, interne à Necker, et une somme de 100 fr. à un auteur qui a désiré garder l'anonyme.

Prix Corvisart. — La Faculté n'a pas jugé que la médaille d'or dût être décernée ; mais elle a accordé un prix consistant en une médaille d'argent et des livres pour la valeur de 300 fr. à MM. Martin Lauzer, docteur-médecin, d'Auray (Morbihan), et Lefebvre Pierre-Henry, de Gaillon (Eure).

Prix de l'Ecole pratique.

Premier prix. — Médaille d'or de 300 fr., livres et dispense de frais universitaires pour 615 fr., à M. Delpech, Auguste-Louis, de Paris.

Deuxième prix. — Médaille d'argent et des livres d'une valeur de 200 fr. et dispense de frais universitairea pour 315 fr., à M. Fiaux, François-Félix, de Chatignonville (Seine-et-Oise).

Troisième prix, de la même valeur que le précédent, à M. Matice, Charles, de Paris.

Premier deuxième prix. — Médaille d'argent et livres pour une valeur de 150 fr. et 100 fr. pour la dispense du droit de sceau à M. Bonnet Heury, de Valence (Drôme).

Deuxième premier prix. — De la même valeur que le précédent, à M. Trifet, Ayppolite-Alexandre, d'Etrœngt (Nord).

Prix des élèves sages-femmes.

Médaille d'argent et des livres, partagé *ex æquo* entre mesdames Malard Angélique, Mélanie Martel, de Meulan (Seine-et-Oise), et Bouteloup Constance de Sens (Yonne).

Mention honorable à mademoiselle Wifs (Marie-Louise.

Prix pour 1844.

Prix fondé par Montyon. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de cea maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1844 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1844 la question suivante :

« Déterminer, par des observations recueillies pendant l'année, dans » les cliniques médicales de la Faculté, les signes à l'aide desquels on » peut distinguer l'*hémorrhagie cérébrale* des autres affections aigüës » du cerveau qui peuvent la simuler. »

Du 15 août au 1er septembre 1844, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

La Faculte croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 131. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 6 NOVEMBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

(*Quatrième liste.*)

Nous soussignés, internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris;

Convaincus de la nécessité de donner aux discussions scientifiques le plus de publicité possible;

Considérant que le contrôle de la presse médicale, exercé sans entraves, est le plus sûr garant de l'authenticité des faits annoncés, et l'obstacle le plus sérieux aux envahissements du charlatanisme;

Déclarons adhérer pleinement, pour le présent et pour l'avenir, à la récente manifestation de principes des médecins et chirurgiens de France.

Paris, 6 novembre 1843.

Aubry, Bodinier, Bodart, Bourguignon, Boucher, Bergeron, Bidault, Bernutz, Bigot, Bonnefous, Bartoli, Cloquet, Clerc, J. Caron, Chauffar, Cahen, Chayet, Delpech, Damoiseau, Dequevauvillers, Desruelles, Deville, Desayvre, Dupont, J. De Loujon, Decrosant, Dufresnes, D'Acrebey, Faget, Ferra, Fiaux, Gaubric, Guéneau de Mussy, Gougeon, Gros, Hérard, Houel, Jamain, Jousset, Laroche, Lacanal, Lagout, Levavasseur, Leroy, Lafaurie, Mayor, Michard, M. Martin, Marqueis, Neucourt, Oulmont, Potier, Peste, Piégu, Râcle, Richet, Roussel, Routier, Roulland, Serré, Sée, Salmon, Thibault, Tavignot, Tonné, Veyne, Vaussin, Valude.

MM. de Castelnau et Cossy ont déjà signé comme membres de la Société médicale d'observation.

Paris, Hôtel royal des Invalides, le 4 novembre 1843.

Nous soussignés, docteurs en médecine, déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes contenus dans la déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique;

Nous vous prions, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer notre adhésion dans le plus prochain numéro de votre estimable Journal.

A. Pasquier, D.-M.-P.; L. Bezu, D.-M.-P.; Lallemand, D.-M.-P.; Doquin, D.-M.-M.; B. Borrel, D.-M.-M.; J.-B. Huart, D.-M.-M.; Barudel, D.-M.-M.; Aron, D.-M.-S.; Valette, D.-M.; Gerrier, D.-M.

Monsieur et très honoré confrère,

C'est par de-là les mers que nous arrive la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique, et insérée dans le n° 124 de votre Journal (19 octobre 1843), et j'ai hâte de vous prier de joindre mon nom à ceux qui figurent sur la liste que vous avec publiée; trop heureux de trouver l'occasion de déclarer que, hors ces principes, la science serait à la merci de tous les charlatans.

Agréez, je vous prie, etc.,

MALLE,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Mustapha-Pacha, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Alger, 30 octobre 1843.

Hagueneau, 1er novembre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

L'*inimaginable* procès intenté à la presse scientifique a fait bruit jusque dans ma petite garnison.

Veuillez m'ajouter, je vous prie, au nombre des signataires à la déclaration de principes formulée dans votre estimable Journal. Au milieu de si bonne compagnie, mon nom perdra de son obscurité.

J. POYER, D.-M.-P.,
Ex-aide-major de la garde municipale,
chirurgien-major du 3e lanciers.

— M. le docteur Od. Chevillion, de Vitry-le-François, nous écrit également pour nous prier de faire connaître son adhésion à la déclaration.

La Société médicale du département d'Indre-et-Loire, à messieurs les membres de la Société de Chirurgie:

Messieurs,

Nous nous empressons de vous faire savoir que, dans sa séance ordinaire du 2 novembre 1843, la Société médicale du département d'Indre-et-Loire, déférant à votre invitation, a, unanimement, donné son adhésion aux principes formulés dans la déclaration rédigée et signée le 8 octobre dernier, par un grand nombre de médecins.

Nous avons l'honneur, etc.

Hulin-Origet, D.-M.-P., président.
Anglada, D.-M.-P., secrétaire général.

Adhèrent à la déclaration, les soussignés docteurs en médecine à Mayenne:

Godefroy, Guyard, Gondais, Ponthault.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Urticaire. Coloration rouge de l'éruption. Symptômes généraux. Guérison rapide.

G..., âgé de dix-neuf ans, garçon couvreur, d'une taille élevée, d'une constitution très forte, a les cheveux noirs, la peau basanée. Il a toujours eu une robuste santé, et n'a jamais été malade à garder le lit, sauf il y a deux ans, où il fut alité dix-huit jours pour une affection à la jambe droite, dont on n'a pu déterminer la nature. Il n'a eu ni la variole, ni la rougeole, ni d'affection cutanée pareille à celle dont il est atteint actuellement. Il avait un logement sec, se nourrissait bien, n'a pas supporté de privations. Dans les jours qui ont précédé sa maladie, il n'a pas fait d'excès alcooliques ni d'aliments.

Le 17 août dernier, ayant depuis quatre jours environ un peu de céphalalgie qui ne l'empêcha pas de travailler, il alla en sueur, et par un soleil assez chaud, se baigner à la Seine. Il affirme qu'à ce moment là il n'avait aucune éruption sur le corps.

Deux heures après être sorti du bain, il commença à éprouver des démangeaisons et des rougeurs dans le derrière de la tête et à la nuque; le soir il en avait au cou, et dans la nuit elles occupaient tout le corps.

Jusqu'au 21 août, l'éruption persista, tantôt disparaissant en partie, tantôt revenant avec une nouvelle intensité. Elle était accompagnée de démangeaisons générales extrêmement vives, qui déterminèrent une insomnie complète. Pendant ce temps, la céphalalgie était augmentée; il y avait de la courbature, de l'anorexie, des nausées, puis des vomissements répétés de matières vertes et amères. Il y avait aussi de la douleur dans la déglutition, de la chaleur avec moiteur. Il n'y eut pas de frisson, même au début.

Le 21 août, dans la journée, le malade vint à pied à l'hôpital Beaujon. Il n'avait fait aucun traitement.

Dans la soirée, on constate l'état suivant: A part les deux mains, toute la surface du corps offre une éruption qui occupe à peu près les deux tiers de la surface cutanée. Elle est constituée par des plaques d'un rouge plus ou moins vif, et qui pâlissent momentanément sous la pression du doigt. Les unes, en petit nombre, ne font aucune saillie appréciable, sont d'une forme très irrégulière, et leur étendue varie entre deux et six centimètres de diamètre. Les autres plaques, de beaucoup les plus nombreuses, offrent comme caractère commun une saillie de un à deux millimètres, à limites bien nettes et brusques; mais dans leur forme elles offrent des variétés très grandes. Les unes sont rigoureusement circulaires, les autres ovalaires; d'autres enfin, irrégulières, paraissent formées par la réunion de plusieurs en une seule plaque. La surface de ces plaques saillantes est bien lisse, sans aspérité appréciable; leur centre, en général coloré et de niveau avec les bords, est, dans quelques-unes, comme déprimé, et là la peau a presque son aspect et sa couleur naturels. Dans les intervalles de l'éruption, la peau est saine. La face est uniformément très colorée, comme bouffie, mais les plaques n'y sont pas distinctes comme ailleurs. La peau est chaude, sèche, et le siége de démangeaisons vives et fort pénibles.

Céphalalgie frontale assez intense; sens intacts; légère injection des conjonctives, Intelligence et mémoire en bon état. Langue humide, blanchâtre, bien tirée; soif vive, inappétence; quelques nausées. Légère douleur de gorge. Un peu de rougeur pointillée de la muqueuse buccale, de celle des piliers et de la paroi postérieure du pharynx, sans gonflement des amygdales.

Abdomen médiocrement volumineux, indolent, bien conformé. Pas de selles depuis hier.

Toux légère, sèche, depuis deux jours seulement. Percussion du thorax partout bien sonore, avec respiration pure, vésiculaire, sans râles, égale des deux côtés.

Rien d'anormal à la région du cœur.

Pouls régulier, plein, à 90 pulsations.

La nuit suivante, une ou deux heures d'un sommeil souvent interrompu. Les démangeaisons sont un peu moins vives que les nuits précédentes.

Le 22 au matin, les plaques sont un peu moins nombreuses que la veille. Le malade signale spontanément une circonstance qui avait été négligée lors du premier examen, c'est que, il suffisait de gratter pendant quelques instants un espace où la peau est saine, pour y faire apparaître *aussitôt* des pla-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une comédie en deux scènes. — L'indigné. — Tribulations de l'Académie. — Les merveilles de la nouvelle salle. — La nomination accrochée. — Raisons pour qu'un rapporteur ne rapporte pas. — Incidents de la protestation. — Un Blondel succombe. — Une scène à illustrer. — Eloquence stérile. — Le docteur Papillon. — L'enseignement particulier. — Un tour de gobelet anatomique. — Le médecin à 1 fr. par mois.

Excellente comédie qui n'a eu que deux scènes, mais admirables de comique et de vérité! — De quelles scènes parlez-vous, et sur quel théâtre ont-elles été jouées? — Pourrais-je vous entretenir d'autre chose si ce n'est de l'événement de la semaine, c'est-à-dire de la rentrée de la Faculté. — Votre irrévérence est extrême, et je trouve la plaisanterie peu convenable. — Cela ne veut pas dire qu'elle soit mauvaise; en tout cas elle n'est pas de moi, j'en décline l'invention, tout en avouant que je n'aurais pu si bien faire. Cependant j'en ris encore, et votre indignation ne peut m'empêcher de dire que ces deux scènes figureraient à merveille dans la cérémonie *du malade imaginaire.* — Mais, que s'est-il donc passé de si hilariant? — Promettez-moi d'abord que vous ne parlerez plus de mon irrévérence, car si irrévérence il y a, elle n'est pas dans le récit des choses, mais dans les choses elles-mêmes. — Oui, à condition que le récit soit exact et l'historien fidèle. — J'en atteste les douze cents auditeurs qui se pressaient, vendredi dernier, dans le grand amphithéâtre. — Commencez-donc.

SCÈNE PREMIÈRE. — *Le théâtre représente le grand amphithéâtre un jour de grande rentrée.*

Un professeur lisant son discours:

« Je voulais, Messieurs, vous donner du nouveau; mais, après réflexion, j'ai vu que, semblable à un liquide précieux, plus elle était vieille, meilleure était la vérité. Je vais donc vous entretenir d'un sujet qui depuis Thalès jusqu'à moi, en passant par Empédocle, Démocrite, Epicure, Erasistrate, Galien, Paracelse, Boerhaave et cent autres, a été l'objet de profondes méditations; je veux parler de l'intervention des sciences physiques et chimiques dans l'étude de l'homme. Il est vrai qu'aucun esprit raisonnable aujourd'hui ne nie la nécessité de cette intervention; mais en allant chercher de droite et de gauche les plus pauvres et les plus absurdes objections, je me donnerai la satisfaction de les pourfendre et de les renverser. »

Ici l'orateur explique, développe son texte et ne s'en tire pas trop mal:

« Vous me demanderez peut-être où je veux en venir. J'avoue qu'en commençant je ne le savais pas trop moi-même, mais, en me souvenant de la circonstance, du lieu, de l'auditoire et de ma robe rouge, il faut bien, me suis-je dit, que je vous dise quelque chose de relatif à tout cela.

» N'ajoutez pas foi, messieurs les élèves, à ces méchants propros sur notre défaut d'ensemble, notre absence de doctrines, notre manque de méthode. Nous sommes tous d'accord ici pour rechercher la vérité, tous nous en sommes altérés. (Ici l'orateur boit un verre d'eau sucrée). On nous a souvent demandé: Etes-vous pour Brown ou pour Broussais? Etes-vous vitalistes ou materialistes? Quel est votre drapeau? Que pensez-vous de la phrénologie, de l'homéopathie, du magnétisme? A ces questions importunes, nous ne répondons pas, et pour cause. Mais cela ne m'empêche pas de vous dire que l'école de Paris a des doctrines, *in petto* il est vrai, mais les mêmes pour ses vingt-six robes rouges étalées devant vous. A la vérité nous rions sous cape de ceux d'entre nous qui vous ennuient de leurs nomenclatures biscornues et qui croient avoir fait une grande découverte médicale quand ils ont inventé un mot baroque; nous les comparons volontiers à ce tartare bien connu qui entassait conquête sur conquête en s'emparant toujours de ses mêmes provinces. (Hilarité générale). Il est vrai encore que nous traitons fort dédaigneusement ces têtes légères, ces esprits frivoles qui viennent vous dire, comme l'an passé à pareil jour, que la médecine n'est pas une science, mais seulement un art. Il est vrai encore que Broussais de son vivant fut fort mal traité dans cette enceinte, et cela à son nez et à sa barbe, et dans une circonstance semblable à celle-ci. Mais tout cela ne prouve qu'une chose, c'est que nous professons tous le même enseignement, c'est que nous sommes tous parfaitement unis, et, en preuve, c'est que, rentrés dans notre salle du conseil, nous allons nous livrer à une accolade confraternelle à l'occasion de la rentrée des cours. »

SCÈNE DEUXIÈME. — *La scène se passe à l'issue de la séance, dans la salle du conseil.*

Un des vingt-six entre furieux comme un lion, *quœrens quem devoret*. Il se précipite avec rapidité vers l'orateur, et l'apostrophe avec la plus grande vivacité. Sa colère est extrême: — Vous avez insulté, ridiculisé mon enseignement. Je demande à faire le discours l'année prochaine, pour vous rendre la pareille. Nous verrons bien de vous ou de moi quel est le plus ridicule. Je prendrai pour texte le livre d'Hippocrate *De decenti ornatus*, et j'esquisserai un portrait qui fera rire aussi l'auditoire, etc., etc. Il a fallu l'intervention d'un grand nombre de collègues pour mettre fin à une scène qui s'élevait jusqu'à la véhémence, et qui aurait pu se terminer par une leçon de *percussion* plus ou moins plessimétrique.

Eh bien, mon cher indigné, que pensez-vous de cette homogénéité, de cet accord, de cette harmonie? Avais-je si grand tort de vous dire que la scène était d'un comique achevé? — Mon indigné s'est retiré l'œil en courroux, sans que j'aie pu deviner sur qui, de la Faculté ou de moi, sa colère retombait.

— De la Faculté à l'Académie la distance n'est plus grande aujourd'hui; car la première a donné l'hospitalité à la seconde, qui s'est vue bien près d'être privée de toute espèce d'asile. M. le président a raconté mardi dernier l'épopée lamentable des longues tribulations de cette société savante à l'occasion de son gîte. Enfin, le *Deus ex machinâ*, sous la forme de M. Villemain, a amené un dénouement heureux. L'Académie garde son local, et l'on ne parle que des merveilles dont l'architecte, à l'heure qu'il est, embellit l'hôtel de la rue de Poi-

ques semblables à celles déjà décrites. La chaleur est toujours très élevée, et le pouls comme hier. Bourrache, 2 pots ; saignée du bras, 250 grammes ; lavement émollient ; diète absolue.

Le sang a coulé par un jet assez grêle, et offre un caillot peu volumineux, peu consistant, recouvert d'une couenne très mince.

Le 23, les plaques sont moins nombreuses, et en général moins colorées ; le prurit diminue ; moins de courbature et de céphalalgie. Léger appétit. Encore un peu de chaleur sèche. Pouls à 70, régulier, sans largeur. Bourrache ; deux bouillons.

Le 24, sommeil bon, prurit très léger. Quelques rares plaques, saillantes ou non, peu colorées, sont encore disséminées sur toute la surface du corps. D'ailleurs, leur nombre varie beaucoup aux divers moments de la journée, mais depuis leur apparition il y en a toujours en plus ou moins. La figure n'est plus bouffie ni colorée comme lors de l'entrée. Deux potages.

Le 25, l'éruption et le prurit sont complètement disparu pour ne plus revenir. Le pouls est lent, régulier, sans largeur ; l'appetit vif. Le quart de portion.

Le 28, le malade sort complètement guéri.

Remarques. — Je dois avant tout justifier le titre de mon observation. La disparition et la réapparition alternative des plaques considérées individuellement, la possibilité d'en déterminer la formation en grattant la peau saine, sont deux caractères qui appartiennent à l'urticaire et à ses variétés seulement, et ne s'observent pas dans d'autres affections éruptives avec lesquelles on pourrait les confondre. Ce qui précède me dispense donc d'entrer dans de plus grands détails sous le point de vue du diagnostic.

Comme circonstances remarquables de l'observation qu'on vient de lire, je noterai la coloration rouge et la grande étendue de l'éruption, l'intensité du prurit qu'elle déterminait, et enfin le mouvement fébrile.

Remarquons enfin, comme particularité digne d'intérêt, c'est que l'éruption, tantôt plus, tantôt moins prononcée, n'a jamais disparu entièrement, même pendant quelques instants, depuis son début jusqu'à sa guérison définitive. Fait en opposition avec ce que l'on observe communément dans l'urticaire, où l'on voit les plaques disparaître souvent entièrement pendant quelques heures, pour revenir ensuite avec une nouvelle intensité.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Vidal (de Cassis).

Syphilis constitutionnelle. Atrophie extraordinaire des organes génitaux et chute des cheveux et des poils.

X... est un ancien militaire âgé de trente-deux ans, exerçant la profession de graveur sur les monuments funèbres. Voici son histoire syphilitique :

1° A dix-huit ans, chancres autour du gland, guéris en cinq semaines par des frictions mercurielles, etc., dans le service de M. Cullerier, à l'hôpital des Vénériens.

2° A vingt-un ans, chaudepisse traitée au Val-de-Grâce par le copahu et les injections d'eau blanche. Durée, deux mois.

3° A vingt-deux ans, chancres à la face interne du prépuce. Il assure les avoir fait disparaître lui-même avec de l'eau blanche et de l'onguent mercuriel, en dix jours, quoiqu'ils fussent très profonds. Il affirme encore que des marches forcées occasionnèrent le développement d'un bubon cinq ou six jours après la guérison du chancre. Il entra dans un hôpital militaire, où on le mit à la liqueur de Van-Swiéten et aux frictions mercurielles.

4° A vingt-quatre ans, ulcères à la gorge. Depuis longtemps il ne s'était pas exposé à la contagion. Cautérisation ; pilules de sublimé, frictions mercurielles. Durée, deux mois et demi.

5° A vingt-six ans, syphilides à la tête, qui ont cédé aux frictions mercurielles en dix-huit ou vingt jours. C'étaient, dit-il :

6° Des boutons rouges, aplatis, s'en allant en poussière farineuse sans laisser de trace.

7° A vingt-sept ans, mêmes syphilides sur une partie du front. Le même traitement les fit disparaître en six semaines. Il était alors à Alger.

8° A vingt-huit ans ; jusque-là la vérole paraissait ne pas avoir sensiblement ébranlé la constitution ni porté atteinte à la santé générale ; mais à cette époque il éprouva des maux de tête d'une violence extrême, accompagnés de fièvre ; il fut assez malade pour n'avoir pas la conscience de son état, lorsqu'un séton à la nuque, des moxas derrière les oreilles, l'eurent rappelé à lui, il s'aperçut avec effroi que ses cheveux, sa barbe, ses sourcils ; enfin que tous les poils du corps étaient tombés. Dès-lors les organes génitaux commencèrent à s'atrophier.

9° Sur la fin de la même année, étant en semestre à Paris, il eut une tumeur lacrymale que M. Cullerier guérit en deux mois par les frictions mercurielles et les fumigations aromatiques.

10° A vingt-neuf ans, exostose frontale, que le même médecin fit disparaître en quatre mois, par un traitement analogue. La tumeur n'a pas laissé de vestige.

11° A trente ans il entra dans le service de M. Puch, à l'hôpital des Vénériens, pour deux exostoses à la nuque. Après deux mois et demi d'usage de la tisane de Feltz, il était débarrassé de tout.

11° A trente ans et demi, six mois après, il rentre dans le même service pour une carie des os du nez, et après un séjour de sept mois il n'en sort que soulagé, puisqu'il continue toujours à trouver de temps à autre de petites esquilles dans son mouchoir.

13° A trente-un ans, enflure du coude-pied droit ; douleur profondes le long du membre, et plus vives la nuit que le jour. Les bains de vapeur et la liqueur de Van-Swiéten sont administrés avec succès contre ces accidents. Service de M. Puche.

14° A trente-deux ans, il vient enfin d'être admis (au commencement de septembre) dans les salles de M. Vidal (de Cassis), pour des douleurs intra-crâniennes assez violentes, surtout pendant la nuit, où elles le réveillent en sursaut.

De tout le système pileux, il n'y a que les cheveux qui aient repoussé au bout de six ans ; point de barbe, point de poils nulle part. En trois ans les organes externes de la génération sont redescendus au volume qu'ils avaient à sept ou huit ans ; les testicules très sensibles au moindre toucher : on sent de petits corps mollasses où l'on ne distingue guère que l'épididyme. Tous les caractères de la puberté ont disparu, et la face est passée et ridée comme celle d'une femme de cinquante ans. Il n'a presque plus ni désirs, ni la puissance de les satisfaire. Quand il a voulu profiter de ses rares érections, il n'a plus éprouvé les mêmes sensations qu'autrefois ; ce n'est presque rien, et au lieu de sperme, c'est un liquide encore un peu filant, mais clair comme de l'eau.

Depuis que M. Vidal a mis le malade à l'usage interne de l'iodure de potassium, les douleurs de tête se sont un peu calmées ; sans se dissiper complètement.

— Ce cas singulier, qui a été deux fois présenté à l'Académie de médecine, il y a huit mois, par M. Ollivier, et il y a quinze mois par l'interne de M. Puche, est remarquable à beaucoup d'égards. D'abord, de tous les accidents vénériens que X... a éprouvés, la blennorrhagie est la seule qui n'ait pas été traitée par le mercure, et, selon certains auteurs, se trouverait ainsi sous l'accusation d'avoir produit les symptômes consécutifs. Mais c'est l'alopécie, et surtout l'atrophie de l'appareil génital, qui sont véritablement extraordinaires par le degré qu'elles ont atteint. Dans ce cas, la chute du système pileux se rattache bien évidemment, comme le reste, à la syphilis constitutionnelle.

Nous connaissons un autre sujet chez lequel ce phénomène morbide fut limité aux cheveux, aux sourcils, aux cils et à la barbe ; en un mot, à la tête, et où la cause n'était ni la syphilis, ni aucune de celles que les auteurs ont assignées à l'alopécie. C'était chez un habitant de la campagne, innocent dans la force du terme, et qui n'avait pas même entendu parler de maladie honteuse. Il ressentit à peine quelques maux de tête et de cœur, et cela seulement la nuit, et le jour il continuait son travail. Au bout de vingt jours il avait le crâne et la face entièrement nus, sans que la peau de ces parties eût souffert. Les douleurs de tête étaient profondes. Après la chute des cheveux, il lui vint, dit-il, à leur place, une quantité de petits boutons qui causaient beaucoup de démangeaisons. Trois saignées faites presque coup sur coup n'exercèrent aucune influence sur cette alopécie partielle. Elle se fit, comme on voit, sans cause appréciable, presque sans symptômes ; c'était comme une mue sans retour. Il y a deux ans que tout est tombé, et rien encore n'a repoussé.

S'il survient quelque changement intéressant dans l'état du malade de M. Vidal (de Cassis), nous en ferons part à nos lecteurs.

Bubon pelvien.

Voici un cas à peine indiqué dans les livres, et effectivement très rare dans la pratique.

B. Poulonga, âgé de dix-huit ans, avait depuis six semaines un chancre que rien ne compliquait, quand après une journée de fatigue il éprouva une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Il est à noter que le chancre occupait la partie correspondante de la base du prépuce, le côté droit. La douleur iliaque qui est allée en augmentant l'a forcé d'interrompre son travail, et lui a fait passer quinze nuits sans sommeil.

A son entrée à l'hôpital, le malade avait une fièvre assez forte, une tuméfaction vague et très douloureuse dans la fosse iliaque droite ; la moindre pression était insupportable, et l'allongement du membre impossible ; et tous les mouvements du corps, et surtout les secousses de la toux, retentissaient douloureusement au siége du mal.

Depuis quelques jours le chancre avait disparu. Quarante sangsues sur l'engorgement ; boissons émollientes ; diète. Le lendemain, le mieux s'était déjà déclaré ; vingt sangsues furent encore appliquées. Quelques jours plus tard, la paroi abdominale avait repris sa souplesse au-devant de l'engorgement, et permettait de sentir les ganglions durs, mais non douloureux, au-dessus du ligament de Fallope et dans la fosse iliaque. Au bout de dix jours, le malade est sorti guéri.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Observations sur quelques cas de maladies des yeux, recueillies à la clinique ophthalmologique de Mr le professeur A. Bérard, et réflexions par Mr A. Lhommeau, chef de clinique, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté (médaille d'or), etc.

(Suite du n° 127.)

Atrophie de l'œil droit. Leucoma considérable à gauche. Opération de pupille artificielle. Succès complet.

Une couturière de Croix en Brie, âgée de quarante-deux ans, fut adressée à M. Bérard, le 19 janvier 1843. Cette femme, d'une constitution délicate et nerveuse, n'avait cependant jamais eu de maladie grave. La variole l'avait considérablement défigurée à l'âge de dix ans, et de plus lui avait fait perdre l'œil droit. Rien d'important n'était survenu dans sa santé, lorsque, le 14 mai 1842, elle fut prise d'une ophthalmie grave du côté gauche, qu'elle attribue à un coup de vent qu'elle a reçu en allant aux champs ; elle ne sait donner de détails ni sur les symptômes qu'elle a éprouvés, ni sur le traitement qu'elle a subi ; celui-ci cependant paraît avoir été fort peu énergique. Ce qui est sûr, c'est que la vision a été désormais abolie.

A son entrée, le centre de la cornée du côté gauche était occupé par un leucoma d'un blanc mat occupant toute l'épaisseur de la membrane, et d'un diamètre tel, qu'il ne laissait de transparent à sa grande circonférence qu'un cercle de 2 millimètres de largeur et de 3 au plus en dehors. Cette énorme taie était alimentée par des vaisseaux sanguins, dont quelques-uns lui venaient par en haut de la conjonctive. La

---

tiers. La salle des séances, considérablement agrandie, représentera en petit la Chambre des députés. Les honorables y seront assis sur des banquettes commodes et devant des pupitres. Le public y trouvera un espace convenable, et les journalistes, gracieuseté à laquelle la docte assemblée ne les a point habitués, y seront placés dans une tribune particulière tout à côté de la tribune des orateurs. Nous ne verrons pas toutes ces belles choses avant le mois de janvier ; ce sera les étrennes de l'Académie.

Je ne la quitterai pas, l'Académie, sans faire remarquer la lenteur inouïe avec laquelle elle procède cette fois à la nomination du nouveau membre qui manque dans la section de pathologie interne. Depuis plusieurs mois, cependant, la commission a arrêté la liste de présentation qui a été publiée dans ce journal même. D'où peut venir ce retard ? La chose s'explique assez facilement, quand on sait que M. J. Guérin est le rapporteur de la commission. On conçoit que, dans les circonstances actuelles, cet académicien ait autre chose à faire qu'un rapport sur les candidatures. Mais, peut-être à cause des empêchements dont on comprend l'urgence, M. Guérin aurait-il bien fait de se démettre de ses fonctions de rapporteur. Voilà bientôt six mois que cette candidature est ouverte ; est-il bien convenable de faire ainsi languir les honorables candidats ? Autre chose sur laquelle je désire appeler l'attention du public médical, surtout celle de l'Académie, et qui me paraîtrait, à moi, un motif bien autrement péremptoire de renoncer à l'honneur de faire le rapport. Des six personnes portées sur la liste de présentation, deux ont signé la protestation à l'occasion du procès intenté par M. Guérin. Les quatre autres se sont abstenues, et l'une d'elles même a fait dans le sein de la Société de médecine de Paris une opposition énergique, mais vaine, pour empêcher cette Société d'adhérer à la protestatiun. Dans ces circonstances, la position de M. Guérin comme rapporteur n'est-elle pas fort périlleuse ? Pourra-t-il se prémunir contre tout soupçon de rancune ou de reconnaissance ? Le croira-t-on capable d'une entière et austère impartialité ? Ne se placera-t-il pas dans cette position que tout homme scrupuleux doit repousser, d'être juge et partie ? Si M. Guérin considère la protestation comme un acte d'opposition personnelle, peut-il rester juge de gens qu'il croit ses ennemis ? J'avoue que, pour mon compte, ces motifs me paraissent si puissants, qu'avec mon franc-parler je n'hésite pas à donner à M. Guérin le conseil de s'abstenir. Je crois, et j'ai quelques motifs pour le lui dire, que l'Académie, les candidats et le public sont entièrement de mon avis.

— Du reste cette protestation qui *crescit eundo* et qui devient tous les jours plus formidable, donne lieu de temps à autre à des incidents tantôt bizarres et plaisants, tantôt véritablement dramatiques. D'abord le fidèle Blondel que vous savez, après huit jours de tergiversations et de perplexités cruelles, a subi la contagion de l'exemple ; il a signé. Fidélité au malheur, tu n'es qu'un vain nom !

Puis, voici une scène qui mériterait d'être illustrée par le crayon de Daumier : elle représenterait à l'Académie un honorable membre au moment où on lui présente la protestation à signer. Il prend la plume et s'incline pour écrire son nom. A cet instant entre M. Guérin qui, *ne sachant ce que fait son ami*, vient familièrement lui taper sur l'épaule. L'académicien tourne la tête, et, sans se déconcerter, sans abandonner la plume, il tend sa main gauche à M. Guérin, qui la lui serre affectueusement. J'y mettrais pour légende cette maxime évangélique : Que votre main gauche ignore ce qu'*écrit* votre main droite.

Enfin, le dramatique s'est passé à la Société de médecine de Paris. Le candidat dont je parlais plus haut a combattu avec la plus grande énergie la proposition d'adhésion à la protestation sur le droit de libre discussion. Ses efforts ont été complétement stériles, et, malgré les élans de son impétueuse éloquence, la Société a décidé unanimement que son bureau était autorisé à adhérer.

— Le docteur *Papillon* a demandé à l'Académie de faire partie des médecins voyageurs. C'était tout simple.

— L'enseignement libre et particulier a toujours trouvé dans ce journal des défenseurs et un appui. Cet enseignement vient de recevoir cette année, en ce qui concerne l'anatomie et les dissections particulières, un coup terrible et dont il aura peine à se relever. Je ne veux pas ici examiner s'il y avait opportunité, convenance, utilité et justice à prendre la mesure dont se plaignent les professeurs particuliers. Cette question sera prochainement traitée dans nos colonnes supérieures ; elle est suffisamment grave et touche aux intérêts trop réels des élèves pour qu'elle ne soit pas sérieusement examinée.

— Vous savez qu'il y a quelques années un spéculateur bien connu inventa la médecine par abonnement sous le nom de *Société sanitaire*. Cette idée tomba sous la risée publique. Mais, le croirait-on ? elle vient d'être reprise, et cette fois par un de nos confrères, ou se disant tel ; car personne n'a jamais entendu parler du docteur d'Arnel, nom que se donne le nouveau fondateur de cette absurdité. Pour 1 fr. par mois, il promet aux bienheureux habitants de Paris tous les secours de notre bienfaisante science. A l'heure qu'il est, il cherche et enrôle des complices ; et, ce qui me touche de près, le satané guérisseur veut ouvrir sa boutique dans mon quartier même, presque sous mes fenêtres. Le fait est que Paris est inondé des prospectus de cette nouvelle entreprise, et que si les coalitions n'étaient pas prohibées, nos confrères de Paris n'auraient qu'un moyen de détruire cette redoutable concurrence, ce serait de se cotiser et de donner 1 fr. à tous les malades qui réclameraient leurs soins.

Où allons-nous, mes chers confrères, et que sera la médecine dans vingt ans d'ici ?

Jean Raimond.

— *Conférences pratiques sur les maladies des yeux*, par le docteur F. Furnari. — Ces conférences seront consacrées :

1° A l'ophthalmoscopie ou à l'examen des affections oculaires ;

2° Au diagnostique différentiel et aux moyens prophylactiques et thérapeutiques ;

3° Au manuel opératoire sur les animaux vivants et sur l'ophthalmophantôme de l'auteur.

L'ouverture de ces conférences aura lieu le mercredi, 15 novembre, à 2 heures ; elles seront continuées les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

On s'inscrit chez le concierge du Dispensaire ophthalmique, rue Chanoinesse 8, près de l'Hôtel-Dieu.

chambre antérieure paraissait ne pas exister ; ce qu'on voyait d'iris au dehors était fort rapproché de la cornée ; l'action prolongée de la belladone n'a rien appris de plus. La malade ne pouvait pas se conduire ; cependant, non-seulement elle distinguait le jour de la nuit et le passage d'un corps opaque entre son œil et la fenêtre, mais encore eu se mettant de côté elle pouvait reconnaître quelques couleurs.

Le 7 février, M. Bérard pratiqua l'opération de la pupille artificielle. Il fit une incision verticale à la cornée à la réunion du 1/3 externe aux 2/3 internes du leucoma. Il s'écoula de l'humeur aqueuse en petite quantité, du sang qui venait de l'épaisseur de la tache, et en même temps une goutte environ d'une humeur laiteuse.

Par cette ouverture il introduisit le coréoncière de Graëfe, et il décolla sans peine l'iris en dehors et en haut. La membrane fut amenée par l'ouverture pour y être réséquée avec des ciseaux courbes, et il obtint un lambeau triangulaire de 4 millimètres de côté. Du sang remplit immédiatement le trou fait à l'iris; la douleur ne fut pas vive, et disparut quatre heures après l'opération. On avait mis sur l'œil des compresses imbibées d'eau froide. Le lendemain de l'opération, la douleur était nulle, la malade voyait rouge; les frictions furent faites au-dessus du sourcil avec de l'onguent napolitain et de l'extrait de belladone ; elle prit du calomel à l'intérieur. Le troisième jour, elle put distinguer la main ; le cinquième jour, la salivation avait amené de la fièvre ; mais le sixième jour, elle put distinguer et compter les élèves qui entouraient son lit. Depuis, la vue s'est améliorée graduellement. Dès le 15 février, elle put reconnaître tout ce qu'on lui présenta, et lire de grosses lettres.

Le 18 mars, elle n'avait rien perdu de la faculté de voir ; elle avait en haut et en dehors une pupille parfaitement noire ; mais depuis quelques jours elle était atteinte de nostalgie ; à cause de laquelle elle sortit de l'hôpital.

Des épanchements de sang non traumatiques dans l'œil.

Les épanchements de sang dans l'œil ne sont pas une chose rare, et quoique les auteurs ne s'en soient peut-être pas assez occupés, il en est fait mention dans la plupart des ouvrages d'ophthalmologie. On y apprend que le sang peut occuper tous les tissus de l'œil, ses membranes, ses humeurs ou ses chambres, que la quantité peut varier ainsi que son état, liquide ou solide, etc. ; mais presque toujours ce sont des lésions traumatiques qui l'ont produit ; ce sont des coups, des chutes, des plaies ou l'œil a été intéressé, ou des opérations qu'il a subies, celle de la cataracte ou de la pupille artificielle surtout, etc. (1). C'est à peine si l'on parle des épanchements qui se font spontanément dans l'œil, et qui ont leur source dans un état pathologique de cet organe; cependant quelques auteurs citent l'iritis comme cause de cette hémorrhagie, et à ce sujet Lawrence ajoute qu'il l'a vue survenir *plusieurs fois* dans des cas où l'inflammation n'était pas très intense. Quoi qu'il en soit, ce genre d'épanchement est une lésion assez rare, ou au moins peu connue, et je crois utile de faire connaître une analyse des observations de quatre malades qui nous l'ont présentée. Ces malades ont offert, d'ailleurs, des conditions particulières sur lesquelles nous reviendrons plus bas (2).

Opération de cataracte par abaissement. Perte consécutive de la vue. Epanchement de sang dans la chambre antérieure. Douleurs violentes. Atrophie de l'œil.

Notre première malade est une femme nommée Alaman, ouvrière en bas, demeurant rue du Jardin-du-Roi, 25, d'une bonne santé habituelle, bien réglée de douze à quarante-cinq ans, mère de trois enfants; elle a eu, il y a quatorze ans, quelques douleurs rhumatismales peu intenses. Quant à ses yeux, elle n'a jamais eu d'ophthalmie, quoiqu'elle se soit souvent fatiguée la vue à travailler; elle a toujours été myope. Trois ou quatre ans après la cessation de ses règles, sa vue a commencé à s'affaiblir, surtout du côté droit; cependant elle a pu travailler jusqu'au mois de mai 1841.

A cette époque elle entra à l'hôpital de la Pitié, où M. Lenoir lui fit l'opération de la cataracte par abaissement du côté droit; mais elle ne réussit pas, en ce sens que le cristallin reprit sa place. Quatre mois plus tard, il fut abaissé de nouveau ; cette fois la vision se rétablit au bout d'un temps que la malade précise mal, mais qui paraît avoir été assez long, et elle se maintint bonne pendant neuf mois. Depuis trois mois elle éprouvait des douleurs dans cet œil, quelquefois plus vives la nuit (alors il lui semblait qu'elle avait du feu dans l'œil; des compresses imbibées d'eau froide étaient promptement desséchées) ; un matin la vision s'est trouvée complétement abolie. Quand le lendemain elle vint à la consultation, l'œil au premier aspect paraissait normal, les paupières s'ouvraient largement, et il y avait à peine quelques vaisseaux injectés dans l'œil. Cependant il y avait des symptômes légers de l'hydrophthalmie qui suit si souvent l'opération de la cataracte par abaissement, comme je l'ai dit plus haut; la chambre antérieure était grande ; la pupille moyennement ouverte, nette, peu mobile ; la vision nulle. On considéra cette femme comme amaurotique. Quand elle revint une quinzaine de jours plus tard, son état ne s'était amélioré, ni sous le rapport de la vision, ni sous celui des douleurs; mais de plus, on voyait dans le bas de la chambre antérieure un petit épanchement de sang reconnaissable aux caractères de ce liquide, et ayant la forme accoutumée de l'hypopyon. En inclinant la tête de la malade, le sang se déplaçait de façon à occuper toujours la partie déclive. On l'admit à l'hôpital ; mais pendant deux mois toutes les médications échouèrent. On tenta les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les purgatifs, la belladone et l'onguent mercuriel en frictions ; enfin le calomel. Celui-ci causa une salivation des plus pénibles, mais l'épanchement n'en resta pas moins stationnaire ; il avait graduellement augmenté, et il occupait les trois quarts de la chambre antérieure. La malade demanda sa sortie, et vint au traitement externe. Les douleurs contre lesquelles on avait déjà lutté tourmentèrent de nouveau cette femme, que l'opium ne pouvait faire dormir ; M. Bérard la confia à M. le docteur Fr. Terrier, qui la soumit au traitement qu'il a imaginé contre certaines affections des yeux, et qui fait l'objet d'un mémoire actuellement déposé à l'Institut (Académie des sciences). Les douleurs disparurent complétement en quelques jours, mais l'épanchement resta. On se décida alors à donner issue au sang qui était resté liquide, en ouvrant la cornée. Je perdis de vue la malade pendant trois mois. A mon retour, les douleurs se faisaient encore sentir quelquefois, et l'œil était atrophié.

Opération de cataracte par abaissement des deux côtés. Epanchement de sang dans la chambre antérieure plusieurs mois après l'opération. Atrophie d'un œil. Perte de la vision de l'autre côté.

Notre second malade présente deux exemples d'une affection toute semblable, mais moins grave dans l'un de ses yeux. C'est un nommé Jacob Swann, âgé de cinquante-six ans, et d'une constitution pléthorique ; il a été opéré de la cataracte du côté gauche par abaissement, le 10 juin 1842, par M. Robert. Le succès fut complet au bout de quatre mois ; la vision était assez bonne pour que le malade, aidé de lunettes, pût lire des caractères fins. Il se fit opérer du côté droit le 6 novembre, aussi par abaissement. Les choses allèrent bien pendant deux mois ; mais au bout de ce temps, il survint des accidents ; le malade fut pris de douleurs considérables dans l'œil et la tête de ce côté; il se fit un épanchement de sang dans la chambre antérieure (c'est le malade qui raconte exactement son histoire), et la vision s'abolit complétement. On employa un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Il fut saigné du bras sept fois ; cependant les accidents se calmèrent avec grand'peine, et, depuis, l'œil s'est graduellement atrophié.

Quand le malade vint nous consulter, le 14 août, il nous dit que la faculté de voir s'affaiblissait du côté gauche, et que des douleurs se faisaient sentir par accès dans cet œil et dans le côté de la tête correspondant. Elles étaient plus fortes et plus fréquentes quand le malade usait d'un régime excitant, mais toujours irrégulières. Quant à leur apparition et à leur durée, il y avait un peu de conjonctivite et une légère hydrophthalmie ; la chambre antérieure agrandie contenait en bas un grumeau gris qui semblait être un reste de cristallin, tremblant comme l'iris à l'occasion des mouvements de l'œil. La pupille était noire, moyennement large, un peu mobile.

Le malade revint le 21 août; il avait considérablement souffert pendant la nuit ; l'œil était plus rouge, la chambre antérieure contenait du sang pur, mobile, et qui entourait le grumeau de cristallin dont nous avons parlé. On le soumit au traitement par les frictions de M. Terrier. Les douleurs furent calmées, les accès devinrent moins forts et moins fréquents ; ils prirent pendant quelques jours le type tierce.— Ce traitement est encore actuellement continué; les douleurs sont légères et rares ; depuis le 29, le sang a complétement disparu, mais la vision est toujours dans le même état et permet à peine de reconnaître les doigts.

Cataracte tendant à se guérir spontanément par extraction. — Epanchement de sang dans la chambre antérieure. Perforation de la cornée.

Notre troisième malade est intéressant à plus d'un titre ; il présente une altération fort curieuse au moins par sa marche. C'est un blanchisseur de cinquante-six ans, nommé Guiguard, et demeurant boulevart Croulebarde, 9. Il s'est présenté à la consultation de la Pitié le 29 juillet, et nous raconta qu'il n'avait jamais été malade, et qu'en 1836, sans cause connue, il avait perdu la vue du côté gauche, dans l'espace de quelques mois. Dans ce temps il eut des maux de tête qui se sont reproduits seulement ces jours derniers. Le 29 juillet il y avait un peu de pesanteur de tête et de la douleur du côté gauche; il y avait congestion plutôt qu'inflammation de la conjonctive, les veines sous conjonctivales étaient grosses et un peu variqueuses, la cornée était transparente, mais légèrement dépolie à sa face antérieure ou autre. La chambre antérieure contenait au bas un petit épanchement de sang mobile et haut d'environ 3 millimètres. L'iris était un peu incliné en avant, sa coloration était semblable à celle du côté sain ; sur sa face antérieure et de chaque côté, au milieu de son limbe, on voyait s'élever des vaisseaux sanguins, rameaux qui se perdaient insensiblement en haut et dont l'origine était cachée par l'épanchement. La pupille était large, irrégulière, immobile et contenait comme dans un cadre un corps opaque d'un gris jaune, d'aspect tuberculeux dans quelques points et qui semblait être le cristallin tendant à passer dans la chambre antérieure. L'œil lui-même n'était pas douloureux et il était sensible à la présence de la lumière. On lui fit une saignée au bras.

Le 3 août, les choses avaient changé d'aspect ; l'épanchement était un peu plus considérable ; la cornée était opacifiée dans toute son épaisseur, dans le quart environ de son étendue, un peu au-dessus de son centre. Elle était gris-jaune, saillante dans ce point et ramollie : du reste, il n'y avait ni douleur, ni photophobie, ni larmoiement.

Le 8 au matin, le malade montra son mouchoir teint de sérosité rouge, qu'il dit être sortie de son œil ; en effet, la chambre antérieure avait disparu, l'iris était appliqué contre la cornée; cependant il y avait encore un peu de sang dans la chambre. Cette évacuation de l'humeur aqueuse avait amené un peu de soulagement en faisant disparaître une sensation de tension que le malade accusait depuis quelques jours. Depuis ce temps l'état de l'œil a peu changé, c'est-à-dire que le cristallin enchâssé dans la pupille et en contact avec la cornée, paraît tendre à sortir ; la chambre antérieure ne s'est pas rétablie, sans doute que l'humeur reproduite s'échappe à mesure par la portion ramollie de la cornée ; cependant celle-ci est redevenue transparente dans une grande partie de son étendue ; il reste seulement un point large de trois millimètres environ dans lequel elle est encore jaune et molle. On peut voir maintenant que les vaisseaux qui serpentent à la surface de l'iris et dont le volume a notablement diminué ont leur origine derrière l'encadrement de la cornée. Du reste, on n'a fait aucun traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 septembre 1843. — Présidence de M. CORNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Mackieuiez, qui demande le titre de membre correspondant. Il envoie, à l'appui, un mémoire intitulé : Quelques mots sur la mue dans l'organisme humain.

Commissaires : MM. Lubanski Piédagnel et Caffe.

2° Une lettre de M. Szokalski, docteur de la Faculté de Paris et de celle de Giessen, membre de plusieurs sociétés savantes. Il demande à faire une lecture à la prochaine séance; il offre à la Société les travaux suivants : 1° De l'emploi hygiénique et thérapeutique des conserves et des lunettes; 2° Recherches sur l'anatomie et la physiologie élémentaires de l'œil; 3° de l'influence des muscles obliques de l'œil sur la vision et de leur paralysie; 4° Essai sur les sensations des couleurs ; 5° De la diplopie uni-oculaire, ou double vision d'un œil. — M. Szokalski sera entendu.

3° Le docteur Fallot, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles et de celle de Paris, fait hommage à la Société d'un travail intitulé : Etudes cliniques, ou choix d'observations recueillies à l'hôpital militaire de Namur pendant le deuxième semestre de 1842.—Renvoyé à M. Cornac.

4° La Société de médecine du département de la Sarthe adresse un exemplaire de ses statuts. — Remercîments et renvoi à M. Caffe.

5° M. Leblanc adresse les numéros d'août et de septembre, de la Clinique vétérinaire.

6° M. Moyon, chargé par l'Académie de Turin de communiquer à la Société une question de prix proposée par elle, dépose sur le bureau la note suivante :

« Former un tableau comparatif des symptômes et des altérations organiques qu'on rencontre dans les cas de farcin et de morve chez les solipèdes, non moins que dans les maladies ainsi nommées chez l'homme.

» Déterminer avec précision le siége et la condition pathologique des maladies susdites. Se prononcer sur leur identité ou non-identité chez le cheval et chez l'homme.

» Dans le cas que l'identité soit prouvée (en appréciant toutefois les différences dues à l'organisation particulière de l'homme et des solipèdes), en faire connaître, à l'aide des faits et de l'expérience, l'origine ou la dérivation chez l'homme; savoir si ces maladies peuvent survenir spontanément, par inoculation, ou par infection.

» Dans le cas négatif, rechercher et indiquer si les maladies qui se manifestent quelquefois chez les individus chargés de soigner les chevaux morveux ou farcineux, maladies qu'on regarde comme identiques à la morve et au farcin, ne pourraient être dues à d'autres causes individuelles et locales indépendantes de la contagion, ou plus particulièrement dues au concours du virus morveux et farcineux du cheval, comme simple puissance irritante et morbide.

» Suggérer enfin dans l'un comme dans l'autre cas, les moyens préservatifs et thérapeutiques les plus efficaces pour combattre ces maladies. »

Le prix sera une médaille en or de la valeur de 500 fr. Les ouvrages ou mémoires écrits en italien, en latin ou en français, seront adressés avant le 30 mai 1845, suivant les usages académiques, au secrétariat de la Société, à Turin.

7° M. Manzini, membre correspondant, adresse une lettre par laquelle il se plaint d'imputations calomnieuses qui auraient circulé sur son compte au sein de la Société. En outre, il demande un nouveau congé. — Le congé est accordé. Quant aux reproches mal fondés de calomnie, la Société rappelle ses procès-verbaux et sa généreuse conduite à l'égard de M. Manzini.

— *Inauguration de la statue de Bichat à Bourg. Translation de ses cendres.* — *M. le président* informe la Société que le bureau, pressé par le temps, et ne pouvant la convoquer pour la consulter sur la conduite à tenir au sujet de la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat à Bourg, sa patrie, a cru devoir envoyer un de ses membres pour l'y représenter. M. Hippolite Larrey, fils du contemporain et du coopérateur de Bichat à la fondation de la Société, a été chargé de ce soin.

M. Larrey est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé.

Après avoir exprimé à la Société toute sa reconnaissance pour l'insigne honneur qui lui a été fait, *M. Larrey* reproduit les paroles publiées par la *Gazette des Hôpitaux* dans son numéro du 31 août.

Elles sont suivies des remercîments de la Société. L'insertion du discours en entier au procès-verbal est votée.

M. Forget rappelle alors que les restes de Bichat ont été presque oubliés dans le cimetière de Clamart, « Bichat, dit-il, dont nous venons d'entendre l'éloge si éloquent et si mérité, est à la veille de ne plus avoir de tombe. Bientôt il sera exproprié du coin de terre où il repose. En cette circonstance la Société médicale ne jugera-t-elle pas à propos de s'entendre, par l'intermédiaire de son comité d'administration, avec celui de l'Académie de médecine, que l'honorable M. Londe a saisi de cette question dans la dernière séance. Grâce à leurs efforts réunis Bichat aurait une sépulture convenable. »

M. Giraldès a adressé une lettre dans le même but. Pendant son prosectorat à l'Ecole anatomique des hôpitaux, il a découvert dans un coin isolé et sous d'épaisses ronces une pierre sur laquelle était inscrit le nom du fondateur de la Société. Il demande qu'il soit pourvu aux moyens de conserver ses précieuses cendres.

M. Piédagnel rappelle que dans le cours de l'année lui et M. Giraldès avaient déjà fait une motion dans ce sens.

M. Cornac propose de présenter à M. le préfet de la Seine une demande à l'effet d'obtenir dans un des cimetières de Paris un terrain à perpétuité sur lequel la Société élèverait un monument

M. Caffe demande s'il ne serait pas convenable de s'entendre avec les autorités de Bourg qui, sans doute, ont l'intention de faire transférer les restes de Bichat sous sa statue.

---

(1) Des efforts considérables peuvent aussi produire un épanchement de sang dans l'œil. J'ai été consulté par une dame qui pendant un accouchement assez laborieux vit survenir dans son œil gauche une tache d'un rouge de sang, que je n'ai jamais pu apercevoir, mais qui lui masquait le centre de tous les objets. Au bout de six mois, cette tache fixe n'avait pas encore complétement disparu.

(2) Il est encore d'autres circonstances où l'hémophthalmie ou hypohéma peut survenir; mais alors ce n'est qu'un accident très secondaire des maladies générales fort graves, telles que le scorbut, le purpura-hemorrhagica.

Après quelques observations de M. Larrey, qui ne pense pas que tels soient les projets des compatriotes de Bichat, le bureau est chargé de faire auprès de l'autorité supérieure telles démarches qu'il jugera convenables pour obtenir une concession à perpétuité.

— *M. Caffe* lit un rapport sur un cas d'*atrésie du rectum et de l'urètre* (oblitération complète du rectum et de l'urètre), survenue à l'âge de dix ans chez un individu mâle qui a vécu jusqu'à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

L'auteur développe d'abord quelques réflexions sur l'impossible et sur l'incroyable; puis il cite des faits en rapport avec les diverses branches des sciences médicales, faits d'une authenticité incontestable et qui pourtant devaient réunir contre eux, jusqu'à production de preuves, tous les esprits sceptiques; et enfin, avant de résumer la notice historique dont il doit rendre compte, il croit devoir dire un mot de l'auteur qui l'a écrite, la confiance aux narrateurs d'un fait se mesurant au caractère et à la position de celui qui affirme. Le docteur Prosper Denis de Commercy, homme dont l'instruction est aussi complète que l'indépendance, présenta à l'Académie, le 30 octobre 1823, alors qu'il était interne distingué des hôpitaux de Paris, la relation concernant le nommé Daudiche. M. Murat, chirurgien en chef de Bicêtre, qu'il chargea de donner à l'Académie lecture de sa communication, s'exprimait ainsi: «Messieurs, cette notice, toute incomplète qu'elle est, doit fixer votre attention. Son auteur ne vous l'adresse pas comme un ensemble bien constaté et positif; mais il veut seulement signaler à votre savante réunion l'existence d'un cas extraordinaire, afin que ceux de ses membres qui par leurs positions et leur influence pourraient obtenir d'en faire l'examen détaillé et immédiat cherchent à l'entreprendre, ou bien afin que l'Académie même charge un correspondant du département de la Meuse d'observer le cas, de suivre l'individu jusqu'à sa mort, et d'en faire enfin l'autopsie. L'Académie pourrait s'entendre avec le ministre pour engager les autorités locales à faciliter les recherches.»

Malgré ces sages observations, malgré la singularité du fait, car c'est le seul exemple qui ait été publié (MM. Cloquet et Breschet se trompant quand ils crurent citer des faits analogues); malgré ces raisons, l'Académie ne prit aucune conclusion.

Voici un résumé de la relation de M. Denis:

« On s'accorde à Void, bourg considérable du département de la Meuse, à dire que Daudiche n'a évacué depuis soixante-huit ans aucune substance soit solide, soit liquide, par les voies naturelles des déjections; il aurait cependant rendu par l'ombilic quelques gouttes d'un fluide urinaire. Daudiche mange et boit souvent, quelquefois en quantité assez considérable; au bout d'un demi-quart d'heure, les aliments altérés, dans un état intermédiaire à celui du chyme et de la pâte qui se forme dans l'intestin grêle, sont rendus par un vomissement prompt, facile et indolore. Les matières vomies sont verdâtres, d'odeur fade et peu repoussante. — Au reste, mendiant de profession et provoquant la compassion avec beaucoup de finesse, il n'a jamais consenti à se laisser examiner; nombre de médecins, parmi lesquels on citerait Corvisart, ont éprouvé son refus. La famille de cette étrange créature a persisté après son décès, à l'âge de quatre-vingts ans, dans une insurmontable opiniâtreté. Les instances des autorités, celles des médecins, celles des savants, tout a été inutile devant les prétendus scrupules qu'ils ne consentaient à déposer que devant une somme de mille francs.»

Il manque donc ici, ajoute le rapporteur, la pierre de touche, le critérium unique, l'*autopsie*; mais en revanche, il est un témoignage que je ne puis, messieurs, passer sous silence sans m'exposer au blâme de celui qui nous l'apporte, témoignage dont votre sagacité appréciera la valeur. L'un des membres zélés de notre Société, M. le docteur Adorne de Tscharnes, tenait garnison à Commercy, en qualité de chirurgien-major des hussards; notre confrère vit Daudiche manger avec appétit, et moins d'une demi-heure après, rendre à l'état de chyme les aliments ingérés. Les instances réitérées de M. Adorne auprès de Daudiche, déterminèrent celui-ci à se laisser examiner. Une plume de dinde ne put être introduite dans l'anus complétement oblitéré; un stilet boutonné de nos trousses ordinaires ne put pas mieux pénétrer. L'urètre parut à M. Adorne entièrement oblitéré.

M. Adorne a sollicité de l'obligeance du maire de Void tous les documents à l'appui de sa communication, mais ils se réduisent tous à ce que je viens de vous exposer. Moi-même j'ai tâché d'avoir de M. Grandjean, qui a soigné Claude Rouget, dit *Daudiche*, quelques éclaircissements, et j'en ai reçu la répétition de tous les détails actuellement à votre connaissance; malheureusement, notre confrère ajoute qu'il lui a toujours été impossible de pratiquer une exploration attentive et complète du rectum et de l'organe urinaire, afin d'en établir matériellement l'oblitération par le cathétérisme.

Le phénomène du bourg de Void admis, vous rappellerait la condition de ces animaux rudimentaires connus sous le nom de polypes, chez lesquels une seule ouverture sert d'entrée et de sortie pour les aliments et suffit à toutes les fonctions.

Vous trouveriez une atrophie générale de tout le train postérieur, les fonctions d'innervation et de circulation seules conservées, mais réduites à l'état de vie végétale. Daudiche réunirait donc au suprême degré l'immobilité et d'autres attributs de la plante, tandis que la partie supérieure du torse traduirait un homme renfermant ainsi les deux extrêmes du règne animal.

Ce cas, très-rare, prouverait encore, comme le pense M. Denis:

1° Que l'estomac, une portion de l'intestin grêle et les corps glanduleux leurs annexes, sont seuls essentiels à la digestion, à l'absorption du chyle et à la dépuration urinaire.

2° Que la vie, dans certains cas, peut ne pas être entravée par la destruction des reins, par conséquent que les reins ne sont pas des organes aussi essentiels à l'organisme qu'on l'a cru jusqu'ici. Cela rentre dans l'idée de quelques chimistes qui pensent que les éléments de l'urine sont dans le sang et que les reins ne font que l'en séparer.

3° Que la dépuration urinaire peut se faire au moyen d'autres organes et par la respiration insensible de fluides qui n'ont pas les qualités de l'urine.

4° Que les organes génitaux, tout en perdant leur action et se flétrissant, ne portent pas toujours une atteinte fâcheuse au physique et au moral, car Daudiche avait de la barbe et le genre d'esprit de l'homme.

5° Que l'action de la partie inférieure de la moelle épinière influe puissamment sur la moitié inférieure du ventre, et que l'interruption d'action dans cette portion de la moelle peut déterminer la cessation des fonctions dans une grande étendue d'intestin, dans les reins, la vessie, les organes génitaux et les membres pelviens, ce qui, du reste, est souvent remarqué dans d'autres cas que celui-ci.

6° Que la paraplégie peut être suivie de l'oblitération successive des canaux sur lesquels elle étend ses effets, arrêter les sécrétions et à ce dernier degré ne pas déterminer communément la mort.

7° Que l'estomac et les intestins peuvent prendre un mouvement anti-peristaltique pour évacuer leur contenu quand un obstacle s'opposc à le précipitation vers le bas; ainsi que ce n'est pas l'empêchement au cours des matières intestinales qui amène nécessairement la mort dans tous les cas d'étranglement; mais que le pincement de l'intestin et ses suites causent seuls quelquefois la perte des malades affectés de hernie étranglée.

Il eût été important de diriger une analyse chimique sur le sang, sur les sécrétions cutanées, etc. de cet homme pour y trouver les éléments des sécrétions qui avaient perdu leur voie d'élimination naturelle.

J'ai voulu, Messieurs, dans le cours de ce long exposé, vous mettre en garde contre la prévention qui pèse inévitablement sur un fait insolite. N'allez pas toutefois vous imaginer que je me fasse le défenseur de ces narrateurs de faits médicaux rares qui veulent intéresser par le merveilleux même aux dépens de la vérité. Je me placerais plutôt avec complaisance parmi ceux qui répondent à ce qui leur paraît inouï par cette formule ironiquement polie: « *Vous l'avez vu; je le crois. Si je l'avais vu, je ne le croirais pas.* Mais il s'agit de médecins instruits et honorables qui ont droit à voir se dissiper vos répulsions quand ils vous rapportent un fait singulier et dont vos lumières vous permettent de calculer la crédibilité. Je laisse la responsabilité du fait à celui de vous à qui vous devez la communication.

— *M. Forget* communique à la Société une observation de *fracture de l'épitrochlée humérale* survenue chez un enfant de onze ans, à l'occasion d'une chute faite en courant. M. Forget expose successivement le mécanisme de cette fracture, les signes qui la font connaître, ainsi que la nature et les causes du déplacement offert par le fragment épitrochléen. Il termine par l'exposé de la méthode curative réclamée par cette sorte de fracture, dont les auteurs ne se sont pas occupés.

— *M. Andrieux* (de Brioude), lit un travail ayant pour titre: Un mot sur le livre de M. Debreyne, intitulé Essai sur la théologie morale, considérée dans ses rapports avec la physiologie et la médecine.

M. Andrieux réfute de tous points cet ouvrage, qui est en opposition avec tous les principes de la science.

La Société, considérant que le livre d'un trapiste, celui-ci fût-il médecin, ne peut avoir grande autorité pratique, décide qu'il n'y a pas lieu à nommer une commission.

Des remerciments sont adressés à M. Andrieux.

La séance est levée à dix heures.

NOUVELLES.

Le concours pour la chaire de physique qui devait s'ouvrir samedi dernier a été ajourné jusqu'à nouvel ordre. Le motif de cet ajournement est fondé sur le doute qui existe à l'égard du degré de parenté entre deux juges.

— On a annoncé aujourd'hui à l'Académie des sciences que la santé de M. Geoffroy Saint-Hilaire donnait de graves inquiétudes. M. le président de l'Académie et M. Breschet feront part à la famille du malade de l'intérêt que prend l'Académie à cette triste circonstance.

— M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine, médecin du Bureau central, ouvrira un cours public de pathologie interne, dans l'amphithéâtre, n° t, de l'Ecole pratique, mardi 7 novembre, à quatre heures du soir, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— Les cours préparatoires au baccalauréat-ès-science et au premier examen de médecine, sous la direction de M. le docteur Baudrimont, recommenceront le 10 du courant, rue des Mathurins Saint-Jacques, n° 10.

Nous recevons de M. Maillot, étudiant en médecine, une lettre trop étendue pour que nous la publions toute entière, et relative, non pas aux objections, mais aux réflexions que nous avons présentées dans notre numéro du 13 octobre sur les propriétés lithontriptiques du suc gastrique. Nous n'extrairons de cette lettre que ce qui concerne nos réflexions:

« .... Quant à la question à quels animaux appartenaient le suc gastrique sur lequel j'ai expérimenté, la réponse est on ne peut plus simple; il appartenait (ainsi que je l'ai dit dans mon mémoire) aux animaux domestiques indigènes carnivores ou herbivores. Quant aux procédés employés pour l'avoir pur, ils sont très nombreux..... Je les décrirai aux membres de la commission..... J'ai fait également des essais avec mon propre suc gastrique par la méthode toute naturelle de Spallanzani.

» Quant à la question de priorité.... J'avoue que, quoique connaissant les expériences de Spallanzani sur la digestion, je n'avais jamais vu la note relative à son élève. J'aurais même vu cette note, que je ne me serais pas arrêté dans mes recherches..... Loin de me rebuter, elle m'aurait encouragé, comme le fit un chapitre d'un auteur bien connu, qui florissait plus de cent ans avant Spallanzani et son élève, et qui, dans son ouvrage, parle de l'usage que font les Indiens depuis plus d'un siècle du suc gastrique pour dissoudre certaines concrétions animales accidentelles qui approchent beaucoup des calculs urinaires. Si je ne cite pas ici cet auteur, c'est afin de laisser encore à Le Roy d'Etiolles le plaisir de prouver par une lettre qu'il n'est étranger à aucune recherche faite sur les maladies dont il s'occupe spécialement.... J'espère en temps et lieu apporter des témoignages *écrits* et incontestables de mes droits pour la priorité sur mes prétendants contemporains.

» Par tout ce que je viens de dire, vous voyez donc que je n'ai eu, en envoyant mon travail à l'Institut, qu'obéis au mouvement de ma conscience. Je me trouve, malgré ma bonne volonté, incapable d'achever une chose que je crois utile; je convie à mon aide plus fort que moi pour réussir.»

M. Maillot termine par une citation de Saint-Augustin sur la Charité et la Bienveillance qui doivent nous animer les uns envers les autres. Cela est fort chrétien, et nous aurions désiré que l'auteur de cette lettre joignît l'exemple au précepte en supprimant certains passages un peu *vifs*, que, pour être en règle avec le saint évêque d'Hippône, nous avons dû supprimer nous-même.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

JEUDI 9 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 132. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 NOVEMBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

(*Cinquième liste.*)

La Société de médecine du département de la Seine, séant à l'Hôtel-de-Ville, a décidé, dans sa séance du 3 novembre 1843, que le bureau adhérerait au nom de la Société à la déclaration des principes des médecins et des chirurgiens de France.

Paris, le 3 novembre 1843.

Deville, président de la Société; Bouvier, vice-président; Boys de Loury, secrétaire annuel; Nonat, secrétaire annuel; Prus, secrétaire-général.

Société médicale du Temple.

La Société médicale du Temple, dans sa séance du 7 novembre courant, a donné son adhésion à l'exposition des principes contenus dans la présente déclaration qui lui a été adressée par la Société de chirurgie de Paris.

(Suit le texte de la déclaration.)

Paris, le 7 novembre 1843.

Alp. Toirac, D.-M.-P., président; Bellomme, vice-président; Edouard Louis, D.-M.-P., secrétaire-général; Félix Legros, secrétaire; Bertot, trésorier.

Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse.

La Société de médecine, chirurgie et pharmacie, dans sa séance du 2 novembre 1843, a délibéré qu'elle adhérait à la déclaration de principes ci-dessus, et ont signé :

Dr Latour, Dr Bessières, Duclos, C. Magnes, Dr G. Cany, Popis, A. Dassier, Causerand, pharm., Cayrel père, Cayrel fils, Aug. Larrey, Fourquet, Bernard, vétérinaire, Magne Lepère, Roque d'Orbcastel fils, Mondoui, archiviste, Desbarreaux Bernard, président, Dumanoir, secrétaire-général.

Département de la Somme. — Société royale d'Emulation.

Abbeville, le 28 octobre 1843.

Le président de la Société royale d'Emulation à M. Monod, secrétaire de la Société de chirurgie.

Monsieur,

J'ai communiqué à la Société royale d'Emulation, dans sa séance d'hier, votre circulaire du 19 octobre, concernant la déclaration des principes des médecins et chirurgiens de France. Après une délibération qui a été inscrite au procès verbal de la séance, la Société a adhéré pleinement à la dite déclaration.

J. Boucher de Perthes, président de la Société royale d'Émulation de la Somme.

Société des Sciences naturelles de la Charente-Inférieure.

La Rochelle, 30 octobre 1843.

A M. le secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.

La Société des sciences naturelles de la Charente-Inférieure, que vous avez invitée à émettre son opinion sur la déclaration des principes des médecins et chirurgiens de France sur la liberté de discussion en matière scientifique, annoncée par votre lettre du 19 de ce mois, s'empresse de déclarer qu'elle y adhère complètement.

Les membres constituant le bureau de la Société :

Fleuriau de Bellevue, président; Blutel, vice-président; C. d'Orbigny père, archiviste; Hubert; Fauré, secrétaire.

Société philomatique de Verdun (Meuse).

Conformément à la demande faite à la Société philomatique de Verdun-sur-Meuse par la Société de Chirurgie de Paris, de donner son adhésion à la déclaration des principes ci-dessus exprimés, la Société philomatique réunie en séance le 2 novembre 1843, sans connaître la cause qui a provoqué ladite déclaration, juge néanmoins ces principes tellement incontestables que les révoquer en doute serait aussi absurde que de nier la lumière du soleil. En conséquence, elle ne peut que donner son assentiment à cette déclaration, ainsi que le désire la Société de chirurgie.

Pour extrait conforme au registre des délibérations;

Le secrétaire perpétuel,

F. CLOUET.

— MM. les docteurs *Cambray*, chirurgien-en chef de l'hôpital civil de Cambrai (Nord); *Moreau*, à Saulieu, près Semur (Côte-d'Or), et *Neuville*, à Bernay (Eure), nous prient de joindre leurs noms à ceux des signataires de la protestation.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons sur les maladies des organes génitaux de la femme. Examen du nouveau spéculum de M. Récamier.

Après avoir passé en revue les divers modes d'exploration que doit mettre en usage le médecin dans l'étude des maladies des organes génitaux de la femme, M. Huguier décrit le spéculum, les différentes formes qu'on a données à cet instrument, et la manière dont on doit procéder à son application. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, les leçons de M. Huguier qui se rattachent à cette question ayant été publiées tout au long dans ce journal, dans la première partie de son cours. Nous ne nous étendrons ici que sur le nouveau spéculum de M. Récamier, auquel le professeur a consacré une leçon entière, quelques-uns de ses auditeurs lui ayant manifesté le désir d'en entendre apprécier en détail les avantages et les inconvénients.

L'un des praticiens, dit M. Huguier, les plus distingués de la capitale, M. Récamier, auquel revient l'honneur d'avoir, en 1803, tiré le spéculum de l'oubli dans lequel il était plongé depuis Dionis (Cours d'opération et de chirurgie, 1782), c'est-à-dire depuis un espace de vingt et un ans, M. Récamier vient, cette année, d'inventer un nouveau spéculum qui lui semble mériter la préférence sur ceux déjà connus, et qu'à cause même de la réputation et du mérite bien connu de l'auteur, nous allons examiner avec la plus grande impartialité. Peut-être nous dispenserions-nous de cet examen, si cet instrument n'avait pour égide le nom puissant d'un homme dont les opinions font quelquefois loi dans la science, gagnent souvent des prosélytes parmi les jeunes médecins; si enfin quelques personnes ne nous eussent reproché d'avoir passé cet instrument sous silence lors de notre premier cours.

Le nouveau spéculum de M. Récamier différant entièrement de celui qu'il a inventé en 1803, se compose de deux tiges métalliques séparées et recourbées en gouttières. Elles ont une longueur de 0m.,27. L'une de ces tiges qui doivent être introduites séparément, porte sur chacun de ses bords une coulisse terminée en cul-de-sac vers l'extrémité utérine de l'instrument; c'est la branche femelle, celle qui doit être introduite la première, et servir de conducteur à l'autre. L'extrémité utérine de la branche mâle, coupée obliquement du fond de la gouttière vers les bords, afin qu'elle ne contonde pas le col de l'utérus, présente vers ses angles deux boutons ou têtes, supportés par un col étroit, destinés à être introduits et à glisser dans les coulisses jusqu'à ce qu'ils rencontrent le cul-de-sac qui les termine.

Chacune de ces branches est rétrécie et courbée à angle très obtus vers le milieu de sa longueur. Le sinus de l'angle est en dehors; de telle sorte que, lorsque les extrémités correspondantes de ces tiges sont rapprochées et réunies d'un côté, elles sont écartées de l'autre. Ces gouttières, échancrées au milieu, n'ont pas la même largeur dans toute leur longueur; par l'une de leurs moitiés, qui a près de 0m.,04 de large, elles forment, quand elles sont réunies, un gros spéculum dont l'extrémité utérine, de forme ovalaire, a plus d'étendue que celle d'aucun des spéculum mis en usage aujourd'hui. Par l'autre moitié, dont la largeur est de 0m.,03, leur réunion donne naissance à un petit spéculum; de sorte que l'on a deux instruments en un seul; et c'est là, pour le dire en passant, l'un des plus beaux côtés de la pensée qui a présidé à son invention.

D'après la conformation et le jeu de cet instrument, il est facile de voir que son extrémité externe ou vulvaire peut seule s'agrandir, l'interne ou utérine conservant toujours les mêmes dimensions transversalement, et n'étant susceptible que de se rétrécir verticalement. Il résulte de cette disposition, qu'il ne peut dilater et écarter les parois du vagin que de bas en haut, en formant un cône dont la large base est à l'anneau vulvaire, et le sommet au col de l'utérus.

Pour l'introduire, on écarte avec le pouce et l'indicateur de la main gauche les lèvres de la vulve. On présente la convexité de la branche femelle tenue de la main droite à la partie postérieure de l'ouverture inférieure du vagin. On déprime assez fortement la fourchette, puis on pousse légèrement et lentement l'instrument jusqu'au col de l'utérus, sans lui laisser abandonner la paroi postérieure du vagin.

Cette branche introduite, elle est saisie et maintenue par la main gauche; la droite prend la branche mâle, dirige sa convexité vers le pubis, sa concavité vers celle de l'autre branche, introduit les boutons dans les coulisses, pousse la branche mâle dans le vagin, le long du plan que lui présente la branche femelle, jusqu'à ce que les boutons viennent s'arrêter contre les culs-de-sac qui terminent les coulisses de cette dernière.

On a alors dans le vagin un spéculum presque cylindrique, dont l'extrémité vulvaire est tout aussi volumineuse que l'extrémité utérine, et qui ne peut être dans cet état d'une grande utilité. Aussi M. Récamier recommande-t-il, une fois les deux branches introduites, de les saisir chacune avec une main, et de les écarter de manière à agrandir l'anneau vulvaire et la moitié inférieure du vagin. Alors une lumière vive et abon-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches historiques et critiques sur l'hydrothérapie; par A.-L. BOYER, professeur à la Facolté de médecine de Strasbourg. (70 pag. in-8°.) Chez J.-B. Baillière.

Toutes les fois qu'on se livre à des études historiques sur une médication d'une grande activité, l'on est frappé d'une réflexion affligeante; il semble que la fable de Pénélope ait été inventée pour les médecins. Un siècle commence par de pénibles travaux sur un moyen thérapeutique; une période succède qui s'occupe à les détruire et parvient à les renverser; la fin du siècle oublie tout ce qu'on avait fait jusque-là, et recommence sur nouveaux frais. Voyez l'histoire de la saignée, du quinquina, de l'opium, de l'antimoine, du mercure, des vomitifs et des purgatifs, etc. L'expérience des siècles est peine perdue, l'humanité souffre, la science est discréditée, parce que notre indolence répugue aux études historiques!... Un autre fait d'observation, c'est que la tourbe des médecins se prête merveilleusement au suicide de la profession, en se rendant complice des stupides admirations du public. Les plus beaux succès de l'art, lorsqu'ils se réalisent dans nos mains, n'excitent guère l'attention générale; c'est à peine si l'on y croit; et d'ailleurs c'est notre métier de guérir, nous sommes faits pour cela. Mais qu'un rustre, ne sachant pas même lire, escamote à la science une recette oubliée, condamnée depuis long-temps, et l'exploite comme sa propriété à la faveur de circonstances heureuses, alors le *servum pecus* d'admirer avec enthousiasme et d'élever sur le pavois l'obscur triomphateur, honteux d'une gloire si peu méritée, mais qu'il n'exploite pas moins, en exécution de la sentence : *Vulgus vult decipi, decipiatur*. Ces moralités, presque textuellement extraites de la brochure de M. le professeur Boyer, sont en même temps la conclusion légitime de ce travail savant et consciencieux, que voudront connaître tous ceux que le sujet intéresse.

Pour que l'idée surgisse de classer les objets d'une science, il faut que celle-ci existe déjà depuis long-temps; or nous voyons que dès l'époque de Galien, les *hydrothérapistes* étaient rangés en catégories. On les divisait d'abord en *hydrophiles* et en *hydrophobes*; puis les hydrophiles se subdivisaient eux-mêmes en *thermophiles*, voués à l'eau chaude et en *psychrophiles*, ce sont nos modernes hydropathes. Il y a plus; les psychrophiles étaient distingués en *psychrolytes*, *psychropoles*, *psychropantes*... Voici un document historique à faire rougir quiconque a pu croire à la nouveauté de la chose. Hippocrate fut et est encore le plus sage et le plus parfait des hydropathes, dont la lignée charlatanesque compte parmi ses plus vénérables ancêtres un certain Pétron, hydro-sudopathe effréné dont Celse a fait bonne justice. Asclépiade fit largement usage de l'eau froide. Il n'est pas un écolier qui ne sache l'histoire du célèbre Musa, qui, après avoir guéri Auguste par l'eau froide, finit par tuer Marcellus par le même moyen; ce qui précipita l'hydrothérapie romaine des hauteurs du Capitole dans les abîmes tarpéïens. Bientôt Charmès la ressuscita sous le règne de Néron; mais cette nouvelle vie fut des plus éphémère.

Nous passons sur l'hydrothérapie des Arabes du moyen âge, des quinzième, seizième et dix-septième siècles, pour arriver de plein saut au dix-huitième siècle qui nous touche de plus près. Ici l'auteur fait une savante excursion chez toutes les nations de l'Europe, et nous peint sous de vives couleurs les charlatans heureux de cette époque; tels furent un certain Magliano, surnommé *il medico dell' acqua fresca*, qui florissait à Naples; un Castrogiana, qui exerça la verve comique de Vallisnieri, *et tutti quanti*. Bornons-nous à rappeler les travaux du sérieux De Floyer, en Angleterre, et de Fr. Hoffmann, en Allemagne, lequel, dit l'auteur, *souffla le chaud et le froid*. Quant à la France, personne n'ignore que le fameux Hecquet servit de modèle à la création romanesque du docteur *Sangrado*. J.-J. Rousseau rapporte que s'étant mis à l'usage abondant de l'eau froide, il faillit guérir, « non de ses maux, mais de la vie. » (*Confessions.*)

Arrivons au dix-neuvième siècle et, d'emblée, à Priesnitz. Gendre d'un vétérinaire, lui-même exerçait cet art sans avoir de titre. L'idée lui vint d'appliquer aux hommes sa thérapeutique chevaline; voilà quelle est l'origine de l'hydrosudopathie moderne, tradition de l'art vétérinaire, que ce dernier, du reste, avait empruntée à la médecine humaine. Mais c'est dans l'œuvre elle-même qu'il faut étudier ces intéressantes péripéties de gloire et de disgrâce que l'eau froide a subies de siècle en siècle. Nous ne pouvons mieux résumer le travail de M. Boyer qu'en transcrivant ses conclusions :

1° L'hydrothérapie de nos jours était connue des anciens sous le nom plus convenable de *psychrothérapie*. 2° Il y a eu de tous temps deux hydrothérapies, l'une rationnelle ou médicale, l'autre excentrique, qui finit par devenir charlatanesque. 3° L'hydrothérapie excentrique dérive de l'hydrothérapie médicale exagérée, dénaturée par des empyriques et des charlatans. 4° L'hydrothérapie de Priesnitz a été long-temps une médication vétérinaire qu'on a plusieurs fois essayé d'appliquer à la médecine. 5° Plusieurs hommes, à diverses époques, ont exploité cette méthode avec des succès et un profit personnels analogues à ceux de Priesnitz; mais leur réputation et la vogue de leur remède sont toujours tombés rapidement, dès qu'on a vu des renseignements précis, des expériences exactes, des observations complètes, remplacer des bruits vulgaires, des récits vagues et mensongers, des histoires tronquées et sans valeur scientifique; en un mot dès que la saine raison et la vérité ont pu se faire entendre. La vogue de Priesnitz est maintenant arrivée à sa période de déclin. (Voir la brochure de M. Ehrenberg). 6° Sa méthode n'a rien de nouveau, ni par rapport à l'agent dont il se sert, ni dans son mode d'administration, ni relativement aux cas dans lesquels on l'emploie; les théories que l'on donne pour en expliquer les effets ont été jadis reproduites plusieurs fois. 7° Les travaux des médecins, les pratiques des charlatans nous ont depuis long-temps fait connaître tous les avantages et tous les dangers de la médication à l'eau froide, etc.

L'auteur esquisse rapidement les indications rationnelles de l'hydrothérapie et les nombreux revers que son emploi, par l'empirisme, a de tous temps encourus. Bref, le travail de M. Boyer est une œuvre de science et de conscience où le lecteur puisera quantité de notions uti-

dante pénètre au fond des organes génitaux.

Les avantages que M. Récamier attribue à cet instrument sur ceux déjà connus sont d'être d'une application plus facile et moins douloureuse, de permettre, en dilatant l'anneau vulvaire, à une grande quantité de lumière de pénétrer au fond des organes génitaux, ce que ne permettent pas les autres spéculum, et la preuve, dit-il, qu'il en est souvent ainsi, c'est qu'il a été obligé d'obvier à cet inconvénient par l'invention d'une petite lampe à réflecteur, qu'il a en effet montrée à l'Académie lorsqu'il y a présenté l'instrument qui nous occupe. Voyons si les avantages du nouvel instrument ne sont pas plus illusoires que réels, et d'abord si les autres spéculums ne permettent pas à une assez grande quantité de lumière de pénétrer au fond du vagin.

Depuis 1828 que je me sers de cet instrument, et surtout depuis deux ans que je l'applique tous les jours dans mon hôpital sur plus de quarante femmes malades, il ne m'est jamais arrivé, en les examinant, de manquer de lumière, lorsque je me suis placé en face d'une fenêtre, comme on doit toujours le faire. Constamment, soit avec le spéculum plein, soit avec le spéculum à valves, et surtout avec celui de M. Ricord, pourvu qu'ils soient propres et bien entretenus, j'ai pu faire pénétrer au fond du vagin et sur le col un cône lumineux assez intense pour juger facilement de l'état des parties, et mes prédécesseurs, aussi bien que mes collègues de l'hôpital de Lourcine, ne se sont jamais aperçus de ce défaut de lumière.

Je sais bien que Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, éclairait toujours l'entrée du spéculum avec une bougie, et que beaucoup de nos chirurgiens des hôpitaux en font autant. Mais notez, messieurs, qu'ils sont entourés d'élèves qui absorbent la lumière, et qu'ils agisent le plus souvent sur des malades couchées sur des lits mal disposés ou placés dans l'obscurité. Dans ce cas, le spéculum de M. Récamier ne laissera pas pénétrer au fond des organes une quantité de lumière suffisante pour les examiner convenablement, et il sera nécessaire, pour lui comme pour les autres, d'avoir recours à la lumière artificielle.

Son application est-elle moins douloureuse et plus facile que celles des autres? Non, messieurs. Pour en juger, il faut l'examiner dans ces deux temps principaux, l'introduction et l'action de l'instrument, et cela chez les femmes dont l'ouverture vulvo-vaginale offre une étendue ordinaire. Au lieu de présenter aux organes génitaux un cône lisse et poli qui pénètre de son sommet à la base et dont toutes les parties constituantes sont introduites en même temps, il faut ici commencer par placer la branche femelle, qui, par la coupe transversale de son extrémité utérine, représente un croissant dont les angles presque droits agissent douloureusement sur les parois du vagin, s'accrochent ou s'arrêtent dans les enfoncements ou contre les inégalités de ce conduit; de plus, la convexité du croissant, toute cette partie continue entre les deux angles, offre une configuration tout à fait en rapport avec celle des enfoncements et des replis transversaux du vagin; de telle sorte que cette partie de l'extrémité du spéculum va se placer dans le fond de ces enfoncements, s'y arrête, ou bien elle vient se heurter contre les replis qui ne lui permettent pas d'aller au-delà sans faire éprouver à l'instrument un mouvement de bascule qui est souvent douloureux.

Ce qui concourt à rendre l'action des angles sur les parties douloureuse, c'est que le grand diamètre de la gouttière correspond au plus petit diamètre de l'ouverture vulvaire, et que si vous voulez, pour prévenir cet inconvénient, présenter la gouttière verticalement, c'est-à-dire sa convexité dirigée à droite au lieu de correspondre au rectum, vous serez obligé de presser fortement sur la fourchette et la paroi postérieure du vagin, avec l'angle et le bord gauches de la gouttière. Vous causerez une assez forte douleur, et assez souvent une excoriation ou une petite déchirure de la fourchette, qui, comme on le sait, est tapissée par une muqueuse excessivement mince.

Si, comme je viens de l'indiquer, vous ne pesez pas sur ces parties pour les déprimer et allonger le diamètre vertical de l'anneau vulvaire, l'angle et le bord droits de la gouttière, devenus supérieurs, viendront frapper contre le vestibule et le méat du canal urinaire, parties d'une exquise sensibilité, et vous ne pourrez introduire l'instrument, ou vous ne le ferez qu'après avoir fait souffrir horriblement la femme. Ces difficultés ont été si bien senties par M. Récamier lui même, que je sais qu'il a fait faire, pour les lever ou les diminuer, un gorgeret conducteur que, dans certaines circonstances, il introduit préalablement dans le vagin.

Cette première branche introduite à travers des hésitations, des sensations désagréables, pénibles ou douloureuses, vous n'avez que la moitié de l'instrument de placée, et il vous faut, pour compléter son introduction, porter l'autre branche jusqu'au fond du vagin; alors, nouvelle manœuvre, nouvelles appréhensions de la part de la malade et nouvelles difficultés à vaincre; l'excitation ou les douleurs que l'entrée des doigts et de l'instrument a produites déterminent le resserrement spasmodique des parties, qui s'oppose à l'engagement facile de la branche mâle. La seule crainte de souffrir de nouveau pendant cette introduction, suffit, chez certaines femmes, pour faire contracter fortement le sphincter du vagin.

Si maintenant nous supposons qu'aucune de ces difficultés accidentelles qui tiennent à la vive sensibilité et aux appréhensions de certaines femmes n'existent pas, il en est qui sont inhérentes à la conformation des parties et à la disposition de l'instrument, et qu'on ne saurait éviter. La branche femelle dilatant transversalement l'ouverture vulvo-vaginale, diminue considérablement son diamètre vertical. Le vestibule, le méat urinaire et le tubercule antérieur du vagin sont abaissés, portés en arrière, et viennent saillir dans la concavité de cette branche. De telle sorte qu'après avoir placé les boutons de la branche mâle dans les coulisses, sitôt que l'on presse sur cette branche pour la faire pénétrer dans le vagin, son extrémité dont la convexité est dirigée en haut vient froisser ces parties ou s'arrêter entièrement contre elles, et vous êtes alors obligé, ou de renoncer à l'opération, ou de dégager les organes en les refoulant avec le doigt en avant et en haut, ce qui ne se fait pas sans un grand embarras, la main gauche étant occupée à fixer la branche femelle dans le vagin, pendant que la droite fait manœuvrer la branche mâle. Il faut donc pour dégager ces parties, qui sont d'une telle sensibilité que quelques femmes ne sauraient y supporter le contact d'aucun corps étranger, que la main gauche se débarrasse momentanément et confie les deux branches à la main droite qui est alors obligée, à elle seule, de faire agir tout l'instrument, ce qui est presque impossible; ou bien, vous êtes forcé de confier une des branches à un aide.

Les angles de cette branche qui sont placés en dehors des boutons (et pour le dire en passant, nous croyons que les boutons devraient de préférence être placés sur ces angles, au lieu d'être placés en dedans), viennent se loger dans le cul-de-sac; des caroncules s'y arrêtent, ou passent en y causant un froissement douloureux. Chez beaucoup de femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et qui ont l'hymen plutôt dilaté que déchiré, toute l'extrémité de la tige vient frapper et s'arrête sur les restes de cette membrane, qui sont alors fortement tendus au-devant de l'entrée du vagin, et s'opposent à l'introduction de l'instrument ou la rendent difficile et très douloureuse.

Une fois ces obstacles franchis, la branche mâle glisse facilement jusqu'au cul-de-sac des coulisses de la première, grâce à la coupe oblique que présente son extrémité, et qui est destinée à recevoir la partie antérieure du col de l'utérus.

Vous le voyez, l'introduction du nouvel instrument que nous venons de vous décrire, demande plus de soins, plus d'expérience que celle des autres spéculums; elle est généralement douloureuse, et a, de plus, le grand inconvénient de se faire en deux ou trois temps bien séparés, ce qui allonge la durée d'une opération qui, au gré de la patiente, n'est jamais assez promptement terminée.

Si M. Récamier nous objecte que l'on peut se dispenser de faire cette introduction en deux ou trois temps, en réunissant par avance les deux branches, de manière à les faire cheminer ensemble dans le vagin, nous lui répondrons qu'il dépouille son instrument de son principal caractère, et que ce n'est plus alors que le spéculum en pincette figuré dans l'ouvrage de Dionis; que l'extrémité vulvaire de cet instrument est plus inégale, plus rugueuse que celle des autres spéculums auxquels il est toujours facile d'ajouter un embout que le sien ne saurait recevoir utilement; et c'est là un de ses inconvénients majeurs; car cette pièce accessoire rend toujours facile et non douloureuse l'introduction du spéculum à valves, ou celle du spéculum plein brisé.

Malgré tous ces obstacles, nous supposons l'instrument introduit. Il faut de toute nécessité, pour qu'il puisse rendre quelques services, que ses branches soient écartées l'une de l'autre à leur extrémité vulvaire. Les autres spéculums, au contraire, peuvent, après l'introduction, et sans qu'on leur ait fait subir aucun changement dans leur disposition, être d'une assez grande utilité. Le mode d'écartement des branches, selon nous, présente divers inconvénients. Le premier, le moins contestable, celui qui a été reproché à M. Récamier par plusieurs membres de l'Académie de médecine, c'est de dilater surtout et outre-mesure l'anneau vulvo-vaginal, la partie qui est justement la plus résistante, la plus contractile et la plus sensible des organes génitaux externes, celle qui entretient le plus de relations sympathiques avec les autres systèmes et les parties voisines, et que les praticiens les plus versés dans l'application du spéculum ont toujours eu en vue de ménager, et avec raison.

Le deuxième inconvénient, c'est de peser péniblement sur l'anus avec la branche femelle, et très douloureusement avec la branche mâle sur le vestibule, la racine du clitoris et le méat urinaire, qui se trouvent refoulés et pincés entre l'instrument et la symphyse du pubis. De là donc, une source de douleurs vraiment intolérables que MM. Jobert et Ricord ont eu en vue d'éviter, en inventant chacun un spéculum qui se dilate dans le vagin et non à son ouverture inférieure.

Un troisième inconvénient du nouveau spéculum est de ne dilater que l'entrée et la moitié inférieure du vagin, parties qui peuvent le plus souvent être examinées sans spéculum, et sur lesquelles on peut le plus ordinairement agir sans le secours de cet instrument.

Le quatrième désavantage, c'est de masquer l'état de la partie supérieure du vagin, les extrémités utérines des branches ne s'éloignant pas l'une de l'autre lorsque l'on écarte les extrémités vulvaires, afin de laisser pénétrer la lumière au fond du vagin. Il y a plus, c'est que par l'écartement des branches de l'instrument, l'aire que limitent entre elles les extrémités utérines est rétrécie en raison directe du degré d'écartement qu'on produit entre les extrémités vulvaires de ces branches.

M. Récamier ne remédie pas à cet inconvénient en faisant, comme il le dit, subir un mouvement de retrait à la branche mâle, c'est-à-dire en la retirant d'un ou deux centimètres du fond des organes. Par ce mouvement, il n'agrandit l'ouverture que très obliquement et non transversalement, de telle sorte que tout l'espace laissé vide par le retrait de la branche mâle est à l'instant rempli par l'affaissement dans la concavité de la branche femelle des parois du vagin qui ne sont plus soutenues. Aussi, cet agrandissement, qui se fait selon l'axe de l'ouverture, et non selon ses diamètres, est entièrement illusoire.

5° La circonférence interne de l'ouverture présente de chaque côté une crête ou un tubercule saillant formé par le cul-de-sac des coulisses de la branche femelle; tubercules qui peuvent contondre, déchirer le col de l'utérus, si l'on veut faire éprouver à l'instrument une fois introduit un mouvement de rotation pour dilater le vagin transversalement au lieu de l'agrandir d'avant en arrière. La circonférence interne des autres spéculums est, au contraire, lisse et polie, de telle sorte qu'on peut leur faire éprouver toute espèce de mouvement de rotation, sans que le col qui y est introduit en souffre le moins du monde.

6° L'aire de l'extrémité utérine, qui n'est que de 3 centimètres pour le gros spéculum, et de 24 millimètres pour le petit, n'offre pas assez d'étendue pour permettre d'examiner convenablement le col de l'utérus qui serait hypertrophié, ou une tumeur un peu volomineuse qui serait située au fond des organes.

7° Le peu d'étendue de cette ouverture et l'impossibilité d'écarter les valves qui la limitent, font que ce spéculum est tout à fait impropre lorsqu'il s'agit de pratiquer des opérations sanglantes sur le col ou sur les parties voisines. Les simples cautérisations avec les acides ou les corps solides susceptibles d'entrer en fusion, ne seront jamais aussi faciles avec cet instrument qu'avec le spéculum plein, une partie du liquide pouvant, par les fentes latérales qui se trouvent entre les deux branches, aller porter son action sur les parois du vagin.

8° L'un des plus graves inconvénients, c'est de nécessiter que les deux mains soient toujours occupées, soit pour introduire, soutenir, écarter ou maintenir écartées les branches, sans pouvoir les confier à la malade, de telle sorte que, si l'on s'en sert dans un autre but que celui de reconnaître l'état des organes, pour appliquer des sangsues, par exemple, faire une cautérisation ou toute autre opération, même légère, il faut de toute nécessité que le chirurgien soit assisté d'un aide, et c'est là un puissant motif de contrariété pour la femme. Cette contrariété peut être telle que certaines d'entre elles préféreront garder leur mal à se découvrir devant plusieurs témoins.

9° Enfin, comme les autres spéculums à valves, il pince la muqueuse ou lui laisse faire hernie entre les bords de ses deux branches sitôt qu'après avoir écarté celles-ci on les rapproche. Mais, comme pour les autres, on ne fait pas cesser facilement ce pincement en faisant simplement éprouver à l'instrument un mouvement de rotation sur lui-même. Ce mouvement de rotation est difficile et douloureux, la base du cône venant à frotter sur les parties les plus sensibles et les plus contractiles du système sexuel; de plus, les tubercules qui sont en dedans

---

les et agréables à la fois. Il serait avantageux pour l'art que la critique s'appliquât avec le même esprit à cette foule de médications excentriques qui surgissent chaque jour.

Considérations pratiques sur la goutte; par le docteur BRIAU. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Il n'existe peut-être pas dans les cadres nosologiques une maladie sur laquelle on ait autant écrit que sur la goutte; de même qu'il n'en est pas une contre laquelle on ait essayé autant de remèdes divers. Abondance hélas! bien stérile, puisqu'elle n'a jusqu'à présent servi qu'à accréditer la désespérante opinion que cette maladie est incurable.

Il est cependant juste de dire que les progrès des sciences accessoires à la médecine ont jeté, dans ces derniers temps, un grand jour sur la nature et sur les causes pathologiques de cette affection. L'analyse chimique a dévoilé la composition de ces productions morbides si généralement observées chez les goutteux, et qui sont la cause prochaine de tous les phénomènes qu'on remarque dans les différentes crises engendrées par cette maladie. Ces notions, bien qu'encore incomplètes, devaient cependant ouvrir la voie aux inductions thérapeutiques, et amener rationnellement à des résultats plus décisifs que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Un livre récemment publié par M. le docteur Briau, nous paraît avoir bien résolu les questions relatives à la pathogénie et aux indications thérapeutiques de l'affection goutteuse. D'accord avec tous les médecins anciens et modernes, l'auteur regarde la bonne chère et le défaut d'exercice comme les deux causes directes et positives de la goutte; puis mettant à profit les recherches de la chimie, il dit que la présence d'une quantité anormale d'acide urique dans le sang est le phénomène capital qui constitue la maladie goutteuse dont les crises articulaires ne sont que des symptômes. En partant de ces deux faits qu'on peut regarder, selon lui, comme démontrés, M. Briau conclut que cette production d'acide urique ne peut provenir que d'un vice, d'une lésion particulière de la fonction digestive, produits eux-mêmes par la bonne chère.

Ainsi, nourriture relativement trop succulente qui altère peu à peu les forces digestives; puis, consécutivement à ces premiers troubles et par suite de leur action continue, formation d'acide urique et altération du sang par cette substance, d'où découlent tous les autres phénomènes morbides: tel est en quelques mots le mécanisme à l'aide duquel se développent, selon l'auteur, tous les symptômes goutteux.

Les indications thérapeutiques qui découlent de cette manière de voir sont évidentes. La première consiste à neutraliser chimiquement l'acide urique qui circule avec le sang; ou à provoquer son expulsion hors du corps; la seconde, à s'opposer à la production continuelle de cette substance en remédiant à la lésion des forces digestives. Comme on le voit, tout est logique et tout s'enchaîne dans les idées de l'auteur, qui étaie ensuite ses opinions par des observations cliniques et par des guérisons obtenues en suivant les principes qu'il expose.

Nous avons cependant un reproche à adresser à M. Briau, reproche grave; car le fait sur lequel il porte tend à jeter de la défaveur sur le reste de l'ouvrage, où l'on doit voir pourtant qu'il y a de bonnes choses. En effet, ce médecin paraît faire un mystère des moyens qu'il emploie pour traiter la goutte: Bien qu'il indique les principes sur lesquels on doit s'appuyer, il ne déclare cependant pas tranchement les médicaments qu'il met en œuvre, et glisse avec une légèreté impardonnable sur cette partie si essentielle de son ouvrage. Nous ne pouvons que blâmer avec force ce silence calculé, et nous nous l'expliquons d'autant moins que le livre de l'auteur nous paraît fait avec conscience, bonne foi et avec un véritable amour de la science. X...

Dans sa dernière réunion, la commission de l'Académie de médecine pour la place vacante dans son sein, a décidé que les candidats seraient présentés au choix de l'Académie, dans l'ordre suivant:

MM. Prus.
Gibert.
Requin.
Briquet.
Martinet.
Nonat.

de l'ouverture de l'extrémité utérine peuvent froisser le col si l'on n'a pas la précaution d'attirer l'instrument un peu en avant, avant de le faire ainsi pivoter sur lui-même.

A côté des inconvénients principaux que nous venons de passer en revue, il en est d'autres qui ne sont que d'une importance secondaire ; par exemple :

1° Il ne peut être appliqué facilement et sans douleur que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, qui ont le vagin lâche et l'ouverture vulvo-vaginale très agrandie. Il n'est donc, sous ce rapport, qu'un instrument d'exception.

2° Plus qu'aucun autre spéculum, par sa grande dimension (27 centimètres), par le bruit métallique que produit le choc de ses branches, il est susceptible d'effrayer les malades et de les détourner d'un examen auquel elles ne consentent, en général, qu'avec une grande répugnance.

3° Il n'existe aucun moyen d'arrêter l'écartement que le chirurgien a établi entre les deux branches, et duquel résultent la dilatation et la tension plus ou moins fortes de la moitié inférieure et de l'ouverture du vagin ; de sorte que si l'on se sert de l'instrument pour une opération, cet écartement, après avoir été marqué par l'opérateur, pourra varier si la malade est indocile, l'aide inattentif ou inexpérimenté.

Puisque M. Récamier voulait un spéculum qui pénétrât facilement, qui agrandît l'ouverture vulvaire, et que l'on pût retirer des organes sans déplacer une pince qui aurait été placée dans la cavité de l'utérus, il n'avait qu'à se servir du spéculum de M. Lisfranc, qui réunit toutes ces conditions et beaucoup d'autres que l'on ne rencontre pas dans celui du médecin de l'Hôtel-Dieu.

Cependant, pour apprécier cet instrument à sa juste valeur, disons que, mieux qu'aucun autre, il permet de juger de l'état de la partie inférieure du vagin, qui est toujours plus ou moins masquée par la base des autres spéculums ; qu'il dilate et déplisse ces parties de manière que rien n'échappe aux regards du chirurgien. Que si l'on a quelque opération délicate à pratiquer sur cette partie du conduit vulvo-utérin, ou sur un point plus ou moins reculé de l'urètre il donne un large espace aux instruments ; que de plus, il fait éprouver aux tissus une tension qui peut être favorable à l'exécution de l'opération.

Tels sont les avantages et les inconvénients qu'un examen attentif et qu'un usage fréquemment renouvelé nous ont fait trouver dans la nouvelle invention de l'un de nos praticiens les plus plus célèbres.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Arthrites chroniques avec ankylose complète de plusieurs articulations, et endocardite. Traitement par l'hydropathie suivi de guérison.

D.., garde municipal, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est entré au Val-de-Grâce le 26 novembre 1841, salle 8, n° 4, atteint d'induration de plusieurs ganglions cervicaux très développés, et dont on fit l'ablation. Il éprouvait dans les articulations des douleurs générales liées à une endocardite. Après un long séjour à l'hôpital il va en convalescence, revient à son corps, où de nouvelles douleurs se font sentir, et il rentre au Val-de Grâce le 8 février 1843. Soumis de nouveau à un traitement convenable pendant plusieurs mois, ce traitement reste sans résultat sensible.

Ce militaire offrait, le 25 juin 1843, lorsqu'il fut soumis à l'hydrothérapie, les symptômes suivants : douleurs articulaires générales, vives, erratiques, principalement dans les épaules et aux genoux ; raideur et commencement d'ankylose de plusieurs articulations, et surtout des doigts. Les mouvements des membres thoraciques sont si limités que D... ne peut porter la main à la bouche, et que le secours d'un infirmier lui est nécessaire pour prendre ses aliments. La marche est laborieuse ; le malade s'aide d'un béquillou. Ces phénomènes sont liés à une endocardite ; un œdème s'étend sur les pieds et les malléoles ; le pouls est fréquent, plein ; l'appétit est faible, le sommeil nul.

Le 25 juin, trois lotions générales le matin, le soir et au milieu de la journée. Ceinture mouillée, ingestion de six verres d'eau avant le déjeûner, quelques verres pendant la journée ; exercice soutenu ; la demi-portion, viande et légumes ; diète de vin.

Du 22 au 30 juin, les fonctions digestives se font mieux ; le malade dort assez bien, ce qu'il ne pouvait faire jusqu'ici qu'en prenant de l'opium.

Du 1er au 31 juillet, douleurs moins vives ; mouvements un peu plus faciles.

Le 4, apparition d'une éruption de pustules semblables à celles qui se développent dans la variole. L'ombilic d'abord et les flancs en sont couverts, puis successivement les reins et toutes les parties masquées par la ceinture qui a donné lieu à cette éruption. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement ; l'appétit est excellent. On accorde les trois quarts, viandes et légumes. Le pouls est moins plein et moins fréquent. Bain de siége froid avec de la glace, à neuf heures du matin et à deux heures et demie, de dix minutes, pris successivement jusqu'à une demi-heure.

Du 1er au 31 août, mieux sensible. Les muscles et les liens articulaires se détendent ; les mouvements et la marche sont plus faciles ; les douleurs sont moins vives. On ajoute aux prescriptions la sudation de quatre heures du matin à huit heures et demie. Pour l'obtenir, le malade est enveloppé dans une couverture de laine ; il est couvert d'un lit de plumes ; et lorsque la sueur est arrivée l'infirmier ouvre les fenêtres et donne de temps en temps des verres d'eau froide au malade. Une demi-heure après la sudation on fait une lotion générale ; le malade remet sa ceinture mouillée, s'habille à la hâte, et va prendre de l'exercice dans le jardin.

Le 10 septembre, le malade est soumis à la douche à neuf heures et demie du matin ; il la prend en commençant par la tête, sur laquelle il doit croiser les mains, ce qu'il ne parvient à faire qu'après avoir éprouvé pendant un mois les effets du traitement. Il faut éviter de laisser tomber long-temps le jet sur les articulations douloureuses, et le faire arriver, au contraire, sur celles qui ne le sont pas, afin de révulser sur celles-ci l'irritation qui a son siége sur les premières.

Le 20, la lotion après la sudation est remplacée par le bain froid général pendant cinq minutes.

Pendant ce mois de nouvelles pustules apparaissent sur l'abdomen.

Du 1er au 30 septembre, les mouvements deviennent de plus en plus faciles ; le malade peut porter la main à la tête ; toutefois l'articulation scapulo-humérale droite se meut encore difficilement ; mais peu à peu la liberté des mouvements revient. La sueur est très abondante ; le pouls est revenu à son état normal, sauf un peu de fréquence. Les doigts ankylosés reprennent leur souplesse ; la marche devient de plus en plus facile ; l'appétit est excellent ; toutes les fonctions s'accomplissent bien. Vers la fin de septembre tous les accidents ont disparu ; le malade demande plusieurs fois sa sortie, et quitte l'hôpital le 29 septembre 1843.

Il est digne de remarque que D... avait été désigné pour aller aux eaux thermales, quand il lui a été accordé de ne pas s'y rendre et de continuer le traitement dont il éprouvait déjà de bons effets. Ce fait permet de conclure que l'hydrothérapie a procuré une guérison que peut-être les eaux thermales eussent refusée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. P. Dubois.

MM. Dupuy, Mérat et *Rochoux* demandent quelques rectifications au procès-verbal.

— *M. Nepple*, correspondant de l'Académie, adresse une lettre sur la rareté de la phthisie pulmonaire dans les Dombes où les fièvres intermittentes sont endémiques.

— *M. Bérigny* écrit pour communiquer un cas de rage qu'il a observé dans les circonstances suivantes : Un chien, qui mourut enragé, lécha, quelques jours avant sa maladie, les mains de sa maîtresse. Celle-ci, quelque temps après, éprouva tous les symptômes de la rage. En examinant avec soin la voie qu'avait dû prendre le virus, M. Bérigny aperçut, sur la face dorsale des doigts et immédiatement au-dessous de la racine des ongles, de petites fissures ou gerçures provenant de l'arrachement des lanières d'épiderme connues sous le nom d'*envies*. Ces petits pertuis ont suffi pour donner passage au virus rabique.

— *M. Mitivié* a lu, dans la Gazette médicale, le compte-rendu de la séance où il s'est agi du mal de mer. Il a vu avec surprise que M. Ferrus avait dit que les aliénés ne sont pas sujets à cette incommodité, qu'on a prêté la même opinion à Esquirol, alors que son célèbre maître a dit tout le contraire. Il assure que presque tous les malades qu'Esquirol a envoyés naviguer, ont éprouvé le mal de mer. Il en est de cette immuité qu'éprouveraient les aliénés, comme de celle qu'on leur a attribuée relativement aux épidémies. Le choléra est venu édifier les médecins à cet égard. Esquirol a consacré une partie de ses longues recherches à détruire ce préjugé, ainsi que ceux relatifs à l'insensibilité des aliénés au froid et autres vicissitudes atmosphériques. Quant à l'influence de la navigation sur l'aliénation mentale, Esquirol avait aussi observé que dans certains cas cette influence peut être favorable, mais que dans beaucoup d'autres elle est nuisible. M. Mitivié en rapporte ici plusieurs exemples. En résumé, M. Mitivié dit qu'Esquirol ne considérait la navigation comme favorable qu'à un très petit nombre d'aliénés.

— *M. Ferrus*. Je ne suis pas surpris de la réclamation de M. Mitivié contre les opinions qu'on a attribuées à tort à Esquirol. Je ne m'étonne pas non plus de son opposition à ce qu'il croit que j'ai dit dans cette enceinte. Mais il n'a lu le compte-rendu de cette séance que dans la Gazette médicale où par erreur, sans doute, mes opinions et celles d'Esquirol ont été inexactement rendues, et où on m'a fait dire le contraire de ce que j'avais dit. Si M. Mitivié avait lu le compte-rendu de la *Gazette des Hôpitaux*, qui a été très exact et très fidèle, il se serait épargné la peine d'adresser sa réclamation. En effet, relativement au mal de mer, j'ai cité deux exemples d'aliénés qui l'avaient éprouvé. Relativement aux influences de la navigation sur l'aliénation mentale, j'ai fait aussi les mêmes réserves qu'Esquirol ; j'admets des cas où elle est utile et j'en ai rapporté deux exemples relatifs à des mélancoliques. Or, dans cette espece d'aliénation, la surveillance peut tout aussi bien être exercée sur un bâtiment que dans une maison particulière. Comme Esquirol, j'ai consacré la plus grande partie de mes recherches à détruire les nombreux préjugés qui régnaient relativement aux aliénés, et à améliorer le triste sort de ces infortunés.

— *M. Ollivier* (d'Angers). A l'occasion de la lettre de M. Nepple sur la rareté de la phthisie dans les localités marécageuses, je dirai qu'elle confirme ce que Brera a dit il y a quelques années sur la rareté de la phthisie à Venise ; rareté qu'il attribuait aussi aux émanations des lagunes. Pendant mon séjour à Venise j'ai cherché à vérifier ce fait, et j'ai vu que sur 12 ou 1,400 malades admis dans les hôpitaux de cette ville par année, on n'y rencontrait que 7 à 8 phthisiques ; le reste était presque entièrement atteint de fièvre intermittente et de rhumatismes.

— *M. Capuron* expose les faits d'un procès qui s'est élevé entre les docteurs Louis et Aulfay relativement à la priorité d'invention d'un nouveau pessaire.

Sur l'observation de plusieurs membres, on passe à l'ordre du jour.

Le même académicien fait, au nom de M. Andral et au sien, un rapport sur une observation envoyée par M. Chrestien, professeur agrégé à Montpellier, relative à un cas de *phlegmasia alba dolens* sur un homme. Après avoir lu l'observation, le rapporteur dit que le vague qui y règne et sa description tout à fait incomplète, l'indication d'ailleurs de symptômes qui appartiennent à toute autre maladie qu'à celle qu'il a désignée, ne permettent pas à la commission de partager l'avis de l'auteur. Cependant elle propose de lui adresser des remercîments, de déposer l'observation aux archives, et d'en publier un extrait dans le Bulletin à la suite du rapport.

M. Rochoux. Je suis de ceux qui ont dit que la *phlegmasia alba dolens* n'est pas la même chez l'homme que chez la femme, et je me suis fondé sur un seul argument, l'état puerpéral qui imprime de si grandes différences dans les maladies de cette dernière. Que l'on me prouve que l'homme peut avoir la fièvre de lait, et je croirai qu'il peut avoir la *phlegmasia alba dolens*.

M. Gérardin. L'Académie ne peut pas adopter la troisième conclusion relative à l'insertion de l'observation de M. Chrestien dans le Bulletin. Evidemment ce n'est pas là une observation de *phlegmasia alba dolens*, et tout éclairé que puisse être ce médecin, il paraît certain qu'il n'a jamais eu occasion d'observer cette maladie. Cette observation ne signifie rien, et l'Académie ne peut pas l'insérer dans son Bulletin.

M. Capuron. Je me range à votre avis, je n'avais proposé l'insertion à la suite de mon rapport que pour montrer que l'Académie n'est pas dupe de pareilles observations.

Les conclusions, moins la troisième, sont adoptées.

— *M. Castel* lit un travail intitulé : Observations sur la vaccine. — L'auteur commence ainsi :

Le temps qui change tout, change aussi nos humeurs.

Voici le résumé de ce travail : La vaccine, quand elle réunit les conditions qui constituent sa véritable essence, n'est jamais dénuée de puissance ; mais elle est souvent insuffisante. On s'exprime avec plus de justesse lorsqu'on dit qu'elle n'est point un préservatif absolu, que lorsqu'on dit qu'elle n'est qu'un préservatif temporaire, car il n'y a ni périodicité, ni uniformité dans la durée de l'exemption qu'elle procure. Il nous sera facile de porter un jugement équitable sur la vaccine, si nous ne lui demandons que ce qu'elle peut donner.

M. Nacquart. M. Castel semble croire que l'intensité de la fièvre est en rapport avec l'énergie du virus ; en d'autres termes, que plus la fièvre est forte après la vaccine, plus celle-ci sera préservatrice. Je partage cette opinion ; aussi, dans ma pratique, je multiplie beaucoup les piqûres afin d'avoir un grand nombre de boutons.

M. Rochoux. Un seul mot : M. Bousquet a prouvé qu'un seul bouton préservait aussi bien que plusieurs.

— *M. Colombat* (de l'Isère) lit un mémoire intitulé : De l'influence du rhythme sur l'homme et sur les animaux. (Ce travail sera publié dans la *Gazette des Hôpitaux*.)

— *M. Cornay* lit un mémoire sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes.

La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 novembre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. Caventou écrit pour révendiquer, en faveur du général Lamarque, la priorité des tentatives faites en France sur la culture du pavot pour l'extraction de l'opium. « D'après mes conseils, dit-il, le général fit d'abord ses essais sur une échelle restreinte et néanmoins suffisante pour le fixer sur le but qu'il se proposait d'atteindre. En effet, dès l'année suivante, il me remit quatre échantillons d'opium en larme qui avaient été recueillis dans quatre domaines différents, quoique situés tous dans le département des Landes. Je retirai de ces divers opiums des quantités de morphine brute tellement considérables, par rapport à celles que fournissaient alors d'égales quantités d'opiums de commerce, qu'ils laissaient en larmes encore aujourd'hui assez loin derrière eux la richesse alcaloïde de ces derniers : la question médico-chimique paraissait dès-lors résolue, mais il restait celle non moins importante d'économie rurale, le général allait s'en occuper avec cette ardeur qu'il portait en toutes choses, lorsque les évènements de 1830 lui firent abandonner ces paisibles travaux..... Il est de fait que c'est dans l'opium recueilli par le général que nous avons constaté une richesse de plus de 14 pour 100 de morphine, et c'est de l'un de ces échantillons que Pelletier a retiré 12 pour cent de morphine très pure. Il y a loin de cette forte proportion d'alcaloïde à celle de 4 pour 100 que M. Bussy a retirée de deux échantillons d'opium de Smyrne, et même de 10 p. 100 que M. Payen annonce avoir extrait d'un opium récolté en Algérie de la plus belle apparence commerciale.

— *M. Gagnage* adresse une note sur un nouveau moyen de conserver les cadavres pendant le temps des études, à l'abri de la putréfaction, avec la souplesse des membres et sans dessication. Voici les liqueurs qu'il emploie, et qui n'attaquent point, dit-il, les instruments de chirurgie :

Alcool de fécule, essence de térébenthine ; de chaque, quantité suffisante. Distillez.

Ajoutez par litre, de 30 à 60 grammes de térébenthine de Venise ; aromatisez avec essence de romarin, de thym, de lavande, ou n'importe avec quelle huile essentielle, et colorez avec l'orcanette.

La liqueur d'immersion n'a pas besoin d'être colorée.

— *M. Warthon Jones* (F.-R.-S.) adresse un extrait d'un discours prononcé par lui le 3 octobre 1843, à l'hôpital de Charing-Cross, où les muscles sont considérés comme un appareil nervo-magnétique. Les puissances actives de la locomotion, ou les muscles, agissent par la contraction ou le raccourcissement des fibres qui les composent, sous l'influence de la volonté et par l'intermédiaire des nerfs, d'une nature différente de ceux qui font communiquer les organes des sens avec le cerveau.

Les fibres musculaires sont formées d'une série de disques (fait que M. Bourman a signalé le premier) non contigus, mais séparés par une substance intermédiaire assez élastique pour permettre qu'ils se rapprochent au point de se toucher, et puis s'éloigner. Ces disques sont analogues par leur nature aux aimants électriques (électro-magnétiques), et peuvent être appelés aimants névralgiques (névro-magnétiques), par la raison que le fluide nerveux paraît agir sur eux de la même manière que le fluide galvanique sur le fer qui compose les aimants électriques. Les disques névro-magnétiques qui composent les fibres musculaires sont microscopiques, et placés de manière à agir les uns sur les autres à de courtes distances seulement, et conséquemment avec une grande puissance, laquelle augmente en raison du rapprochement de ces disques les uns vers les autres. Comme par l'accumulation d'un plus grand nombre de ces aimants magnétiques dans les fibres qui composent les muscles, une plus grande étendue de mouvements est obtenue, de même la puissance musculaire est augmentée selon le nombre de fibres qui entre dans sa composition.

Les fibrilles primitives du nerf forment des brides autour des fibres musculaires, et non une spirale comme les conducteurs galvaniques autour des aimants électriques lorsqu'une grande puissance doit être développée. Mais malgré la différence dans l'arrangement, le principe reste toujours le même, et, si mes vues sont justes, elles démontrent non seulement la simplicité et l'économie employées par la nature, mais aussi les avantages et la perfection dans les résultats. En effet, le fluide nerveux, en parcourant les fibrilles ainsi disposées en brides, communique aux disques névro-magnétiques qui forment les fibres musculaires un état magnétique de la même manière que le galvanisme au fer dont les aimants électriques sont formés. En vertu de l'état magnétique dans lequel se trouvent les disques, ils s'attirent, ce qui constitue la contraction musculaire ; ensuite l'influence nerveuse étant suspendue, l'attraction cesse et le relâchement des muscles a lieu par la séparation des disques. Selon ces vues, l'attraction doit être plus puissante vers la fin qu'au commencement, ce qui est contraire à l'opinion émise par Schwann. Mais cet expérimentateur s'est trompé en attribuant aux *fibres musculaires* les résultats obtenus par lui sur des *muscles entiers* dont les parties sont groupées et arrangées selon les devoirs qu'ils ont à remplir. Or, les muscles ayant à vaincre une plus grande résistance lorsqu'ils commencent à agir que plus tard, un plus grand nombre de fibres entrent en action, au début, que vers la fin.

Mais comment se fait-il que dans le corps humain, où tout est si bien ordonné, il se trouve des leviers si désavantageux ? il serait facile de prouver que cette anomalie n'est qu'apparente. D'abord les

mouvements sont plus étendus et plus rapides, l'espace économisé et la symétrie conservée ; ensuite un pouvoir comme celui de la contraction musculaire ne peut s'appliquer à un bras de levier trop long, par la raison qu'il aurait exigé un mode bien plus compliqué que celui employé pour obtenir les mêmes résultats. L'attraction des disques névro-magnétiques, comme le magnétisme ordinaire, ne s'exerce avec effet qu'à de courtes distances ; ainsi le raccourcissement des fibres étant nécessairement d'une étendue assez limitée, le but de la nature ne pouvait être atteint qu'avec de courts bras de leviers. Enfin, la circonstance même qui domine l'étendue de la contraction musculaire donne à ces organes une plus grande puissance, ce qui contrebalance les désavantages offerts par les courts bras de levier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — Octobre.

Considérations sur le diagnostic et le traitement du croup et du pseudo-croup; par M. VALLEIX.

Ce qui caractérise surtout le pseudo-croup ou laryngite striduleuse, c'est, après quelques symptômes légers de trachéite simple qui ne forcent l'enfant ni à suspendre ses jeux, ni à s'aliter, qui ne diminuent pas notablement l'appétit et qui n'occasionnent point de symptômes fébriles bien marqués : 1° l'apparition d'un accès ordinairement très intense, effrayant, et de nature à faire croire à l'existence d'une maladie très grave; 2° après cet accès, le retour d'un calme complet, et la disparition de tous ces symptômes si alarmants, qui se reproduisent ensuite au bout d'un temps plus ou moins long. Pendant l'accès, il y a une dyspnée intense avec menace de suffocation, la voix est rauque et la toux est ordinairement croupale; mais on n'observe pas, même alors, cette abolition plus ou moins complète de la voix ; cette aphonie si remarquable que nous allons trouver dans l'autre maladie. Pas de ganglions engorgés et douloureux à la base des mâchoires et aux parties supérieures du cou. Gonflement des amygdales et rougeur du pharynx; absence de fausses membranes sur les parties accessibles à la vue ; point de débris de pseudo-membrane dans la matière de l'expectoration ou des vomissements.

Dans le croup, dès le début fièvre intense, céphalalgie, abattement, anorexie, mal de gorge avec gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Le premier accès ordinairement moins intense que dans le pseudo-croup, et dans l'intervalle de ceux qui le suivent, symptômes graves dus à l'état fébrile et à l'inflammation spécifique locale. La voix et la toux sont d'abord croupales; mais bientôt leur sonorité diminue, la voix en particulier s'altère profondément, et il survient une aphonie plus ou moins complète. En examinant la gorge, plaques pseudo-membraneuses dont le principal siége est sur les amygdales, et qui tendent à envahir, d'une part le larynx, et, de l'autre, l'arrière-cavité des fosses nasales. Plus tard, très souvent lambeaux de fausse membrane dans la matière de l'expectoration ou du vomissement.

Suivant M. Guersant, un traitement un peu actif est très rarement nécessaire dans le pseudo-croup ; quelques boissons émollientes, le repos, de légers laxatifs, sont suffisants pour faire disparaître ces symptômes qui paraissent si graves. Mais il est des cas qui ont une gravité réelle, et dans lesquels il faut avoir recours à des moyens plus énergiques; tels sont les saignées, les vomitifs, les laxatifs, et si l'asphyxie est imminente, la trachéotomie.

Le traitement du croup est beaucoup plus compliqué. M. Valleix passe en revue, en les appréciant, les divers moyens employés. Les saignées abondantes ne peuvent pas constituer une méthode exclusive de traitement. L'inflammation croupale a quelque chose de spécial qui leur résiste. S'ensuit-il que la saignée ne doive pas être employée? Non, sans doute, et par plusieurs raisons. D'abord, il n'est point démontré que ce moyen n'agisse que dans les cas où il existe une inflammation simple; et, en second lieu, les auteurs ont cité des faits où, si la saignée n'a point procuré une guérison radicale, du moins elle a produit un soulagement marqué; par conséquent, renoncer entièrement à ce moyen serait une imprudence réelle. C'est principalement au début que la saignée doit être mise en usage. Quant aux émollients, ils n'ont jamais été et ne peuvent être considérés que comme des adjuvants.

Quant aux vomitifs, et en particulier l'émétique, voici les résultats auxquels M. Valleix est arrivé : Dans 53 cas, on a employé 31 fois comme médication principale l'émétique et l'ipécacuanha, et sur ce nombre de cas il y a eu 15 guérisons, c'est-à-dire près de la moitié. Vingt-deux fois, au contraire, on a donné les vomitifs avec parcimonie; il n'y a eu qu'une seule guérison.

L'émétique, pour agir avec toute son efficacité, doit être employé avec plus d'énergie et de persévérance qu'on ne le fait ordinairement. A cet effet, on doit l'administrer dans une potion qui en contient de 5 à 15 centigrammes, suivant l'âge, que l'on donne par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure, et qu'on renouvelle dès qu'elle est finie. Ainsi l'émétique est administré sans relâche, et l'administration des dernières doses ne laisse pas à la maladie le temps de réagir contre l'action des premières. L'apparition de symptômes toxiques graves pourrait seule empêcher le médecin d'insister sur cette médication

Les préparations mercurielles à l'intérieur ou en frictions ne doivent inspirer qu'une confiance très limitée. Il en est de même du sulfure de potasse, du polygala et des sels alcalins.

Les topiques irritants placés sur le cou ne doivent être considérés que comme des adjuvants.

La cautérisation du pharynx, au contraire, est un moyen énergique dont M. Bretonneau surtout a démontré toute la puissance. Mais s'ensuit-il qu'on doive se borner exclusivement au traitement par les caustiques? M. Valleix ne le pense pas, et il résume en ces termes le traitement que l'on doit diriger contre le croup :

« Comme les progrès de la maladie peuvent être très rapides, et que la gravité augmente beaucoup dès que la fausse membrane a envahi le larynx, on doit, sans perdre de temps, sans s'attacher à combattre un symptôme plutôt qu'un autre, ou un élément morbide en particulier, mettre immédiatement en usage les moyens auxquels nous avons reconnu une certaine efficacité. Ainsi, une ou plusieurs saignées, lorsque la chose est possible ; une ou plusieurs applications de sangsues au cou ; l'emploi non interrompu de l'émétique, la cautérisation de l'arrière-gorge, des topiques révulsifs lorsque le mouvement fébrile n'est pas trop considérable, les frictions mercurielles, tous ces moyens doivent être employés à la fois et continués jusqu'à ce que le calme de la respiration, la cessation du mouvement fébrile et des autres symptômes généraux aient annoncé un amendement réel dans les lésions locales. Tant que de nouvelles observations ne seront pas venues prouver qu'un seul de ces moyens suffit *dans tous les cas* pour procurer la guérison, un praticien prudent ne se privera pas volontairement d'aucun d'eux. Quant à la trachéotomie, elle n'est pratiquée que lorsque les autres moyens ont échoué, lorsque, par conséquent, elle seule offre quelques chances de salut pour les malades. Or, il est évident qu'alors le médecin ne peut se dispenser d'y avoir recours, et il n'y a pas là matière à discussion. Peut-être pourrait-on se demander si la trachéotomie ne devrait pas être pratiquée à une époque moins avancée de la maladie? mais cette question est très délicate ; il serait dangereux de l'aborder prématurément, et elle ne me paraît pas pouvoir être résolue dans l'état naturel de la science. »

De l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire; par M. MARTIN-SOLON.

Nous avons fait connaître dans nos comptes-rendus de l'Académie de médecine les principaux faits contenus dans ce mémoire. Nous donnons aujourd'hui les conclusions formulées par l'auteur:

1° Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants à la dose de 20 à 60 grammes.

2° Il n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, des arthritis partielles apyrétiques, du rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies.

3° Appliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la solution en quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les cas les plus intenses, lorsqu'ils sont simples.

4° Ce résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement de la fréquence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau; l'augmentation des sécrétions cutanée, alvine et urinaire ne semble pas le favoriser.

5° Le nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrès du rhumatisme, ou bien, si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des douleurs va graduellement en diminuant. ce traitement, par sa rapidité, prévient les endocardites, rend la convalescence très courte et les rechutes moins fréquentes.

6° Cette médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite.

7° Quand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à l'arthritis, les émissions sanguines ou les divers moyens appropriés à la nouvelle maladie doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un adjuvant utile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisition précieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatismes articulaires aigus qui ne comportent point l'usage des émissions sanguines.

Recherches et expériences sur les contre poisons du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic; par MM. BOUCHARDAT et SANDRAS.

Les auteurs ont terminé ce travail par le résumé suivant :

Nous croyons qu'il faut, d'après ces expériences, considérer comme contre-poisons les matières suivantes:

1° Contre le sublimé corrosif,

Le mélange de poudre de zinc et de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le persulfure de peroxyde de fer hydraté.

2° Contre le cuivre,

Le mélange de poudre de zinc et de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le fer porphyrisé, la limaille de zinc, le persulfure de peroxyde de fer hydraté.

3° Contre le plomb,

Le persulfure de peroxyde de fer hydraté humide.

4° Contre l'acide arsénieux,

Le peroxyde de fer hydraté humide, le peroxyde de fer hydraté sec, et le persulfure de peroxyde de hydraté humide.

5° Cette dernière préparation aurait même cet avantage que, changeant la nature des quatre poisons que nous venons de citer, elle conviendrait surtout, dans le cas où la substance suspect appartiendrait à l'une ou à l'autre de ces séries, sans qu'on put *à priori* décider à laquelle.

Quant à la manière d'administrer ces contre-poisons et aux doses qu'il faut donner, nous pensons que le moyen le plus simple, en ce qui regarde les poudres de fer et de zinc, consiste à les suspendre dans un électuaire, comme le conseille M. Dumas, ou à les envelopper par portions dans du pain à chanter. Pour les magma de peroxyde de fer ou de persulfure, on peut les faire avaler sous forme de gelée, comme ils sont conservés dans les pharmacies.

Nous croyons qu'il sera utile d'accompagner cette administration de plusieurs verres d'eau tiède et de titillations de la luette pour exciter et faciliter le vomissement.

En ce qui regarde les doses, 7 grammes de poudre de fer ou de zinc peuvent suffire pour arrêter l'action vénéneuse d'un gramme d'acétate de cuivre; 60 grammes de magma de persulfure peuvent suffire contre la même dose d'acétate de cuivre et contre 0,30 d'acide arsénieux ; il faut 120 grammes de magma de péroxyde de fer hydraté humide pour obtenir le même résultat contre cette dernière substance ; 80 grammes de péroxyde de fer hydraté sec nous paraissent suffisantes contre 0,30 d'acide arsénieux.

Plus tôt on aura pu donner le contre poison et plus sûr on sera de réussir. Pour l'acétate de cuivre, 40 minutes écoulées ne seront pas encore une raison pour perdre l'espoir de réussir, mais l'arsenic est plus vite absorbé.

NOUVELLES.

M. Piorry commencera, le mardi 14 novembre, à l'hôpital de la Pitié, ses leçons cliniques, qui auront lieu tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés, à sept heures trois-quarts du matin, salles Sainte-Geneviève et Saint-Raphaël.

A huit heures trois-quarts du matin, M. Piorry fera, les lundis, mercredis et vendredis, une leçon de pathologie. Ce cours fera suite au cours d'été de la Faculté. (Ces leçons alterneront avec celles de M. Bérard.)

M. Piorry traitera, cet hiver, des lésions de l'intestin dans les fièvres graves, des maladies nerveuses de l'estomac et des intestins, ainsi que des affections du foie et de la rate.

Des séries d'élèves seront exercées par MM. Maillot et Damoiseau à la pratique de la plessimétrie.

— M. le docteur Longet ouvrira son Cours d'anatomie et de physiologie du système nerveux, le lundi 13 novembre, à midi, à l'Ecole pratique.

Il commencera le mercredi suivant un cours de vivisections appliquées à l'étude du système nerveux.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 133. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

CIVILS ET MILITAIRES.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 10 NOVEMBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

(*Sixième liste.*)

Ont adhéré à la protestation signée par MM. les internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris :

MM. C.-E. Figuière, Bailly, Champeaux, Fr. de Saint-Laurent, Guignard, C. de Puisaye, Ant. Imbert-Gourbeyre, J. Jarjavay, Ed. Gelez, Belin, Demarquay, Guérin, J. Hélot, Siméon Bornet, Désormeaux, Alph. Milcent, internes de l'Hôtel-Dieu.

— Guitton, D.-M.-P.; Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre; Jacob, D.-M.-P.; Roussel, D.-M.-P.; Sarrazin, D.-M.-P.; Desmarres, D.-M.-P.; Hélie, D.-M.-P.; Quatrevaux, D.-M.-P.

— On annonce que la Société anatomique et la Société médicale d'Emulation de Paris ont donné leur adhésion.

— M. Martin, D.-M., a également signé la déclaration.

Strasbourg, 8 novembre 1843.

(*Deuxième liste.*)

MM. Sédillot, professeur à la Faculté et à l'Hôpital militaire; Scoutetten, chirurgien en chef, premier professeur à l'Hôpital militaire; Langlois, professeur à l'Hôpital militaire; Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences, D.-M.; Tourdes père, professeur à la Faculté; Hirlz, agrégé à la Faculté; Held, agrégé à la Faculté; Strohl, agrégé à la Faculté; Bœckel aîné, D.-M.; Schœffer, D.-M.; Libermann, D.-M.; Zeyzolff, D.-M.; Clausing, médecin cantonnal; Gerhard, D.-M.; Schaller, D.-M.; Lauth, D.-M.; Lambert, D.-M.; Joyeux, D.-M.

Monsieur et honoré confrère,

Il suffit d'appartenir à une publication scientifique pour rester convaincu de la nécessité d'adhérer aux principes de la *Déclaration* des médecins et chirurgiens de Paris en matière de presse.

La vérité ne luirait jamais au grand détriment de la science et de l'humanité, si la liberté de discussion en matière scientifique n'était pas un droit sacré.

Les faits ne seraient plus la base des sciences s'il n'était pas permis d'en constater l'authenticité.

Tant pis pour celui qui aurait intérêt à altérer les faits, si en les ramenant à la vérité on le dépouille du prestige qu'auraient pu lui prêter ceux qui seraient reconnus faux.

J'adhère donc, avec la plus profonde conviction, à la Déclaration de principes que vous avez publiée dans votre n° du 19 octobre.

J'ai l'honneur, etc. COSTES, D.-M.

Rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux.*

Bordeaux, le 1er novembre 1843.

— M. L. Boyer, D.-M. à Longjumeau (Seine-et-Oise), nous prie de joindre son nom à ceux des signataires de la protestation (*voir* n° du 19 octobre).

— Les médecins et chirurgiens de l'arrondissement de Pau (Basses-Pyrénées), après avoir pris connaissance de la déclaration de principes rédigée par leurs confrères de Paris, et dont copie suit, déclarent adhérer complétement à toutes les dispositions contenues dans ladite déclaration de principes :

(Suit le texte de la déclaration.)

Ont signé : Baile, médecin en chef de l'hôpital, inspecteur des Eaux-Chaudes; J. Loyson, D.-M.-P.; Cazenave, M., directeur de l'Asile des aliénés; Roussille, D.-M.-P.; Marcel, chirurgien en chef de l'hospice; F. Daran, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes; H.-M. Honnau, D.-M.-M., médecin des prisons; Mespec, D.-M.; Barracq, chirurgien; L. Daran, D.-M.-P.; S. Jacob, D.-M.-P.; Picamilh, D.-M.-P.; Iribarue, D.-M.-P.; Terrier, D.-M.-P.; Bergeret, D.-M.-P.; Routille, médecin; Labessin, chirurgien; Bidourel, chirurgien; Pédaugé, chirurgien; Suberbielle, D.-M.; Chéreau, aide-major retraité.

— Les adhésions que demande la Société de chirurgie de Paris, ne lui manqueront pas. Marseille ne sera pas en retard; nous nous en occupons activement, et nous pouvons dire d'avance que tous nos confrères se feront un devoir de donner une pleine et entière approbation à la déclaration de principes que nous venons d'exposer.

Nous regrettons vivement que les limites de notre publication ne nous permettent pas d'entrer aujourd'hui dans plus de détails sur ce procès et sur la discussion qui en a été le motif, mais nous aurons plus d'une fois occasion d'y revenir. Nous dirons, en terminant, que, quoi qu'il advienne, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) auront bien mérité de la science et de tous leurs confrères.

(*La Clinique de Marseille.*)

— M. Guérin a lancé une statistique incroyable; des chirurgiens honorables ont voulu discuter les faits annoncés dans cette statistique, M. Guérin leur a répondu par un procès devant la police correctionnelle.

A ce propos est intervenue la déclaration suivante (suit le texte de la déclaration (*voir* n° du 19 octobre), signée par MM. Marjolin, Velpeau, Fouquier, Cruveilhier, etc., qui recevra l'approbation de tout le corps médical et à laquelle nous nous associons entièrement.

(*La Clinique de Montpellier.*)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Discours d'ouverture. — Revue clinique.

Nous allons reprendre nos leçons de clinique externe, ou si vous l'aimez mieux, l'étude des affections chirurgicales au lit des malades. Ces leçons reposent entièrement sur l'imprévus, sur l'éventualité; pris à l'improviste, le professeur doit être assez riche de son propre fonds pour envisager sous toutes leurs faces les faits que des circonstances fortuites peuvent offrir à son observation.

Examiné à ce point de vue, l'enseignement clinique exige des qualités que peuvent seules donner la pratique et un esprit d'observation inné. Cet esprit d'observation constitue le tact chirurgical, le plus beau don que vous ayez pu recevoir de la nature.

Avec des livres, de la méthode, et un esprit d'analyse, on peut, non sans succès, professer certaines sciences médicales. Ce qui faisait dire à Barthez, avec cet esprit fin et railleur qui le distinguait :

« Professez ce que vous ignorez, c'est le plus sûr moyen d'apprendre. »

Ce célèbre professeur n'aurait pu appliquer sa formule aux leçons de clinique, parce qu'un cours de cette nature ne s'improvise pas avec des livres et de la mémoire.

On a souvent agité la question de savoir si l'élève doit commencer ses études médicales dans les livres par la science théorique, ou s'il doit de suite aborder les salles de clinique afin de s'instruire par l'observation des faits et par la pratique. L'une et l'autre opinion a eu ses fauteurs, et a été défendue exclusivement.

Les opinions extrêmes sont rarement appliquées avec bonheur à l'art de guérir, et pour notre compte nous aimons à répéter avec Horace, *in medium virtus.* Nous pensons en effet que, loin de s'exclure, la théorie et la pratique, les livres et les malades s'harmonisent heureusement, et que ce qu'il y a de mieux à faire ici, c'est du juste milieu.

Prenons l'étude des fractures pour exemple.

Vainement aurez-vous lu des volumes entiers sur les solutions de continuité des os et sur leurs traitements, vos lectures ne seront réellement profitables que du jour où assistant à une leçon de clinique vous aurez vu et entendu, mais vu surtout, le professeur de clinique.

Votre esprit vivement impressionné par le tableau qui aura été déroulé sous vos yeux, et dont vous aurez saisi les détails et l'ensemble, conservera une image qui ne s'effacera plus, tandis que les mots n'avaient laissé que des traces fugitives.

Ces mots n'auront de valeur réelle, les livres ne vous seront vraiment utiles qu'ouverts, au moment où vous aurez été saisis par l'aspect du malade dont le médecin ou le chirurgien vous aura fait toucher du doigt les infirmités.

Ajoutons que la science est loin d'avoir dit son dernier mot, et tant que son char ne sera pas arrêté, les livres vieilliront. Vous le savez, les livres de médecine vieillissent vite, ils jouissent en général du privilége de devenir bouquins avant l'âge; il en est un qui échappe à cette triste destinée, le livre si instructif de la nature, celui qui se trouve qu'au lit du malade.

Ces productions sont éphémères, il faut bien le reconnaître, parce qu'elles sont venues avant maturité. Généralement, vous le savez, on écrit au sortir des écoles, on se hâte de faire un livre pour se faire connaître, pour payer sa bienvenue dans le monde, et quand avec l'âge sont venus les robustes fruits de l'expérience, on n'écrit plus, parce qu'on ne veut plus s'en donner la peine.

Il existe toutefois quelques exceptions, et ces exceptions portent sur les livres qui ont été faits au lit du malade, sur les livres riches d'observations bien digérées. A ce compte, les ouvrages des Sabatier, des Desault, des Boyer, des Scarpa, sont destinés à vivre long-temps.

La clinique escompte chaque jour les innovations et les découvertes en chirurgie; elle soumet tout à son creuset pour n'admettre que la monnaie de bon aloi et ayant cours. Laissez-vous guider par son flambeau, et votre route hérissée de difficultés accumulées par les théories, s'aplanira; elle deviendra facile; vous marcherez à pas de géants; vous deviendrez des praticiens, des hommes réellement utiles à la société et à vos semblables.

L'enseignement clinique, je le répète, jettera de vives lumières dans votre esprit. Le diagnostic lui-même, dont on fait un épouvantail, ne saurait échapper à votre observation bien dirigée; et d'ailleurs, disons-le, dans la plupart des lésions, le diagnostic est facile, facile pour tout le monde : je n'en veux d'autre preuve que le rapport des élèves de garde. N'est-il pas vrai que rarement sur ces rapports la nature de la maladie est imparfaitement indiquée? Quant aux affections obscures, difficiles à saisir par les yeux et par l'induction, celles-là sont souvent obscures pour tout le monde, même pour les praticiens consommés?

On a professé à l'occasion du diagnostic une grande hérésie quand on a dit qu'une fois la maladie connue le traitement cesse d'être une énigme. Comme s'il suffisait de connaître une arme pour savoir la manier! Cette erreur tient à ce qu'on a voulu assujettir à des règles générales des individualités morbides dont chacun constitue, pour ainsi dire, une exception. C'est cette erreur qui a engendré les méthodes exclusives des traitements par les purgatifs, les saignées, les toniques, etc., si fatales à l'humanité. C'est elle qui a fait naître les revers qui ont entraîné les révolutions médicales et ont porté sur les systèmes la hache révolutionnaire.

Toujours il faut savoir modifier le traitement selon les circonstances et agir d'après les indications sans préoccupation de système. Rappelez-vous d'ailleurs que chaque lésion offre un degré de gravité variable, et sur lequel pèse une foule de modificateurs apportés par la constitution atmosphérique, les causes, le climat, l'âge, les saisons, etc.

Est-il besoin de vous rappeler que vous n'obtiendrez de succès en chirurgie, que vous ne serez chirurgiens heureux, qu'à la condition expresse d'être médecins habiles. La médecine et la chirurgie, long-temps ennemies, sont rangées sous la même bannière. Au point de vue de l'intérêt des malades, de celui du fisc et de l'unité de notre corps, j'appelle de tous mes vœux le moment où les officiers de santé militaires n'auront plus qu'un seul collet, afin que tous puissent également être utiles, soit un jour de bataille, pour panser les blessés, soit au moment d'une épidémie, pour prodiguer leurs soins aux malades qui ressortent du domaine de la pathologie interne. Cette fusion sera facile quand les hommes intéressés n'y mettront plus d'entraves, puisque tous les médecins militaires ont débuté par être chirurgiens. Le Val-de-Grâce, comme beaucoup d'autres hôpitaux, a pour médecin en chef un homme qui, dans la chirurgie, tiendrait un rang fort distingué.

Grâce à la sollicitude que l'illustre maréchal-ministre de la guerre porte à l'enseignement professé au Val-de-Grâce, nos cliniques, enrichies de faits de chirurgie puisés aux hôpitaux militaires voisins de Paris, présentent un puissant intérêt. C'est ainsi que, dans le courant de l'année qui vient de s'écouler d'un mois de novembre à l'autre, plus de 700 militaires sont entrés dans nos salles de clinique; beaucoup d'entre eux ont offert des affections très graves, et quelques-uns des lésions mortelles; nous n'avons néanmoins perdu que sept malades. Ce résultat heureux répond victorieusement aux attaques que des hommes envieux et médiocres pourraient avoir l'envie de nous susciter.

Un coup d'œil rapide et retrospectif sur les travaux de l'année qui vient de s'écouler vous fera connaître l'importance présumée de l'année scolaire dans laquelle nous entrons.

Vingt-cinq hydrocèles ont été opérées par notre méthode; bon nombre étaient compliquées d'orchites, deux étaient doubles. La moyenne de la guérison a été de 17 jours. Chez aucun malade il n'est survenu d'accidents, tels que suppuration profonde, gangrène partielle, etc. Il y a eu deux récidives dans deux cas où le testicule, engorgé depuis long-temps, semble avoir produit la première hydrocèle et fait renaître la seconde.

Quinze fractures, dont trois de cuisse et plusieurs de jambe, compliquées de plaies, ont été traitées à la clinique par notre appareil. Toutes ont été suivies de guérison, et les résultats ont été si heureux qu'un seul cas a entraîné la réforme.

Dans deux circonstances nous avons pratiqué la section avec excision du nerf sous-orbitaire, pour faire cesser d'atroces névralgies faciales; dans l'un et l'autre cas, le succès a couronné l'opération.

Deux fois nous avons, à l'aide d'un emprunt tégumentaire fait aux parties voisines, restauré les paupières. Dans un cas que nous croyons unique dans la science, nous avons fait sur le même œil une paupière supérieure et une paupière inférieure. Cette opération, pratiquée surtout en vue de la conservation du globe oculaire, a parfaitement réussi dans les deux cas; l'un des opérés est en ce moment à l'hôpital pour une affection étrangère à la blépharoplastie.

Un capitaine, porteur d'un cancer qui avait envahi une grande portion de la face, a été opéré par nous, après nous être éclairé de l'avis du célèbre professeur M. Roux. L'opération a été laborieuse, parce qu'il a fallu extraire la glande sublinguale, une portion de la glande parotide et diverses glandes cervicales placées sur les gros troncs artériels de la région du col. La vaste brèche résultant de la perte de substance de la face a été masquée par un long emprunt de téguments fait au-dessous du menton. Au dixième jour tout était cicatrisé; le malade se promenait déjà au jardin, quand, vers le quinzième jour, vingt à trente gros abcès surgirent sur diverses régions du corps spontanément. Ces abcès furent ou-

verts et vidés; ils suppurèrent un temps infini, donnèrent lieu à une résorption purulente, et trois mois environ après l'opération, ce militaire succomba.

Un grand nombre d'affections de vessie et du canal de l'urètre ont été traitées au Val-de-Grâce, et dans tous les cas, la dilatation faite avec méthode, et long-temps continuée, a donné des résultats fort satisfaisants. Vous savez qu'aucune méthode ne met à l'abri des récidives; pour les prévenir, nous engageons les malades à continuer pendant six mois et même un an après leur sortie, à passer pendant cinq minutes, matin et soir, une grosse sonde dans le canal de l'urètre. Nous savons que ce moyen bien simple a suffi souvent pour consolider la guérison et prévenir des récidives.

Un malade a été débarrassé d'un calcul volumineux, d'une dureté très remarquable, après quatre séances de lithontripsie; il a à peine souffert, et n'a cessé de manger la demi-ration d'aliments pendant son traitement.

Huit amputations ont été faites: une au pied avec perte totale des trois premiers orteils; une autre à la main avec ablation des doigts index, médius et annulaire en totalité; trois à la jambe, à quatre travers de doigts au-dessous du genou; la sixième au-dessus des malléoles; la septième à l'articulation tibio-tarsienne, et la huitième à la partie moyenne du bras. Deux amputés ont succombé; l'un avait été amputé au-dessous du genou, l'autre au milieu du bras.

A propos des amputations sus-malléolaires, une question grave se présente:

Faut-il préférer l'amputation à la jarretière? Nous ne le pensons pas, et nous appuyons notre manière de voir sur des faits. Notre statistique à nous, aussi bien que celle des chirurgiens qui souvent ont eu recours aux amputations de jambes, soit à la jarretière, soit au-dessus des malléoles, démontrent que celles-ci exposent moins aux mauvaises chances, à la mort, que les autres. Dans ce cas, la théorie se trouve d'accord avec l'observation et la pratique.

Vous savez qu'il est de précepte, en bonne chirurgie, de toujours amputer le plus loin possible du tronc; or, ce précepte reçoit une application rigoureuse à l'endroit de l'amputation sus-malléolaire, et ce serait le violer que d'amputer à la jarretière quand la lésion n'exige pas le sacrifice de la jambe presqu'en totalité.

De plus, les parties molles sont moins abondantes au-dessus des malléoles qu'au tiers ou au quart supérieur de la jambe; il s'ensuit que la douleur est moindre, que l'opération est plus rapide, et que les réactions développées par la surface traumatique sont bien moins vives quand on ampute au-dessus des malléoles. Ces réactions sur les viscères, sur les grands centres de la vie sont des causes très fréquentes de mort, comme tout le monde le sait.

L'amputation sus-malléolaire encore conserve l'articulation du genou intacte, et permet, à l'aide d'un membre artificiel, une marche si libre et si facile que la mutilation peut être dissimulée aisément; ce qui n'est pas indifférent surtout quand il s'agit d'un officier. Grâce à l'amputation sus-malléolaire, nous venons de conserver à l'armée l'un de ses plus braves colonels.

Cette jambe artificielle, je le sais, coûte un peu plus cher que la classique jambe de bois; ou objecte qu'elle est plus sujette à se détériorer, mais j'en appelle aux hommes de conscience. Ces considérations minimes peuvent-elles être prises en considération sérieuse, quand les faits avec leur logique absolue démontrent que rejeter l'amputation sus-malléolaire dans tous les cas, et d'une manière absolue, c'est se priver volontairement d'une ressource chirurgicale, c'est de deux maux choisir le pire?

J'aurais à vous entretenir d'une amputation que j'ai créée, de l'ablation totale du pied, dont nous avons un exemple heureux actuellement dans notre service. Cette amputation permet la marche sur le pilon à l'aide d'une bottine d'un prix modique; elle possède les avantages de l'amputation sus-malléolaire et de celle qui se pratique au-dessous du genou, sans avoir les inconvénients de l'une et de l'autre. Ce chapitre fera le sujet d'une prochaine conférence. Je ne pousserai pas plus loin aujourd'hui la récapitulation des principaux faits de chirurgie observés à notre clinique dans l'année scolaire qui vient de s'écouler.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Epilepsie probablement symptômatique d'une affection cérébrale. Quelques considérations sur cette affection dans l'enfance.

Au n° 3 de la salle Sainte-Catherine, est couchée une jeune fille de onze ans, entrée dans le courant du mois d'août.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, vaccinée, non variolée, cette enfant paraît être assez bien portante habituellement. Elle a eu dans sa première enfance la rougeole et la scarlatine. Depuis, elle avait toujours été assez bien portante jusqu'à la fin de l'année dernière, époque à laquelle elle eut une maladie assez grave, que ses parents désignent sous le nom de fièvre cérébrale, et qui, d'après les symptômes que l'on nous a décrits, semble avoir été une méningo-encéphalite. Cette maladie dura plus de trois semaines, et l'enfant parut se rétablir complètement. Mais il y a trois mois, sans cause connue, elle perdit subitement connaissance; ses membres furent agités de tremblements convulsifs. Cet état dura près d'un quart-d'heure. Ces attaques convulsives se renouvelèrent plusieurs fois depuis cette époque, se rapprochant chaque fois, et sont devenues tellement fréquentes, que la malade en a jusqu'à quatre ou cinq par jour. Interrogés avec soin, les parents ont fait observer que l'enfant depuis sa maladie cérébrale, se plaignait souvent de douleurs de tête, plus fortes dans un point spécialement, auquel elle portait souvent la main.

Au moment de son entrée, elle est très calme, paraît jouir d'une bonne santé, et rien n'indique dans son habitude extérieure l'affection à laquelle elle est sujette. Le visage est tranquille, d'une coloration tout à fait normale; les yeux sans fixité, sans hébétude; pas de strabisme; pas de déviation des traits de la face. Les appareils d'organes contenus dans le thorax et dans l'abdomen ne présentent aucun symptôme morbide. Ni diarrhée, ni constipation. Langue assez humide, saburrale.

Le 17 août, l'enfant a eu deux attaques convulsives cette nuit, caractérisées par une perte subite de connaissance, la raideur et les tremblements tétaniques des membres, la présence de l'écume aux commissures des lèvres; fixité des yeux. On n'a point fait attention s'il existait une déviation des traits de la face, et si la sensibilité était conservée.

Ce matin elle est un peu abattue, triste, répond, mais lentement, aux questions qu'on lui adresse. La vue n'est pas troublée, l'intelligence assez nette; pas de tintements ni de bourdonnements d'oreilles. L'enfant se plaint seulement d'une douleur de tête assez vive, plus forte du côté gauche que du côté droit. Belladone, 10 centigrammes en deux pilules; synapismes aux jambes pendant les attaques.

Le 21 août, une des crises nerveuses est survenue pendant la visite du matin. Sans que rien annonçât l'invasion prochaine de l'attaque, l'enfant, qui était assise dans son lit, est tombée à la renverse, sans pousser aucun cri ni aucun gémissement. Turgescence de la face, qui est d'un rouge violet. Les yeux sont à demi ouverts, et l'écartement des paupières permet d'apercevoir le globe oculaire, qui est rapidement emporté dans l'orbite par un mouvement irrégulier de rotation. Insensibilité complète des yeux à la lumière et de la peau, quand on pince, que l'on pique ou que l'on chatouille la malade. Les commissures des lèvres sont couvertes d'une écume assez abondante, blanche, non sanguinolente. Raideur et mouvements convulsifs des membres, assez semblables à celles que l'on observe dans le tétanos. Les secousses convulsives sont plus intenses à droite qu'à gauche. Le visage est un peu dévié à droite, et la tête légèrement inclinée sur l'épaule du même côté. Les dents serrées. Inspirations courtes et peu profondes.

Cette attaque, qui a duré environ cinq à six minutes, a été suivie d'un état de relâchement général et d'un assoupissement profond qui ne s'est dissipé complètement qu'au bout de près d'un quart d'heure, espace de temps après lequel elle a repris complètement sa connaissance. 15 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Sous l'influence de la belladone, administrée d'abord à la dose de 10 centigrammes par jour, de frictions avec l'huile de jusquiame et de l'application de synapismes, les attaques, qui étaient d'abord extrêmement fréquentes (sept à huit par jour), parurent peu à peu s'amender et devenir un peu plus rares. Après un mois de séjour à l'hôpital, ses parents la retirèrent un peu soulagée, mais se plaignant toujours d'une douleur de tête de plus en plus intense. Le membre supérieur droit semblait aussi, lors de la sortie de l'enfant, être un peu plus faible que le membre supérieur du côté opposé.

— L'épilepsie, à laquelle, vu sa fréquence beaucoup plus grande comparativement avant la puberté qu'après cette époque de la vie, à laquelle, disons-nous, on avait donné le nom de *mal des enfants*, est une affection assez difficile à définir et connue cependant assez bien de tout le monde, pour qu'il soit presque inutile d'insister sur ce point. Nous établirons cependant, avec les auteurs modernes, que c'est une affection apyrétique, chronique et intermittente, caractérisée par une perte subite de connaissance, avec insensibilité générale, accompagnée le plus souvent de convulsions générales ou partielles plus ou moins violentes. Ces attaques sont ordinairement séparées par des intervalles pendant lesquels le sujet semble jouir d'une bonne santé.

Les symptômes de cette affection sont trop connus pour que nous jugions à propos d'y insister; nous présenterons seulement quelques considérations sur les causes auxquelles on croit pouvoir la rapporter, et sur les traitements que l'on a proposés pour y remédier. Les auteurs ont tous distingué plusieurs espèces d'épilepsie. Esquirol, dont le nom fait autorité dans la science, a distingué; l'épilepsie essentielle idiopathique ayant son siége dans le cerveau ou ses membranes; l'épilepsie sympathique d'une affection intestinale, par exemple, de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, de la rétrocession d'une affection siégeant dans les vaisseaux blancs, etc. Les auteurs d'un ouvrage justement estimé de pathologie interne, après avoir énuméré et examiné ces divisions, pensent que l'on ne peut admettre d'épilepsie sympathique, et que tous les cas désignés jusqu'à présent sous ce nom doivent être compris dans les épilepsies idiopathiques, dont la cause, quoique probablement existante, nous échappe complètement, ou dans les épilepsies symptomatiques sur lesquelles nous reviendrons.

Lorsque l'épilepsie présente des altérations anatomiques, ces altérations peuvent occuper: 1° Le tissu osseux de la boîte du crâne; c'est ainsi que l'on a trouvé chez des épileptiques une épaisseur anormale des parois crâniennes ou des exostoses, cas excessivement rares chez les enfants. 2° Le tissu membraneux des enveloppes encéphaliques. Ainsi, l'on a souvent rencontré des épanchements entre ces membranes et le cerveau; entre les méninges et le crâne. On a trouvé assez souvent des granulations, des ossifications même de la dure-mère chez des sujets épileptiques. Des kystes séreux, des hydatides ont pu fréquemment produire l'épilepsie, ou du moins exister simultanément avec elle, partant être prises, avec raison, pour la cause probable à laquelle on devait rapporter la maladie. Enfin, c'est le tissu nerveux lui-même, le parenchyme du cerveau qui a pu être le siége d'une altération morbide dont le résultat a été une véritable épilepsie. Tels sont: le ramollissement, général ou partiel; l'induration ou l'hypertrophie; quelquefois, ces altérations de texture se rencontrent dans la moelle allongée ou dans la moelle épinière. D'autres fois enfin, c'est à un épanchement de sérosité dans les ventricules que l'on doit attribuer le développement de la maladie. La lecture de l'observation précédente et l'énumération des quelques symptômes dans le détail desquels nous sommes entré; plus encore, l'existence d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite datant de quelques mois auparavant, maladie à la suite de laquelle s'est développée l'affection épileptique, et l'espèce d'affaiblissement qui commençait à survenir dans le membre supérieur droit de la jeune fille, semblaient ne devoir laisser aucun doute sur l'existence d'une lésion chronique organique de l'appareil nerveux encéphalique.

L'étiologie de l'épilepsie est chose fort importante. Nous avons dit que l'âge est une condition prédisposante, et que l'enfance est, sans contredit, l'époque de la vie à laquelle on observe cette maladie le plus fréquemment. Les affections morales vives, la frayeur surtout, ont une grande influence sur sa production. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que la frayeur est une des causes occasionnelles les plus fréquentes de l'épilepsie. Nous n'insisterons point longuement ici sur ces causes, non plus que sur l'hérédité, qui, au dire de tous les auteurs, est une cause à laquelle on doit rapporter un très grand nombre des cas de cette maladie. C'est sur les causes pathologiques que nous voulons fixer un instant l'attention. Parmi les causes prédisposantes, on range communément la présence dans le cerveau d'une production accidentelle (tubercule, acéphalocyste), un développement imparfait de l'encéphale.

Suivant les auteurs qui se sont occupés spécialement des affections du cerveau, l'idiotie serait une prédisposition telle à l'épilepsie, que l'on rencontrerait, en général, un épileptique sur sept ou huit idiots. Nous avons dit plus haut que quelques auteurs, Esquirol, par exemple, avaient mentionné la présence de calculs biliaires ou vésicaux, les affections intestinales, et principalement les affections vermineuses, l'hydropisie, etc., comme des causes prédisposantes de l'épilepsie. La relation de cause à effet est beaucoup plus difficile à admettre et à saisir dans les cas de ce genre que dans ceux dont nous venons de parler plus haut, c'est-à-dire la présence de corps étrangers dans le cerveau.

Pour les causes déterminantes, on a cité souvent la contagion par imitation. Ne serait-ce pas plutôt la frayeur causée sur l'enfant témoin de l'accident par les convulsions et quelquefois les cris de l'épileptique, qui déterminerait la production de la même maladie chez lui? Une cause physiologique assez fréquente chez l'enfant, c'est le travail de la dentition, auquel on ne peut refuser une influence des plus manifestes sur la production de l'épilepsie.

Il est des causes pathologiques qui peuvent devenir une cause occasionnelle de l'épilepsie. En première ligne, on a placé, et avec raison, les maladies chroniques de l'encéphale et de ses enveloppes, de la moelle, des os de la tête. Si les anciens auteurs ont regardé l'épilepsie comme pouvant être souvent produite par les fractures du crâne, les contusions, les chutes sur la tête, les coups, etc., c'est peut-être qu'ils auront confondu les convulsions avec l'épilepsie véritable. En effet, de l'aveu des plus savants chirurgiens, en tête desquels nous citerons Boyer, il est rare que l'épilepsie succède à quelqu'une de ces lésions traumatiques.

On a vu quelquefois l'épilepsie survenir à la suite de l'éruption d'un exanthème. Georget, auquel on ne peut refuser une autorité imposante quand il s'agit de maladies du système nerveux, a rencontré un certain nombre d'épileptiques chez lesquels la maladie datait de l'éruption de la variole qui avait eu lieu vers l'âge de six à huit ans. De toutes ces causes, l'une des moins douteuses est, sans aucun doute, l'existence d'une maladie chronique des centres nerveux, comme, d'après l'ensemble des symptômes observés chez l'enfant qui fait le sujet de l'observation précédente, et d'après aussi les antécédents que l'on a recueillis de la bouche des parents, on est en droit de le supposer chez cette malade.

Nous arrivons avant de passer au traitement, au diagnostic différentiel de l'épilepsie et des affections qui pourraient la simuler. En effet, il n'est pas un seul des symptômes indiqués par les auteurs comme pathognomoniques de l'épilepsie, qui puisse suffire pour la caractériser d'une manière certaine. La chute, qui peut survenir pendant ou avant l'accès, se rencontre dans la syncope, l'asphyxie et l'apoplexie; les convulsions peuvent s'observer dans un grand nombre d'autres névroses, la chorée, par exemple. L'écume à la bouche est un caractère commun à l'apoplexie, à l'hystérie, à l'épilepsie, etc. La perte de la sensibilité et de la connaissance, accompagnée de convulsions, est regardée par Esquirol comme le caractère pathognomonique de l'épilepsie. Mais si cette assertion est conforme à la vérité dans les cas où ces trois ordres de symptôme existent simultanément, est-on en droit d'induire l'existence ou la non-existence de l'épilepsie lorsque l'un ou l'autre de ces phénomènes n'existe pas? Mais il est d'autres affections qui offrent ces trois caractères. Ainsi, dans la catalepsie, par exemple, il y a perte de sensibilité, convulsions et perte de connaissance. Dans d'autres circonstances, lorsqu'un sujet succombe rapidement après avoir présenté des symptômes convulsifs assez semblables à ceux de l'épilepsie, et qu'à l'autopsie on rencontre un abcès du cerveau, un kyste hydatique, etc., doit-on penser qu'il a succombé à une épilepsie; ne doit-on pas penser plutôt que l'on a eu affaire simplement à des convulsions symptomatiques.

Nous terminerons ce qui est relatif à cette étiologie de l'épilepsie, par quelques lignes tirées de l'ouvrage de Portal:

« On peut croire avec quelque vraisemblance, dit cet auteur, que la cause immédiate de l'épilepsie existe dans le cerveau, quand le malade s'est plaint pendant un temps plus ou moins long de douleurs gravatives ou lancinantes; qu'il a long-temps éprouvé des insomnies ou un sommeil entrecoupé de vertiges, surtout des éternuments fréquents, un assoupis-

gement plus ou moins profond... Si le malade a été exposé à quelques métastases, à des suppressions d'évacuations, ou s'il a éprouvé quelques maladies inflammatoires à la tête. »

S'il existe des cas où la congestion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale même, puissent être confondues avec l'épilepsie, ce ne peut être que pendant quelques minutes; car bientôt l'assoupissement, le coma, la paralysie qui surviendront, suffiront pour rendre toute erreur impossible.

Le pronostic de l'épilepsie est excessivement grave. Le plus souvent l'épilepsie est incurable, et ceci est surtout vrai lorsque l'on a affaire à une épilepsie liée à une altération cérébrale. Mais lorsqu'elle dépend d'une cause occasionnelle tout à fait étrangère à une lésion organique, par exemple, d'une frayeur, du travail de la dentition chez les enfants; enfin, si elle s'est développée avant la puberté, on pourra espérer d'obtenir la guérison. Enfin, lorsque les accès seront éloignés les uns des autres, les malades pourront conserver pendant les intervalles un état de santé assez bon et parvenir à un âge avancé, sans éprouver d'accidents mortels ni même immédiatement dangereux. Nous mentionnerons ici, avant de terminer ce qui est relatif au pronostic, les accidents qui peuvent survenir, produits par une suffocation, une strangulation nerveuse, et d'où peut résulter très facilement l'asphyxie.

Le traitement de l'épilepsie présente à remplir plusieurs indications; d'abord, les soins que réclament les malades pendant l'attaque et immédiatement après; les moyens propres à empêcher le retour des attaques et leur invasion, lorsqu'elles sont annoncées par des prodrômes; enfin, les moyens que l'on doit opposer à la cause des attaques, c'est-à-dire à la maladie.

Les moyens du premier genre sont assez connus pour ne point nous occuper ici; mais quant aux seconds, ils consisteront dans un régime sévère, dans l'éloignement des causes qui peuvent agir violemment sur le moral; l'emploi de quelques dérivatifs sur le tube digestif, etc.

Les moyens les plus importants, sans contredit, sont ceux que l'on a mis en usage contre la cause elle-même que l'on a soupçonnée produire l'épilepsie. On doit diviser ces moyens en empiriques et rationnels. Les moyens rationnels sont les émissions sanguines générales ou locales, lorque l'on doit combattre une affection qui reconnaît pour cause une congestion cérébrale ou un état inflammatoire. Les sangsues seront appliquées suivant les circonstances, à la nuque, aux apophyses mastoïdes, à l'anus. Les vésicatoires, les cautères, les moxas, ont été employés, mais sans un avantage bien marqué, la plupart du temps.

Le traitement empirique comprendrait l'énumération d'une foule de substances les plus bizarres et les plus hétérogènes, si l'on voulait rapporter toutes les prescriptions qui ont été indiquées contre l'épilepsie. Nous nous bornerons à indiquer ici les plus importantes.

La valériane, vantée par les auteurs, a joui long-temps, et jouit encore, près de certains médecins, d'une grande réputation. Selon Portal, elle est nuisible quand il y a pléthore sanguine ou irritation gastrique. Tissot conseille de la faire précéder de l'emploi de quelques purgatifs. L'opium, qui n'a pas eu un moins grand nombre de partisans, a été souvent manifestement nuisible. On a cependant jugé qu'il agissait favorablement dans les cas où les accès ont été déterminés par des affections morales vives. La jusquiame a eu également ses prôneurs et ses détracteurs; soit prise à l'intérieur, soit employée à l'extérieur sous forme de frictions huileuses.

La belladone, qui a été souvent employée, surtout depuis quelques années, a produit quelques résultats heureux, et ne paraît pas être sans quelque efficacité, ainsi qu'il résulte des expériences faites par MM. Ferrus et Leuret sur des épileptiques de Bicêtre. Cependant, nous ferons observer que l'on ne doit l'employer qu'à très faibles doses, vu l'activité de cette substance et les accidents d'empoisonnement qu'elle peut déterminer.

Comme antispasmodiques, le musc et l'assa-fœtida ont été recommandés, ainsi que le camphre, les feuilles d'oranger et l'oxyde de zinc. Le sulfate de quinine, administré par M. Piorry à la dose de quatre à six grammes, aussitôt que les premiers symptômes se manifestent, constitue une médication hardie, à laquelle il ne serait pas toujours prudent de recourir, l'expérience ayant prouvé récemment, et dans une bien malheureuse circonstance, que le sulfate de quinine à très haute dose pourrait produire un véritable empoisonnement, et même causer la mort du sujet.

L'indigo, à la dose de cinq ou six grammes jusqu'à trente grammes par jour, a été, dit-on, employé avec succès par les Allemands. Enfin, nous terminerons en mentionnant le nitrate d'argent, qui, expérimenté en France par MM. Fouquier et Méral pour la première fois, a été suivi de quelques cas heureux de guérison. Dans un mémoire sur ce sujet, le docteur Lombard, de Genève, regarde le nitrate d'argent comme éminemment utile dans l'épilepsie, en rendant les accès moins intenses, moins fréquents, et les tarissant même quelquefois complètement. On ne peut cependant encore, jusqu'à plus ample informé, accorder à ce médicament, non plus qu'à tous ceux que nous avons nommés plus haut, qu'une valeur très hypothétique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 octobre 1843. — Présidence de M. Fouquier.

La Société reçoit un mémoire de M. Grandvoinet, de Lyon, intitulé: Esquisse d'une nouvelle théorie des phénomènes magnétiques, et une thèse de M. Chrestien, agrégé de la Faculté de Montpellier, sur cette question: Des maladies chirurgicales endémiques; déterminer les causes qui leur donnent naissance, et la thérapeutique qui leur convient.

MM. Léger et Pédelaborde, rapporteurs.

M. Foucart lit un rapport sur un mémoire manuscrit de M. Corbel-Lagneau, ayant pour titre: Essai sur le traitement de la blennorrhagie.

M. Corbel-Lagneau a remarqué que le traitement des blennorrhagies, dont la durée dépassait le terme ordinaire, avait été commencé d'une manière peu méthodique; qu'on avait été, par exemple, trop sobre d'émissions sanguines. Il en a conclu que cette maladie attaquée dès le début par un traitement antiphlogistique suffisamment actif, céderait plus vite et plus heureusement qu'elle ne le fait d'ordinaire, et exposerait moins aux accidents qui la compliquent si souvent. Quelques observations tirées de sa pratique, viennent à l'appui de cette opinion que son mémoire est plus particulièrement destiné à soutenir. Trente ou quarante sangsues sur le trajet du canal de l'urètre, les bains entiers, les 1/4 de lavements froids, les boissons délayantes à hautes doses, telle est la méthode que l'auteur oppose à la période d'acuité de la blennorrhagie. Lorsque les symptômes d'inflammation ont disparu, il termine le traitement par l'usage intérieur du poivre cubèbe et du copahu, médicaments qu'il appelle spécifiques astringents; enfin il a recours, au besoin, mais avec réserve, aux injections astringentes ou styptiques.

M. Corbel-Lagneau est d'avis que les injections employées dès le début exposent aux rétrécissements; qu'il ne faut les administrer, ainsi que les spécifiques astringents, que lorsque la phlogose est détruite. Il pense aussi que l'inflammation catharrale peut, aussi bien que le chancre, produire quelquefois les accidents secondaires de la maladie vénérienne.

Tout en faisant ses réserves sur les idées émises dans ce travail, idées qu'il ne partage pas, M. le rapporteur rend justice à la manière dont il est traité, et conclut à l'admission de l'auteur comme membre résident de la Société.

On passe aux voix. L'admission de M. Corbel-Lagneau est prononcée à l'unanimité.

M. Sorlin. Il y a un point qui n'a pas été touché, c'est de savoir s'il convient, ou non, de faire un traitement spécifique. J'entre, au sujet des symptômes primitifs, parfaitement dans les idées de M. Ricord; idées émises depuis long-temps par M. Ribes.

Je crois qu'en fait de virus syphilitique, rien n'est plus incertain que de savoir s'il surviendra des symptômes consécutifs; qu'il faut donc s'attacher à détruire les symptômes primitifs. La cautérisation me paraît être le traitement qui expose le moins à la récidive; celle-ci peut sans doute survenir, malgré son emploi; mais la majorité des faits parle en faveur de la cautérisation. Les moyens anti-phlogistiques ne sont là que pour modérer les accidents. Il y a toujours quelques cas de récidive par quelque méthode qu'on traite la maladie; mais il semble qu'on ne doive pas s'occuper d'accidents qu'on n'a pas sous les yeux.

M. Puzin a eu occasion de traiter beaucoup d'accidents syphilitiques dans une salle de vénériens dont le service lui était confié; il s'est toujours bien trouvé pour arrêter les écoulements d'une solution de sublimé en injection.

—*M. Belhomme* revient sur la discussion engagée dans la dernière séance sur les causes de la folie. « M. Parchappe est le médecin qui a démontré le plus catégoriquement que la folie s'accompagne le plus souvent de lésions physiques. Il y a donc une chose qui m'étonne, c'est de lui voir soutenir, avec M. Moreau de Jonès, que la folie est plus souvent produite par des causes morales que par des causes physiques. Je n'en persiste pas moins dans l'opinion contraire.

M. Tanchou. Je crois bien qu'à l'autopsie des personnes mortes de folie, on trouve plus de cerveaux malades que de cerveaux sains; mais je soutiens qu'au début ces lésions n'existent pas.

— *M. Guillon* entretient la Société d'une affection qu'il a déjà rencontrée quelquefois, mais qu'il n'a vue citée en aucun endroit. Il s'agit de malades qui rendent par l'urètre du sperme avec du sang. M. Guillon a vu plusieurs personnes dans ce cas; une entre autres, chez qui le vérumontanum était malade. Il croit que cet accident résulte ordinairement d'une hémorrhagie des vésicules séminales, et qu'on pourrait l'appeler spermnémie ou gorhémie. Le traitement consiste dans l'emploi des cataplasmes de fécule, introduits dans le rectum. Les malades sont promptement guéris.

M. Sorlin parle d'un malade qui se trouvait dans ces conditions; il était atteint d'une gastrite, et on sentait au toucher des tumeurs dans le bas-ventre. Quelque temps avant sa mort, il rendait du sang avec du sperme, quand il voyait sa femme.

MM. Serrurier, Léger, Tanchou, Pédelaborde, Parent citent des faits à peu près semblables chez des individus adonnés à la masturbation ou atteints de rétrécissement de l'urètre.

— *M. Guersant fils.* Voici des pièces pathologiques provenant d'une femme de soixante huit ans opérée d'une amygdale très volumineuse que je n'ai pu couper qu'à deux reprises. Une partie de la glande est squirrheuse, tandis que l'autre paraît saine. Je crois qu'il y aura récidive. Chez les enfants on se détermine peut-être trop légèrement à faire cette opération, car souvent des enfants de sept à huit ans ont d'énormes amygdales qui disparaissent plus tard.

Pendant long-temps j'ai fait l'opération d'après la méthode ancienne; mais depuis quelque temps j'emploie l'instrument de Fanestok de préférence surtout chez les enfants.

M. Parent. J'appuie l'opinion de M. Guersant. On opère trop souvent les enfants. Dans des pensions dont je suis le médecin, des enfants qui devaient être opérés sont guéris par des insufflations d'alun et par des cautérisations au nitrate d'argent.

Quant à l'instrument, j'ai vu des chirurgiens habiles qui, après l'avoir employé, ne s'en servent plus parce qu'on n'emporte *pas assez de substance.*

M. Masson. Je suis peu partisan des instruments inventés pour abréger les opérations. Si j'avais une crainte, ce serait d'enlever trop d'amygdale.

M. Pédelaborde qui a été opéré par cet instrument n'a pas eu assez d'amygdale enlevée. Il y a des cas où il ne convient pas.

M. Léger a vu souvent enlever des amygdales qu'on eût pu conserver sans inconvénient. Des malades se présentaient souvent à la clinique de Dupuytren pour subir cette opération, mais le grand chirurgien cédait assez rarement à leur intention.

Le secrétaire annuel, Equisier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal des Connaissances médico chirurgicales. (Octobre 1843.)

Clinique de M. Gibert. — Syphilides.

Rien de nouveau.

Etudes pour servir à la nosologie des fièvres intermittentes; par M. Pinoux.

Article non terminé.

Opération césarienne vaginale; par le docteur Poulain.

Le 20 avril 1840, l'auteur fut appelé pour donner ses soins à une femme d'environ trente-cinq ans, bien constituée, accouchée très heureusement cinq fois, et au terme d'une sixième grossesse; malade depuis quatre jours, avec fièvre intense depuis le début et délire rémittent. Il la trouva dans l'état suivant: Traits de la face grippés, vision et audition éteintes depuis deux heures; cornée desséchée, ridée, ayant perdu sa transparence; plus de déglutition; râle des mourants; pouls filiforme, à peine sensible. Contractions utérines; parties génitales bien conformées; les eaux sont écoulées; le col présente une ouverture de huit à dix centimètres de circonférence; la tête de l'enfant touche le col, mais n'a pas franchi le détroit supérieur; l'enfant était vivant.

Que faire en pareil cas? Terminer l'accouchement avant que la femme eût expiré, ou attendre sa mort? M. Poulain se décida pour le premier cas, et quant au mode opératoire, il choisit la section césarienne vaginale: 1° parce qu'il fallait agir immédiatement; 2° parce que cette femme était bien conformée et avait accouché plusieurs fois heureusement; 3° parce que le col était dilaté; 4° parce que cette opération est facile à pratiquer, et par elle la version; 5° enfin, parce que la section abdominale ne doit être pratiquée, d'après les auteurs, que si la version, le forceps ou la section pubienne ont été inutiles ou vainement tentés.

Son parti étant ainsi arrêté, la malade étant au préalable placée convenablement pour la version, la main droite armée d'un bistouri courbe boutonné ordinaire, dont la lame était recouverte d'un linge depuis la base jusqu'à la réunion des deux tiers de sa longueur avec son extrémité libre, le doigt indicateur gauche introduit dans le vagin dirigea l'extrémité de l'instrument dans l'ouverture du col utérin. Quatre incisions de deux centimètres environ furent faites antérieurement et postérieurement et sur les côtés. Ce premier temps de l'opération étant terminé, M. Poulain déposa l'instrument; il introduisit la main droite, et après dix à douze minutes d'efforts, il parvint à prendre un pied; une traction légère et graduée l'amena bientôt au dehors; avec lui il eut facilement son congénère; mais quoique le col n'eût pas gêné pour la version, l'opérateur fut néanmoins obligé de faire des tractions assez fortes. L'enfant resta au passage environ dix minutes ou un quart d'heure; puis, à sa sortie, il fit quelques efforts expiratoires; mais malgré les soins dont il fut entouré, on ne put le rappeler à la vie. — La malheureuse patiente n'a exprimé que peu de souffrance, et a survécu cinq à six heures à la terminaison du travail.

Hernie crurale étranglée pendant vingt-huit jours. Opération le vingt-neuvième jour. Guérison; par M. Steinbuenner, médecin à Vasselonne.

La femme Lulz, de Singelberg, âgée de cinquante deux ans, d'une constitution sèche, maigre, de petite taille, portait depuis un certain temps une petite tumeur à l'aine gauche. Le 27 mars 1838, faisant un effort pour soulever un baquet d'eau, elle sentit une espèce de craquement dans la tumeur, qui en même temps devint douloureuse et augmenta de volume. La douleur s'étendit bientôt dans l'intérieur du basventre, et il survint des envies de vomir, de l'anxiété et de la fièvre. Une bonne femme du village qu'on appela alors, reconnut une hernie; elle fit des tentatives de réduction, et assure avoir réduit la tumeur du tiers à peu près; mais tous ses efforts restèrent vains pour achever la réduction. Le troisième jour de l'étranglement, on fit appeler un médecin de Marmoutier, qui essaya, mais aussi en vain, le taxis. La grande sensibilité de la tumeur herniaire ne permettait pas alors de faire de grands efforts sur elle. Le cinquième et le sixième jour, le médecin proposa l'opération, qui fut repoussée par la malade et par ses siens. Pendant quelque temps aucun médecin ne vint plus voir la malade, qui, dans cet intervalle, employa plusieurs remèdes empiriques. Cependant tous les symptômes d'étranglement persistant avec opiniâtreté, dans le courant de la quatrième semaine on appela un médecin de Saverne, et le vingt-troisième jour encore le médecin de Marmoutier qui, le premier, lui avait donné des soins. Mais tous les deux voyant l'état alarmant de la pauvre patiente, déclarèrent qu'il était trop tard pour entreprendre l'opération, qui n'offrait plus de chances de réussite. Le 24 avril à midi, vingt-neuvième jour de l'étranglement, l'auteur vit la malade. Son état était réellement des plus inquiétants. Maigreur extrême, facies hippocratique froid, couvert d'une sueur froide, ainsi que les extrémités; pouls presque imperceptible et très fréquent, faiblesse et anxiété très grandes, respiration courte et gênée, parole difficile, langue sèche, gercée, sale à la base, soif inextinguible, nausées continuelles, augmentées par l'ingestion de la plus petite quantité de liquide, qui provoquait chaque fois des vomissements; tranchées abdominales parfois très douloureuses. Ventre énormément distendu, résonnant à la percussion comme un tambour, très sensible à la moindre pression. Enfin, à l'aine gauche, immédiatement au-dessous de l'anneau crural, tumeur du volume d'une grosse noix; médiocrement dure, peu douloureuse à la pression. La peau qui la recouvrait était d'un rouge livide peu prononcé. Enfin, depuis quatre semaines, la malheureuse n'avait plus eu aucune selle.

« Dans un tel état de choses, dit l'auteur, si je n'avais eu égard qu'à ces probabilités de succès que tout opérateur aime à prévoir dans ses entreprises, je n'aurais jamais tenté l'opération, car l'état de la malade était beaucoup trop alarmant et ne laissait pour ainsi dire aucun espoir de réussite. Mais sept enfants, dont l'aîné avait à peine dix-sept ans, et un mari éplorés, m'entouraient et me suppliaient de faire mon possible pour sauver cette malheureuse. Je ne pouvais hésiter un seul instant, l'opération seule pouvait encore offrir de légères chances de succès, quelles qu'en fussent d'ailleurs les difficultés à raison de l'ancienneté de l'étranglement, du mauvais état dans lequel je devais nécessairement trouver l'anse intestinale étranglée, et des adhérences intimes qu'elle devait avoir contractées avec le sac, il me restait toujours la ressource de l'établissement d'un anus artificiel, sauf à remédier plus tard à cette infirmité dégoûtante. Après que j'eus vaincu les scrupules plus que fondés de mon confrère, nous communiquâmes nos doutes aux assistants, et, après avoir eu leur consentement, ainsi que celui de la pauvre malade, nous opérâmes.

« La malade étant, à cet effet, convenablement placée, je fis l'incision cutanée assez large, puis je pénétrai couche par couche jusqu'au sac herniaire; je le saisis avec des pinces à dissection à sa partie la plus élevée; le morceau saisi fut emporté en coupant en dédolant; l'écoulement d'une petite quantité de sérosité indiqua que j'avais percé le sac. Cette ouverture fut agrandie autant que possible, en incisant les tissus sur une sonde canelée; mais je fus bientôt arrêté dans cette opération, car partout, excepté à la partie inférieure, le sac et l'intestin avaient contracté ensemble des adhérences très intimes. J'employai pour les détruire, tantôt le doigt, tantôt le manche du scalpel, selon que je trouvai plus ou moins de résistance. Après plus d'un quart d'heure d'un travail très pénible, toutes les adhérences étant enfin détruites, je débridai l'anneau crural. L'anse intestinale herniée était d'un rouge brun-foncé, mais luisante, et ne portait aucune trace de gangrène. Les portions d'intestin qui faisaient suite à l'anse étranglée et que j'avais attirées au-dehors pour bien les examiner, étaient plus volumineuses qu'à l'état normal, rouges et injectées, mais, en somme, bien moins malades que la partie herniée. Nous pensâmes donc pouvoir réduire la hernie sans prendre d'autres précautions. La réduction n'offrit aucune difficulté. »

Deux heures après l'opération, première selle qui fait cesser tous les accidents. La guérison complète ne se fit pas long-temps attendre, et depuis lors cette femme jouit d'une santé tout aussi bonne qu'avant son accident.

Journal de chirurgie. Octobre 1843.

De quelques modes de guérisons naturelles des hernies; Par M. Roustan.

Voici les conclusions générales de ce travail. Le mécanisme de la formation du collet du sac est tout autre que celui qu'a imaginé M. Demeaux. Le collet n'a par lui-même aucune force de coarctation, mais on peut le considérer comme un progrès vers la guérison, par la raison qu'il résiste énergiquement à la force distendante des viscères. Le collet peut se former en l'absence du brayer tout comme sous l'influence de ce dernier. L'influence du bandage et du séjour au lit

n'est pas la même sur les hernies ; on peut les considérer comme deux moyens de thérapeutique excellents, mais différents dans leur manière d'agir.

Note sur l'hydrophthalmie et l'exophthalmie en Afrique ;
Par le docteur S. FURNARI.

L'hydrophthalmie est très fréquente en Afrique ; elle affecte, dit M. Furnari, de préférence la classe jeune et mauresque : rarement elle sévit contre les Arabes, presque jamais contre les Européens. Elle n'est jamais instantanée ; elle est ordinairement lente dans sa marche, et presque toujours le résultat d'une dégénérescence quelconque des parties constituantes du globe de l'œil. Dans la plupart des cas observés par l'auteur, la maladie était accompagnée d'affections scrofuleuses chroniques, ou suivies d'exanthèmes répercutés brusquement. M. Furnari, tout en admettant que la blancheur éclatante des maisons contribue en partie à la production des ophthalmies, n'attribue pas à cette cause une influence excessive, car il a trouvé la maladie dans les douaires où il n'y a pas de maisons, mais seulement des tentes d'un gris noirâtre. Il croit qu'elle est le plus souvent symptomatique d'une affection générale et surtout d'un vice scrofuleux. Le traitement de l'hydrophthalmie doit consister dans les moyens antiphlogistiques les plus énergiques au début de la maladie, et lorsqu'elle est consécutive à une affection générale, il faut la combattre par la manière la plus appropriée à la nature du mal. Dans les cas où l'hydrophthalmie est très opiniâtre et où l'œil a acquis un volume tellement considérable qu'il ne peut plus être abrité par les paupières ; lorsqu'enfin l'air et les corps étrangers irritent et ulcèrent l'organe jusqu'à produire des douleurs très vives qui se transmettent à l'encéphale, il faut recourir à la paracenthèse de l'œil, ayant soin de vider l'humeur aqueuse à l'aide d'une incision faite avec un couteau à cataracte et non avec la ponction, comme le conseillent quelques auteurs. Si ce moyen palliatif ne réussit pas et que l'œil se remplisse d'humeur une seconde fois et fasse saillie hors de l'orbite, l'excision complète de la cornée pour vider l'organe devient indispensable. Enfin si, malgré cette dernière opération, l'œil présente des excroissances fongueuses et carcinomateuses qui, en transmettant l'inflammation au cerveau et à ses enveloppes finiraient par amener peu à peu la mort du malade, il faut se hâter d'extirper le globe de l'œil.

Dans l'exophthalmie, contrairement à ce qui se passe dans l'hydrophthalmie, l'œil peut grossir jusqu'au double de son volume ordinaire en très peu de temps, et même dans l'espace de vingt-quatre heures ; si en Europe cette rapidité effrayante du mal est excessivement rare, en Afrique au contraire elle est très fréquente. — Cette affection se guérit promptement ; mais il faut se hâter d'employer un traitement énergique dès le début ; les saignées abondantes et répétées, les dérivatifs de toute espèce sont indiqués, diète rigoureuse. Ses résultats consécutifs ne sont pas en rapport avec la violence de l'invasion ; tout au plus ceux qui en ont été affectés ressentent-ils pendant quelque temps une pesanteur dans l'œil et quelques légers symptômes de mouches volantes.

REVUE MÉDICALE. Septembre 1843.

Considérations sur la syphilis et les syphilides, rapport de M. JOLLY, sur un mémoire de M. GIBERT, présenté à l'Académie de médecine.

Nous avons déjà donné un extrait étendu de ce travail dans nos comtes rendus de l'Académie.

Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phthisie pulmonaire ; par M. BOUDET.

Ce travail, qui a fait le sujet de la thèse inaugurale de l'auteur, a été aussi présenté aux académies et par conséquent déjà analysé dans ce journal.

De la réforme des quarantaines et des lois sanitaires de la peste ;
Par M. AUBERT ROCHE.

Mémoire lu à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine et dont nous avons publié les conclusions.

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE ET DE TOXICOLOGIE. Octobre 1843.

Des eaux de mer considérées comme remède interne ;
par M. GUASTALLA, D.-M., à Trieste.

Voici le résumé et les conclusions de ce travail : l'usage interne de l'eau de mer n'est réellement utile dans plusieurs maladies chroniques qu'autant qu'on le continue pendant plusieurs mois. Continuée pendant très long-temps, l'eau de mer ne produit jamais d'accidents sérieux. Il n'est pas nécessaire, pour être utile, qu'elle produise des garde-robes. Dans les cachexies, et en général dans les maladies accompagnées d'une grande prostration et de désassimilation, il est même plus avantageux qu'elle ne détermine pas de selles ; car ce n'est pas sur son action purgative que le praticien doit compter, mais bien sur son effet antiphlogistique et résolutif. J'ai fréquemment observé des engorgements glandulaires considérables et durs, qui ont disparu sous l'action continue de l'usage interne de l'eau de mer, sans effet purgatif, ou à peine pendant les premiers jours seulement. Lorsque l'eau de mer produit les constipations, il faut de temps en temps en suspendre l'usage pour administrer quelques doses de magnésie caustique ou un autre purgatif. On peut aussi quelquefois ajouter dans ce but 15 grammes de sulfate de magnésie à l'eau marine. Il est inutile d'employer un correctif quelconque pour en mitiger le mauvais goût. Le vin, le lait et le miel, la rendent plus nauséabonde. Mieux vaut la donner naturelle, ou bien l'affaiblir avec l'eau de fontaine pour les individus dont l'estomac est très délicat. Son goût nauséabond est, au reste, moins senti après quelques jours d'usage, et l'on finit par la boire sans répugnance. Elle doit être bue à la température qu'elle présente naturellement ; si on l'échauffe, elle excite le vomissement. La dose varie selon l'âge et la tolérance. Chez les enfants de trois à sept ans, on commence par 135 à 180 grammes, en deux fois, et l'on arrive jusqu'à 360 grammes par jour. Chez les adultes, on peut commencer par la dose de 360 grammes, et l'on arrive jusqu'à la doubler ou la tripler par jour, en deux ou trois intervalles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas de fièvre nerveuse torpide ; observation recueillie par M. le docteur ZIMMERMANN, de Hambourg.

Un petit garçon âgé de quatre ans, qui a fait, quatre semaines auparavant, une chûte sur la tête, sans conserver la moindre trace de malaise, a été atteint d'une fièvre intermittente irrégulière, avec symptômes gastriques, à laquelle est venue s'adjoindre une affection cérébrale qui se dénote par la somnolence, le délire et la perte de la parole.

Le 14e jour de la maladie (après l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque, des vomitifs, de l'hydrochlore, du calomélas, du jalap, des fomentations glacées, des bains), la fièvre paraissait avoir cédé, lorsque le petit malade tomba tout d'un coup privé de sentiment et de mouvement ; il perdit entièrement l'usage de la vue, de l'ouïe et de la parole ; la déglutition devint impossible ; les conjonctives étaient injectées, le pouls petit et accéléré, la respiration à peine appréciable ; il y avait constipation et rétention d'urine.

L'état du petit malade alla en empirant de jour en jour ; la peau était froide ; le pouls subsistait à peine ; la face offrait une pâleur livide ; les yeux étaient fixés et s'apercevaient entre les paupières à demi-fermées.

L'enfant resta dans la même situation pendant plusieurs jours, toujours sans connaissance, présentant l'aspect d'un cadavre, ayant les jambes croisées l'une sur l'autre, et la tête profondément enfoncée dans des oreillers : la tête était la seule partie qui fût chaude.

Les médicaments ne peuvent être administrés à l'intérieur, on se borne à l'application d'un vésicatoire à la nuque et à l'emploi des fomentations glacées.

Le vingt-deuxième jour, il survint une transpiration abondante, mais froide ; à cette transpiration, qui dura deux jours, succéda l'apparition à la région occipitale, de deux énormes abcès qu'on fut forcé d'ouvrir dès le lendemain, et qui fournirent une assez grande quantité de matières purulentes. Les fomentations glacées furent alors remplacées par des frictions sur la tête préalablement rasée avec une pommade composée de quatre grammes de tartre stibié sur trente grammes d'onguent de digitale.

Rien de nouveau ne survient jusqu'au vingt-sixième jour de la maladie ; mais, à cette époque, on commença à observer un peu de sensibilité pendant le pansement des abcès. Il survint, pour la première fois depuis quatorze jours, mais involontairement et sans même que le petit malade en eût conscience, quelques selles et une petite quantité d'urine ; la peau, jusques là si sèche, se couvrit de vésicules miliaires ; des traces de pustules stibiées se montrèrent aussi sur le cuir chevelu. Le pouls devint un peu plus sensible ; l'enfant commença à s'agiter et à pousser des cris aigus.

M. Zimmermann prescrivit alors l'application de cataplasmes de fleurs d'arnica et de vinaigre sur la tête, et, à l'intérieur, cinq centigrammes de calomélas avec une goutte de laudanum toutes les quatre heures.

Le jour suivant, on aperçut quelques signes de connaissance et de sensibilité à la lumière ; puis enfin arriva l'amendement des autres symptômes, mais d'une manière bien lente, et ce ne fut qu'au bout de cinq semaines de mutisme complet que le petit malade put de nouveau bégayer quelques mots à peine intelligibles.

Les abcès continuant de suppurer, on eut recours aux bains de lait et au quinquina, dont l'usage long-temps soutenu finit par ramener la santé. (*Hamburg. Zeitschr. fuer die Gesam. medic.*)

Eruption papuleuse consécutive à l'inoculation de la poussière irritante fournie par la chenille processionnaire (Gastropacha processionea) ; par M. le docteur HOFFMEISTER, de Berlin.

On sait que, dans ces derniers temps, on a proposé comme moyen révulsif externe l'emploi de la poussière irritante qui provient de la peau des chenilles processionnaires. L'observation suivante, faite par M. le docteur Hoffmeister en expérimentant sur lui-même, fera connaître suffisamment ce que les thérapeutistes peuvent attendre d'une pareille médication.

M. Hoffmeister ayant pris une certaine quantité de cette poussière avec la pointe d'un scalpel, l'appliqua sur la face externe de son avant-bras et recouvrit la place avec un morceau de sparadrap.

Il déposa sur un autre point une seconde quantité de la même poussière, préalablement humectée avec une goutte du liquide extrait d'une plaie de la chenille.

Le lendemain matin, en examinant les deux endroits à l'aide d'une loupe, il remarqua que la poussière de la première application adhérait en grande partie aux poils de sa peau, et qu'elle se trouvait groupée à leur base. Il n'y avait pas de rougeur. — Celle de la seconde application était entièrement desséchée, ainsi que le liquide qui lui servait d'excipient ; elle ne donna lieu à aucun phénomène les jours suivants.

Le matin du troisième jour, la surface qui avait reçu la première application était un peu rouge, et déjà, dans le courant de la nuit, elle avait été le siége d'une vive démangeaison. La rougeur partait des bulbes pileux qui se montraient un peu proéminents. A la loupe, il ne fut possible de distinguer que quelques-unes des soies dont est formée cette poussière, soit que les autres fussent tombées, soit que, par suite des mouvements du bras, elles eussent pénétré dans les cryptes sébacés de la peau.

Après une légère friction, on vit toute la partie s'élever comme il arrive dans l'urticaire, en présentant des bords durs, tuméfiés, irréguliers et d'un rouge intense.

Sous l'influence du froid, cette tuméfaction diminuait ; mais il suffisait du retour de la chaleur ou de l'emploi d'une friction douce pour la faire reparaître aussitôt.

Cet état persista huit jours, pendant lesquels l'expérimentateur finit par n'y plus songer ; mais, tout à coup, il fut réveillé dans la nuit par un sentiment de chaleur et par une démangeaison des plus vives aux bras, aux épaules et à la poitrine.

Le lendemain, ces diverses places offraient une éruption fine consistant en papules acuminées, éparses, variant pour le volume depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de moutarde ; la peau qui les entourait n'était pas rouge.

La nuit suivante, l'éruption s'étendit sur le cou et la face, surtout aux oreilles. Le quatrième jour, elle apparut sur les extrémités inférieures. Toutefois, il est bon de noter qu'il n'en survint point à l'entour du lieu où l'inoculation avait été pratiquée ; il n'y eut que quelques papules sur la face interne du bras.

Le cinquième jour, l'éruption se montra en s'accompagnant d'une démangeaison toute particulière aux doigts et sur les faces dorsale et palmaire de la main. Parmi les papules qui s'étaient développées sur ces parties, quelques-unes affectaient la forme vésiculeuse.

L'état général ne fut pas troublé. Le sixième jour il survint une légère tuméfaction de la paupière et de la joue gauche, qui dut être considérée comme un résultat de l'infection, car on ne put la rapporter à aucune autre cause.

L'éruption du premier jour avait commencé à disparaître les cinquième et sixième jours sans se renouveler davantage ; mais aux extrémités elle dura plus long-temps ; car les neuvième et dixième jours elle troublait encore le sommeil en raison de la démangeaison désagréable à laquelle elle donnait lieu.

M. Hoffmeister pense que cette éruption secondaire ne peut être regardée comme le résultat de lésions topiques de la poussière irritante dont il s'agit, et qu'elle est due évidemment à une réaction générale de l'organisme, produite sans doute, dit-il, par l'absorption d'un liquide particulier que fourniraient les glandes cutanées de la chenille processionnaire. (*Medicinische Zeintung.*)

Extrait acétique de cantharides.

Pr. Cantharides pulvérisées,	4 grammes.
Acide pyroligneux,	1
Alcool à 85 degrés centésimaux,	16

Faire digérer au bain marie, à une température de 40 à 50 degrés ; passer avec expression ; distiller ; évaporer le résidu à une douce chaleur.

Le produit fourni par ces manipulations successives est une matière de consistance butyreuse qui peut remplacer avec avantage l'huile éthérée de cantharides préconisée dans ces dernières années. En effet, si cette huile est d'un emploi avantageux lorsqu'elle est plus récente, il n'en est plus de même quand elle a été conservée pendant quelque temps, parce qu'alors la cantharidine s'en sépare peu à peu sous forme de cristaux, et que, par suite, la propriété vésicante disparaît. Au contraire, dans l'extrait acétique, la cantharidine ne cristallise jamais.

Pour employer l'extrait acétique de cantharides, il suffit d'en enduire légèrement un morceau de papier que l'on applique ensuite sur la partie où l'on veut produire la vésication. Très peu de temps suffit pour que l'effet soit obtenu et qu'une phlyctène se développe.

(*Journal de Médecine.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 134. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 14 NOVEMBRE 1843.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

C'est aujourd'hui, et dans quelques heures, que va être jugé le procès qui a si vivement fixé l'attention du monde médical. Quoique nous puissions croire, par la manifestation imposante que cette affaire a déterminée dans le corps médical, que nos confrères sont suffisamment édifiés sur la valeur de l'accusation et sur la culpabilité des honorables confrères en faveur de qui cette manifestation s'est produite, nous pensons qu'un résumé succinct et fidèle des principaux incidents qui ont donné lieu à ce procès, sera bien venu dans le moment actuel.

Depuis plusieurs années, M. Jules Guérin a été investi, par l'administration des hôpitaux, d'un service d'orthopédie à l'hôpital des Enfans. Alors que toutes les places de médecins et de chirurgiens des hôpitaux ne s'obtiennent qu'après les épreuves laborieuses et difficiles d'un concours public; alors que les Dupuytren, les Lisfranc, les Roux, les Andral, etc., enfin toutes les illustrations médicales contemporaines sont arrivées par concours aux places honorables qu'elles ont occupées ou occupent dans les établissements hospitaliers; alors que, pour remplir les vacances qui surviennent, des concours sont institués, où se presse l'élite de notre jeunesse médicale; M. Guérin, disons-nous, jouit de la faveur insigne d'être chargé d'emblée, et sans concours, d'un service chirurgical dans les hôpitaux de Paris.

Cependant M. Guérin ne s'est pas trouvé satisfait de la position exceptionnelle qui lui avait été faite. A plusieurs reprises il avait sollicité l'agrandissement de son service, et cette année ses instances sont devenues plus vives, ses sollicitations plus pressantes. A cette nouvelle, les chirurgiens des hôpitaux s'émurent; ils s'assemblèrent pour chercher à s'opposer à un envahissement injuste, illégal, blessant leurs droits acquis par le concours et leurs services, et ils publièrent, dans le journal *le Siècle*, une lettre qui résumait leurs griefs et leurs récriminations. Ils demandaient, en outre, quels services avait donc rendus l'orthopédie pour qu'on dût la traiter avec tant de faveur. Cette lettre était signée, *plusieurs chirurgiens des hôpitaux*. On a su depuis que dix-sept d'entre eux en assumaient la responsabilité, et que le plus grand nombre des autres adhéraient aux principes qui y étaient exposés.

En réponse à cette lettre, et pour prouver que l'orthopédie méritait toute la bienveillance du Conseil des hôpitaux, M. Guérin lui présenta et fit publier ensuite dans tous les journaux de médecine et politiques, cette fameuse *statistique* contenant plus de 1,300 chiffres de malades, et des résultats tellement extraordinaires, que les limites de l'art chirurgical étaient dépassées, et que M. Guérin obtenait des guérisons qui tenaient du miracle.

Dans ces circonstances, les chirurgiens des hôpitaux s'assemblèrent de nouveau, et publièrent une nouvelle lettre, insérée celle-ci dans la *Gazette des Hôpitaux*. Elle portait aussi la même signature que la première.

De leur côté, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) publièrent dans leurs journaux un article consacré à l'examen des faits contenus dans cette statistique, et conclurent, le premier, que M. Guérin avait eu des *illusions* orthopédiques; le second, qu'avant de tromper les autres, M. Guérin *s'était trompé lui-même*.

M. Guérin n'incrimina pas d'abord ces deux articles; seulement, et à plusieurs reprises, il somma sur l'honneur les auteurs des deux lettres signées *plusieurs chirurgiens des hôpitaux* de se faire connaître, ce qu'ils firent immédiatement comme nous l'avons dit plus haut.

Ce fut alors que M. Guérin se trouvant en face d'adversaires trop nombreux pour les prendre tous à partie, se décida à n'en choisir que deux, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) dont les articles lui parurent alors injurieux et diffamatoires.

Pour être tout à fait exacts dans l'exposé des faits qui ont amené les choses où elles en sont, nous devons dire, quoique avec répugnance, que l'action intentée par M. Guérin à nos deux honorables confrères, avait été précédée d'une assignation donnée au rédacteur d'un autre journal, dont les articles sur cette affaire avaient un tout autre caractère que ceux de MM. Vidal et Malgaigne. M. Guérin vit entre ces trois écrivains un délit de connexité, et réunit les trois causes en une.

Les inculpés, et avec eux l'immense majorité des médecins de France, ont vu dans l'attaque de M. Guérin une atteinte grave portée au droit de libre examen et de liberté de discussion en matières scientifiques. Une protestation contre ce procès fut soumise à l'adhésion du corps médical, et nos lecteurs ont pu voir avec quelle sympathie, avec quel accord et quel ensemble les médecins de Paris et des départements, les Académies et les Sociétés médicales de France ont accueilli cette protestation. Depuis un mois, nos colonnes suffisent à peine à l'enregistrement de ces adhésions innombrables qui nous arrivent de tous les coins de la France. Professeurs, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, praticiens de la ville et des départements, le corps médical tout entier, jusqu'aux internes des hôpitaux, l'élite de notre jeunesse et l'espoir de notre science médicale, la presse dans ses plus honorables repsésentants, tout s'est associé à ce grand mouvement de répulsion contre une attaque aussi malheureuse qu'imprudente.

Cependant M. Guérin a trouvé une voix, une seule voix pour le défendre. Un journal qui n'appartient pas à la presse médicale proprement dite, l'Echo du Monde savant, a publié un article répandu dans tout Paris, et reproduit par M. Guérin. Cet article, nous ne voulons pas le réfuter, parce que la loi nous le défend. L'exposé des faits qu'il renferme nous paraît illégal; nous ne voulons pas nous placer sur ce terrain. Contentons-nous de faire remarquer que les citations guillemetées n'appartiennent pas, pour la plus grande partie, aux articles de MM. Vidal et Malgaigne; que celles qui leur appartiennent, séparées des phrases qui les précèdent ou les suivent, n'ont pas le sens qu'on leur a donné; que cet article, en un mot, fait au point de vue d'une connexité qui n'a jamais existé, présente les choses sous un aspect qui n'est ni juste, ni vrai.

Mais puisque, avec cet article, on a voulu égarer l'opinion publique, puisque M. Guérin l'a présenté comme une sorte de protestation contre la protestation, il nous paraît utile de faire connaître à nos lecteurs l'opinion de la véritable presse médicale, de celle qui a pour interprètes des médecins, juges plus compétents en cette matière que le rédacteur d'un journal qui paraît étranger aux sciences médicales.

Nous avons déjà donné quelques extraits des journaux des départements. Voici l'opinion des journaux de Paris :

Opinion des Archives générales de médecine.

Après avoir exposé les faits, ce journal ajoute :

« Qu'attend M. Guérin d'un pareil procès ? Pense-t-il imposer à tous les médecins la foi en sa fabuleuse statistique ? Et cela de par le roi et la loi. Qu'est-ce donc que le tribunal est appelé à juger ? A savoir si MM. Vidal et Malgaigne ont dépassé les bornes de la critique permise, s'ils se sont servis d'expressions portant atteinte à la considération d'un individu, et rien autre chose. Il s'agit de la forme et non du fond de la discussion. Le tribunal n'aura pas à apprécier les faits eux-mêmes, car on n'est pas admis à fournir des preuves en matière de diffamation, mais si ces faits ont été exposés avec la forme permise. Ainsi, MM. Vidal et Malgaigne pourraient être condamnés, ce que nous sommes loin de croire, que les faits avancés par eux n'en subsisteraient pas moins : ils seraient seulement coupables d'avoir tiré de faits patents des inductions que la loi ne permet pas de tirer ou du moins d'exprimer. Ce que nous disons ici, M. Guérin le sait aussi bien que nous. Mais ce procès n'est qu'un moyen d'éviter toute discussion et de donner le change aux esprits. Tout le monde ne connaît pas la loi, et pour beaucoup de personnes la conclusion d'une condamnation serait celle-ci : Le tribunal a déclaré que MM Malgaigne et Vidal avaient diffamé M. Guérin, *donc M. Guérin avait raison*. Cependant rien n'est plus faux qu'un pareil raisonnement ; car la question de moralité et de science reste en dehors des décisions de la police correctionnelle. C'est devant la presse et devant la conscience publique que ces questions se jugent, et, en pareilles matières, nous ne reconnaissons pas d'autre tribunal. »

Opinion du Bulletin général de thérapeutique,

Rédigé par M. le docteur MIQUEL.

« *Procès intenté à deux de nos confrères.* — Par intérêt pour la dignité de l'art, nous aurions voulu ne pas porter à la connaissance de nos lecteurs le fait grave dont il va être question ; mais le retentissement qu'on lui a donné ne nous permet pas de nous taire. Voici les faits dans toute leur simplicité. »

Ici ce journal raconte les faits suffisamment connus de nos lecteurs.

« Cette statistique, on pouvait, on devait s'y attendre, fut soumise à un examen sérieux, à une investigation minutieuse et profonde. On contesta les chiffres, on contesta les faits, on contesta les résultats. La polémique fut vive, sans doute, mais plus par la nature du sujet que par les formes employées.

» Dans cette conjoncture, qu'a fait M. Guérin ? Abandonnant la voie de la publicité scientifique, il a déféré aux tribunaux quelques articles publiés dans les journaux. En face d'adversaires nombreux, M. Guérin en a choisi deux : MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) et leur a intenté un procès en diffamation.

» L'examen et la critique des faits et des opinions scientiques est un droit si imprescriptible, qu'on ne conçoit pas qu'un esprit aussi distingué que M. Guérin, ait pu oublier à ce point les principes sur lesquels repose toute la science.

» ..... La solution de ce procès excitera partout une grande émotion, car il ne s'agit pas seulement d'intérêts individuels mais des intérêts de la science, du droit de libre examen, de l'indépendance de la critique, toutes choses qui fort imprudemment ont été mises en cause. »

Opinion du Journal de médecine,

Rédigé par M. FOUQUIER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, premier médecin du roi ; par M. TROUSSEAU, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et par M. le docteur BEAU, rédacteur principal.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Nécessité que le procès finisse. — Mon dernier mot sur cette affaire. — Manière de faire une remise à ses clients. — Le pharmacien consultant dupe d'une escroquerie. — Esquirol et 50,000 fr. de diamants. — Catalogue drolatique de livres nouveaux. — Le médecin aux beefteaks pris en flagrant délit. — Le médecin des perroquets ; consultation donnée par lui.

A l'heure où vous lisez ces lignes, mes confrères de Paris, une foule compacte et empressée assiége les portes de la sixième chambre, et vous, mes confrères éloignés, quand vous les lirez, le drame judiciaire qui depuis un mois occupe l'attention publique, aura probablement eu son dénouement. Il est temps, quoique en toute cette affaire il ne s'agisse que d'un procès fait au sens commun par un intérêt privé, il est bon que le sens commun même ne reste pas trop long-temps sur la sellette. Une chose claire comme le jour, évidente comme la lumière, peut à la longue et par une manœuvre adroite devenir terne ou obscure. Il en est des faits intellectuels comme des phénomènes physiques ; fixez pendant long-temps un corps quelconque, il arrive un moment où vous ne le voyez plus que comme entouré d'un brouillard ; ainsi d'un fait intellectuel ; une fois que vous en aurez reconnu la réalité et l'évidence, que vous aurez clairement aperçu l'enchaînement logique qui le lie à ceux qui le précèdent et le suivent, restez-en là, mettez-le au nombre de vos vérités acquises, ne tourmentez pas votre esprit à le fixer sans cesse, car le brouillard viendrait bientôt. C'est ce qui me fait désirer que le procès actuel reçoive une prompte solution. Le corps médical tout entier qui, dans cette occasion, s'est levé comme un seul homme, en est encore à la période de l'évidence; avec cet admirable instinct qui n'appartient qu'aux masses, il a vu clairement le fond de cette affaire ; on ne peut donc plus que l'embrouiller et l'obscurcir par des développements nouveaux.

Voici mon dernier mot sur cette affaire : Un implacable ennemi de M. Guérin, ou ce qui est la même chose, un imprudent ami, peut seul désirer qu'il obtienne une condamnation. Vainqueur, de tristes conséquences se préparent pour lui ; c'est moi qui le lui prédis, moi dont il n'a pas voulu entendre toutes les autres prédictions qui se sont vérifiées. Vaincu, il bénéficie de cette sympathie irrésistible qui s'attache à qui succombe ; on se souviendra de ses travaux, de son mérite, de son intelligence, de la distinction de son esprit ; on sera juste envers lui, tandis que dans les circonstances malheureuses où il s'est volontairement placé, on ne peut être que sévère. Lui-même, averti par cette dure leçon, tirera un meilleur parti des facultés qui le distinguent. Plus retenu, plus circonspect, moins ambitieux d'arriver vite au but que d'y arriver sûrement, il ne prendra plus l'illusion pour la réalité, le désir pour le fait, l'espérance pour l'accomplissement. Redevenu homme de science, il aura connu toutes les exigences de la science, tous les mécomptes que procure l'impatience, les amertumes que suscite l'amour-propre, les tourments que donne l'ambition. Pour si peu qu'il le veuille, nous effacerons cette triste page de son histoire. Mais le voudra-t-il ? Vraiment j'en désespère, et j'en suis affligé.

— Je parlais l'autre jour de la nécessité où nous serions bientôt, pour éteindre une concurrence malhonnête, non-seulement de soigner nos clients gratuitement, mais encore de leur faire une remise en numéraire. Eh bien ! il paraît que cette idée n'était pas absolument neuve, et qu'elle a été mise en pratique, avec une légère variante, cependant. On m'a montré un prospectus médical dans lequel il est dit qu'on fera une remise de 1 franc à tout consultant. Or, voici comment l'auteur entend cette remise : le client arrive et reçoit la consultation ; il attend alors sa pièce de vingt sous, mais le médecin le désillusionne bientôt en lui disant : mon ami, vous ne me devez que cinq francs. — Comment ? vous annoncez que vous donnez un franc à chaque malade ? — C'est bien aussi ce que je fais ; mes consultations sont de six francs, je ne vous en demande que cinq ; c'est donc un franc que je vous donne. Je doute cependant qu'à Paris, où il y a tant de niais, il y en ait assez pour achalander cette boutique.

— A Lyon, un pharmacien qui paraît cumuler ses fonctions avec celles de médecin-consultant, a été l'occasion d'une escroquerie fort adroite. Une dame entre dans la pharmacie pour demander quelques conseils sur la santé de son fils. Le pharmacien répond qu'il est fort difficile d'indiquer une médication à suivre sans voir le malade. Qu'à cela ne tienne, répond la dame, je vais vous l'amener. Seulement je désire que vous l'examiniez en particulier, il sera moins retenu si je ne suis pas présente. Quelques instants après la dame revient avec un jeune homme portant un paquet soigneusement enveloppé dans du papier. — Vous pouvez laisser là le paquet, lui dit-elle, et en même temps le pharmacien ouvrant la porte de son cabinet fait entrer le jeune homme. — Eh bien, mon ami, qu'est-ce? — Quinze cents francs, Monsieur, prix convenu. — Diable ! fit à part lui le pharmacien, il paraît qu'il y a déjà du délire. — Et ce pouls, comment est-il ? — Le poult de soie se soutient; article très demandé en ce moment. — Voyons, mon ami, il ne s'agit pas d'étoffes, mais de votre santé ; où avez vous mal ? — A ces mots, le jeune homme soupçonnant déjà la vérité, ouvre la porte du cabinet, et voit que la dame et le paquet ont disparu, l'une emportant l'autre. La dame était, en effet, une voleuse qui avait choisi un beau châle de 1500 francs dans un magasin voisin, et qu'elle allait, disait-elle, faire payer à domicile par le pharmacien son mari.

On dit qu'une pareille chose arriva chez Esquirol, mais pour un vol bien plus important ; car il s'agissait de 50,000 francs de diamants. Le commis bijoutier qui avait été conduit chez ce médecin comme aliéné, avait eu l'imprudence de remettre l'écrin entre les mains du voleur avant d'entrer dans son cabinet, et ce ne fut qu'après une longue explication qu'on reconnut la vérité.

—Toutes les fois que je jette les yeux sur le catalogue des publications nouvelles, je suis vraiment effrayé du nombre des livres qui s'impriment, et je me demande comment tout cela peut trouver des lecteurs. A part quelques ouvrages sérieux et vraiment utiles, c'est incroyable tout ce qui s'imprime de singulier, de bizarre, de drolatique. Laissez-moi vous donner comme échantillon le titre de quelques ouvrages nouveaux : Calisthénie, ou somascétique naturelle ; Hypnologie du sommeil et des songes ; le Somnambule, journal de magnétisme; des Cures miraculeuses du docteur Fontanarose ; le Fou et le Philosophe

« Une affaire des plus graves excite en ce moment une vive agitation dans le monde médical. » Ici un résumé des faits. « Nous n'avons pas à juger la question de la réalité des cures orthopédiques, mais il nous appartient de juger la façon d'agir de M. Guérin. Or, nous le dirons nettement et sans réserve : jamais rien de pareil n'avait été tenté jusqu'ici contre le droit de libre discussion, et si, par impossible, la plainte de M. Guérin était admise, c'en serait fait de toute critique ; pas un journal sérieux ne pourrait subsister. Aussi il est difficile de rendre l'impression causée par ces tristes poursuites. Une déclaration de principes, tendant à défendre la liberté de discussion, a été en quelques jours couverte de signatures..... C'est en quelque sorte une levée en masse et dont l'histoire de la médecine n'offrirait peut-être pas d'exemple. »

Opinion de la Clinique des hôpitaux des Enfants ;
Rédigée par le docteur VANNIER.

« Une discussion importante s'est établie dans le monde médical ; discussion immense dans ses résultats pour la science, si la bonne cause venait à succomber ; la question est représentée d'un côté par M. J. Guérin, qui en appelle aux tribunaux, et de l'autre par M. Malgaigne qui en appelle à la science. Du côté de M. Guérin, nous voyons l'interdiction de toute discussion sur la valeur et sur la vérité des faits, c'est le boisseau placé sur la lumière ; du côté de M. Malgaigne, nous voyons la défense de la libre discussion des doctrines et des faits, de leur valeur et de leur réalité, c'est-à-dire, le maintien des enseignements positifs, dans la presse médicale, par la discussion méthodique et réfléchie, mais libre, des faits aussi bien que des doctrines... Nous n'avons pu, dans la circonstance présente, nous défendre de prendre fait et cause pour la science. Nous venons donc protester de toutes nos forces en faveur de la libre discussion des faits contre celui qui, par sa position dans la presse médicale, aurait dû être un des premiers à les défendre. »

Opinion de l'Encyclographie médicale.

« Non ! le journalisme n'est plus possible à de telles conditions ; il est sans but, sans mission ; la science elle-même n'existe plus, s'il n'est pas permis de la dégager des mensonges qu'on sème à chaque instant sur sa route. Le journalisme et la science ne peuvent accepter la position qu'on prétend leur faire. Le principe de la liberté de discussion est la condition première de leur existence ; et ce principe ne peut être sacrifié à la ridicule vanité d'un orthopédiste aux abois.

» Un cri de réprobation s'est fait entendre à Paris, et trouvera, nous l'espérons, de l'écho en province. Une protestation dans laquelle est réclamé le maintien de la liberté de discussion se signe en ce moment parmi nous ; elle réunit déjà les adhésions de la plupart des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux, et des membres de l'Académie de médecine. Nous prions nos confrères des départements de se joindre à nous. Ce ne sont point des débats personnels auxquels nous les engageons à prendre part ; c'est un principe que l'on veut renverser, et dont, au nom de la science, nous leur demandons d'assurer le maintien. »

Voici les adhésions nouvelles que nous avons reçues :

(*Septième liste.*)

Cercle médical de Lille.

Lille, 8 novembre 1843.

Monsieur,

Dans sa séance générale du samedi 4 courant, le Cercle médical de Lille a reçu une communication de la déclaration de principes dont vous avez adressé un exemplaire à M. le président. Nous avons l'honneur de vous faire part que les membres de notre Société, au nombre de 60, partagent les opinions professées par leurs collègues de la capitale, et se joignent à eux pour faire entendre leurs justes réclamations.

Agréez, etc.

Les membres de la commission administrative : Dourlen, D.-M.-P. ; H. Chatteleyn ; V. Meurcin, secrétaire ; Boutillier.

Le sécrétaire-général de la Société médicale d'Emulation.

Paris, 9 novembre 1843.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que la Société médicale d'Emulation de Paris, par décision du 8 novembre courant, adhère à la déclaration de principes que vous lui avez adressée, et qu'en conséquence elle vous autorise à insérer dans la liste des signatures celle des membres de son bureau :

MM. Cornac, président ; Brière de Boismont, vice-président ; Gillette, secrétaire-général ; Amed. Forget et Cherest, secrétaires particuliers.

Pour copie conforme, GILLETTE.

Société de médecine d'Angers.

Dans sa séance du 6 novembre courant, la Société de médecine d'Angers, après avoir examiné et discuté la déclaration ci-contre des médecins et des chirurgiens de France, a formulé par un vote spécial, son adhésion pleine et entière aux principes qui font l'objet de cette déclaration. Le bureau a reçu mission de signer au nom de la Société, dont tous les membres se trouvaient dans l'impossibilité d'apposer ici leur signature à bref délai.

Angers, 7 novembre 1843.

Laroche fils aîné, D.-M., président ; Eugène Favier, D.-M.-P., secrétaire ; Grille, vice-secrétaire.

Adhésion des médecins de Pontoise.

Monsieur et cher confrère,

J'ai recueilli, d'après votre invitation, les signatures ci-jointes de nos confrères de Pontoise et de Marines (Seine-et-Oise). Je me hâte de vous les transmettre.

MM. Deslions, D.-M.-P., médecin en chef de l'Hôtel-Dieu ; David, D.-M.-P., chirurgien en chef ; Borel, D.-M.-M., médecin-adjoint ; Prestat, D.-M.-P., chirurgien-adjoint ; Vigier, D.-M.-P., membre correspondant de l'Académie de médecine ; Miramond, D.-M.-P. ; Peyron, D.-M.-P. à Marines ; Bastide, D.-M.-P. à Marines.

J'ai l'honneur de vous saluer, E. PRESTAT, D.-M.-P.
Pontoise, le 10 novembre 1843.

Adhésion des médecins de Tours.

Tours, ce 7 novembre 1845.

Bretonneau, ex-médecin de l'hôpital général de Tours, membre correspondant de l'Institut et de l'Acad. de médecine ; F. Leclerc, médecin en chef de l'hôpital de Tours ; F. Herpin fils, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours ; Anglada, D.-M.-P. ; Hulin-Origet, président de la Société médicale d'Indre-et-Loire ; Leclerc père, D.-M.-P. ; Thurcellus, D.-M.-P. ; H. Allain-Dupré, D.-M.-P. ; Ollivry, D.-M.-P. ; Haime, D.-M.-P. ; F. Herpin, D.-M.-P. ; Auguste Millet, D.-M.-P. ; Chraude, D.-M. ; Morand, médecin de l'hôpital général de Tours ; Tonnellé père, D.-M.-P. ; H. Crozat, D.-M.-P. ; L. Desmoulins, officier de santé ; R. J.-J. Bhugé, D.-M.-P. ; Thomas, D.-M.-P. ; Menou, D.-M.

Société anatomique de Paris.

La Société anatomique de Paris, dans sa séance du 8 novembre 1843, par une décision prise à l'unanimité, a chargé les membres de son bureau d'adhérer en son nom à la déclaration de principes qui lui a été soumise par la Société de chirurgie de Paris.

Paris, 8 novembre 1843.

Cruveilhier, président ; Dr Ambroise Tardieu, vice-président ; H. Gaulier, secrétaire ; J.-B. Pigné, trésorier ; Alfred Contour, vice-secrétaire ; H. Bourdon, archiviste.

— Ont adhéré à la déclaration, MM. les docteurs G. Debrou, ancien prosecteur de la Faculté ; A. Pereira, professeur à l'Ecole préparatoire d'Orléans.

Adhésion des médecins d'Evreux.

Les médecins et chirurgiens soussignés donnent une adhésion pleine et entière à la déclaration de principes.

Evreux, le 29 octobre 1843.

MM. C. Bougarel, D.-M.-P. ; Fortin, D.-M.-P. ; Richard, D.-M.-P. ; S. Aport, D.-M.-P. ; Malseur, D.-M.-P. ; Patel, D.-M.-P. ; Dubordel, D.-M.-P. ; Baudry, D.-M.-P.

Société de médecine de Bourges.

La Société de médecine de Bourges adhère à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France ; elle est convaincue que toute critique scientifique doit être permise dans l'intérêt même de la science.

Modier, président ; Dr Guérin ; P. Camhournac ; Larippe, D.-M.-P. ; Brunet, D.-M.-P. ; Dr Minier ; Dr Ripart ; Lebal ; Dr J. Cardoué ; Dr Lhomme, secrétaire.

Bourges, le 8 novembre 1843.

— Ont encore adhéré à la déclaration :

MM. Lustreman, professeur au Val-de-Grâce ; Casimir Broussais, professeur au Val-de-Grâce ; Dr Léhu ; Dr Martin, de Deuil ; Dr Olinet ; Dr Léon Caucal, à Saint-Germain-des-Bois (Saône-et-Loire) ; Dr Jules Caucal, chirurgien de l'hôpital civil de Louhans (Saône-et-Loire) ; Korewa, D.-M.-P. à Longues (Seine-et-Oise).

Il ne nous reste maintenant qu'à exprimer un dernier désir, et nos lecteurs le comprennent sans doute. Nous souhaitons vivement que M. Guérin n'obtienne pas une condamnation ; mais ce souhait, nous le faisons pour lui-même. Nous l'avons dit, et nous le répétons, nous n'éprouvons contre M. Guérin aucun sentiment d'animosité. Nous déplorons la position fâcheuse dans laquelle il s'est placé vis-à-vis du corps médical. Nous l'avons averti des conséquences de son attaque ; nous l'avertissons encore de celles plus déplorables, pour lui, qu'aurait une condamnation si, contre toute attente, il parvenait à l'obtenir ; mais la douleur que nous éprouvions de voir un homme d'intelligence s'abîmer dans un procès de cette nature, n'a pu nous empêcher de prendre en main la défense des principes pour lesquels nous combattons depuis seize ans, et que l'attaque de M. Guérin mettrait en péril s'il obtenait satisfaction. Certes, c'est avec une vive répugnance que nous avons été forcés de combattre un confrère, un collègue en journalisme, que dans d'autres circonstances nous avions appuyé. Il nous a fallu la conviction profonde que notre opposition représentait une opposition de principes pour nous décider à l'entreprendre ; et toujours, pour nous, les hommes s'effacent devant un principe.

HOPITAL BEAUJON. — M. LOUIS.

Embarras de la parole à la suite d'un étourdissement ; amélioration graduelle ; guérison complète au bout d'un mois.

F. Pierre, âgé de quarante-cinq ans, maçon, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'une constitution médiocrement forte, ayant les cheveux chatain-grisonnants, la figure habituellement colorée, n'a jamais éprouvé de maladie grave. Il est souvent mal nourri, et fait quelques excès de vin et d'eau-de-vie. S'il ne s'enivre pas plus souvent, c'est plutôt par manque d'argent, ainsi qu'il en convient lui-même, que pour toute autre cause.

Depuis quatre ans, tout en ayant rarement de la céphalalgie, et sans avoir jamais eu perte de connaissance, il éprouve assez fréquemment des étourdissements, accompagnés de sifflements dans les deux oreilles et de trouble momentané de la vue. Ces accidents furent combattus à plusieurs reprises, avec un succès momentané par les saignées du bras.

Le 22 juin dernier, dans la matinée, il était bien portant ; n'éprouvait pas de céphalalgie, n'avait pas fait d'excès la veille ni les jours précédents. A midi, il était occupé à décharger une voiture, ayant la tête nue et exposée à un soleil médiocrement chaud, lorsqu'il éprouva tout à coup un étourdissement. La vue se trouble, envie subite de vomir, ses jambes fléchissaient sous lui, et il allait tomber, lorsqu'il se retint au derrière de la voiture. Au bout de une à deux minutes l'étourdissement se dissipa peu à peu ; il n'y eut pas de perte de connaissance ; mais dès ce moment il y eut un embarras très notable dans l'exercice de la parole. Le malade ne reprit pas son travail ; gagna à pied son logement distant d'une demi-lieue, se coucha, dormit bien la nuit suivante ; et, le lendemain matin l'embarras de la parole étant au même degré, il vint à pied à l'hôpital Beaujon ; et fut admis dans la division de M. Louis. Jusqu'alors aucun traitement n'avait été mis en usage ; le malade ne fut pas saigné.

Etat actuel le 23 juin. Rien de particulier dans le décubitus. Tête médiocrement volumineuse, bien conformée ; face assez colorée, sans expression particulière, sans déviation appréciable des traits. L'intelligence est conservée, l'ouïe nette, ainsi que la vue ; il n'y a pas de strabisme, et les deux pupilles égales entre elles, régulières, contractiles, ont 2 à 3 millimètres de diamètre. Langue assez bien tirée ; elle est humide, légèrement blanchâtre, non tremblottante, et sa pointe est portée un peu du côté droit, tandis que la moitié *gauche* de sa face supérieure est un peu plus saillante que la moitié opposée. La pointe de l'organe est d'ailleurs promenée volontairement et avec assez de facilité, d'une commissure de la bouche à l'autre. La voix n'offre rien de particulier dans son timbre et dans sa force ; mais la parole est notablement empêchée ; les mots courts sont seuls prononcés d'une manière un peu distincte, bien qu'avec hésitation ; mais dès que le malade veut prononcer un mot un peu long, ou une phrase entière, il y a alors un véritable bredouillement tout à fait incompréhensible ; c'est au point, que les renseignements qui sont en tête de l'observation n'ont pu être recueillis qu'à une époque plus avancée. Le mouvement est parfaitement conservé aux quatre membres, la démarche est ferme, et la force égale dans les deux mains. Sensibilité cutanée intacte *partout* ; pas de douleurs dans la tête ou ailleurs. Léger appétit, soif modérée, déglutition facile. Abdomen souple, indolent, bien conformé ; pas de selles depuis l'entrée ; urines faciles. Rien d'anormal à l'examen des poumons et du cœur par la percussion et l'auscultation. Aucune chaleur normale ; pouls régulier, sans largeur ni dureté, à 64. Limonade avec crême de tartre soluble, 8 grammes ; lavement de lin ; diète absolue.

Le 25, aucun changement. Même prescription ; de plus, saignée du pied, qui fournit encore 200 grammes.

Le 27, la parole est un peu moins embarrassée ; mais plusieurs mots sont encore incompréhensibles. Aucune souffrance, même à la tête. Appétit ; selles régulières. Limonade ; deux potages.

Le 3 juillet, l'amélioration croissante survenue dans l'exercice de la parole, permet de recueillir des renseignements assez étendus. Il y a encore un bredouillement sensible ; mais la plupart des mots peuvent être compris, bien qu'un grand nombre d'entre eux soient prononcés d'une façon peu correcte. La langue n'offre plus la déviation, d'ailleurs légère, qu'elle avait lors du premier examen. L'état général est satisfaisant. L'appétit vif ; trois portions d'aliments.

Dès lors l'amélioration continue à faire des progrès lents, mais bien réels ; et le 20 juillet, le malade sort de l'hôpital dans un état fort satisfaisant, et n'offrant plus qu'une légère hésitation dans la prononciation de certains mots.

Remarques. Le trouble apporté dans les mouvements de la langue doit avoir son siége dans une altération du système nerveux central, et très probablement dans le cerveau. Mais quelle est la nature, quel est le siége exact de cette lésion ?

Pour ce qui est de la première question, l'apparition subite de l'embarras de la parole à la suite d'un étourdissement, survenu lui-même au milieu d'un état de santé satisfaisant, semblerait indiquer qu'ici l'on a affaire soit à une simple congestion cérébrale, soit à une hémorrhagie. Mais les effets de

---

Allopatho-Homœopathe ; Cours de philosophie hermétique et d'alchimie ; la Chiroguomonie, ou l'Art de reconnaître les tendances de l'intelligence d'après les formes des mains ; puis un nombre considérable de livres et brochures sur le magnétisme animal ; et surtout un deluge de publications sur l'hydrothérapie. C'est dans le Bulletin bibliographique de J.-B. Baillière que j'ai trouvé toutes ces belles choses, sans compter le Traité de l'origine des Glaires, par le docteur Guillié, ouvrage, *horresco referens !* qui en est à sa dix-huitième édition. Par compensation, et j'en ferai mon reproche à M. Baillière, que son esprit élevé doit éloigner de la conspiration du silence tramée par quelques-uns de ses voisins ! il n'a pas annoncé les dernières livraisons de la *Bibliothèque du Médecin praticien*. Je suis convaincu que c'est un oubli dont il me saura gré de l'avoir prévenu.

— Je vous ai quelquefois parlé du médecin aux beefteaks, il paraît qu'il vient de s'attirer une assez mauvaise affaire. Un client se présente chez lui et, la consultation donnée, dépose 15 francs sur la table. — Monsieur, vous vous trompez, ou vous ne connaissez pas les habitudes de mon cabinet ; c'est 100 francs pour la consultation. Le client s'excuse, il n'a pas assez d'argent sur lui, mais il est homme solvable ; il donne son nom et son adresse et demande à emporter la consultation, ainsi qu'une boîte de pilules prescrites. — Non, dit le médecin, je passerai ce soir chez vous et je vous remettrai le tout contre espèces sonnantes. Le soir, en effet, il arrive et échange son petit papier et ses pilules contre les pièces de 5 francs. Soit hasard, soit effet du remède, le malade se trouvait mieux le lendemain et se félicitait déjà de sa bonne étoile, qui l'avait conduit chez le médecin aux beefteaks. Mais le jour suivant les choses changent de face, des accidents graves surviennent et la famille alarmée envoie chercher le médecin. Celui-ci exige encore 100 francs pour son déplacement ; on les lui compte, et il arrive. — Ce n'est rien que cela, dit-il ; ce sont mes pilules qui font effet ; doublez la dose et demain matin tout sera fini. Il n'avait dit que trop vrai : le malade mourut dans la nuit. Cette terminaison si rapidement fatale produisit une grande sensation sur la famille qui à tort ou à raison l'imputa aux remèdes prescrits. L'Association de prévoyance des médecins de Paris reçut une plainte à ce sujet, mais les faits ne lui parurent pas suffisamment clairs pour les dénoncer au parquet. Il paraît qu'ils l'ont été suffisamment pour la Société de pharmacie, car sur sa plainte une descente judiciaire a été opérée chez le médecin aux beefteaks, et a produit, dit-on, la découverte d'une quantité considérable de médicaments qui ont été saisis comme pièces de conviction. Il paraîtrait, d'après cela, que ce cher homme ne se contentait pas de dire à ses malades : Mangez bien, buvez de même et surtout de mon vin de Cahors ; car on ne peut supposer que cette masse énorme de pilules pût servir à son usage personnel.

— Il y a à Paris un homme qui exerce l'art de guérir, quoiqu'il ne soit médecin à aucun titre, et dont la clientelle ferait pourtant envie à beaucoup de nos confrères. Mais rassurez-vous, messieurs de la commission médicale, cet homme n'exerce sa lucrative profession que sur les perroquets. Oui, mon cher confrère, cet homme gagne peut-être plus d'argent que vous et moi. Il est bien vêtu, porte des boutons en diamant à sa chemise, une montre à secondes pour compter les pulsations de ses malades ; c'est, en un mot, un homme très confortable. J'ai eu occasion de le voir ces jours derniers chez une de mes clientes, malade elle-même de chagrin de la maladie de son perroquet. Pendant que j'étais là il arriva, et je vous assure que ce fut avec une gravité toute doctorale qu'il fit ses interrogations. Il diagnostiqua une gastro-entérite, prescrivit la diète, de l'eau de guimauve pour boisson et des lavements amidonnés à cause d'un dévoiement considérable. Un incident que je ne puis oublier, car il faillit me faire éclater de rire ; c'est qu'en partant, la dame lui demanda du plus grand sérieux du monde : Monsieur, faudra-t-il garder les matières ? — Certainement, répondit-il, non moins sérieusement. Il demanda 3 francs pour sa visite. — La maîtresse de l'animal ne paie pas davantage pour son propre compte.

Jean RAIMOND.

M. Emile Chevé ouvrira un nouveau cours d'anatomie mercredi 15 novembre, à onze heures, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90. Les cinq premières leçons seront publiques. L'heure des cours sera fixée dans la première leçon.

la première affection se dissipent en général rapidement, et la persistance de l'embarras de la langue pendant plus d'un mois, sa diminution graduelle, me feraient pencher pour admettre une hémorrhagie cérébrale.

Dans l'une ou l'autre hypothèse il est d'ailleurs à présumer, d'après l'étendue restreinte des lésions fonctionnelles, que la lésion anatomique était également fort peu étendue.

Pour ce qui est de déterminer le siége exact de la lésion, la difficulté est insurmontable. Il suffit pour s'en convaincre de voir à quels résultats contradictoires sont arrivés les médecins qui ont essayé de localiser les fonctions des centres nerveux ; et pour ne parler que de la paralysie de la langue, il n'est personne qui ignore que l'on a voulu la rattacher soit à la lésion de la corne d'Ammon, soit à celle de la partie antérieure des hémisphères, etc., etc. Mais je dois borner ici mes réflexions ; je ne pourrais qu'ajouter des hypothèses plus ou moins probables à celles que j'ai déjà émises. Mieux vaut donc se taire. Je remarquerai seulement encore que tout ce qui précède suffit pour démontrer combien sont grandes les difficultés qui surgissent en foule dès qu'on aborde la pathologie des centres nerveux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Chassaignac.

Abcès profonds à la partie inférieure du cou; abcès qui siégent derrière le corps thyroïde. Guérison. Quelques principes pour l'ouverture de ces abcès. Considérations pratiques sur le diagnostic et la marche de ces abcès.

Au n° 25 de la salle Saint-Jean, est couché le nommé Ravache (Jean), âgé de quarante-trois ans, brossier. Cet homme, qui a depuis six jours un engorgement douloureux à la partie antérieure du cou, entre à l'hôpital de la Charité le 12 septembre. Il est d'une bonne constitution ; il se porte habituellement bien, et ne se rappelle aucune circonstance à laquelle on puisse attribuer la maladie qu'il présente.

Le 13, à la visite du matin, la face est un peu vultueuse ; il y a un état d'anxiété générale. Le malade éprouve une grande gêne dans la déglutition ; il respire difficilement. La peau est chaude et halitueuse ; le pouls donne 105-107 ; la peau, dans les parties correspondantes à l'engorgement, est modérément rouge ; la chaleur y est vive ; on sent une fluctuation très profonde. M. Chassaignac n'hésita pas à pratiquer immédiatement une incision, et nous dirons plus tard ce qui le détermina à agir promptement.

L'incision fut faite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ce n'est qu'après avoir divisé couche par couche les tissus à une profondeur de trois centimètres, que l'on est arrivé à une lame cellulo-fibreuse, au-dessous de laquelle on reconnaît, avec les doigts, une fluctuation non douteuse. Avec la pointe de la sonde cannelée on perfore cette lame, et l'extrémité de l'instrument pénètre dans une excavation de quatre à cinq centimètres d'étendue ; puis le bistouri, conduit dans la cannelure de la sonde, ayant débridé en haut et en bas cette poche, le pus s'écoule en ruisselant sur le cou et sur la poitrine. On introduit une mèche cératée dans l'ouverture que l'on a faite ; on applique un large cataplasme. Diète.

Le 14, le pouls est moins fréquent. La dyspnée a totalement disparu. Le malade, qui avalait hier difficilement sa salive, avant qu'on eût donné issue au pus, ne souffre plus aujourd'hui pendant la déglutition. Le pus sort librement ; la peau est moins chaude. Le malade éprouve un grand soulagement. On lui accorde deux bouillons. Le cataplasme et la mèche sont continués. On a soin de rapprocher modérément les bords de la plaie avec une bandelette agglutinative.

Le 15, la suppuration est bonne ; elle a notablement diminué. Le malade se trouve tout à fait bien. Même pansement.

Le 16, en comprimant au pourtour de l'abcès, on ne développe pas de douleur. Le gonflement a disparu. La peau est fraîche, la langue nette. Le malade demande des aliments. Une portion.

Le 17 et le 18, il va toujours de mieux en mieux. Deux portions.

Le 21, les bords de la plaie sont presque réunis. Le malade demande sa sortie.

— Cet abcès profond, qui n'a pu être atteint qu'après les divisions successives de plusieurs lames de tissu cellulaire et de tissu aponévrotique, a donné lieu, de la part de M. Chassaignac, aux considérations suivantes :

Les phlegmons profonds de la région cervicale antérieure et latérale dans la moitié inférieure du cou, sont des affections qui réclament au plus haut degré une thérapeutique chirurgicale aussi active qu'intelligente. Si l'abcès est superficiel et à l'extérieur des plans aponévrotiques et musculaires, les indications sont faciles à saisir ; de ceux-là nous ne dirons rien. Mais quand le phlegmon est profondément situé, il offre des difficultés et dans son diagnostic, et dans son traitement.

A l'égard du diagnostic, il y a plus de difficulté à percevoir la fluctuation dans cette région du cou, où se trouvent des organes aussi mobiles que ceux qui s'y rencontrent ; il y a, disons-nous, plus de difficultés que dans les autres parties du corps.

Au point de vue du traitement, voici en quoi consistent les difficultés :

1° On a des motifs pressants pour faire de bonne heure l'ouverture de la collection purulente; car le pus, recouvert par d'épaisses enveloppes, tend à fuser vers la poitrine ou à disséquer largement les organes profonds du cou, à la faveur du tissu cellulaire lâche qui les unit entre eux.

2° Il est d'autant plus nécessaire d'ouvrir de bonne heure une issue à la suppuration, que quelquefois, ainsi que M. Chassaignac en a vu un exemple qui sera rapporté plus loin, des accidents d'une suffocation imminente font un devoir d'agir avec célérité.

3° D'un autre côté, si on se hâte d'ouvrir avant d'avoir des indications précises sur le siége du pus, on peut faire des incisions douloureuses et qui n'ont pas un grand résultat.

4° Toutes les fois qu'il s'agit de porter un instrument à une certaine profondeur dans la région que nous venons d'indiquer, on redoute toujours, soit par suite du changement survenu dans les rapports des parties, soit même, en admettant que rien n'ait changé dans ces rapports dans l'état ordinaire, de blesser quelques-uns des organes si dangereux à atteindre dans cette partie du corps.

On peut parer à cet inconvénient de plusieurs manières :

1° En portant l'incision sur le trajet d'un muscle épais qui protége les parties délicates de la région.

2° En attaquant franchement et à une grande profondeur sur la ligne médiane, en allant, quand on pense que cela est nécessaire, jusqu'aux anneaux de la trachée, ainsi que le pratiqua M. Chassaignac sur un malade de l'hôpital Cochin ; enfin, en se bornant à inciser la peau et les couches sous jacentes, afin de laisser au pus à triompher lui-même de la résistance des tissus qui le recouvrent encore.

Toutefois, il est dans le traitement de ces phlegmons un genre d'écueil contre lequel il importe d'être prévenu, et qui a pour effet, lorsqu'on y tombe, de laisser prendre à la maladie un caractère d'extension et de gravité qui peuvent la rendre très dangereuse. Comme ce fait a une grande importance dans la pathologie et dans la thérapeutique des abcès, nous lui consacrerons quelques développements. Il s'agit de ce que M. Chassaignac appelle le *faux avortement des abcès.*

Chez le malade de l'hôpital Cochin, dont l'observation va être rapprochée de celle qui nous occupe aujourd'hui, il y eut un remarquable exemple de *ce faux avortement.*

Lors de l'arrivée du malade à l'hôpital, la tuméfaction phlegmoneuse de la partie inférieure et moyenne du cou était très développée; mais aucune fluctuation n'y était distincte, on conçut un instant l'espoir de prévenir la terminaison suppurative de cette inflammation. Dans ce but, de fortes et nombreuses applications de sangsues, des frictions mercurielles, des révulsifs intestinaux furent employés avec activité. Sous l'influence de ce traitement énergique, les symptômes inflammatoires s'amendèrent à un point tel, que l'on put raisonnablement espérer pendant deux jours que l'inflammation suppurative était définitivement enrayée. Mais bientôt les accidents reparurent avec une intensité nouvelle, et qui fit comprendre que, malgré la cessation apparente des accidents inflammatoires, la suppuration avait continué profondément.

On reconnaît tout ce qu'il y a d'insidieux dans une pareille marche ; car, à raison de la sécurité trompeuse qui en est la suite, le mal étend ses ravages profondément et à un degré où il peut devenir irréparable.

Du reste, entre les deux inconvénients, celui de faire une incision douloureuse et même inutile, et celui de perdre un temps précieux, il vaut mieux tomber dans le premier inconvénient que dans le second; car il faut qu'on sache que si l'une des parties les plus brillantes de l'art chirurgical est celle qui consiste à atteindre dans une région pleine d'écueils un foyer purulent qui ne pouvait être reconnu que par un tact exercé, et à faire cesser immédiatement, en conséquence de l'ouverture faite, des accidents qui compromettaient des fonctions importantes et même la vie du malade, l'instrument du chirurgien rend encore un grand service, alors même que, conduit avec moins d'audace ou moins de sûreté, il n'a point pénétré jusque dans le foyer purulent. Alors, en effet, ces incisions qui ont affaibli considérablement la rénitence qu'opposaient les parties extérieures à l'élimination spontanée de la collection purulente, appellent, pour ainsi dire, celle-ci vers le point où elles ont été dirigées, et si l'art n'a pas fait tout le chemin, il en a du moins fait une grande partie.

M. Chassaignac a rapporté plusieurs cas dans lesquels ces incisions, en quelque sorte expectantes, ont dérivé de leur côté la collection purulente qui s'est frayé elle-même une ouverture dans le point dont il s'agit. M. Chassaignac a posé, à l'égard de ces abcès tout à fait profonds du cou et situés en arrière du corps thyroïde, un principe de thérapeutique chirurgicale dont il a fait l'application avec succès précisément dans le cas du malade qu'il eut à traiter à l'hôpital Cochin, pour un abcès siégeant en arrière du corps thyroïde, et sur lequel une première incision, quoique profonde, avait été faite, mais sans succès, vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Alors, dit-il, que l'on aura affaire à un abcès très profondément placé à la base du cou et qui menace de s'étendre vers la poitrine, il faut inciser sur la ligne médiane jusqu'à ce qu'on ait mis à nu les anneaux de la trachée. C'est dans ce point que l'on peut pénétrer à la profondeur la plus considérable, sans crainte de blesser aucun organe important. Nulle part, en effet, on ne peut pénétrer à une profondeur aussi grande dans cette région sans crainte de blesser des organes importants.

Si l'on veut bien considérer qu'en glissant la sonde cannelée sur les parties latérales de la trachée, on peut arriver presque jusqu'à la colonne vertébrale, il sera facile de comprendre comment on peut atteindre par cette voie jusqu'à les collections purulentes qui sembleraient au premier abord se soustraire à l'action chirurgicale. C'est cette conduite qui fut suivie du plus heureux résultat dans le cas du malade de l'hôpital Cochin ; car, ainsi que nous l'avons dit, la première incision faite au bord interne du sterno-mastoïdien ne fut point suivie de l'écoulement du pus et ne produisit que les avantages d'une certaine détente et d'un dégorgement sanguin, tandis que ce fut l'incision sur la trachée qui amena la sortie du pus dehors.

Le 7 août 1842, entra à l'hôpital Cochin un homme âgé de quarante-deux ans, d'une constitution vigoureuse et qui portait depuis long-temps un goître modérément développé. Depuis quelques jours et sans cause connue, il s'était formé à la partie inférieure et moyenne du cou un engorgement phlegmoneux accompagné d'une grande gêne dans les mouvements du cou, de douleur vive, de difficulté de respirer et d'extinction de voix. L'empâtement, bien qu'occupant la ligne médiane, se prolongeait du côté droit sous le muscle sterno-mastoïdien. Point de fluctuation manifeste ; mais tout porte à penser qu'on a là un abcès froid sinon tout à fait formé, du moins en voie de formation. Dans l'impossibilité de déterminer un point sur lequel auraient dû porter les incisions qui nous paraissaient le moyen le plus efficace, on prescrivit quarante sangsues ; eau de Sedlitz ; bain de pieds sinapisé.

Le lendemain 8, les douleurs et la rougeur ont notablement diminué ; émétique en lavage ; frictions avec l'onguent napolitain à haute dose.

Les 10 et 11, la diminution des accidents primitifs continue ; mais le 12, la tumeur semble augmenter de nouveau ; elle est plus arrondie. Le soir, le malade est pris de fièvre et d'une toux douloureuse qui s'accompagne d'un sentiment de constriction à la base du cou. Il y a de l'oppression et une déglutition difficile.

Le 14, l'anxiété respiratoire augmente surtout quand le malade est couché sur le dos ; il est obligé de rester le jour et la nuit dans la position assise, la tête portée en avant. Une ponction explorative est faite avec le bistouri sur la ligne médiane jusqu'à la trachée ; il ne sort que du sang. Deux autres incisions sont faites sur les parties latérales, dans la direction du bord des sterno-mastoïdiens et à une assez grande profondeur : il ne s'écoule point de pus.

Le 15, le malade se trouve soulagé, un écoulement de sang veineux assez abondant a eu lieu par ces incisions, mais on n'a pas aperçu la moindre trace de pus.

Le 17, on incise de nouveau sur la ligne médiane jusqu'à la trachée et du pus s'échappe en quantité notable à travers cette incision. A partir de ce jour, la plaie médiane continua à fournir une suppuration assez abondante; tous les accidents se dissipèrent. Le malade reprit la force, la gaîté, l'appétit, et sortit de l'hôpital dans les premiers jours de septembre.

— Parmi les conclusions à tirer des faits précédents, nous mentionnerons les suivantes :

1° On peut arriver à une grande profondeur vers la base du cou en se servant d'une incision qui va d'abord jusqu'à la trachée et qui permet de pénétrer par décollement jusque vers la partie antérieure de la colonne vertébrale.

2° Lorsque dans un phlegmon imminent, on parvient, à l'aide d'un traitement énergique, à diminuer l'intensité des symptômes du phlegmon, il importe de ne pas s'abandonner à une entière sécurité, car l'avortement de l'abcès peut n'être qu'apparent, et bien que, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas, notamment pour des abcès sous-maxillaires, la peau ait repris sa couleur normale, la sensibilité ait diminué, ainsi que le volume, il y a cependant continuation profonde de la suppuration. A. Gouraincourt.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Tumeur considérable de l'aine traitée sans succès par les antiphlogistiques. Traitement fondant. Résolution complète en six semaines.

Au n° 19 de la salle Saint-Augustin, est un malade arrivé à l'hôpital avec une tumeur du volume des deux poings à la région inguinale. Cette tumeur était dure, inégale, bosselée ; elle était le siége de douleurs sourdes, profondes. Dans un autre hôpital où le malade avait fait un premier séjour avant de venir à la Pitié, on avait appliqué des sangsues à la racine du membre, pensant avoir affaire à une tumeur de nature inflammatoire. Quant à nous, nous en avons jugé autrement, et nous avions d'ailleurs, en faveur de notre manière de voir, le résultat négatif de la médication qui avait été mise en usage. Nous avons pensé, malgré l'indécision où nous étions sur la nature et l'origine réelles de cette tumeur, que c'était plutôt le cas de recourir à l'usage des fondants ; c'est ce que nous avons fait. Nous avons fait pratiquer des frictions avec la pommade d'iodure de plomb sur la tumeur, pendant que nous administrions en même temps l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour. Plus tard, lorsque nous avons commencé à nous apercevoir que la tumeur diminuait sensiblement de volume, nous avons joint aux moyens précédents l'usage de la compression continue à l'aide d'un bandage approprié (spica de l'aine). Sous l'influence de ces moyens combinés, la tumeur s'est entièrement résolue dans l'espace de six semaines environ. On ne trouve plus actuellement à la place qu'occupait cette énorme tumeur qu'un tout petit ganglion indolent, ayant à peine le volume d'une petite noix.

Deux kystes de nature différente adossés l'un à l'autre, et formant une tumeur unique.

Au n° 8 de la salle Saint-Augustin, est une femme qui est entrée portant à la région antérieure de la poitrine, au-devant du sternum, une tumeur du volume d'un œuf environ, paraissant unique, et offrant au toucher une sensation manifeste de fluctuation. L'absence de signes antérieurs d'inflammation, la manière lente et graduelle dont s'était développée cette tumeur ne pouvaient qu'éloigner l'idée d'un abcès. Il paraissait beaucoup plus probable qu'on eût affaire à un kyste ; mais de quelle nature était ce kyste? on sait avec quelle réserve M. Lisfranc se prononce ordinairement dans ces sortes de diagnostic. Restant dans l'incertitude sur la nature de cette tumeur et du liquide qu'elle contenait, M. Lisfranc pratiqua, ainsi qu'il le fait habituellement dans de pareilles circonstances, une ponction exploratrice. Cette ponction donna issue à un liquide incolore, limpide comme de l'eau de roche. On crut, en conséquence, naturellement avoir affaire à un kyste séreux. Cela reconnu, M. Lisfranc voulant procéder à l'énucléation de la tumeur, fut fort surpris de voir qu'au lieu d'une seule, il avait affaire à deux tumeurs adossées l'une à l'autre,

et de nature toute différente, l'une renfermant le liquide limpide auquel le trocart explorateur avait donné issue, l'autre contenant une matière noirâtre beaucoup plus dense, ayant à peu près la consistance de la matière graisseuse. Ces tumeurs étaient si bien appliquées l'une contre l'autre, qu'elles ne faisaient qu'une seule masse ovoïde dans laquelle il était impossible de distinguer, à travers les téguments, l'existence de deux kystes distincts et de différente espèce.

Cancer du sein chez une vieille femme, avec engorgement des ganglions de l'aisselle. Extirpation de la tumeur. Cicatrisation; résolution spontanée des ganglions axillaires.

Au n° 28 de la même salle est une femme âgée de soixante-dix-sept ans, qui est entrée portant une tumeur cancéreuse du sein d'origine récente; son développement ne remontait pas au-delà de dix-huit mois. Cette tumeur, occupant la totalité de la glande mammaire, était accompagnée d'un engorgement des ganglions lymphatiques dont on pouvait suivre les prolongements jusque dans le sommet du creux de l'aisselle; les douleurs dont la mamelle était le siége, s'irradiaient également jusque dans cette dernière région. Malgré le concours de ces deux circonstances défavorables et qui passent communément pour des conditions de contre-indication, malgré l'âge de la malade, qui pouvait lui-même être considéré comme une contre-indication, M. Lisfranc s'est déterminé à opérer cette femme, et sa détermination a été suivie d'un plein succès. Voici d'après quels motifs il a agi. Si ce cancer, a-t-il dit, eût été chronique comme le sont en général les cancers des vieillards, j'aurais eu garde d'y toucher, parce que je sais que ces cancers sont très sujets à récidive et qu'ils récidivent même presque constamment. Mais chez cette femme, bien qu'elle soit très avancée en âge, le cancer était d'une origine récente; il était vivace, et tout le monde sait que les cancers vivaces, lorsqu'ils sont enlevés en temps opportun et avec les ménagements nécessaires, guérissent assez généralement d'une manière radicale et sans que l'on ait à craindre, à beaucoup près, autant du moins que dans l'autre cas, de les voir récidiver. D'un autre côté, les ganglions étaient engorgés jusque dans le creux de l'aisselle; je n'ignorais pas combien cette circonstance devait commander de la circonspection. Enlever tous les ganglions engorgés avec la tumeur eût été une opération presque impraticable; il eût fallu prolonger les incisions jusqu'au sommet de l'aisselle et mettre à découvert une grande étendue de la poitrine. Je me suis donc décidé à n'enlever que la tumeur du sein seulement et à respecter les ganglions, me fondant sur l'espoir de voir se résoudre ces petites tumeurs. On sait, en effet, qu'il existe plusieurs exemples de ces résolutions spontanées des ganglions axillaires à la suite de l'extirpation de cancers du sein; Desault et Sœmmerring en rapportent plusieurs cas. Cet espoir n'a pas été trompé. A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés après l'opération, que les engorgements ganglionaires commençaient déjà à diminuer sensiblement de volume. Au bout d'un mois environ, ils étaient entièrement dissipés. L'opération date aujourd'hui de deux mois; il n'existe plus la moindre trace de ces engorgements. La plaie est entièrement cicatrisée.

Il ne faudrait pas toutefois s'autoriser de quelques faits de ce genre pour ériger une semblable pratique en principe. Si l'on procédait d'une manière empirique en pareil cas, on s'exposerait à de nombreux revers. Cette pratique doit être évidemment exceptionnelle, et commandée par des circonstances particulières que nous exposerons tout à l'heure. Le principe est de tout enlever quant il s'agit d'un cancer; mais lorsque l'extirpation de toutes les parties compromises est impossible, ou qu'il y a des raisons, on doit chercher, avant de prendre une détermination, à s'assurer de l'état des ganglions; si ces ganglions ne sont pas trop durs, s'ils ne sont point bosselés, inégaux, en un mot s'ils ne paraissent être uniquement qu'engorgés et non dégénérés, on a tout à gagner à les respecter et à attendre, parce qu'il n'est pas rare dans ces circonstances que ces engorgements finissent par se dissiper, surtout si on seconde leur résolution par des moyens thérapeutiques convenables, tels que les moyens résolutifs et fondants. J'ai vu souvent, en faisant l'examen anatomique de cancers, que les ganglions situés le plus près du cancer étaient formés de matière carcinomateuse, que ceux qui venaient après, à mesure qu'on s'éloignait du siége principal de la maladie, n'étaient déjà plus constitués que par de la matière squirrheuse; enfin qu'en approchant de plus en plus de l'aisselle on finissait par ne plus trouver que des ganglions simplement engorgés. Ce fait d'anatomie pathologique vient à l'appui des faits cliniques que je citais tout à l'heure. Mais dans les cas au contraire où le diagnostic ne laisse aucun doute sur l'état de dégénérescence des ganglions, il n'est plus permis d'hésiter, ou tout doit être enlevé, ou l'on doit renoncer à entreprendre une opération presque à coup sûr inutile. Quant aux douleurs dont les ganglions axillaires peuvent être le siége, il ne faut pas leur attacher trop d'importance, car le plus souvent elles ne sont qu'une simple irradiation des douleurs qui siégent dans la mamelle, et n'indiquent nullement que les parties de l'aisselle soient dégénérées. La femme en question nous offre encore un témoignage à l'appui de ce que nous avançons à cet égard, car elle éprouvait avant l'opération des douleurs vives qui s'étendaient jusqu'à l'aisselle; et bien que les ganglions axillaires aient été respectés, comme on l'a vu, ces douleurs se sont entièrement dissipées, du moment où la masse cancéreuse du sein a été enlevée.

Nota. Dans la clinique de M. Lisfranc, publiée n° du 28 octobre, page 510, 1re colonne, 40e ligne, *au lieu de:* on y recourt encore avec avantage (à la saignée), même lorsque la suppuration est établie, *lisez:* pourvu que la suppuration ne soit pas établie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Topique calmant contre les douleurs hémorrhoïdales; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

M. Pitschaft affirme qu'il n'existe pas de meilleur moyen à employer comme calmant, dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales douloureuses, que l'huile de semences de courge (*Oleum seminum cucurbitæ*).

On imbibe un petit plumasseau de charpie, ou mieux encore de coton ouaté, avec cette huile, puis on l'applique sur l'orifice de l'anus.

Il n'est pas besoin de dire que cette application doit être renouvelée à plusieurs reprises, jusqu'à cessation, ou du moins diminution notable des douleurs. (*Hufeland's Journ.*)

Traitement des polypes du nez par l'opium; par M. le docteur PITTSCHAFT, de Bade.

Tout le monde connaît l'usage avantageux que l'on fait, en chirurgie, de l'application topique de l'alcoolé d'opium contre les polypes du nez. M. Pittschaft, également partisan de cette médication, conseille d'associer à la teinture thébaïque l'alcoolé de castoréum de Sibérie, parce qu'il considère le castoréum comme le meilleur correctif des principes narcotiques de l'opium.

Il recommande aussi le sulfate de soude, comme l'agent qui mérite la préférence sur tous les autres cathartiques, lorsqu'il s'agit de combattre ou de prévenir la constipation qui résulte le plus ordinairement de l'administration des diverses préparations opiacées. (*Ibid.*)

Formule pour teindre les cheveux en noir; par M. le Dr HANMANN, de Dresde.

On a déjà fait connaître les effets dangereux que peuvent occasionner certaines formules destinées à teindre les cheveux en noir et que l'on débite sous les noms de *Poudre de Chine, Poudre d'Italie*, etc. Pour obvier aux inconvéniens que présente l'usage de ces divers produits, M. le docteur Hanmann, professeur à Dresde, propose la formule suivante qu'il a employée chez beaucoup de sujets et toujours avec succès. Le seul reproche qui pourrait lui être adressé serait de favoriser la formation de furoncles par l'occlusion des follicules mucipares de la peau.

Pr.		
Litharge porphyrisée,	250	grammes.
Chaux vive porphyrisée,	125	id.
Poudre à poudrer,	62	id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Dans la préparation de ce mélange, il faut se garder avec soin de laisser pénétrer quelque particule de poudre dans les yeux, parce qu'il en résulterait facilement une ophthalmie.

Pour l'employer on en prend une quantité suffisante que l'on place dans une soucoupe et que l'on convertit en pâte molle par l'addition d'une dose convenable d'eau chaude.

La pâte obtenue est appliqué sur les cheveux, les favoris, etc., à l'aide des doigts, et en ayant soin d'enterrer pour ainsi dire les cheveux ou les poils jusqu'à la racine. On recouvre ensuite le tout avec une feuille de coton ouaté légèrement humectée d'eau, et qu'on maintient en place au moyen d'un linge ployé en plusieurs doubles.

Cette pâte doit être tenue en place au moins pendant trois heures, ou mieux encore pendant toute la durée de la nuit; car, en effet, la chaleur du lit favorise son action.

Lorsqu'il s'agit d'enlever cette pâte devenue sèche et dure, on y parvient aisément, soit en frottant légèrement les cheveux ou les poils entre les doigts, soit en les lavant avec une eau de savon.

Enfin, si les cheveux sont trop raides par suite de l'action de ce composé, on leur rend la souplesse voulue en les graissant de pommade et les passant au peigne.

On renouvelle l'application à mesure que les cheveux poussent et montrent une portion blanche à leur partie inférieure.

(*Allgem. med. Centralzeitung.*)

Nous avons reçu une lettre de M. Piorry, accompagnée d'une volumineuse correspondance entre M. Royer-Collard et lui, tout cela relatif à ce qui s'est passé le vendredi 3 novembre, à la séance de rentrée de la Faculté. L'étendue de ces documents ne nous permet pas de les publier, comme le désire M. Piorry; mais en voici un sommaire fidèle qui suffira d'ailleurs pour édifier nos lecteurs sur ce sujet.

M. Piorry commence par se plaindre avec une certaine amertume du *feuilleton*. C'est une susceptibilité qui nous paraît exagérée. Il est vrai que le feuilleton n'a pas pour la nomenclature de M. Piorry des entrailles de père; mais une innocente plaisanterie sur ce que nous nous obstinons à croire un léger travers, ne constitue pas un déni de justice pour les travaux sérieux et importants qui ont placé M. Piorry dans la position qu'il occupe. Le feuilleton n'a jamais attaqué l'homme sérieux, seulement il a ri de ce qui prête à rire; c'est son droit et son essence. Montaigne d'ailleurs a dit avec raison: Il n'y a pas de grand homme qui n'ait son petit travers de doigt de ridicule. A ce compte n'est pas ridicule qui veut.

M. Piorry assure qu'il n'a pas tenu vis-à-vis de M. Royer-Collard le langage que le feuilleton lui prête. « J'ai demandé seulement ce que » l'on penserait si, à mon tour, j'attaquais dans une séance publique » de la Faculté, les idées et l'enseignement de M. Royer-Collard. J'ai » dit ces choses avec chaleur, il est vrai. » Le crime du feuilleton se réduit à peu de chose, c'est d'avoir employé l'affirmation, là où M. Piorry a employé la forme interrogative, et d'avoir dit *véhémence*, là où M. Piorry dit *chaleur*. C'est un péché très véniel assurément, il s'est trompé d'un degré dans le thermomètre des récriminations.

M. Piorry dit enfin que l'allusion qui excita l'hilarité de l'auditoire et sa *chaleur* à lui n'était pas dans les intentions de M. Royer-Collard, et qu'elle s'appliquait à tout autre qu'à lui, M. Piorry. Cela résulte, en effet, d'une longue lettre adressée par M. Royer-Collard à M. Piorry et dont voici le passage important. « Ces raisons pourraient me suffire, » mais j'en ai d'autres à vous donner. Je vous prouverai, pièces en » main, quand vous le voudrez, que la phrase que vous avez prise » pour vous est littéralement copiée dans un article que j'ai fait » en 1829 (21 mars, *voir* le Journal hebdomadaire n° 250, p. 500, du » 2e volume), et dans lequel il était question de la nomenclature de » Chaussier. »

Cette lettre a produit un bon effet sur M. Piorry, qui y a répondu très courtoisement.

En résumé, personne n'est fautif en cette affaire: ni M. Royer-Collard, qui n'en voulait pas à M. Piorry; ni M. Piorry, qui a bien pu croire le contraire; ni l'auditoire, qui a ri de ce qu'il entendait; ni surtout le feuilleton, qui s'était trompé avec l'auditoire et avec M. Piorry lui-même.

— M. Edouard ROBIN commencera le mercredi 15 novembre, rue de La Harpe, 90, de nouveaux cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences, et au premier examen de médecine.

Les cours auront lieu dans cet ordre:

A onze heures trois-quarts, cours de géométrie, par le docteur Romain, ancien professeur de mathématiques spéciales au collége royal de Chartres;

A trois heures et demie, cours d'arithmétique, par le docteur Emile Chevé;

A midi trois-quarts, cours de chimie;

A deux heures, cours de physique;

A trois heures, cours d'histoire naturelle.

Ces trois derniers cours sont professés par M. Edouard Robin.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 135. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 16 NOVEMBRE 1843.

Liberté de discussion.

PROCÈS EN DIFFAMATION INTENTÉ PAR M. JULES GUÉRIN CONTRE MM. MALGAIGNE, VIDAL (DE CASSIS) ET HENROZ.

Nos lecteurs savent, et s'ils ne le savent pas, nous avons besoin de leur dire que la loi interdit le compte-rendu des procès en diffamation. Nous ne pouvons donc que donner une indication sommaire des faits qui se sont passés à l'audience.

Une foule nombreuse de médecins avait dès le matin envahi l'étroite enceinte de la 6e Chambre. On y remarquait plusieurs notabilités médicales, MM. les professeurs Velpeau et Gerdy; des membres de l'Académie de médecine, MM. Ségalas, Cornac, Oudet, une grande partie des journalistes, beaucoup de chirurgiens des hôpitaux, des élèves en médecine en grand nombre, dont quelques-uns pour pénétrer dans la salle se sont revêtus de robes d'avocats, etc., etc.

Après le jugement de dix-huit causes de voleurs, de mendiants et de vagabonds, la cause de M. Guérin est appelée. Nous faisons remarquer ce rapprochement, pour montrer combien il est pénible de voir des procès de presse mêlés à des accusations de délits infamants, et nous appelons l'attention de la magistrature sur la nécessité de consacrer une chambre spéciale à ces derniers procès, qui, grâce à la loi sur la diffamation, deviennent de plus en plus nombreux.

M. Jules Guérin était assisté de Me Crémieux;
M. Vidal (de Cassis), de Me Plocque et de Me Bethmont;
M. Malgaigne n'avait pas d'avocat;
M. Henroz était assisté de Me J. Favre.

Après l'interrogatoire d'usage et quelques observations sur la connexité du délit, Me Crémieux prend la parole et plaide pendant trois heures.

Ensuite M. Malgaigne a présenté lui-même sa défense. C'est ici que nous regrettons de ne pouvoir reproduire cette improvisation brillante, animée, pleine de noblesse et de dignité, de force et de courage qui pendant trois quarts d'heure a tenu l'auditoire sous le charme d'une parole incisive. Quelques applaudissements se font entendre, réprimés aussitôt par le respect dû à la justice. M. Malgaigne reçoit les félicitations de ses confrères et des membres du barreau qui l'entourent.

Il est cinq heures et demie; M. le président renvoie la continuation de l'audience au lendemain mercredi.

Aujourd'hui mercredi, l'audience a été reprise à deux heures. La même affluence d'auditeurs se presse dans l'enceinte.

Me Bethmont prend la parole au nom de la Société de chirurgie, et défend les lettres publiées dans le *Siècle* et dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Me Plocque présente la défense de M. Vidal (de Cassis).

Il est quatre heures et demie; M. le président renvoie à vendredi prochain la continuation de l'affaire.

Il reste à entendre Me Jules Favre pour M. Henroz, M. Jules Guérin qui a annoncé vouloir répliquer lui-même, et enfin M. Anspach qui occupe le siége du procureur du roi.

(*Huitième liste.*)

Nous avons reçu les nouvelles adhésions qui suivent :

Le secrétaire-général de la Société de médecine de Marseille.

A M. Monod, secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que dans la séance du 28 octobre 1843, la Société royale de médecine de Marseille a délibéré que la déclaration de principes des médecins et des chirurgiens de France est juste et noble, et digne du corps des médecins. Elle a adhéré pleinement et sans réserve à tous les points de cette déclaration de principes, et suivant le désir manifesté par la Société de chirurgie de Paris, tous les membres résidants ont apposé leur signature au bas de la présente adhésion.

MM. Chargé, D.-M.-P., président; P. Dor, secrétaire-général; J. Aubert, D.-M.-P.; Sollier, D.-M.; Beullac père, M.; B. Fouillot, D.-M.-P.; Gassier, D.-M.; J. Beullac, D.-C.-P.; Dr Roux de Brignolles; P.-M. Roux, D.-M.-M.; Vlo, D.-M.-M.; Lieutier, D.-M.-P.; A. Sicard, D.-M.; Dr Flory; Dr Seux; Dr Theodore Beullac; Giraud Saint-Rome père, D. M.; Giraud Saint-Rome fils, D.-M.-P.; Rey, D.-M.-P.; A. Giraud, D.-M.-M.; D.-H. Mallet, D.-M.-P.; Th. Mollin, médecin de la marine royale, D.-M.-M.; Rampal, D.-M.-P.; Dr Beuil; Bailly, D.-M.; Daniel, D.-M.; Martin, D.-C.-M.; Dr Trabuc; Dr Despitzer; Gabrielli, D.-M.; A. Marsseille, D.-M.; B. Féraud, D.-M.-P.; Dr Trémollière.

Adhésion de la Société de médecine de Nîmes.

La Société de médecine de Nîmes adhère aux principes de la liberté de discussion en matière scientifique. Les membres présents :

MM. Cas. Martin; Dr L. Carcassonne; Dr Froment jeune; Dr Pleindoux père; Dr S. Raizon; Dr S. Raizon; Heraud, D.-M.-M., vice-président; Dr E. Pleindoux; Dr J. Alric; Fl. Recolin, D.-M.-M.

Adhésion de la Société de médecine de Nantes.

La section de médecine de la Société royale académique de Nantes, dans sa séance du 8 novembre 1843, sous la présidence de M. Maisonneuve père,

Adopte pleinement et sans réserve, la déclaration de principes ci-après. Suit le texte de la déclaration. (Voir n° du 29 octobre.)

MM. Maisonneuve père, D.-M.; Maisonneuve, D.-M.-P., secrétaire; Sallion, vice-président; Palois, D.-M.-P., ancien membre du jury de médecine du département; Leguerré, D.-M.-P., secrétaire-adjoint; Gignard, D.-M.-P.; Medard, D.-M.

Société médicale anglo-parisienne.

Dans une réunion extraordinaire du Conseil de la Société anglo-parisienne, la Société elle-même étant en vacances, il a été décidé ce qui suit :

Considérant que la science étant indépendante de toute distinction nationale, la Société est appelée à témoigner sa sympathie pour ses confrères français, et à revendiquer, autant qu'il dépend d'elle, des principes essentiels à l'existence de la médecine comme science.

Le Conseil, au nom de cette Société, a conclu à l'adoption de la déclaration de principes faite par la Société de chirurgie de Paris.

Signé : J.-F. Olliffe, président; J.-F. Churchill, vice-président; W. Davies, trésorier; John Hoffe; John Hannahan; J.-B. Walker.

Nov. le 15, 1843.

— Ont adhéré à la déclaration :
MM. les docteurs Bessières et L. Mailliot, à Paris.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Discours d'ouverture. — Des accidents dont peuvent se compliquer les opérations chirurgicales.

M. Roux, après avoir exprimé son vif regret d'avoir dû interrompre ses leçons cliniques l'année scolaire dernière pour raison de santé, et l'espérance qu'il nourrit de pouvoir remplir, cette année, ses engagements avec toute l'exactitude et le zèle dont il croit avoir donné des preuves, s'exprime de la manière suivante :

Le sujet dont nous allons traiter se lie étroitement avec celui que nous avons choisi l'année dernière pour la même circonstance; car nous avons traité alors des erreurs qu'on peut commettre dans le diagnostic des maladies chirurgicales. C'est encore une des raisons qui nous ont déterminé à faire ce choix.

Qu'entend-on d'abord par accidents compliquant les opérations? Il en est de ce mot comme de tant d'autres; il est presque plus aisé de le comprendre que de bien le définir. Toutefois, nous le définirons : « Toute circonstance, tout » contre-temps qui n'entre pas dans le plan d'une opération, » mais qui exerce une influence plus ou moins fâcheuse sur le » but et les suites de l'opération même. »

Les accidents des opérations, quels qu'ils soient, semblent devoir être rapportés à trois grandes sources ou groupes, c'est-à-dire :

1° Accidents *primitifs* ou *immédiats*, survenant au moment même de l'opération;

2° Accidents consécutifs qui suivent plus ou moins de près l'opération;

3° Enfin, accidents qu'on pourrait appeler éloignés, tels que toutes les suites fâcheuses et éloignées d'une opération, quoique bien faites; car, comme vous savez, ou vous saurez, il arrive tous les jours qu'une opération parfaitement exécutée soit suivie très tard, lorsqu'on y pense le moins, d'accidents plus ou moins graves. Ainsi, par exemple, prenons une amputation; elle était, en apparence, bien faite; mais les chairs se rétractant beaucoup sur le moignon, l'os (supposez le fémur) fait saillie sous les parties molles et entrave le travail de la cicatrisation; il en résulte un moignon conique qui constitue une circonstance fâcheuse pour les suites éloignées de l'opération. De même, l'opération de la taille peut être assez bien faite, et pourtant être suivie, plus tard, d'une incontinence d'urine, parce que le col de la vessie, en se cicatrisant, ne reprend pas toute son élasticité première; ou d'une fistule urinaire ou rectale, ou autre accident qu'on ne pouvait pas prévoir, ou, pour mieux dire, auquel on ne devait pas s'attendre, d'après toutes les précautions prises pour bien exécuter l'opération. Enfin, pour dernier exemple, l'opération de l'anévrysme par la méthode de Hunter (qui est généralement admise aujourd'hui), peut être suivie de guérison momentanée et d'une récidive de la maladie dans une époque plus ou moins éloignée, malgré tous les soins qu'on a pu employer pour obtenir une guérison radicale, et uniquement en vertu de circonstances indépendantes de la volonté du chirurgien.

Ainsi voilà bien établie la différence entre les accidents primitifs ou immédiatement consécutifs, et les accidents éloignés ou arrivant à une époque assez lointaine de l'opération. Par ce que nous avons dit pourtant, nous avons fait pressentir que la ligne de démarcation entre les trois espèces d'accidents admises n'est pas toujours bien nette et tracée; car souvent les accidents de la première espèce appellent à leur suite ceux de la seconde espèce, et ceux-ci entraînent les accidents tertiaires, et cela parce que les accidents consécutifs tiennent fréquemment à quelque imperfection ou omission commise dans l'opération, et par conséquent à quelque accident primitif; il ne faut pourtant pas contester qu'un certain nombre de ces accidents secondaires sont le produit de causes purement hygiéniques agissant dans le cours du traitement consécutif à l'opération, et totalement étrangers à celle-ci. Par exemple : l'opération de la cataracte (et nous croyons être juge compétent dans cette matière), quelles que soient l'exactitude, la perfection avec lesquelles on l'exécute, quelques soins qu'on donne consécutivement aux opérés, est suivie tantôt de succès et tantôt d'insuccès. Parmi les malades qui ont été opérés dans les mêmes conditions, avec la même précision, on en voit qui perdent la vue pour des accidents dont on ne saurait déterminer la cause, et contre lesquels même on avait cherché à se garantir; ce sont là des malheurs dont la cause nous échappe, ou qui sont dus très probablement à quelque circonstance hygiénique défavorable.

Nonobstant cette liaison intime entre les accidents primitifs et consécutifs, nous citerons la distinction établie parce qu'elle est vraie et fondée sur les faits, et parce qu'elle sera utile pour vous dans vos études cliniques.

Parmi les accidents des opérations, le plus grand nombre appartient à toutes les opérations en général, et par conséquent on pourrait les appeler *communs*; quelques-uns sont propres à certaines opérations en particulier, et on les appellerait *spéciaux*. Nous n'entrerons pas dans de grands détails à cet égard, ce qui du reste serait inutile, en nous réservant de développer ce point lorsque nous traiterons des accidents en particulier, tels que de la syncope nerveuse anémique, de l'hémorrhagie, de la gangrène, de l'introduction de l'air dans les veines, etc. Une remarque se présente ici à notre esprit. Les accidents dont nous parlons, et surtout les accidents primitifs, ont été mieux observés par les chirurgiens modernes, et en même temps ont été observés plus fréquemment que par les anciens; cela semble un peu paradoxal, car les progrès incontestables que notre art a faits dans ces derniers temps sembleraient devoir rendre plus rares les accidents mêmes : pourtant c'est la vérité. Cela s'explique : d'une part, le champ de la chirurgie est devenu beaucoup plus vaste qu'il n'était, et l'observation des maladies et de tous les phénomènes qui les accompagnent bien plus minutieuse et exacte; d'autre part, les chirurgiens modernes sont à la recherche, pour ainsi dire, de tous les accidents fâcheux qui se présentent pendant ou après les opérations de leurs confrères, les publient, les commentent dans les livres, et surtout dans les leçons cliniques, en apparence dans le but honorable de les signaler au monde médical et de les faire éviter, mais souvent aussi pour faire un peu de critique; car rarement les chirurgiens ont la franchise d'avouer leurs fautes, de faire connaître les malheurs qui ont suivi leurs opérations propres, faute de précautions; c'est un tort, c'est même, à notre avis, un crime, car de cette manière on trompe ses confrères, et principalement cette jeunesse qui est confiée à nos soins d'instruction et qui prend nos paroles pour des oracles. La sincérité, la franchise, la bonne foi dans toutes les sciences, mais surtout dans la nôtre, qui a pour but la santé et la vie de nos semblables, est le premier de nos devoirs, et je regarde comme indigne d'exercer cette noble profession tout homme qui ne la remplit pas scrupuleusement, car en mentant à lui-même il ment à tous ceux qui ont droit de connaître de lui la vérité tout entière, avec le plus grand préjudice de l'humanité. C'est avec cette belle qualité que J.-L. Petit, Pott, Boyer, etc., se sont élevés si haut dans la science et dans l'estime des hommes; je vous les propose comme modèles à imiter.

D'ailleurs, pourquoi se refuser à admettre des fautes que tout le monde commet, que les plus grands chirurgiens n'ont pas évitées? Y a-t-il un chirurgien, quelsque soient son savoir, sa prudence, son génie, qui, la main sur le cœur, puisse soutenir n'avoir jamais commis une faute? Il n'y en a pas. Et non-seulement les opérations les plus compliquées peuvent être suivies d'accidents dans les mains des plus habiles, mais les plus simples mêmes sont sujettes à des inconvénients; ainsi, par exemple, l'opération de la saignée, toute simple qu'elle est; on peut ouvrir la brachiale, et tous les chirurgiens ont pu l'ouvrir. Dans l'ouverture d'un abcès on peut blesser aussi quelque artère et donner lieu à une hémorrhagie : cela est arrivé aux chirurgiens les plus expérimentés. Combien de malheurs ne sont pas arrivés dans les cas de réduction de luxation? N'a-t-on pas déchiré des vaisseaux, des nerfs, etc., avec les accidents consécutifs les plus graves? N'est-ce pas arrivé à J.-L. Petit lui-même dans une circonstance de cette

nature? Et qui pourrait se vanter d'être plus sage, plus prudent, plus expérimenté que ce grand maître? Dans l'opération de la cataracte, soit par abaissement, soit par extraction, ne voit-on pas des fautes commises par les chirurgiens oculistes les plus adroits, jusqu'à la perte complète de l'œil? N'a-t-on pas vu, dans l'opération de la fistule lacrymale, percer les narines au lieu d'entrer dans le canal lacrymal? Je pourrais parcourir toutes les opérations chirurgicales, depuis les plus complexes et les plus graves jusqu'aux plus simples, et dans toutes je pourrais vous citer des revers, des accidents survenus aux chirurgiens du plus grand mérite. Et pourquoi aurions-nous l'audace de nous croire infaillibles? Pourquoi, au contraire, n'avouerions-nous pas franchement nos fautes à la face du monde? Nous n'en serions, à mon avis, que plus estimables. Quant à moi, je n'hésite pas à avouer les miennes, et je le ferai avec toute la franchise dont je me vante. J'avoue en avoir fait un grand nombre, et peut-être plus que les autres, parce que j'ai aussi agi dans un théâtre très vaste, et beaucoup plus que tout autre ne pourra en faire, étant placé dans des circonstances toutes particulières et favorables.

D'où viennent ces fautes si fréquentes que nous commettons? De ce que les succès, se succédant pendant quelque temps, nous éblouissent, nous font regarder comme des enfants gâtés de la fortune, et nous font oublier toutes ces précautions qui sont toujours nécessaires dans les grandes comme dans les petites opérations. Je me borne à vous citer trois faits de ma pratique où par ma faute il survint des accidents graves et même mortels, et qui pour cela furent pour mon avenir chirurgical d'une grande instruction.

Premier fait. Il y a environ vingt-cinq ans, un jeune homme se promenant à cheval dans le bois de Boulogne tomba et se brisa les deux os de l'avant bras. Deux ou trois heures après l'accident je le vis dans une maison de campagne hors de Paris, où il avait été transporté dans le sein de sa famille; ne trouvant pas de gonflement dans le membre lésé, et croyant avec trop de légèreté (j'en conviens) qu'il n'en surviendrait pas, je lui appliquai immédiatement l'appareil ordinaire pour les fractures simples. La fatalité voulut que je ne visse plus le malade qu'au bout de trois ou quatre jours; car la distance à laquelle il se trouvait du centre de Paris ne me permit pas de le revoir plus tôt. Il arriva malheureusement ce que j'aurais dû prévoir; le bras s'étant un peu tuméfié, l'appareil, qui était pourtant modérément serré lors de son application, exerça une constriction trop vive; et quand je l'enlevai, je trouvai quelques phryctènes çà et là sur la peau; le malade pourtant ne souffrait pas beaucoup. J'aurais dû m'arrêter là, appliquer un bandage roulé très lâche, et attendre la résolution de l'inflammation qui s'était déclarée: je ne le fis pas; je réappliquai l'appareil, quoique très lâchement serré, espérant que les accidents inflammatoires n'iraient pas plus loin. L'inflammation au contraire redoubla d'intensité; toutes les parties molles, même profondes, en furent envahies, et le membre se sphacéla; on dut recourir à l'amputation; mais le pauvre jeune homme succomba... Ce fait fut pour moi d'un grand enseignement: il m'apprit que c'est une grande erreur d'appliquer dans les cas de fractures, même les plus simples, l'appareil contentif immédiatement après l'accident; que c'est une erreur grave d'envelopper dans ces circonstances le membre avec des compresses mouillées de quelque liquide résolutif; car le gonflement inflammatoire survenant, le membre se trouve trop serré, et tous les accidents dont nous avons parlé peuvent survenir; il ne faut rien faire avant que l'époque de ce gonflement soit passée, pour être prêt à combattre celui-ci s'il survient. Ainsi depuis ce fâcheux événement je ne néglige aucune des précautions que je viens de vous indiquer, et je n'ai plus eu de semblables malheurs à regretter.

Deuxième fait. Il entra à la Charité, il y a long-temps, un homme portant un abcès froid essentiel à l'aine droite; cet abcès était énorme et profond et, en se développant, avait déplacé l'artère crurale. Ne soupçonnant rien de cette position anormale de l'artère, je plongeai hardiment le bistouri dans le foyer purulent; il en sortit beaucoup de pus; mais en même temps du sang rouge vif jaillit en abondance, et il me fut facile de reconnaître qu'il provenait de la fémorale. J'ai dû tout de suite mettre à nu le vaisseau lésé et en faire la ligature. Les suites immédiates furent assez heureuses, mais le malade succomba au bout de deux mois environ à l'abondance de la suppuration.

Troisième fait. Je fus appelé en ville près d'un homme affecté de calcul vésical, et je fus choisi parmi d'autres chirurgiens pour faire l'opération de la taille: ordinairement je me servais d'un gorgeret pour l'incision du col de la vessie et de la prostate, je le préférais toujours au lithotome caché; ce jour-là, ne trouvant pas mon gorgeret prêt, je pris chez mon coutelier un lithotome qui, du reste, n'était pas parfaitement construit, n'ayant pas assez de courbure dans le tranchant, surtout à la pointe, et je procédai à l'opération. Elle fut exécutée avec une netteté et une rapidité qui étonnèrent toutes les personnes de l'art et moi-même; tout semblait faire croire que les suites devraient en être très heureuses. Quelques heures après l'opération, en examinant le lit du malade, je le trouvai sec, non mouillé d'urine, ce qui est contraire à la règle et doit inspirer des inquiétudes, faisant craindre que l'urine ne s'épanche dans les tissus. Le malade commença à éprouver de l'agitation, la fièvre s'alluma; bref, en très peu de temps il succomba.

J'étais impatient de faire la section cadavérique pour connaître la cause véritable de cette mort inattendue. Celle-ci nous apprit que l'incision avait été un peu trop étendue, que la vessie avait été lésée, et l'urine s'était épanchée dans le tissu cellulaire et dans le bassin; de là tous les accidents et la terminaison funeste devenaient faciles à expliquer.

Je pourrais multiplier les exemples, mais je me borne à ces trois, qui sont les plus saillants de ma pratique.

Les sources des accidents peuvent être multiples. D'abord une erreur de diagnostic sur la nature de la maladie pour laquelle on opère, ou simplement le défaut d'attention nécessaire pour embrasser et bien peser avec l'esprit toutes les particularités de la maladie même; peut être cause d'accidents graves. Pour vous en donner quelques exemples, il s'agit d'une tumeur anévrysmale: on la croit de tout autre espèce de tumeur, on y plonge un bistouri, il en résulte une hémorrhagie qui peut devenir mortelle. Si le chirurgien avait bien considéré et examiné la tumeur, il n'aurait certes pas méconnu sa nature, et le malheur ne serait pas probablement arrivé. Je puis affirmer n'avoir jamais commis de fautes semblables et par conséquent n'avoir pas eu à regretter de semblables malheurs; mais j'en ai vu commettre par des chirurgiens doués d'un certain mérite, et une fois même j'ai dû aller avec Boyer dans un service, dont je ne vous nommerai pas le chirurgien, pour prêter secours à une malade sur laquelle on avait ouvert un anévrysme à l'aine, croyant avoir affaire à un bubon simple; nous appliquâmes une compression avec des tampons de charpie, etc., et nous eûmes le bonheur de voir l'hémorrhagie s'arrêter et la malade survivre, sans avoir besoin de lier l'artère ouverte.

D'autres fois les accidents proviennent du caractère, de la nature même de l'opération qu'on pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations très graves et très laborieuses. Les chirurgiens les plus habiles et les plus prudents peuvent faillir dans ces circonstances difficiles. Ainsi, par exemple, on doit pratiquer la taille pour extraire un calcul très volumineux et chez un sujet affaibli par d'autres maladies. Si on fait l'incision trop petite, la pierre ne pourra pas passer librement, et il faudra, pour l'extraire, exercer des tractions plus ou moins violentes, contondre, déchirer le cul de la vessie et les autres parties; de là des accidents presque inévitables. Si l'incision est suffisamment large, elle empiétera peut-être sur des parties qu'il faudrait respecter; elle donnera lieu à des hémorrhagies, à des épanchements d'urine, etc. Par conséquent l'opérateur, dans ces cas, se trouve fortement embarrassé pour éviter tous les dangers qui se présentent. — Si on a une tumeur à extirper, c'est encore une des opérations les plus difficiles et les plus dangereuses de la chirurgie; il faut ordinairement beaucoup de temps pour les exécuter; les malades se fatiguent et s'affaiblissent; des vaisseaux nombreux qui rampent dans ces tumeurs et les nourrissent sont coupés inévitablement, et donnent lieu à des écoulements sanguins très gênants pour l'opérateur, et souvent funestes pour les opérés. Ces tumeurs occupent quelquefois des régions délicates où il est extrêmement difficile d'opérer avec assurance et sans danger. Vous voyez combien de causes d'accidents plus ou moins graves peuvent se présenter dans le cours de cette espèce d'opération. Donc la nature même de l'opération peut être la source d'accidents primitifs ou prochainement consécutifs.

En troisième lieu, les accidents primitifs, surtout les spéciaux, peuvent être dus à la faute du chirurgien; et quand je dis la faute, ce n'est pas positivement pour jeter le blâme sur la conduite des chirurgiens en général; car il n'est pas toujours facile de penser à tout, de tout prévoir dans une opération, et les praticiens les plus consommés comme les novices peuvent commettre de ces omissions qui deviennent causes d'accidents. Bien souvent le chirurgien est coupable par un excès de zèle, par une sollicitude trop grande; ou se laisse aller au désir de faire vite, croyant bien faire, et d'épargner des souffrances aux malades. C'est un tort quand la vitesse peut nuire au résultat de l'opération, but auquel doit tendre l'opérateur. D'autres fois, au contraire, on pèche par trop de lenteur dans l'exécution, soit pour affecter une espèce de sang-froid et d'empire sur soi-même, soit dans le but d'opérer avec plus de précision; car s'il est bien d'y employer le temps nécessaire, il est mal et sent la cruauté de la prolonger au delà, en prolongeant sans nécessité les douleurs des pauvres malades.

Enfin, les accidents naissent souvent de l'inattention et de l'oubli des précautions convenables de la part des aides qui assistent le chirurgien, et du mauvais état des instruments dont on fait usage. On n'est jamais assez scrupuleux, assez exigeant à cet égard. Il y a des opérations dont l'heureux résultat dépend principalement de l'attention, de l'adresse des personnes qui aident l'opérateur. De l'autre côté, quelle est l'opération qui pourra être parfaitement exécutée avec le moins de souffrance possible pour les malades, si les instruments sont mauvais, si le tranchant n'est pas dans un état convenable, etc.? Pour vous citer quelques exemples sur l'importance de l'adresse et de l'attention de la part des aides, prenez l'opération de la taille. Si l'aide chargé de tenir le cathéter n'est pas bien attentif, et déplace cet instrument qui doit servir de guide au couteau de l'opérateur, celui-ci pourra se fourvoyer, aller blesser la vessie, le rectum même, et vous en prévoyez les funestes conséquences: non-seulement l'opération peut manquer, mais le malade en être victime. N'est-ce pas la même chose pour les cas d'amputation des membres? Si l'aide qui est chargé de comprimer l'artère principale, si celui qui doit tenir le membre, relever les parties molles coupées, etc., sont distraits, oublieux de leurs devoirs, comment l'opération pourra-t-elle réussir?

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Ouverture du cours de clinique. — Des méthodes d'observations que l'on doit mettre en usage dans les maladies chirurgicales de l'enfance.

Nous avons l'habitude, vous le savez, de commencer, chaque année, notre cours de clinique chirurgicale par quelques considérations générales destinées à donner à ceux d'entre vous qui nous suivent pour la première fois, les notions nécessaires pour procéder avec fruit à l'étude des maladies dont nous nous occupons. Nous avons examiné l'an dernier, dans notre première leçon, l'importance de l'étude des maladies chirurgicales chez les enfants. C'est un sujet sur lequel nous ne reviendrons pas cette année. Notre intention est de vous donner aujourd'hui un aperçu rapide des moyens que l'on doit mettre en usage pour procéder à cette étude et pour observer les maladies chirurgicales des enfants. Ces considérations, toutes pratiques, ne vous seront pas inutiles lorsque vous vous trouverez en face de maladies quelquefois légères en apparence, et qu'un examen plus approfondi vous fera juger beaucoup plus graves et beaucoup plus dangereuses qu'elles ne paraissaient au premier coup d'œil.

Appelé près d'un enfant malade, le chirurgien doit se pénétrer tout d'abord de ceci, qu'il y a deux sortes de renseignements à prendre, deux éléments principaux à examiner. La première source de renseignements, ce seront les conversations qu'il aura avec les parents de l'enfant ou avec les personnes qui entourent habituellement le petit malade; les rapports qu'ils lui feront, et les réponses aux demandes multipliées et aux questions qu'il leur adressera. La seconde source de renseignements, ce sera l'examen direct que fera le chirurgien lui-même de l'enfant malade.

Examinons successivement chacune de ces deux méthodes dont l'ensemble est nécessaire pour arriver à un diagnostic certain dans les maladies chirurgicales des enfants.

Quels sont les renseignements que l'on peut obtenir par les rapports des parents, et les réponses qu'ils font aux questions qu'on leur adresse? Ils sont de deux sortes; les uns, que nous pourrons appeler antécédents éloignés; les autres, antécédents récents.

Les antécédents éloignés sont de la plus haute importance. Vous concevez *à priori*, et sans qu'il soit besoin d'y insister, combien il est important pour vous de savoir quelle est la santé des parents de votre malade; à quelles affections ils ont été sujets; de même pour l'enfant, vous avez besoin de savoir d'une manière fidèle et positive quelles sont les maladies antérieures qu'il a éprouvées avant la maladie actuelle, et dans un espace de temps plus ou moins éloigné. Si les connaissances médicales sont importantes pour le chirurgien dans toutes les circonstances de sa pratique, c'est surtout au chirurgien des enfants qu'elles sont indispensables. C'est lui surtout qui doit toujours, et avant tout, être véritablement médecin, condition sans laquelle il court à chaque moment le risque de tomber dans les erreurs les plus préjudiciables.

Quant à la santé des parents, il devra s'informer s'ils sont scrofuleux, s'ils ont été atteints d'affections syphilitiques ou tuberculeuses; s'ils sont encore vivants; et s'ils sont morts, à quelle maladie ils ont succombé; s'ils ont été enlevés par une maladie aiguë ou chronique. Plus les enfants sont jeunes, plus ils sont exposés à être atteints par des maladies qu'auraient offertes leurs parents, maladies qui prennent pour cela le nom de congéniales. Plus les enfants s'éloignent de la première enfance, moins ils ont de chances pour être affectés des maladies que leurs parents pourraient leur avoir transmises. Il est bien évident, par exemple, qu'un jeune homme de vingt-cinq ans, né de parents scrofuleux, mais n'ayant jamais présenté de symptômes de cette affection, sera beaucoup moins exposé à la scrofule qu'un enfant de deux ou trois ans placé dans les mêmes conditions. Plus donc les enfants sont jeunes, et plus ils seront susceptibles de présenter les affections que pourrraient leur avoir transmises leurs parents.

Ce ne sera pas là la seule raison qui devra guider le médecin lorsqu'il s'enquerra de l'âge de l'enfant; il y en aura d'autres encore. On verra bien facilement si un enfant a environ six, huit ou dix ans, et peu importe alors qu'il ait deux ou trois ans de plus ou de moins. Mais quand on a affaire à des enfants à la mamelle, il est important de savoir exactement l'âge qu'ils ont; cela intéresse encore le chirurgien sous le rapport du travail de la dentition. Il est des circonstances dans lesquelles il faut savoir s'il est convenable de sevrer l'enfant ou de continuer l'allaitement. Lors même qu'un enfant serait en âge d'être sevré, si l'on est obligé de le soumettre à une opération, il sera souvent très utile de continuer l'allaitement plus long-temps qu'on ne le ferait dans toute autre circonstance, et jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Nous aurons occasion de vous parler, dans le cours de cette clinique, des avantages que l'on peut retirer de l'opération de la cataracte faite dans un âge très tendre chez les enfants atteints de cataracte congéniale. Eh bien! dans des cas de ce genre, il n'est pas pour l'enfant de tisane meilleure que le lait de la nourrice, et l'on se trouve toujours bien de continuer l'allaitement au-delà des limites que l'on n'aurait point franchies sans ce motif.

Une autre raison puissante qui doit faire une loi au chirurgien de s'informer de l'âge de l'enfant, c'est le travail de la dentition. Pendant ce travail, chez les enfants, il survient presque toujours quelques accidents, tels que des dérangements des fonctions digestives, etc. Le chirurgien doit toujours, avant de faire une opération, faire la part des complications probables ou possibles dépendant des causes, quelles qu'elles soient, qui peuvent les produire; et pour cela, il est nécessaire que ces causes lui soient connues. Il est des enfants qui, lorsque le travail de la dentition n'est pas encore terminé, sont sujets aux convulsions. On comprend qu'il faudra éviter autant que possible de pratiquer des opérations chez des enfants qui se trouveraient sous l'influence de ce travail de dentition, dans la crainte de provoquer des convulsions qui pourraient avoir des suites funestes. Nous disons, autant que possible, parce qu'il est quelquefois des opérations urgentes qui forcent le chirurgien à déroger à ces sages précautions. Il y a deux ans environ, fut apporté dans nos salles un enfant de seize mois qui était atteint du croup. En pareille circonstance, il faut sans retard pratiquer l'opération de la trachéotomie. L'enfant succomba quelques heures après, dans un accès de

convulsions. C'est, du reste, et pour le dire en passant, et malgré la fréquence des convulsions dans l'enfance, le seul sujet que j'aie vu succomber à des convulsions après une opération chirurgicale. Si donc l'opération n'est pas urgente, et formellement indiquée dans le plus bref délai, vous devrez avoir égard à ces circonstances, et savoir attendre.

Un renseignement encore des plus importants et sur lequel vous devez toujours fixer votre attention, c'est de savoir si l'enfant a été ou non vacciné. En thèse générale, j'établis que l'on ne doit jamais, sauf toujours les cas d'urgence, opérer un enfant sans qu'il ait été vacciné. Et encore, dans les cas urgents, doit-on saisir le premier moment favorable pour mettre les enfants à l'abri des atteintes de la variole. Tous les ans, malgré les minutieuses précautions que nous prenons, et malgré le soin que nous mettons à examiner nous-même les bras des enfants, car s'il faut interroger les parents, il est bon cependant de ne s'en rapporter qu'à soi pour la vérification des traces vaccinales, tous les ans, disons-nous, nous voyons quelques enfants succomber à la variole qu'ils contractent dans nos salles.

Il est une question sur laquelle on doit insister toujours quand il s'agit de jeunes sujets, c'est celle de savoir s'ils ont eu des éruptions à la tête, derrière les oreilles, dans les cheveux. Il arrive souvent que l'on est appelé près d'un enfant atteint d'une ophthalmie dont on recherche la cause; et cette cause n'est autre que la suppression d'un exanthème de cette espèce. D'autres fois, il est nécessaire de savoir si les enfants ont eu ces éruptions pour un autre motif. Lorsque l'on a à pratiquer telle ou telle opération, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'inciser des brides provenant de brûlures, etc., il pourra fréquemment arriver que ces érysipèles se déclareront à la suite de l'opération. Eh bien! une remarque curieuse à faire, c'est que les érysipèles se déclarent beaucoup plus souvent chez les enfants qui n'ont pas eu ces gourmes, que chez ceux qui en ont eues.

Quant aux maladies aiguës de la peau, aux fièvres éruptives, comme la rougeole et la scarlatine, il est nécessaire de savoir si les enfants les ont déjà contractées. Elles sont beaucoup plus dangereuses quand les enfants les contractent après une opération, que lorsqu'ils en sont atteints au milieu d'un état de santé normal. Il en est de même pour les engorgements que peuvent avoir les enfants autour du cou. Leur absence ou leur présence peut modifier singulièrement le traitement d'une maladie. La présence de ces engorgements ganglionnaires pourra suffire pour faire reconnaître la nature d'une ophthalmie développée chez un enfant.

Il n'est pas inutile de prendre des renseignements auprès des parents, au sujet des maladies auxquelles sont le plus fréquemment sujets les enfants. Ainsi tel sera sujet aux rhumes, tel à la dysenterie, tel autre sera fréquemment atteint de convulsions. Il sera toujours utile de savoir des parents quelle est la prédisposition de l'enfant. Voilà pour les antécédents éloignés. Passons aux antécédents récents, et ici il nous faudra redoubler d'attention.

Les enfants ne parlant pas eux-mêmes, ou n'étant pas capables de répondre d'une manière juste et précise aux questions du chirurgien, il faudra s'informer auprès des parents, dans le plus grand nombre des cas, de la manière dont a commencé la maladie. Souvent, quand il s'agit de maladies des articulations, des os, etc., vous verrez les parents attribuer l'affection à une violence extérieure, soit une chute, un coup. Nous avons en ce moment au n° 4 de la salle Saint-Côme, un enfant qui présente un énorme abcès à la partie antérieure de la jambe, avec décollement de la peau et dénudation de l'os. Nous sommes encore à savoir, malgré les questions que nous avons adressées aux parents, si l'enfant a reçu un coup sur la jambe, ou s'il n'en a pas reçu. Et en supposant même qu'il ait reçu une contusion, nous ne pensons pas que telle soit la seule cause d'une aussi grave affection. En effet, nous voyons souvent des blessures très graves éprouvées par des enfants bien portants d'ailleurs, guérir avec une facilité surprenante, et sans être suivies d'aucun accident. Vous entendrez fréquemment les parents d'un enfant atteint de coxalgie, vous dire que la maladie s'est développée à la suite d'un coup ou d'une chute. Vous parviendrez souvent, à force de questions, à leur faire avouer que le sujet boitait plusieurs mois avant l'accident.

J'arrive à la seconde classe de renseignements, ceux que le chirurgien peut se procurer lui-même, et par son propre examen. Appelés près d'un enfant, vous le regarderez d'abord dans son ensemble, et vous chercherez à déterminer d'après l'habitude extérieure son tempérament et sa constitution. Est-il ou non scrofuleux? rachitique? Et s'il est rachitique, est-ce au premier, au second, au troisième degré? Nous avons, à certaines époques, dans nos salles, jusqu'à douze ou quinze fractures à la fois dans notre service; sur ce nombre, il nous est arrivé de compter huit ou dix rachitiques. Nous avons depuis long-temps reconnu que le rachitisme est une prédisposition aux fractures, chose importante à savoir, en ce sens surtout que cette circonstance peut influer sur le traitement. Ainsi, le membre doit rester plus long-temps dans l'appareil; l'alimentation doit être plus substantielle, etc. Une fois ce premier coup-d'œil jeté sur l'enfant, le chirurgien, si l'âge du malade le permet, l'interroge en proportionnant ses demandes à son intelligence. Les questions que l'on doit faire aux jeunes malades sont nombreuses, et varient suivant les différentes maladies qui peuvent se présenter. Nous n'y insisterons pas plus longuement, et nous allons passer de suite à l'étude des moyens que l'on doit mettre en usage pour procéder à l'examen des maladies des divers appareils.

Si nous commençons par l'appareil locomoteur, nous trouvons les fractures, les luxations, la carie, la nécrose, le rachitisme. Pour le rachitisme, les yeux suffisent; pour les fractures, les luxations, la carie, la nécrose, il est nécessaire de joindre à la vue l'exercice du toucher, et il faut l'appliquer d'une manière prudente et convenable. Pour une fracture, en général, si l'œil suffit pour la découvrir et la faire constater d'une manière évidente, n'employez pas le toucher. Si vous voyez un membre déformé suivant une certaine manière, former un angle, par exemple, là où il doit former une ligne droite, il vous sera inutile de chercher à produire la crépitation, manœuvre qui aura pour résultat de causer de la douleur à l'enfant et de provoquer ses cris. Mais il n'en sera pas toujours ainsi.

Quelquefois, assez souvent même, chez les enfants, les fractures ont été produites sans déchirure du périoste; il est donc nécessaire, dans des cas de ce genre, de produire la crépitation, afin de s'assurer positivement s'il y a ou non fracture. Mais, règle générale, toutes les fois que vous vous approchez d'un enfant pour vous assurer d'une fracture ou d'une luxation, commencez par le faire tenir par des aides. Car, à peine l'aurez-vous touché, que s'il n'est pas tenu, il s'agitera, cherchera à sauter hors de son lit, à vous échapper; or, il est possible que les mouvements qu'il fera lui seront nuisibles, que dans une fracture, par exemple, du genre de celle que je viens de vous citer, le périoste, intact jusqu'alors, se déchire, et ce sera une fâcheuse complication d'un accident qui, dans le cas d'intégrité du périoste, n'eût été que peu de chose. Il est des circonstances dans lesquelles il ne faut pas prolonger l'examen des malades, même quand il vous resterait un peu de doute à l'esprit, et la pratique vous apprendra que ces cas où l'on doute sont plus fréquents que l'on ne pense généralement. Il m'est arrivé, en pareille circonstance, de craindre les fâcheux résultats d'un examen trop prolongé, et d'aimer mieux mettre un appareil à un membre peut-être sain, que de risquer de produire des désordres plus graves que ceux qui existent. Cependant, dans l'immense majorité des cas, nous prolongeons assez nos examens pour prononcer d'une manière définitive.

Maladies de l'appareil digestif. — Les maladies chirurgicales de cet appareil sont assez nombreuses. Nous avons d'abord celles de la bouche. Il est des précautions à prendre vis-à-vis d'un enfant qui présente une maladie de la bouche. Souvent vous ne pourrez parvenir, ni par la douceur, ni par les prières, à faire ouvrir la bouche à un enfant, vous devrez alors agir par surprise. Vous faites tenir l'enfant fortement, et vous lui adressez la parole en tâchant de détourner son attention du but principal auquel vous tendez. Puis, au moment où il s'y attend le moins, à l'aide d'une large spatule ou du manche d'une cuiller, vous lui ouvrez largement la bouche, en appuyant sur la base de la langue. L'enfant, surpris par votre brusque mouvement, se laissera faire. On craint trop, en pareille circonstance, de faire mal aux enfants. Cette exploration n'est nullement douloureuse. Mais il en est qui sont tellement indociles, que l'on ne peut employer le même moyen avec eux. Alors, vous armant de patience, vous lui déclarez qu'on ne le lâchera point qu'il ne se soit soumis, et ce n'est quelquefois qu'au bout de dix minutes, un quart d'heure même, que vous pouvez saisir un moment favorable pour faire votre exploration. Vous pourrez même, pour forcer l'enfant à ouvrir plus largement la bouche, lui serrer les narines avec les doigts de la main gauche, pendant que la droite exécutera le mouvement que nous avons décrit. Ce sont là des choses de pratique, minutieuses peut-être, mais qui ne sont pas sans importance. Les angines couenneuses ou diphthéritiques, dont vous connaissez la gravité, étant très fréquentes chez les enfants, vous devrez, dès l'apparition du plus léger mal de gorge, examiner avec soin le fond de la cavité buccale. Pour les dents, les gencives et la face interne des joues, qui souvent est le siége d'aphthes nombreux, nous n'avons rien à dire de particulier sur la manière de procéder à leur examen.

Les hernies doivent être reconnues de bonne heure chez les enfants. Je crois, d'après mon expérience, que lorsque l'on applique les bandages à une époque peu avancée de la vie, on peut facilement et promptement en obtenir la guérison. J'ai plusieurs fois entendu dire à des médecins que l'on ne devait pas employer les bandages herniaires chez les très jeunes enfants. Je ne partage pas cette opinion; je puis vous assurer, au contraire, qu'en moins de trois mois j'ai vu quelquefois des hernies complétement guéries chez des sujets de la plus tendre enfance, et cela sans autre soin que celui de bien faire porter un bandage.

Quant à l'examen de l'anus, il peut s'agir ou de chute du rectum, ou de polype ou de fissure. Les polypes du rectum sont assez communs et sont heureusement peu dangereux. Gardez-vous de vous laisser influencer par ce que vous diront tout d'abord les parents qui prennent souvent ces polypes pour ce qu'ils appellent une chute de fondement, et faites un examen minutieux avant de vous prononcer. Faites préalablement évacuer l'intestin; puis ne craignez pas de vous servir de tous les moyens dont vous pourrez disposer: le spéculum de l'anus vous sera souvent utile, surtout dans les cas où vous aurez affaire à une maladie malheureusement assez fréquente et toujours mortelle quand on n'y remédie pas par l'opération. Je veux parler de l'imperforation du rectum.

Les affections *de l'appareil respiratoire* méritent, de la part du chirurgien, la plus sérieuse attention. L'angine œdémateuse, le croup, en sont des exemples assez évidents. On procédera à l'examen des diverses parties qui composent cet appareil par la double exploration de la cavité buccale et des organes thoraciques au moyen de l'auscultation et de la percussion. Je dois vous dire, en passant, que quel qu'étrangère que soit à l'appareil respiratoire une opération quelconque, que vous devez pratiquer chez un enfant, vous devez toujours et tout d'abord examiner les organes pulmonaires pour ne pas vous exposer à de trop violents mécomptes en opérant des enfants atteints, par exemple, d'affections tuberculeuses.

Les maladies *de l'appareil génito-urinaire* sont plus fréquentes que l'on ne pense chez les jeunes sujets. On rencontre assez fréquemment le squirrhe du testicule, l'hydrocèle, soit enkystée, soit de la tunique vaginale, le catarrhe de la vessie, l'incontinence d'urine, les calculs urinaires. Dans les cas d'incontinence d'urine, vous devez demander aux parents si cette incontinence est continuelle ou si l'enfant n'urine involontairement que la nuit. Le soupçon d'une affection calculeuse exigera un examen approfondi au moyen de la sonde, opération habituellement assez facile chez les enfants. C'est surtout dans un cas de cette espèce que l'on devra faire tenir les enfants par plusieurs aides, afin d'éviter le moindre mouvement qui pourrait être la cause déterminante d'une fausse route ou d'un autre accident analogue. On devra se garder également de prendre des sondes d'un trop petit calibre. L'urètre de l'enfant comporte des sondes d'un calibre plus fort qu'on ne se l'imagine d'habitude. On devra pratiquer le cathétérisme avec le plus grand soin, afin de ne pas tomber dans une erreur extrêmement fâcheuse, à savoir: d'opérer de la taille un enfant qui n'a point de calculs. Une maladie peu connue encore, et qui peut souvent en imposer pour la présence de calculs chez les enfants, c'est la présence des plaques crayeuses sur les parois de la vessie. Ne vous pressez donc pas, et recommencez plusieurs fois votre examen.

Il est des enfants dont l'orifice urétral est extrêmement étroit, qui, par cette raison, ne vident jamais complétement leur vessie et sont obligés de faire les plus grands efforts pour expulser l'urine. Ces deux causes réunies produisent d'abord une hypertrophie des fibres musculaires de la vessie et la production de véritables colonnes charnues, comme on en trouve chez certains vieillards: puis, une distension continuelle, et, par suite, une paralysie de la vessie, une inertie complète de cet organe.

Les maladies des *organes des sens* sont nombreuses. Les blessures d'abord qui affectent le cerveau; les fractures du crâne avec ou sans enfoncement, les contusions et les commotions du cerveau, maladies pour quelques-unes desquelles il importe de palper la tête avec soin. S'il n'y a pas de maladie chirurgicale de la tête, on devra s'enquérir si l'enfant est ou non sujet aux convulsions. Pour examiner les yeux, il est quelques soins principaux à prendre; souvent les enfants, soit par méchanceté, soit par photophobie, se refusent à ouvrir les yeux. Quand c'est par méchanceté seulement, il faut tâcher de les prendre par surprise, comme nous avons dit que l'on devait procéder pour l'examen de la bouche. Cependant il sera bon d'essayer auparavant la douceur et la persuasion, et, si vous réussissez, évitez de toucher les yeux avec vos doigts, qui souvent causeraient de vives douleurs. Dans tous les cas, et avant de commencer votre examen, placez l'enfant devant un beau jour afin de ne point être obligé de changer de place et de faire votre examen en plusieurs temps. Il est des sujets tellement indociles qu'ils se laissent plutôt déchirer que de céder et d'ouvrir les yeux. Chez ceux-là, on est obligé d'employer les élévateurs, moyen auquel on est quelquefois obligé de recourir pour les opérations de cataracte.

Pour le *sens de l'ouïe*, il en est de même. Il s'agit d'examiner d'abord le conduit auditif, puis il est nécessaire de ne pas oublier l'exploration de la gorge dont certains points ont des relations intimes avec l'appareil auditif. Ainsi l'on a vu quelquefois la surdité déterminée par un volume anormal des amygdales, une obstruction de la trompe d'Eustache.

Quelque simples et minutieux qu'aient pu vous paraître tous ces préceptes, c'est parce qu'ils sont essentiellement pratiques que nous avons cru devoir vous les donner longuement, et parce que vous serez plus tard à même de reconnaître dans votre pratique leur justesse et leur utilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. P. Dubois.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une rectification demandée par M. Rochoux.

— *M. Villeneuve* fait un rapport sur un mémoire de M. C. Bernard, ayant pour objet une manœuvre obstétricale à l'aide de laquelle on ramène en arrière la face de l'enfant lorsqu'elle est tournée en avant; celui-ci se présentant par le côté.

M. Capuron pense que la manœuvre est complétement impossible lorsque les eaux de l'amnios se sont écoulées depuis quelque temps, et les faits que M. Bernard a rapportés ne sont nullement concluants: il aurait désiré que le rapporteur les soumît à une critique plus sévère.

Remercîments à l'auteur.

— *M. Bérard* rend compte d'un travail de M. Bonfils, de Nancy, correspondant de l'Académie, relatif à la cure radicale des tumeurs enkystées à l'aide de la simple ponction, suivie de l'introduction d'une mèche dans la plaie ou de manœuvres pratiquées à l'aide du troquart et capables de produire l'oblitération de la poche enkystée. Il applique sa méthode aux kystes de l'ovaire, dont on n'a pu encore obtenir l'oblitération. M. Bérard reproduit deux faits intéressants entre plusieurs contenus dans le mémoire de M. Bonfils. Le premier se rapporte à un kyste osseux du maxillaire supérieur, lequel s'est vidé par une alvéole à la suite de l'avulsion d'une dent, et s'est oblitéré en s'affaissant complétement de manière à produire une dépression considérable à la joue. Cette observation est unique dans la science. Le second fait est un exemple de rupture d'un kyste ovarique, avec épanchement du liquide dans la cavité péritonéale. La malade éprouva d'abord des accidents de péritonite; mais ils se dissipèrent promptement, et au bout de cinq jours la malade était entièrement remise. D'où l'auteur conclut à l'innocuité du passage du liquide ovarien dans la cavité péritonéale. M. le rapporteur, tout en reconnaissant que les observations de M. Bonfils offrent un grand intérêt, ne saurait partager sa manière de voir soit sur la supériorité de sa méthode pour la cure des kystes aqueux, soit sur l'innocuité du liquide ovarien épanché dans le péritoine.

M. Lagneau cite un fait tout à fait semblable au second des deux reproduits par M. Bérard. La malade éprouva les symptômes d'une péritonite modérée; le ventre, de sphéroïdal et dur qu'il était, devint tout à coup aplati et mollasse. Au bout de huit jours, tous les accidents avaient cessé, et l'abdomen avait repris à peu près son volume normal. Sur la demande de M. Moreau, M. Lagneau ajoute qu'il y eut pour tout phénomène critique des sueurs abondantes pendant les sept à huit jours qui suivirent la rupture.

Remercîments à l'auteur; insertion de son travail dans le Bulletin de l'Académie.

— *M. Londe* fait un rapport sur un travail de M. Aubert-Roche, ayant pour titre: *De la Réforme des quarantaines de la peste.*

Les faits avancés par M. Aubert résultent de ses recherches en Orient, et sont confirmés par un tableau extrait de l'enquête faite par ordre de M. le ministre du commerce, qui établit : 1° que pendant une période de 124 ans, c'est-à-dire de 1717 à 1841, 64 bâtimens seulement, revenant d'Orient en Europe, ont été attaqués de la peste ; 2° que les attaques ont eu lieu, ou seulement pendant la route, ou après l'arrivée dans un port d'Europe ; 3° que jamais bâtiment arrivé sans attaque pendant la traversée n'en a eu après l'arrivée ; 4° que jamais il n'y a eu une attaque de peste sur les gardes et les portefaix commis aux marchandises ; 5° que sur les 64 bâtimens attaqués par la peste, 26 seulement ont continué de l'avoir après leur arrivée en quarantaine, et que dans les 38 autres la peste s'est bornée aux cas qui ont eu lieu en mer ; que, par conséquent, tout bâtiment arrivé sans cas de peste en mer pourrait être admis en libre pratique.

Un passage du rapport a fait une vive émotion sur l'Académie. Après avoir parlé de l'importance de la question : Chervin, a dit M. Londe, avait voué à sa solution, dans ce qui touche la fièvre jaune, sa fortune et sa vie ; et aujourd'hui que notre illustre et malheureux collègue n'entend plus notre voix, nous pouvons dire hautement que son intrépidité, sa persévérance et son désintéressement avaient prodigieusement avancé cette question, quand la mort vint arrêter ses travaux. Chervin, continue M. Londe, avait à établir un grand principe scientifique ; M. Aubert se met en dehors des questions scientifiques sur la contagion et la non-contagion : que la peste soit ou ne soit pas contagieuse, peu lui importe. A quoi, en effet, dit M. Londe, peuvent avancer les discussions sur les foyers de peste et la période d'incubation ? Quand vous auriez avancé que, pareil aux virus rabique, syphilitique ou variolique, le miasme pestilentiel, quelque ténu, quelque divisé qu'il soit, peut reproduire la maladie, M. Aubert vous arrête court avec ce fait : les ballots de marchandises venant de lieux pestiférés, ouverts sur le pont du bâtiment qui n'a pas eu de cas de peste en mer, ou bien ouverts dans le lazaret, n'ont jamais produit la peste, et cela pendant 124 ans ! Et quant à la période d'incubation, toutes vos théories doivent ici plier devant la théorie du fait et du chiffre, qui établit que depuis 124 ans il ne s'est manifesté aucun cas de peste après le huitième jour à dater du départ.

Le rapporteur pose ensuite cette question : Les faits avancés par M. Aubert sont-ils incontestés ? M. Londe déclare qu'ils ont été contestés par un homme d'un haut mérite, M. Sénac, directeur au ministère du commerce. Mais, ajoute le rapporteur, si les faits avancés par M. Aubert sont exacts, l'Académie ne peut qu'approuver les changemens qu'il propose, car, nous le demandons, quel élément de conviction avons-nous en médecine qui puisse être comparé à une expérience tant de fois répétée et qui n'a pas souffert une seule exception pendant 124 ans !

M. Royer-Collard partage entièrement les opinions de l'auteur et du rapporteur, si les faits sur lesquels ces opinions se fondent sont incontestables. Mais il ne pense pas que l'on puisse fixer d'une manière absolue la durée de la période d'incubation dans les maladies. La vaccine, par exemple, préserve encore de la variole cinquante ans après qu'elle a été inoculée ; la période d'incubation a donc duré cinquante ans.

Il ne pense pas non plus que l'extrême dispersion du virus dans l'atmosphère le rende dans tous les cas impuissant à produire les maladies.

M. Rochoux dit qu'il faut distinguer la contagion due à un virus inoculable de la contagion infectieuse, pour apprécier l'importance de la dispersion. On aurait beau étendre la matière virulente de la rage, par exemple, qu'elle n'en resterait pas moins contagieuse, tandis qu'on sait très bien qu'on arrête la propagation des affections typhoïdes par l'isolement des malades.

Il propose de renvoyer le rapport au ministre du commerce, pour appeler l'attention du gouvernement sur l'importante question traitée par M. Aubert.

M. Mérat. Le gouvernement dit qu'il existe des cas dans lesquels la peste s'est développée plus de huit jours après le départ des navires.

M. Castel adopte les opinions de M. Royer-Collard sur l'impossibilité de déterminer d'une manière absolue la durée de la période d'incubation. Il ne pense pas que l'on puisse résoudre davantage d'une manière absolue la question de la contagion. Une foule de circonstances peuvent la modifier, et en particulier le climat. De ce que l'Angleterre peut sans danger supprimer les quarantaines, il ne s'ensuit pas qu'on puisse agir de même dans le midi de la France.

M. Royer-Collard dit que M. Aubert a contesté les faits dont a parlé M. Mérat, et qu'entre deux affirmations l'Académie ne pouvait que douter. Mais il est important que le gouvernement connaisse les doutes de l'Académie, et il appuie en conséquence le renvoi au ministère. Il appuie aussi l'opinion de M. Castel ; il n'est pas impossible, selon lui, que des marchandises qui sont innocentes pour les habitants des lazarets ne deviennent des foyers de contagion pour les habitants malpropres de la ville. Il combat la distinction absolue de M. Rochoux, qu'il ne trouve pas applicable à tous les cas : la variole, par exemple, est à la fois virulente et infectieuse.

M. Nacquart reproduit en partie les opinions de M. Rochoux, en partie celles de M. Castel.

M. Desportes s'oppose au renvoi.

M. Ferrus parle dans le même sens et trouve que la seule chose que l'Académie puisse faire, c'est de provoquer une enquête capable de dissiper les doutes que la plupart des médecins conservent encore sur la grave question qui s'agite devant l'Académie.

M. Rochoux rappelle que le doute est presque imperceptible, puisque, les faits invoqués par M. Aubert étant reconnus vrais, l'Académie adopte ses conclusions. Il s'agit de constater ces faits ; or la communication de l'Académie ne peut que hâter le moment où le gouvernement s'occupera de cette constatation. Il soutient donc sa proposition, qui, appuyée et combattue de nouveau par MM. Royer-Collard et Desportes, est mise aux voix et adoptée.

— *M. Colombat* présente à l'Académie un fœtus anencéphale né depuis deux heures, et mort aussitôt après la naissance ; ce fœtus présentait aussi un spina-bifida qui s'est rompu peu à peu après l'accouchement. La mère avait déjà accouché deux fois à terme d'enfants bien constitués ; celui ci est né à sept mois environ. Il n'offre d'ailleurs aucun autre vice de conformation que ceux indiqués ; toutes les parties extérieurement appréciables sont semblables pour la forme et le développement à tous les fœtus bien conformés du même âge.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 novembre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. Gruby adresse un travail intitulé : Recherches et observations sur une nouvelle espèce de hématozoaire, qu'il nomme *trypanosoma sanguinis* et qu'il a trouvé dans le sang des grenouilles vivantes adultes pendant les mois du printemps et de l'été. Son corps allongé est aplati, transparent et tourné comme une tarière. Sa partie céphalique est terminée en filamens minces et allongés ; sa partie caudale se termine également en filaments pointus. La longueur de l'animal est égale à 40-80/1000 de millimètre et sa largeur à 5-10/1000. Sa partie céphalique filamenteuse, pointue, est pourvue de la plus grande mobilité ; elle s'allonge, se courbe à droite, à gauche, dans toutes les directions avec une rapidité remarquable, à l'aide de sa partie céphalique. L'animalcule embrasse et rejette, suivant son besoin, les globules du sang de tous les côtés. Cette partie céphalique lui sert aussi comme de crochet dans certaines circonstances. On peut compter 4 mouvements autour de son axe par seconde, et 14,400 circonvolutions par heure.

— *M. Ducros* (de Marseille) adresse un travail intitulé : Paralysies de la vessie avec incontinence d'urine par regorgement, guéries au moyen de la cautérisation pharyngienne ammoniacale.

— *M. Gondret* envoie une note sur les effets de la pression atmosphérique dans plusieurs maladies. En mettant de grandes ventouses sèches aux mamelles, il a arrêté des pertes qui menaçaient la vie. Il suffit en cette occurrence de poser les ventouses au dos afin de ménager les seins chez les femmes en couches. Ce procédé réussit constamment lorsque la femme n'a pas perdu trop de sang. Une ou deux ventouses, placées aux régions supérieures du tronc, suffisent pour suspendre la perte. M. Gondret a pensé qu'en posant une ventouse ou deux à chaque cuisse il obtiendrait un résultat favorable contre la suppression des règles ou des lochies qui constitue un état fort grave. « L'expérience m'a conduit à examiner la raison du danger de l'application de nombreuses sangsues à la tête contre les affections cérébrales et sensoriales. La comparaison de la circulation de la tête avec celle des extrémités inférieures d'une part, et la propriété qu'ont les piqûres des sangsues de produire une inflammation cutanée assez vive, d'une autre part, m'ont rendu sensibles les inconvénients de cette médication. »

— *M. Werner*, peintre du Muséum d'histoire naturelle, présente des tableaux synoptiques sur l'anatomie.

— *M. de Ruolz* lit un mémoire sur les moyens d'obtenir une substance ne contenant pas de plomb et remplaçant la céruse avec ses usages industriels.

Le nombre des individus atteints de maladies saturnines admis pendant huit années à l'hospice de la Charité a été de 1163 ; sur ce nombre les ouvriers employés à la fabrication de la céruse figuraient pour 406, et les peintres pour 385.

Dans l'année 1841, le seul département de la Seine a fourni 302 malades, dont 69 peintres et 233 cérusiers. Sur ce nombre, 12 sont morts et un a été atteint d'aliénation mentale.

Sur les 233 malades, la fabrique de Clichy en a donné 161, et sur les 12 morts, 7 sortaient de cet établissement, le seul, jusqu'à présent, qui emploie en grand un procédé particulier de fabrication.

Aucune des espérances fondées jusqu'à ce jour sur des moyens particuliers de fabrication du blanc de plomb n'a été justifiée par l'expérience en grand. Les dangers sont donc inhérents à l'emploi du plomb, et nous croyons que seul moyen sûr *à priori* de préserver une classe d'ouvriers, dont on compte à Paris seulement près de 8,000, est de remplacer la céruse par une combinaison ne contenant pas ce métal.

M. de Ruolz donne le tableau des préparations et de l'essai industriel de nombre considérable de combinaisons blanches.

Sur ce nombre deux seulement ont réuni les conditions d'emploi utile, d'économie et de salubrité. La première était un produit qui, bien qu'inoffensif, aurait pu, dans des mains criminelles, reprendre, à l'aide d'actions chimiques très simples, ses qualités vénéneuses. Cette considération a déterminé M. de Ruolz à renoncer à ce résultat d'un long travail. Poursuivant ses recherches, il s'est arrêté à l'oxyde d'antimoine (fleurs argentines). Cette préparation réunit les avantages du bon marché, de l'innocuité, et sous tous les rapports industriels remplace le blanc de céruse.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la vératrine contre la paralysie rhumatismale ; par M. le docteur Knapp, de Berlin.

Une petite fille, âgée de onze ans, fut atteinte, à la suite d'un refroidissement, d'une paralysie du bras droit. Cette maladie datait déjà de quatre semaines, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital de la Charité de Berlin ; là, elle prétendit que, deux ans auparavant, elle avait été prise de cette affection qui n'avait cédé qu'au bout de deux mois.

Cette enfant, qui était d'une forte constitution, et qui, d'ailleurs, jouissait d'une parfaite santé sous tous les autres rapports, avait l'épaule droite un peu plus basse que la gauche ; les mouvements du bras droit s'exécutaient lentement et sans aucune énergie, de sorte que la main de ce côté ne pouvait pas même servir pour porter les alimens à la bouche.

On prescrivit l'usage des bains chauds et l'application d'un vésicatoire à l'épaule malade.

Après avoir entretenu la suppuration de cet exutoire pendant huit jours, sans qu'il en fût résulté aucun changement avantageux du bras, on laissa la plaie se fermer, et l'on passa à l'emploi de la vératrine sous la forme suivante :

Pr. Vératrine,	25 centigrammes.
Axonge,	30 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Cette pommade fut appliquée, matin et soir, en frictions. Ces dernières étaient prolongées pendant un quart d'heure, et la dose de pommade pour chacune d'elles était du volume d'un haricot.

Ces frictions déterminèrent dans le bras malade une sensation analogue à celle de piqûres d'épingles ; la première agit même avec une force telle que la petite fille en pleura.

Après trois semaines de ce traitement, la paralysie avait cédé, le bras avait recouvré complètement ses facultés motrices ; la jeune fille quitta l'hôpital entièrement guérie. (*Rust's Magazin.*)

Efficacité de l'acide cyanhydrique dans les maladies de la cornée ; Par M. le docteur Patterson.

Une fille, âgée de vingt-neuf ans, médiocrement menstruée, était sujette à de violentes ophthalmies, par suite desquelles elle avait perdu la vue.

La cornée droite, encore transparente, était rendue conique et proéminente par la quantité excessive de l'humeur aqueuse ; l'iris, altéré dans sa couleur, avait son orifice pupillaire renversé et était adhérent à la capsule antérieure ; la faculté visuelle était éteinte dans cet œil.

La cornée gauche, opacifiée, présentait à son bord supérieur un petit segment encore transparent, au travers duquel on parvenait à peine à distinguer la pupille resserrée et oblongue. Cette cornée était conique comme l'autre et par la même cause. La malade pouvait distinguer les objets de ce côté, mais seulement lorsqu'elle abaissait fortement le bulbe et le portait en dedans.

M. Patterson soumit, d'après la méthode de M. le docteur Turnbull, les deux yeux à l'action des vapeurs d'acide cyanhydrique, et il affirme qu'il n'a jamais obtenu d'aucun autre moyen des résultats aussi prodigieux.

La lymphe épanchée entre les lamelles de la cornée fut bientôt absorbée, et la cornée elle même ne tarda pas à reprendre sa transparence. La pupille s'agrandit avec la même rapidité, et, après deux mois de ce traitement, la malade voyait à ce point de n'avoir plus besoin d'un conducteur pour la guider.

Lorsqu'il existe des adhérences de l'iris, l'auteur conseille d'employer simultanément la pommade de belladone en onctions autour des orbites. (*The London medical Gazette.*)

M. Béchard (médaille d'encouragement 1842, médaille d'honneur 1843) mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 138. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 NOVEMBRE 1843.

Liberté de discussion.

PROCÈS INTENTÉ PAR M. JULES GUÉRIN CONTRE MM. MALGAIGNE ET VIDAL (DE CASSIS).

Hier mardi, l'audience a été reprise à deux heures, devant un auditoire plus nombreux encore que les jours précédents.

La parole est à M. Anspach, avocat du roi.

Son réquisitoire a duré plus de deux heures. Il a conclu à la condamnation des inculpés, tout en écartant le délit de connexité et de complicité.

L'audience est renvoyée à vendredi prochain pour entendre les répliques des défenseurs.

Adhésions à la déclaration de principes en faveur de la liberté de discussion.

(DIXIÈME LISTE.)

Nous soussignés, docteurs en médecine des trois facultés du royaume, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Marseille, professeurs à l'école préparatoire de cette ville, déclarons adhérer sans réserve aucune à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de Paris.

Canvière, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire; Ducros aîné, professeur de clinique médicale; Raymonet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; Coste, professeur adjoint; Goze, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu; Magail, D.-M.-P.; Dor, D.-M.-P.; Girard, chirurgien chef interne à l'hôpital de la Charité; Seux, D.-M.-P.; Pardigon, D.-M.-P.; Fouillot, D.-M.-P.; Thomas, D.-M., ancien chef interne de l'Hôtel-Dieu; Demolins, D.-M.; Blanchard, D.-M.; Bande de Blavy, D.-M.; J. Perrin, D.-M.-P.; G. Jeanselme, D.-M.-P.; Pélissot, rédacteur-gérant de la *Clinique*.

Nous pourrions ajouter à cette liste un grand nombre de signatures, mais nous nous en dispenserons, les autres médecins ayant adhéré avec la Société royale de médecine, qui a envoyé sa liste à Paris.

(*La Clinique de Marseille.*)

Aix, 15 novembre.

Ont adhéré :

MM. Goyrand, D.-M.-P.; Arnaud, Guiran, Omer, Savournin, Giraud, Valérian.

Ont encore adhéré :

MM. Guibert, médecin en chef de l'hôpital de la Ciotat; Jules Jeanselme, médecin dans la même ville; Tournon, médecin à Istres; Fabien Pastourel, médecin à Chorges (Hautes-Alpes); Medynski, D.-M. à Cassis; Lalande, D.-M. à Gemenos.

— MM. les docteurs Vailhé et Chrestien déclarent, au nom de la Gazette médicale de Montpellier, adhérer à la déclaration de principes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

De l'ouverture des abcès.

Au n° 2 de la salle Saint-Louis se trouve un jeune homme qui porte un abcès froid développé dans un engorgement subinflammatoire des ganglions de l'aine.

Ouvrez-vous, dit M. Lisfranc, prématurément ces sortes d'abcès, avant que l'engorgement soit fondu, souvent cet engorgement persiste long-temps, et il ne cède ordinairement qu'avec la plus grande difficulté. Voulez-vous, au contraire, attendre que la fonte de l'engorgement soit complète, vous courez le risque de voir la peau se dénuder, se frapper de mort dans une grande étendue. Vous aurez alors consécutivement des cicatrices vicieuses et difformes.

A quelle époque faut-il donc ouvrir ces abcès qui se développent sur des engorgements à l'état subinflammatoire? Je ne les ouvre que lorsque la fonte de l'engorgement est complète, à moins qu'ils ne se trouvent dans certaines régions, comme au cou, par exemple, où les fusées sont si redoutables; à moins encore que la peau ne menace de se dédoubler de son tissu cellulaire.

Voici à quels signes on reconnaît que la peau va se dénuder ou commence à se dédoubler de son tissu cellulaire dans le centre de la maladie.

1° S'il y a de la rougeur à la peau, cette rougeur commence à devenir moins claire, plus foncée au centre, ce qui prouve qu'il y a moins de vie, que le sang y stagne, qu'il y a imminence de mort.

2° Vers le point où la dénudation commence, par cela même qu'il y a moins de vie, il y a moins de caloricité.

3° Si l'on palpe la tumeur, le pus paraît situé profondément vers la circonférence; vers le centre, au contraire, il ne paraît séparé du doigt que par une feuille de papier très mince.

Ainsi, je n'ouvre ces abcès prématurément que dans ces deux circonstances :

1° Quand je crains les fusées purulentes;

2° Quand la peau menace de se dédoubler de son tissu cellulaire ou quand cette dénudation commence.

Parmi les vastes abcès froids qui peuvent se développer profondément au-dessous des masses musculaires, comme au-dessous du grand pectoral, du grand fessier, par exemple, il en est qui sont circonscrits par des engorgements, d'autres ont succédé à la fonte entière d'une sub-inflammation du tissu cellulaire, sans engorgement préalable appréciable. Ces derniers doivent être ouverts de bonne heure, dans la crainte de leur voir prendre un développement trop considérable. Quant aux autres, ils ne seront ouverts qu'après la fonte des engorgements au centre desquels ils se sont développés, en suivant d'ailleurs les préceptes que nous avons établis plus haut.

A quelle époque faut-il ouvrir les abcès chauds?

On recommande généralement de ne donner issue au pus que si l'engorgement a disparu en grande partie, que si la fluctuation est bien manifeste, que si, en d'autres termes, l'abcès est arrivé à son état complet de maturité. Cependant il existe, d'après les auteurs, une exception à cette loi générale. Ils conseillent d'ouvrir de bonne heure tous les abcès qui se développent au cou, à l'aisselle, à l'anus, dans le voisinage d'une grande cavité, d'une articulation, etc., là où les fusées purulentes sont si faciles et peuvent avoir des suites si redoutables.

Pour moi, il n'existe pas d'exception. J'ouvre le plus tôt possible tous les abcès chauds, quels que soient leur volume et leur siége. En les incisant de bonne heure, j'abrège souvent de beaucoup, de quatre, cinq, six jours, le temps des souffrances produites par la matière purulente; et de plus, je n'ai pas à craindre un accident qui peut être la suite d'une trop longue temporisation. Je veux parler ici de la dénudation, de la mortification d'une grande étendue de peau qui arrive quelquefois en vingt-quatre heures, lorsque l'abcès est près de sa maturité, bien qu'il n'ait marché ni trop lentement, ni trop promptement. Des observations recueillies autrefois à l'hôpital de la Pitié en ont souvent fourni la preuve.

On a dit que l'incision prématurée pratiquée pour ouvrir l'abcès était plus douloureuse. J'admets cette proposition. Mais si l'on se rappelle que cette douleur n'est que de quelques instants, et que le malade cesse, pour ainsi dire, de souffrir au moment où la matière purulente est évacuée; si, d'autre part, on veut bien se souvenir que quand on laisse mûrir l'abcès les souffrances continuent pendant plusieurs jours, il nous paraît évident que le bénéfice est pour l'ouverture prématurée de la tumeur en suppuration. Quant à l'engorgement, il nous paraît certain que si, après l'ouverture prématurée de l'abcès, on le traite seulement par les cataplasmes émollients il pourra ordinairement persister long temps; mais si, au contraire, on aide l'action de ces cataplasmes par des applications de sangsues, si, lorsque l'inflammation est nulle ou presque nulle, on établit la compression, on fait des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, l'engorgement disparaît au moins aussi promptement que si l'on attendait la

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DES VERS INTESTINAUX;

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.

(Suite du n° 76.)

Dans la discussion à laquelle donna lieu au sein de l'Académie l'observation si intéressante de M. Ferrus, plusieurs membres prirent successivement la parole, et communiquèrent des faits plus ou moins analogues. M. Girardin dit avoir observé un cas semblable à celui de M. Ferrus. M. Esquirol établit que ces cas ne sont pas très rares; il y a vingt-cinq à vingt-six ans, il fut consulté pour le fils d'un confrère, atteint de manie aiguë, et qui fut guéri après l'expulsion d'un tænia, déterminée par l'administration de quelques anthelmintiques. Un an après, les mêmes symptômes s'étant manifestés, on eut recours au même traitement avec le même succès. Depuis, il n'est plus survenu aucune affection de ce genre. Le même académicien ajouta avoir vu à la Salpêtrière une femme aliénée et hystérique qui avait à la fois deux tænias. Elle fut d'abord délivrée du délire par l'expulsion d'un tænia, puis de l'affection hystérique après l'expulsion du second. Enfin Louyer-Villermay dit que ce genre d'affection n'était pas seulement causé par le tænia, mais aussi par les autres vers. Il a vu un enfant atteint d'une manie intermittente très bien caractérisée, qui disparut après l'expulsion d'un paquet de vers lombrics.

En présence de semblables autorités et de faits aussi concluants, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la folie ne puisse avoir pour point de départ la présence des vers dans le tube digestif; et nous ne saurions trop engager les médecins qui sont à la tête d'établissements d'aliénés, à constater de nouveau ce point, qui intéresse à un si haut degré la thérapeutique de l'aliénation mentale.

Gastralgie. Dans son article *Gastralgie* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (T. IX, pag. 52), M. Jolly range parmi les causes de cette maladie la présence des vers dans l'estomac; mais ce médecin ne cite aucun fait à l'appui de son assertion. Depuis long-temps cependant la science en possède; mais avant de les indiquer, je vais en relater un fort curieux qui s'est offert à mon observation il y a quelques années.

La fille Després, âgée de vingt-sept à trente ans, vint, il y a quatre ans, me consulter pour de violentes douleurs d'estomac qu'elle éprouvait, et qui se faisait sentir principalement le matin à jeun. Les questions que j'adressai à la malade, et l'examen auquel je la soumis, me permirent de constater les symptômes suivants : Menstruation régulière, mais écoulement blanc assez abondant entre chaque époque; fréquente céphalalgie sus-orbitaire et temporale, teint pâle, tirant un peu sur le jaune, pupilles assez dilatées, yeux cernés; pouls non fébrile, mais assez faible, et présentant quelques intermittences; langue parsemée à la pointe de papilles rouges et proéminentes, symptôme de gastralgie, sur lequel je crois avoir un des premiers fixé l'attention des médecins. (Voyez l'analyse critique de l'ouvrage que j'ai donné de l'ouvrage de M. Barras dans l'*Expérience*, 1839; T. III, pag. 58); sputation fréquente, défaut d'appétit, sensation de faiblesse et d'épuisement, digestions difficiles, selles rares, consistant en matières dures et desséchées, douleur à l'épigastre, telle que la malade ne peut même pas supporter la plus petite pression exercée par les vêtements.

A cet ensemble de symptômes, il me fut facile de reconnaître une gastralgie, que j'attribuai au mauvais régime suivi par la malade, à la mauvaise habitude qu'elle avait de rester long temps à jeun, de manger fréquemment de la salade et des aliments vinaigrés.

Je conseillai d'abord, pour apaiser la violente cardialgie dont se plaignait la malade, l'oxide de bismuth à assez haute dose, et la potion suivante à prendre par cuillerée toutes les demi-heures :

Eau distillée de mélisse,	125 grammes.
Sirop d'écorce d'orange,	30
Laudanum de Rousseau,	10 gouttes.

Les douleurs étant un peu calmées, j'employai la décoction de quinquina, les pilules de sous-carbonate de fer, et une poudre tonique ainsi composée :

Quinquina rouge en poudre, gentiane en poudre, oxide de bismuth, de chaque 4 grammes.

Mêlez et faites douze paquets, à prendre un par jour dans la première cuillerée de potage au dîner.

En même temps que ces médicaments étaient prescrits, j'ordonnai un régime alimentaire convenable, et consistant principalement en viandes grillées ou rôties, œufs, potages gras, vin rouge, etc.

Ce traitement suivi avec persévérance, et varié dans quelques-uns de ses moyens, n'apporta aucun soulagement à la malade; ce qui se trouvait trop en opposition avec les résultats que j'avais obtenus dans de nombreuses circonstances, pour que je ne dusse pas rechercher la cause de cet insuccès. Cette cause échappa long-temps à toutes mes investigations, et ce ne fut que beaucoup plus tard que j'arrivai à sa connaissance. Des sangsues appliquées à l'épigastre, ainsi qu'un vésicatoire qui fut pansé matin et soir avec trois centigrammes d'acétate de morphine, n'ayant point diminué l'épigastralgie que ressentait presque sans cesse la fille Després, je l'engageai à cesser pendant quelque temps toute espèce de médication.

Je fus assez de temps sans revoir cette malade, et déjà je l'avais en quelque sorte oubliée, lorsqu'un matin elle revint me trouver, et me raconta qu'éprouvant depuis quelque temps un chatouillement dans l'estomac et des envies fréquentes de vomir, elle s'était décidée à exciter des vomissements en buvant beaucoup d'eau tiède, et en s'introduisant les doigts dans le fond de la gorge. Cette tentative fut suivie de succès, et à son grand étonnement la malade expulsa avec les liquides qu'elle avait pris, une douzaine de vers dont quelques-uns étaient agglomérés et pleins de vie.

Présumant alors que tous les symptômes que la malade avait éprouvés principalement du côté de l'estomac, pouvaient bien tenir à la présence des vers dans cet organe et les intestins, je me décidai à donner 15 centigrammes de tartre stibié dissous dans un verre d'eau. Cet émétique donna lieu à de fréquents et à d'abondants vomissements de glaires, des mucosités, et de vingt et quelques vers, dont huit agglomérés formaient une pelote plus grosse qu'une noix. Bien éclairé alors sur la cause première de tous les accidents que j'avais observés, je donnai le lendemain les anthelmintiques, et peu de temps après une éméto-cathartique qui fit rendre par le haut et par le bas plus de soixante vers, et cette expulsion se prolongea pendant les trois jours suivants, de sorte que la malade porta à plus de cent cinquante le nombre de lombrics qu'elle rendit.

Cette expulsion fut suivie d'une amélioration sensible dans l'état de la malade, et la plupart des accidents graves qu'elle éprouvait disparurent bientôt. Depuis cette époque, la fille Després est plusieurs fois retombée dans le même état; mais les anthelmintiques et les évacuants firent promptement disparaître les accidents.

M. Barras, dont le traité sur les *gastralgies* a ramené dans la bonne voie beaucoup de praticiens égarés par le physiologisme, ne fait pas mention de la présence des vers comme cause des névroses gastro-intestinales, et cependant il mentionne comme telle l'existence de corps étrangers. Cette espèce d'oubli peut tenir encore à cette même raison que nous avons mentionnée plusieurs fois, à savoir, que les affections vermineuses sont peu communes à Paris. L'observation que j'ai recueillie ne peut laisser aucun doute sur l'action de cette cause qu'avaient déjà démontrée des faits acquis depuis long-temps à la science.

Giraudy, médecin adjoint de l'hospice de Charenton, rapporte l'observation suivante : « Une dame, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution nerveuse, et affectée depuis long-temps d'une névrose du canal alimentaire, était tellement sujette aux maladies nerveuses, qu'une frayeur, un chagrin même légers provoquaient en elle la production d'une grande quantité d'ascarides. Elle était si persuadée de ce singulier effet, qu'à la suite de chaque frayeur elle

maturité de l'abcès. Cet engorgement cède facilement parce qu'il est récent, parce qu'il est le résultat d'un phlegmon qu'on vient d'ouvrir ou qui vient de cesser. D'ailleurs, presque toujours le foyer qui continue de suppurer après l'ouverture prématurée est un puissant moyen de dégorgement.

Comment doit-on ouvrir ces abcès chauds? J'ai pour habitude de les ouvrir, en général, largement. L'écoulement du pus est ainsi plus facile et la guérison en devient plus rapide. Mais si l'abcès existe dans un point habituellement à découvert, comme au cou, à la face, etc., je l'ouvre par une simple ponction pratiquée sur le point le plus déclive du siége de la fluctuation ; le pus sort alors, il est vrai, moins facilement, et assez souvent il faut en comprimer le foyer plusieurs fois par jour pour en faciliter l'écoulement. La guérison arrive ainsi quelques jours plus tard, mais elle a lieu, pour ainsi dire, sans cicatrice. Quelques jours après la ponction on voit quelquefois le pus fuser à deux ou trois centimètres au-dessous de l'ouverture. Un point de compression établi mollement sur la collection purulente suffit fréquemment pour faire refluer le pus vers l'ouverture, pour en déterminer l'écoulement et par amener la guérison. Si ce moyen échoue, je recourbe une sonde cannelée, je la porte dans l'ouverture, je la fais descendre dans le foyer, je soulève la peau avec la pointe, et je fais dessus une contre-ouverture très étroite. On peut ainsi en faire plusieurs. Il m'est rarement arrivé d'en pratiquer plus de deux. En procédant de cette manière, j'évite des cicatrices difformes qui pourraient faire croire à l'existence de scrofules ; car les cicatrices qui suivent les ponctions ressemblent à celles produites par des morsures de sangsues, surtout quand on a eu soin de réprimer les bourgeons charnus.

Extirpation d'un lipome pesant cinq kilogrammes (dix livres).

Dans la salle Saint-Augustin, se trouve couchée une malade à laquelle M. Lisfranc a enlevé un énorme lipome. Cette tumeur datait de vingt ans ; elle siégeait au dos ; elle avait abaissé et porté en arrière les côtes. Son pédicule, étendu obliquement du voisinage de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la base de la poitrine, avait 42 centimètres de longueur (14 pouces) sur environ 20 centimètres (4 pouces) de largeur. La peau qui la recouvrait était parcourue par un grand nombre de veines énormément dilatées. Son poids était de 5 kilogrammes (10 livres).

M. Lisfranc fit sur la tumeur deux incisions semi-lunaires qui se réunissaient par leurs extrémités. Comme cette tumeur était énorme, comme il existait un très grand nombre de vaisseaux, qu'il y avait à craindre la perte d'une trop grande quantité de sang chez une femme très faible, il pratiqua d'abord, suivant le précepte qu'il a établi dans son ouvrage de clinique, une seule incision et disséqua la moitié de la tumeur. Ainsi, pendant la manœuvre, la malade ne perdait du sang que par une seule incision, au lieu d'en perdre par deux. Remarquez d'ailleurs que non-seulement des aides étaient chargés de comprimer les veines dilatées à mesure qu'elles étaient ouvertes, mais qu'encore on tordait ou liait les artères aussitôt qu'elles étaient divisées. Quand la moitié de la tumeur fut ainsi disséquée, M. Lisfranc passa à la seconde incision, et termina l'opération. La peau ayant été soumise à des tractions fortes et prolongées, il fut obligé de donner à chaque lambeau beaucoup plus d'étendue que ne présentait en largeur la moitié de la base de la tumeur.

On réunit par des points de suture entortillée. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la peau, qu'on avait laissée en excès, retombait comme plissée sur elle-même jusqu'à 12 centimètres au-dessous du point où finissaient les incisions. Mais bientôt cette membrane revint sur elle-même par sa contractilité de tissu, et ses plis s'effacèrent de jour en jour. Aujourd'hui que la malade est bien guérie, il n'existe plus à la peau que deux duplicatures légères qui finiront par disparaître complètement. V. Serré, interne.

HOTEL - DIEU. — M. Roux.

Suite du discours d'ouverture.

Le premier exemple que je vais vous rapporter, à propos de ce que je vous disais dernièrement, fait allusion à un jeune homme irlandais affecté de division du voile du palais, et que Astley Cooper m'avait adressé pour que je le traitasse de cette difformité. Il y avait déjà long-temps que je pratiquais la staphyloraphie, et je comptais les plus beaux succès avec à peine quelques revers ; de sorte que j'avais raison de m'attendre à un heureux résultat de la part de ce jeune homme, d'autant plus que j'avais affaire à un cas très simple, et sans aucune complication. Il faut vous dire pourtant que le moral du sujet était très mauvais ; il était sous l'influence de pressentiments sinistres, et plusieurs circonstances, en apparence légères, semblaient y avoir contribué. Il perdit son père à la suite d'une opération de peu d'importance ; cette circonstance affectait profondément sa mère, qui, trouvant une certaine liaison entre l'opération subie par le père et celle que le fils allait subir, en redoutait pour ce dernier une issue également funeste. Ceci était connu du fils, et il quitta avec le plus vif regret et avec une répugnance extrême le foyer domestique. Arrivé à Londres avec son frère qui l'accompagnait, il alla pour voir un acteur auquel il était recommandé, et ne put le rencontrer la première fois qu'au théâtre, où il le vit jouer dans *Hamlet*, portant l'urne des cendres, etc. A Paris, je ne sais pourquoi il alla visiter le cimetière de Montmartre, visite qui fit sur son esprit une impression profonde ; d'autres circonstances se présentèrent aptes à alimenter en lui ces idées lugubres. Ce fut dans cet état moral que j'en entrepris le traitement, et malheureusement je ne l'ai appris qu'après l'avoir opéré, car autrement je me serais abstenu de toute opération. Celle-ci fut très simple, et facilement exécutée ; de sorte que je m'en promettais un heureux résultat. Mais aussitôt après le malade tomba dans un état d'abattement, qui me donna quelque inquiétude. Une petite fièvre s'alluma ; on employa toutes les ressources de l'art pour relever l'état physique et moral de prostration et de tristesse dans lequel ce pauvre jeune homme était tombé. Je ne pus y parvenir, et la mort survint quelques jours après. Ce fait me causa le plus vif chagrin, soit pour l'intérêt que je portais à la malheureuse victime, à cause de la recommandation toute particulière d'Astley Cooper, soit pour la douleur profonde que la pauvre mère devait en ressentir, et en même temps parce que je m'y attendais le moins.

Le second exemple regarde une dame de la province (de la Bretagne) qui vint à Paris se confier à mes soins, pour une tumeur très volumineuse du sein. Je lui proposai l'opération, qu'elle accepta. Cette opération dura assez long-temps, parce que la tumeur avait quelques adhérences avec les parties profondes, et on a dû la disséquer lentement pour épargner certains organes importants. On était à la fin, lorsque la malade tomba dans un état de collapsus, tel qu'il n'y eût pas moyen de l'en retirer. Elle resta dans cet état de mort apparente trente six heures environ, et enfin elle succomba définitivement. On ne peut guère expliquer cet accident, car l'opération ne fut pas accompagnée ni suivie d'une hémorrhagie considérable. A l'autopsie, on trouva un ramollissement d'un des côtés du cerveau. Voilà les seuls faits marquants de ma pratique qui peuvent en quelque manière se rattacher aux phénomènes nerveux dont nous avons parlé.

Nous allons parler en dernier lieu de l'asphyxie, considérée comme accident qui vient compliquer les opérations, et de l'introduction de l'air dans les veines.

Asphyxie ou *suffocation*. Elle est le résultat d'un obstacle complet ou incomplet à l'introduction de l'air dans les poumons. Cet accident s'est présenté plus d'une fois dans certaines opérations pratiquées dans le voisinage des voies aériennes ou sur ces organes mêmes ; ainsi il a eu lieu dans l'amputation totale ou partielle de la langue, la base de celle-ci s'étant contractée et étant allée obstruer l'ouverture supérieure du larynx ; dans l'excision des amygdales, quand ces organes excisés sont tombés par hasard dans la gorge et ont bouché momentanément la même ouverture laryngienne ; dans la laryngotomie, ou bronchotomie, lorsqu'on n'a pas pris toutes les mesures nécessaires pour prévenir l'écoulement des liquides dans l'arbre bronchique, et quelquefois en dépit de toutes ces précautions. Je vous citerai un cas remarquable à cet égard. J'étais encore à l'hôpital de la Charité. Dans un service de médecine se trouvait une femme présentant tous les symptômes de la phthisie laryngée ; plusieurs fois elle avait éprouvé des étouffements qui auraient pu établir une indication de lui pratiquer la laryngotomie ; mais le soupçon de l'existence d'autres tubercules dans le poumon, avait fait contremander l'opération ; enfin l'état d'étouffement augmentant de plus en plus au point de compromettre la vie de la malade, on décida d'avoir recours au seul moyen que l'art fournissait pour soulager la malade. On me pria de l'opérer.

Après avoir incisé la peau au niveau du larynx, je liai les vaisseaux qui pouvaient fournir du sang, soit pour ne pas être embarrassé dans le reste de l'opération, soit pour empêcher que ce liquide ne tombât dans la trachée artère et ne donnât lieu à la suffocation. Malgré toutes mes précautions une certaine quantité de sang tomba dans les voies aériennes ; la femme, épuisée par une longue maladie et par le sang perdu, n'eut pas la force d'expulser par la toux ce liquide qui obstruait les bronches, tomba dans une asphyxie telle que je la crus tout d'abord perdue. Je ne perdis pourtant pas la tête ; je compris qu'il fallait à tout prix désobstruer les bronches : heureusement j'avais sous ma main une canule de gomme élastique ; je l'introduisis dans la trachée artère de la malade et je humai les liquides qui y étaient contenus. Je répétai plusieurs fois cette manœuvre et j'eus la satisfaction de rappeler cette pauvre femme à la vie. Eh bien ! le croiriez-vous? cette malade non seulement guérit de l'opération qu'on lui avait pratiquée, mais aussi de l'affection laryngienne, se rétablit très bien, et j'eus le plaisir de la voir encore plusieurs années plus tard en assez bonne santé.

Il nous reste à effleurer la grande question de l'introduction de l'air dans les veines considérée comme accident des opérations chirurgicales. Je dis effleurer, car pour en parler d'une manière complète il me faudrait y employer plusieurs leçons. C'est le plus terrible de tous les accidents qui peuvent compliquer les opérations, et c'est à dessein que nous l'avons réservée la dernière pour que votre esprit en soit frappé davantage. Cet accident est si foudroyant que quelquefois la mort survient instantanément sans qu'on ait même le temps d'aviser aux moyens d'y porter remède.

C'est une chose bien positive aujourd'hui que l'air aspiré dans les veines et dans les artères peut arriver au cœur et produire une mort instantanée ou définitive ou apparente. Des esprits faux ont bien interprété différemment ces événemens

---

s'empressait de prendre une forte infusion d'helminthocorton, ou un anthelminthique plus actif, jusqu'à l'évacuation des vers, sans laquelle l'appétit, les forces, la couleur de la peau, le calme et aussi la santé ne se fussent pas rétablis. » (Recueil périodique, 1804 ; t. XXI, p. 149)

Bien que ces faits soient déjà bien suffisants pour démontrer toute l'influence des vers sur le développement des névroses de l'estomac, je crois devoir cependant encore citer les deux suivants, parce que dans l'un et l'autre cas la guérison fut obtenue à l'aide de moyens empiriques. Dans la première observation (Revue médicale, 1829 ; t. Ier, p. 230), il s'agit d'une femme qui était violemment affectée de céphalalgie et d'épigastralgie ; un jour, cette dernière douleur fut si forte que la malade se sentit évanouir. Elle demanda du vinaigre ; on lui en présenta un verre, et, au lieu de le flairer, elle l'avala d'un trait. Il en résulta des vomissements spontanés et l'expulsion par la bouche de quatre vers lombrics vivants, de quatre à huit pouces de longueur. Dès ce moment tout symptôme morbide cessa comme par enchantement, et la santé se rétablit. La seconde observation (Ancien Journal, 1774, t. XLI, p. 250) est relative à un matelot qui depuis long-temps vomissait des vers, avait maigri considérablement et éprouvait une douleur fixe à l'estomac. Vainement traité à Nantes, il s'était embarqué, espérant que l'air de la mer le guérirait. Son vomissement était annoncé par une espèce de chatouillement à l'estomac et ne venait qu'irrégulièrement. L'eau de la mer à l'usage de laquelle il fut soumis, et dont il buvait plusieurs verres par jour, lui fit rendre une grande quantité de vers. Dès lors les accidents cessèrent, et en moins de deux mois le malade avait recouvré une santé parfaite. On trouve encore dans le même journal (t. XXXIX, 1773, p. 519) un autre fait en tout semblable pour les résultats. Enfin la mort peut être la suite de ces accidents gastralgiques, ainsi que le démontre une observation empruntée à Heister par Vanswiéten (Aphorism. Paris, 1773, in-4°, t. IV, p. 634) : Ancilla, triginta triom annorum, subitis et validissimis abdominis doloribus, præcipue circa ventriculum, obnoxia, convellebatur fortiter, nec ullum verbum proferre poterat, licet mente et sensibus valeret. Sequebatur tetanus universalis, cum palpitatione cordis ; mens constabat ; dolores ventriculi horrendi manebant ; et tertiâ die periit. Cùm pessima et anomala symptomata veneni dati suspicionem facerent, apertum fuit cadaver ; et in intestino duodeno, atque in cardiâ, sive sinistro ventriculi orificio, inventi fuerunt numerosi vermes teretes, magni quorum quidam quindecim et sexdecim pollices longi erant. Cardia autem sanguinolenta et erosa inveniebatur.

Il est encore une autre forme de névrose gastrique qui est souvent produite par les vers ; je veux parler de la boulimie ou faim canine, qui est un symptôme noté par tous les auteurs, comme se liant très souvent à la présence du tænia. J'ai guéri de ce ver un enfant chez lequel ce symptôme dominait tous les autres.

Alexandre de Tralles rapporte qu'une femme dont la faim était démesurée, fut guérie après l'expulsion d'un ver qui était long de douze coudées (lib. VII, cap. IV, pag. 324) ; et le docteur Hannemann dit avoir vu un jeune homme d'environ vingt quatre ans, travaillé d'une faim si insatiable, qu'il mangeait presque toujours, sans quoi il tombait en syncope. Ce jeune homme employa inutilement pendant quatre ans différents remèdes et succomba à un accès d'asthme. Son cadavre ayant été ouvert, on trouva dans l'estomac un amas considérable de vers entortillés les uns avec les autres. (Ephém. des Curieux de la nature, déc. 2 ou 6, 1687, obs. 33.)

Thérapeutique. — Je ne connais qu'une seule observation de cette maladie produite par les vers, et je vais la faire connaître ;

Le 17 avril 1834, dit M. Alançon, médecin à La Flèche (Journal des Connaissances médico-chirurgicales, 1835-1836, p. 110), je fus appelé près du nommé Louis Pauvert pour lui donner mes soins. Cet enfant est âgé de onze ans, d'une taille assez élevée, d'un tempérament sanguin, à formes musculaires assez développées, et portant sur ses traits les traces d'une bonne santé. Je l'interrogeai sur son état : il me répondit qu'il n'éprouvait *aucun mal* ; que seulement depuis plusieurs jours, au moment où le soleil s'abaissait sous l'horizon, les objets lui semblaient se recouvrir d'un nuage qui peu à peu augmentait d'épaisseur, au point de ne bientôt plus lui permettre d'apercevoir les objets qui l'entouraient. Il était sept heures du soir lors de ma visite, et déjà les phénomènes décrits étaient accomplis. J'examinai alors les yeux du petit malade, et je les trouvai dans l'état suivant : aucune trace de rougeur ne se fait remarquer sur les paupières et la sclérotique ; la pupille est largement dilatée et immobile ; on approche en vain des yeux du malade une lumière artificielle, il n'en reçoit aucune impression ; la pupille ne se contracte pas. Cet état persévère jusqu'au lendemain matin cinq heures, et alors la pupille de se contracter, de se rétrécir, et le malade d'apercevoir la lumière.

L'état général du malade n'offre rien de particulier ; le pouls est régulier, la langue est naturelle, sauf cependant une légère rougeur qu'on remarque à la pointe ; les fonctions intellectuelles sont entièrement libres et le malade n'accuse aucune céphalalgie.

Ne sachant où trouver la cause de cette maladie, je me bornai à faire une médecine expectante, pensant que quelques nouveaux symptômes me la dévoileraient, en mettant au surplus tous mes soins à observer l'enfant.

Deux jours de suite je me transportai à la même heure chez ce malade, et toujours les mêmes symptômes se firent remarquer, sans cependant offrir plus d'intensité, mais non plus sans présenter aucun indice qui pût me faire deviner la nature du mal que j'observais. Enfin, après avoir interrogé les parents sur tout ce que l'enfant avait éprouvé dans un âge moins avancé, j'appris d'eux qu'il avait été sujet à rendre des vers. Je pensai aussitôt que cette cette cause pourrait encore ici jouer le principal rôle, et je fis prendre à l'enfant une once et demie d'huile de ricin, en faisant bien aux parents la recommandation d'examiner les selles.

Le 21, la médecine a procuré une abondante évacuation, et parmi les matières rendues se rencontrent dix ascarides lombricoïdes. Le soir même l'enfant paraît voir plus long-temps.

Le 22, émission encore de quelques ascarides ; la vue est sensiblement prolongée. Quelques jours après l'enfant ne s'apercevait presque plus de son indisposition et bientôt l'hémorrhagie n'existait plus.

Isolé comme il paraît l'être dans la science, ce fait n'aura pas peut-être une grande valeur auprès de nos lecteurs ; cependant j'ai cru devoir le rapporter, car il s'en faut bien que l'on puisse toujours remonter à la véritable cause de l'héméralopie, maladie du reste assez rare. Toutefois, je ferai remarquer qu'ici la maladie a promptement disparu après l'expulsion des vers, et que si les révulsifs énergiques sur le tube digestif ont été conseillés par Scarpa et paraissent avoir réussi entre ses mains, on ne peut guère considérer comme tel l'huile de ricin qu'a pris le malade de M. Alençon, et par conséquent lui faire l'honneur de la guérison.

Nous dirons encore, avant de terminer et pour donner un peu plus de valeur au fait relaté plus haut, que M. Szokalski, qui a publié en 1839, un bon article sur l'héméralopie (L'Esculape, t. I, pag. 90 et suiv.) admet une héméralopie gastrique, c'est-à-dire produite par une irritation de l'estomac, soit par des excès d'aliments ou de boisson, soit par l'absence ou la mauvaise qualité de la nourriture. C'est ce que Scarpa, Hoeffer, Berger, etc., ont vu plusieurs fois. Maintenant, nous le demandons, l'irritation particulière produite par les vers sur la muqueuse gastro-intestinale, ne pourrait-elle pas réagir de la même manière sur le cerveau : tout le monde connaît les sympathies qui existent entre l'œil et le système ganglionnaire abdominal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— La Société académique de médecine de Marseille a procédé, dans sa séance du jeudi 9 novembre, au renouvellement des membres de son bureau. Ont été nommés : MM. Sollier, président ; Roux, vice-président ; Marsseille, secrétaire-général ; Estre, secrétaire-adjoint ; H. Reymonet, archiviste ; Allemand, trésorier.

— Nous apprenons avec satisfaction que la thèse de M. Marius Bernard, docteur en médecine, chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a été couronnée par la Faculté de médecine de Montpellier. Ce lauréat a fait toutes ses études médicales à l'école de Marseille ; il avait choisi pour sujet de thèse, l'*infection purulente*. (*Ibid.*)

funestes et les attribuent à tout autre cause qu'à celle qui était la véritable ; mais l'opinion générale des hommes sensés est maintenant bien arrêtée là dessus, seulement il ne faut pas s'exagérer les choses, ni trop céder à la crainte de voir ces accidents se renouveler, comme certains chirurgiens par trop méticuleux ont fait, et tâcher de rester tranquillement dans le vrai.

Il y a vingt-cinq ans environ que cet accident a été observé, je ne dis pas arrivé pour la première fois. Il est très probable qu'il a dû se présenter bien des fois avant cette époque, car de tout temps on a fait des opérations qui pouvaient exposer à cette espèce d'accidents, mais probablement on ne l'avait pas bien observé ou on l'avait attribué à une cause toute différente. Ce furent les chirurgiens modernes qui l'observèrent et l'étudièrent avec soin et purent en tirer quelques conclusions importantes pour la pratique. J'ajouterai que les observations pathologiques et les expériences faites sur les animaux ont dès long-temps précédé l'observation sur l'homme. Depuis long-temps les vétérinaires nous avaient appris que des effets fâcheux pouvaient résulter de l'introduction de l'air dans les veines ou artères des animaux, que la mort était survenue quelquefois à la suite d'une simple saignée dans laquelle un peu d'air s'était introduit dans la veine. Les expériences répétées sur les chevaux et autres animaux confirmèrent ces résultats. Déjà Morgagni, dans son immortel ouvrage d'anatomie pathologique, nous parle d'air retrouvé dans le cœur et dans les vaisseaux de certains sujets, et des expériences qu'on a faites de son temps sur les animaux pour expliquer ces faits.

On peut donc dire que le fait de l'introduction de l'air dans les veines et par celles-ci dans le cœur, n'était pas nouveau au moment où on s'est mis à l'étudier. Pour ma part, j'ai payé un large tribut à la science à cet égard en la dotant de deux faits les plus remarquables peut-être et les plus féconds en réflexions physiologiques et pathologiques qui se soient encore présentés sur la matière : je vous les exposerai dans un instant.

A partir de l'époque où on commença à s'occuper de cette question, dans cet amphithéâtre, et sous les mains de Dupuytren, mourut une jeune fille, au moment où on lui pratiquait une opération. C'était bien l'introduction de l'air dans les veines qui avait causé cette mort foudroyante.

Lorsque je l'observai la première fois, je n'étais nullement en garde contre un si effroyable accident. L'attention des chirurgiens n'était pas suffisamment éveillée, car les faits étaient trop peu nombreux et on les considérait comme de très rares exceptions. Mais les faits se multiplièrent, et alors la question fut étudiée sous toutes ses faces. On chercha à expliquer la cause du phénomène, à déterminer la nature des lésions qui l'accompagnaient et qui donnaient lieu à la mort et à établir enfin quelques moyens aptes à y porter remède. Pour cela on a repris toutes les expériences anciennes sur des bases trop larges; on les a multipliées et variées; je crois même qu'on peut les varier encore beaucoup, et que sous ce rapport tout n'a pas été fait et dit sur la matière. Au milieu de toutes ces recherches et des conclusions qu'on a pu en tirer, on a été conduit à savoir comment la mort se produit dans ces circonstances.

Il faut d'abord remarquer que la mort n'arrive pas toujours de la même manière; quelquefois elle est subite, instantanée; quelquefois la vie se prolonge encore une demi-heure, une heure, surtout chez les animaux, lorsqu'on arrive à conjurer le danger imminent. Probablement, dans ces différents cas, la mort ne doit pas arriver par la même cause, par le même mécanisme, et nous croyons que les physiologistes ont eu tort de donner la même théorie pour expliquer ces cas divers, en voulant pousser trop loin l'analogie entre l'homme et les animaux sur lesquels ils expérimentaient. Nous ajouterons, à cet égard, que la chirurgie dite expérimentale n'est pas pour nous aussi bonne, aussi sûre dans ses résultats qu'on le suppose; il y a toujours chez l'homme une cause inconnue qui ne peut pas être expliquée par les expériences sur les animaux, et qui démentira souvent toutes les théories fondées sur cette base.

Bichat, malgré son génie perspicace et profond, a émis sur le phénomène qui nous occupe une opinion qui n'est pas vraie. Il a cru que la mort arrivait par l'action délétère, ou perturbatrice de l'air sur le cerveau. Il est arrivé à cette théorie d'après les expériences faites sur les animaux, où il étudiait l'introduction de l'air par les vaisseaux, surtout par les artères. Voici le fait qui peut-être a mis ce grand physiologiste sur cette voie, et qu'on ne trouve rapporté aucune part dans ses œuvres, ni dans les ouvrages périodiques de l'époque. Etant son élève, je travaillais (comme du reste on faisait alors) dans un amphithéâtre particulier où on avait toujours abondance de cadavres frais et bien conservés. On avait apporté le cadavre d'un homme qui, à l'aspect, semblait avoir succombé à une mort subite. On s'en servit pour examiner le cerveau; Bichat lui-même en fit l'ouverture, et il trouva tous les vaisseaux veineux et artériels de cet organe gorgés de sang. On s'informa près des parents de cet individu de la cause probable de cette mort. On sut qu'étant cordonnier de profession, il succomba subitement en travaillant. Bichat pensa qu'il mourut à la suite d'un grand effort, d'une large inspiration faite en tirant le fil dont il se servait pour coudre les souliers; l'air, selon Bichat, par cette grande inspiration, entra dans les veines, dans les artères, et arriva jusqu'au cerveau où il exerce une action fatale. Je ne doute pas que ce fait, ainsi interprété par Bichat, ne le conduisit un peu plus tard à expliquer de la même manière la mort par l'introduction de l'air dans les veines.

L'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, est que l'air humé par les veines, et arrivé jusqu'aux cavités droites du cœur, dilate par sa raréfaction ces cavités d'une manière telle que les fonctions de l'organe restent suspendues, et la mort en devient une conséquence inévitable. On a dit que la distension des cavités droites du cœur produit un amas dans la circulation pulmonaire, de là obstacle à l'hématose du sang, véritable apoplexie pulmonaire et mort; je ne suis pas de cet avis, car les phénomènes qu'on observe chez les malheureuses victimes de cet accident sont plutôt ceux de la syncope poussée au degré extrême, que de l'asphyxie. Ma pensée est, d'après les faits observés dans ma pratique, que la mort, quand elle est instantanée, dépend de la suspension des fonctions du cœur produite par la dilatation exagérée des cavités droites de cet organe; si elle arrive un peu plus tard, il peut y avoir asphyxie par le trouble produit dans les fonctions respiratoires, et la mort en être la conséquence; si enfin elle a lieu à une époque un peu plus éloignée encore de l'accident, le cerveau peut bien en être influencé à son tour, et il peut arriver ce que Bichat pensait, et qu'à tort, selon nous, il regardait comme la cause principale de la mort.

Après avoir touché le côté physiologique de la question, envisageons-la maintenant sous le point de vue chirurgical qui est pour nous le plus important; et, pour cela, je vais commencer par vous exposer les deux faits que je vous citais au commencement, et qui, quoique déjà lus par vous, peut-être, dans les livres et dans les journaux, n'en seront pas moins intéressants répétés par le témoin oculaire le plus compétent. Le premier se passa en 1828. J'avais à extirper une tumeur à la partie gauche du cou de forme conoïde; le sujet était une jeune fille de vingt-quatre à vingt-cinq ans, bien constituée, quoique la maladie fût de nature strumeuse. La tumeur étant assez volumineuse je commençai par une incision cruciale à la peau, et je disséquai tout autour pour l'isoler. Je n'avais plus qu'à la séparer des parties profondes, surtout des vaisseaux avec lesquels elle semblait avoir quelques lâches adhérences. Il est probable, je l'avoue franchement, qu'en cherchant à la détacher de ces parties j'ai un peu trop soulevé la veine jugulaire interne sans prendre les précautions que vous ne négligerez jamais dans les opérations de cette nature pour prévenir un accident, que, du reste, je ne prévoyais nullement alors; une petite ouverture fut faite par le couteau au vaisseau et, à l'instant même, un bruit de sifflement bien connu maintenant et caractéristique de l'entrée de l'air me frappa l'oreille; la malade jeta un cri perçant et tomba comme foudroyée. Je me hâtai de comprimer la veine ouverte; je crus vraiment la malade morte; mais pour acquit de ma conscience, je ne tardai pas à mettre en usage tous les moyens que j'avais sous la main pour y porter quelque remède. On jeta avec force plusieurs seaux d'eau sur la figure et sur la poitrine de la malheureuse fille; on lui titilla les mains, on lui frotta fortement la région précordiale, etc. Après quelques minutes d'efforts et d'anxiété de notre part, une première inspiration eut lieu; le cœur recommença ses battements, et peu à peu la vie revint toute entière. Cette espèce de résurrection (car c'en fut une) présenta des phénomènes particuliers. On vit tout à coup la circulation se faire avec une rapidité et une force extraordinaires; le pouls donnait plus de 150 pulsations par minute, on ne pouvait pas les compter; la figure devint rouge, injectée trop fortement; il y eut aussi un trouble dans les facultés intellectuelles, car la malade prononçait des mots sans liaison, sans suite, ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait. Peu de temps après, la circulation se ralentit, se fit normale; l'ordre se rétablit dans les idées de la malade, et revint tout à fait à son état primitif. Néanmoins elle succomba au bout de sept ou huit jours, après être tombée dans un état d'affaissement, de prostration particulière dont on ne put pas la tirer. L'opération avait été achevée par une ligature en masse du pédicule de la tumeur et des parties qui avaient des rapports avec elle. A l'autopsie, on trouva un peu d'air dans le système artériel.

Le second fait est bien plus récent, car il eut lieu en 1837 ou 1838. Un homme tombant dans une chaudière remplie d'un liquide caustique se brûle dans plusieurs points de son corps; il avait des brûlures de différents degrés, mais celle du bras droit, qui était poussée presque jusqu'à la torréfaction. Il n'y avait d'intacte qu'une partie de la peau du moignon suffisante à peine pour couvrir l'articulation si elle était ouverte. Je n'hésitai pas à lui proposer la seule ressource qui lui restait, la désarticulation du bras; il s'y refusa pendant quatre ou cinq jours, enfin il accepta et je m'apprêtai à l'opérer tout de suite dans cet amphithéâtre pendant qu'il se trouvait encore dans des conditions assez favorables. J'avais décidé d'employer le procédé de Desault par le double lambeau antérieur et postérieur. Je commençai, comme il faut toujours faire, par le lambeau antérieur; celui-ci achevé, je me disposais à pénétrer dans l'articulation. Au moment où l'élève soulevait le lambeau, un sifflement s'entendit tout à fait semblable à celui que je vous ai indiqué dans le premier fait; le malade poussa un cri et tomba immédiatement sur la chaise où il était assis. Je fis placer les doigts de l'aide sur la plaie pour comprimer les vaisseaux et j'achevai rapidement l'opération pour être plus en mesure de porter des secours à l'opéré. J'employai tous les moyens que je crus convenables, mais ce fut en vain, le malade était mort sans ressource.

La section cadavérique nous montra une grande quantité d'air dans les vaisseaux et dans le cœur.

Ces deux faits peuvent suffire pour l'étude physiologique et pathologique de la question que nous avons brièvement traitée. Il nous reste, pour achever ce sujet, à vous proposer sous forme aphoristique, quelques moyens thérapeutiques contre ce terrible accident : c'est ce que nous ferons dans une prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. P. DUBOIS.

La correspondance officielle comprend l'envoi à l'Académie, par M. le ministre du commerce, d'un travail de MM. Baudin et Duplan, intitulé : Etat des observations faites à Barèges. Renvoi à la commission des eaux minérales.

— La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital de Versailles, dans laquelle l'auteur annonce à l'Académie qu'il se trouve en ce moment à Courbevoie deux régiments dans lesquels sévissent à un haut degré deux maladies différentes : le 23e de ligne qui n'offre que des fièvres typhoïdes, et le 69e qui n'offre que des fièvres intermittentes. Ce dernier, avant son arrivée dans le département de la Seine, avait été en garnison à Strasbourg et caserné à la citadelle, qui est un foyer marécageux. Dans le 23e la mortalité est de 8 pour 100, dans le 69e elle est de 1.

MM. Rayer et *Bégin* sont invités à se transporter à Courbevoie et à examiner les faits annoncés par M. Boudin.

— *M. le secrétaire* annonce que l'Académie vient de recevoir le premier numéro du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

— *M. le président* prévient que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le 12 décembre; mais que, vu l'exiguïté du local, l'Académie se bornera à proclamer les noms des concurrents qui auront remporté des prix.

— *M. Londe* donne lecture d'une lettre de M. Aubert-Roche, qui réclame contre quelques assertions du rapport fait sur son travail dans la dernière séance. L'auteur de la lettre, après avoir remercié M. Londe du soin qu'il a porté à faire ressortir les faits capitaux de ses recherches, établit, par le Moniteur et diverses autres pièces, qu'aucune de ses assertions n'a été officiellement contestée à la Chambre par le commissaire du Gouvernement; mais que ce qui a induit en erreur M. le rapporteur, c'est que M. le ministre du commerce a écrit à l'Académie des sciences pour lui donner communication de deux cas de peste qui se seraient manifestés dans un lazaret sans qu'il s'en fût préalablement développé d'autres pendant la traversée. Or, M. Aubert a produit des pièces émanées des intendances qui prouvent que M. le ministre a été induit en erreur.

M. Londe. Les pièces jointes à cette lettre m'ont effectivement prouvé que M. Sénac n'a aucunement contesté, ainsi que je l'avais avancé, les chiffres de M. Aubert. J'ai confondu ce qui a été écrit par M. le ministre avec ce qui a été dit à la Chambre par M. le commissaire du gouvernement. Quant à la lettre que vous venez d'entendre, il n'y a nul inconvénient à l'adresser à M. le ministre du commerce. De semblables communications doivent être et seront toujours bien accueillies. Si M. Aubert lui-même eût adressé directement à M. le ministre du commerce le résultat de ses recherches, au lieu de suivre la marche qu'il a adoptée, les réformes qu'il propose seraient probablement aujourd'hui en voie d'exécution.

M. Pariset. La question de l'origine égyptienne de la peste et de l'utilité des quarantaines ne tardera pas d'être résolue affirmativement. Depuis plus de huit ans que le système des quarantaines a été établi à Constantinople, la peste n'y a plus reparu, et pourtant elle continue à se montrer en Egypte, quoi qu'on y fasse aussi des quarantaines. Il en faut donc conclure que l'Egypte est la source de cette terrible maladie.

M. Rochoux. M. Bulard, qui avait été chargé par le sultan d'établir dans ses états le système sanitaire européen, m'a assuré qu'en réalité il lui avait été impossible de rien fonder de semblable : jamais il n'a pu obtenir de ses gardes de santé l'observation rigoureuse des préceptes conseillés par les contagionistes. Notre système de préservation a bien été décrété en Turquie; mais il n'a jamais existé que sur le papier. Par conséquent, les faits invoqués par M. Pariset n'ont aucune valeur.

M. Londe. Il y a tout lieu de croire, en effet, que les quarantaines ne préservent de rien; car pendant plusieurs siècles, et tandis qu'elles étaient très sévères, la peste s'est manifestée en Europe bien plus fréquemment qu'avant qu'elles ne fussent établies. Et quant aux quarantaines fondées sur le littoral et même dans chaque province de l'Egypte, elles n'empêchent en aucune façon le développement et la propagation de la peste dans ces contrées.

M. Hamont, qui n'a pas assisté à la précédente séance, et croit qu'il est question dans le travail de M. Aubert de supprimer les lazarets, parle contre cette suppression, parce que, dit-il, il a vu la peste être communiquée par des personnes arrivant d'Orient.

La discussion est terminée, et la lettre de M. Aubert sera renvoyée à M. le ministre du commerce.

— *M. Gaultier de Claubry* est appelé à la tribune pour une lecture; il n'a pas apporté son manuscrit.

— *M. Guéneau de Mussy* fait un rapport, au nom de la commission des remèdes secrets, sur une foule de recettes, et conclut de répondre à M. le ministre du commerce qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret du 18 août 1810.

— *M. Collineau* fait un rapport sur un travail de M. Bosselet, ayant pour titre deux rapports sur une épidémie de gastro-entérite, qui a régné à Lille dans un pensionnat de jeunes filles. Il y a eu 150 malades et 12 décès connus. Suivant M. le rapporteur, les pièces ne sont ni assez précises, ni assez détaillées pour qu'on puisse se prononcer sur la cause de l'épidémie. La commission néanmoins ne peut que donner son approbation aux moyens hygiéniques proposés par l'auteur, et conclut à ce qu'il lui soit adressé des remercîments.

— *M. Josse* lit une observation relative à un fœtus double à terme. Cette observation intéressante est renvoyée à l'examen de MM. Danau, Villeneuve et Ollivier (d'Angers).

— *M. Martinet* donne lecture d'un travail sur l'hémiplégie produite par la maladie des cordons nerveux. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bricheteau, Honoré et Rochoux.

M. Belhomme lit un mémoire sur ce sujet : Recherches nouvelles d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés atteints de paralysie générale. L'auteur a pour but principal d'établir cette opinion, qu'il existe toujours dans la paralysie une altération matérielle de l'encéphale, s'étendant de la périphérie au centre. Ce travail est renvoyé à une commission, composée de MM. Joly, Jobert et Jadioux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, nos 43, 44, 45 et 46. (Octob. et nov.)

Relation d'une épidémie d'affections pseudo membraneuses et gangréneuse qui a régné à l'hôpital des Enfants malades de Paris, dans le cours de l'année 1841 ; par M. A. BECQUEREL.

Voici le résumé et les conclusions de ce travail :

1° Pendant l'année 1841, on a observé à l'hôpital des Enfants malades de Paris un nombre beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire d'affections pseudo membraneuses et gangréneuses.

2° Ces deux espèces de maladies ont présenté les plus grands rapports entr elles, en se succédant ou en se compliquant l'une l'autre, ou encore en produisant les mêmes symptômes généraux.

3° Les trois formes morbides principales ont été les angines gangréneuses (17 cas), dont on doit rapprocher 2 angines pseudo-membraneuses très graves qui auraient probablement été terminées par la gangrène si la vie se fût prolongée, les croups 20 cas; les vésicatoires gangrenés (18 cas).

4° Les angines gangréneuses ont, la plupart du temps, été précédées d'angines pseudo-membraneuses auxquelles elles ont succédé. Elles ont coïncidé, dans quelques cas, avec des vésicatoires gangrenés ou des gangrènes siégeant dans d'autres parties; et, dans ces divers cas, la gangrène du larynx n'était que la répétition de celle qui sié-

geait déjà dans un autre point. La gangrène du pharynx s'est étendue quelquefois en profondeur ; dans un cas, elle a déterminé la destruction des parois artérielles de la pharyngienne inférieure et une hémorrhagie mortelle.

La plupart des angines gangréneuses ont déterminé : 1° une altération du sang caractérisée par sa liquidité, 2° et des symptômes généraux caractérisant un état adynamique bien prononcé.

Les apoplexies pulmonaires, et beaucoup plus rarement les hémorrhagies intestinales, ont été la complication la plus fréquente de cette maladie ; la pneumonie est survenue rarement.

Les moyens employés pour la combattre, ont été les cautérisations locales et les toniques généraux.

5° Le croup est survenu dans 20 cas; fréquemment il a succédé à une angine pseudo-membraneuse ; rarement il est survenu après des fièvres éruptives; il a presque toujours été simple ou consécutif à l'angine couenneuse. Les symptômes qui l'ont annoncé ont été spécialement les suivants : voix et toux enrouées, basses, faibles ; dyspnée intense revenant quelquefois par accès; fièvre; expulsion des fausses membranes, etc. Ces croups se sont constamment terminés d'une manière fatale, sauf dans un cas dont le sujet du reste a succombé plus tard. Dans quelques cas, des symptômes nerveux sont venus terminer la scène ; la pneumonie est venue très souvent compliquer le croup. Les vomitifs, les purgatifs, les frictions mercurielles ont été employées sans succès ; 9 fois on a pratiqué la trachéotomie sans succès.

6° Des vésicatoires gangrenés sont venus compliquer des maladies fort diverses, pour lesquelles on les avait appliqués. La rougeole a semblé y disposer les enfants. Cette altération a été à peu près constamment précédée de fausses membranes ; l'escharre ne s'est jamais détachée. Les symptômes généraux des vésicatoires gangréneux consistaient dans un état adynamique semblable à celui des angines gangréneuses ; quand il n'a pas produit cet état, il a déterminé au moins le caractère adynamique des maladies dans lesquelles était survenue l'altération des vésicatoires.

Le traitement local et les moyens toniques généraux sont toujours restés sans succès.

La Clinique des hôpitaux des enfants, 15 octobre 1843.

Observation d'encéphalite aiguë traitée avec succès par l'hydrolhérapie; par M. le docteur Wertheim.

Petite fille d'un an, traitée chez ses parents ; constitution robuste, bien nourrie, bonne santé habituelle, vaccinée. Invasion de la maladie le 15 octobre 1842, sans cause déterminante. Fièvre intense accompagnée de vomissements fréquents.

L'émétique est d'abord administré sans que l'état s'améliore. Aggravation, constipation, état soporeux, apathie complète. Prescription : Calomel, sinapismes, compresses froides sur la tête. Après le quatrième jour de la maladie : décubitus dorsal, occiput fortement enfoncé dans l'oreiller, face rouge-pâle, pupilles dilatées, sclérotique d'un rouge jaune, tête brûlante au toucher, respiration lente et profonde, quelquefois suspirieuse ; peau de tout le corps brûlante et sèche, excepté aux pieds qui sont froids ; pouls dépressible, pas très fréquent ; plusieurs selles vertes et liquides produites par l'effet du calomel. Contractions convulsives des mains ; mouvements volontaires abolis ; aucun désir ni de manger ni de boire, quoique la déglutition soit libre ; la percussion et l'auscultation de la poitrine ne fournissent aucun signe. Ayant reconnu dans cet état l'encéphalite au troisième stade, j'eus recours aux sangsues appliquées sur les tempes. A l'intérieur, lavement irritant, tartrate de potasse.

Vers le soir du même jour, aggravation de l'état du malade ; mouvements convulsifs des extrémités et de la face. Ayant reconnu, avec un confrère, que la paralysie du cerveau était prochaine, je mis en usage les affusions froides, connaissant trop bien par expérience, l'insuffisance des autres moyens connus, tels que le musc, les dérivatifs sur la peau, etc. Ce fut vers neuf heures du soir que l'on plaça l'enfant tout déshabillé dans une petite baignoire, et comme je me posais surtout l'indication de produire sur le cerveau lui-même une action irritante, je versai sur la tête et sur la nuque environ dix litres d'eau froide. L'eau tombait de la hauteur d'un mètre environ, d'un entonnoir dont l'embouchure avait un demi-pouce de diamètre.

Pendant cette opération, l'enfant ne manifeste aucune sensibilité.

Après ces affusions, l'enfant fut placé encore tout mouillé dans un lit ; on le coucha et on l'enveloppa dans des couvertures. La fièvre diminua, les convulsions cessèrent, et l'enfant parut dormir tranquillement et respirait plus facilement.

Trois heures après l'enfant redevint brûlant et les mouvements convulsifs de la face se reproduisirent.

Les affusions furent renouvelées de la même manière. Cette fois l'enfant tendit la main vers la tête, comme si elle eût voulu empêcher la chute de l'eau. Après cette seconde opération elle fut replacée dans son lit et enveloppée de nouveau de couvertures ; elle dormit presque trois heures entières d'un sommeil tranquille, avant qu'une nouvelle exacerbation se présentât.

Une troisième affusion fut pratiquée. Cette fois la petite malade se mit à crier et à pleurer. Elle fut replacée dans son berceau toujours de la même manière, s'endormit promptement, et après une heure de sommeil environ, il se développa sur tout le corps une abondante transpiration qui dura deux heures. Dans cet intervalle, le pouls et la respiration devinrent plus réguliers. L'enfant ouvrait les yeux et indiquait en pleurant le petit vase qui lui servait ordinairement pour boire. Lorsqu'on le lui présentait, elle buvait avidement un peu de lait.

L'enfant était sauvée. Quelques bains tièdes ont suffi pour confirmer la guérison.

Cette observation, dit l'auteur, nous a paru intéressante, et mérite l'attention des praticiens à cause de la difficulté du traitement de l'encéphalite et à cause de la nouvelle médication qui a triomphé de cette maladie.

Ajoutons cependant que cette médication ne nous paraît pas aussi nouvelle qu'à l'auteur, qu'il y a long-temps que les affusions froides sont employées dans des cas pareils, que plusieurs praticiens contemporains, et entre autres M. Récamier, les ont préconisées bien avant qu'on n'entendît parler de l'hydrothérapie ; enfin, que si c'est là de l'hydrothérapie, un grand nombre de médecins l'ont pratiquée sans le savoir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par le cubèbe; par M. le docteur Page.

M. Page rapporte deux cas d'empoisonnement par le cubèbe, observés tous deux à Valparaiso, l'un par lui-même, l'autre par un médecin français, M. le docteur Cazentre. Dans les deux cas, les sujets avaient pris, le soir avant de se coucher, 15 grammes de poudre de cubèbe d'un seul coup, pour se délivrer d'une gonorrhée qui datait déjà de loin. L'un des malades put être ramené à la santé, mais l'autre succomba. On trouva le premier, environ douze heures après l'ingestion du médicament, sans connaissance, la figure rouge et tuméfiée, les lèvres colorées en rouge foncé, la langue sèche et brune, la bouche remplie d'écume. Les veines du front et des régions temporales étaient gonflées, les yeux injectés et dirigés en haut, les pupilles contractées, la peau humide et chaude, les pieds froids ; le pouls, faible et modérément plein, disparaissait sous la pression du doigt ; la respiration était faible, courte et haletante. On put réveiller le malade en le secouant fortement ; il prononça même quelques mots incohérents, mais il retomba de suite dans le coma.

Des vomitifs énergiques firent rejeter la poudre avalée. On recourut ensuite aux pédiluves chauds et sinapisés, à l'application des ventouses aux tempes, aux sinapismes, aux frictions irritantes, puis aux lavements. Mais comme les forces vitales baissaient de plus en plus, le médecin se hâta de passer à l'emploi des médicaments excitants (ammoniaque et eau-de-vie).

Quatre heures s'étaient écoulées pendant ces diverses médications, et le sujet paraissait perdu sans ressources, lorsque M. Page eut l'idée de mettre en œuvre l'appareil électro-magnétique, spécialement à la région précordiale. Cet essai fut couronné d'un plein succès ; le pouls et la chaleur vitale se rétablirent, et le malade revint peu à peu à la santé.

Chez le second malade, qui avait pris sa dose de cubèbe à dix heures du soir, et se trouvait en pleine santé, à la gonorrhée près, les circonstances de l'empoisonnement furent à peu près les mêmes que chez le précédent. On ne put savoir ce qui s'était passé dans le courant de la nuit ; mais à sept heures du matin on le trouva sans connaissance, les yeux fermés et fixes, la pupille dilatée, la chaleur de la peau naturelle dans tous les points du corps, les pulsations artérielles et les mouvements respiratoires à peines sensibles et irréguliers.

On eut de suite recours aux vomitifs, puis à l'emploi des excitants ; mais tout fut inutile, et le sujet succomba dans l'espace de cinq heures.

L'autopsie fit reconnaître les particularités suivantes : l'estomac contenait encore une petite quantité de poudre de cubèbe, mais ne présentait aucune trace d'inflammation. La membrane muqueuse intestinale n'était ni rougie, ni corrodée. Le foie, au contraire, la rate et les reins étaient gorgés d'un sang noir et liquide. Les poumons, le ventricule droit, et toutes les veines de la poitrine et de l'abdomen étaient dans le même cas. Les veines du cerveau présentaient aussi la même disposition, mais à un moindre degré. (*The Lancet.*)

Il est probable que les accidents développés dans ces deux cas n'étaient point dus à l'ingestion du cubèbe, mais à une poudre étrangère à ce médicament et qui avait servi à le falsifier, ou peut-être encore à l'invasion d'une fièvre pernicieuse.

Emploi thérapeutique de la glace et de la neige; par M. le docteur Pitschaft, de Bade.

On sait que l'on prescrit avec succès l'ingestion de petits fragments de glace dans les cas graves de hernies étranglées, d'iléus, de gastrite et d'entérite.

Zacutus Lusitanus a employé, contre la colique bilieuse, l'administration de la neige à la dose de quelques cuillerées à café répétée plusieurs fois par jour.

M. Pittschaft a combattu avantageusement de fortes hémoptisies par l'ingestion de morceaux de glace, et aussi par l'emploi des glaces sucrées que préparent les glaciers.

Suivant les circonstances, il convient d'adjoindre à ce moyen l'emploi des émissions sanguines ; mais l'auteur a soin de faire observer que ces déplétions vasculaires sont nuisibles, si l'hémoptisie est faible et se répète fréquemment. Au contraire, dans les cas de ce genre, on retire d'heureux résultats des applications de vessies remplies de glace ou des lotions froides pratiquées sur le thorax.

A l'intérieur, on doit donner du nitre, du sulfate de soude avec de petites doses d'opium. (*Hufeland's Journal.*)

Liniment vermifuge.

Pr.	Huile de ricin,	32 grammes.
	Huile d'absinthe,	15
	Huile de tanaisie,	15
	Teinture éthérée de bourgeons de fougère du docteur Peschier,	20 gouttes.

M. S. A.

On emploie ce liniment en frictions sur la surface de l'abdomen, et on peut même, dans un cas urgent, le rendre plus actif en faisant macérer un peu d'ail pilé dans l'huile de tanaisie.

Ce médicament, doué d'une véritable énergie, peut offrir une précieuse ressource au praticien lorsqu'il s'agit d'administrer des vermifuges à de jeunes enfants indociles et qui se refusent absolument à l'application de ces remèdes par quelque autre voie que ce soit. (*Journal de médecine.*)

NOUVELLES.

Académie des sciences, 20 novembre. — La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers aux sciences médicales.

Dans cette séance, M. Victor Mauvais a été nommé membre de l'Académie, section d'Astronomie, en remplacement de M. Bouvart.

— La nouvelle salle de dissection a été ouverte, lundi dernier, à MM. les étudiants en médecine. C'est à la sollicitude éclairée de M. le directeur de l'Ecole que nos jeunes gens doivent de pouvoir désormais étudier l'anatomie dans une salle où la lumière et l'air pénètrent et se distribuent d'une manière convenable. Soixante élèves au moins peuvent s'y livrer aux travaux anatomiques. Plus heureux que leurs prédécesseurs, les étudiants d'aujourd'hui pourront acquérir les connaissances de leur état sans s'exposer à contracter des maladies sérieuses, telles que rhumatismes, etc. L'installation du nouvel amphithéâtre est donc un événement doublement heureux pour MM. les élèves ; et M. Cauvière a, dans cette occasion, acquis un titre de plus à leur reconnaissance. (*La Clinique de Marseille.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 139. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 24 NOVEMBRE 1843.

Liberté de discussion.

PROCÈS INTENTÉ PAR M. JULES GUÉRIN CONTRE MM. MALGAIGNE ET VIDAL (DE CASSIS).

Aujourd'hui vendredi, l'audience a été reprise à deux heures et demie.

L'affluence est encore plus nombreuse que les jours précédents. On voit derrière les juges quelques magistrats, parmi lesquels on distingue M. Isambert, conseiller à la Cour de cassation.

La parole est aux défenseurs des prévenus pour la réplique.

MMes Bethmont, Plocque et Jules Favre prennent successivement la parole.

M. Malgaigne, après eux, termine sa défense par une allocution ferme et vigoureuse.

Il est impossible de rendre l'immense effet produit par ces quatre plaidoiries.

M. le président déclare que les débats sont clos, et renvoie le prononcé du jugement à mardi prochain à deux heures.

Adhésions à la déclaration de principes en faveur de la liberté de discussion.

(ONZIÈME LISTE.)

Société médicale de La Rochelle.

La Rochelle, 4 novembre.

A Monsieur le secrétaire de la Société de Chirurgie.

Monsieur,

La déclaration de principes relative à la liberté de discussion en matière scientifique que vous nous aviez adressée au nom de la Société de Chirurgie, paraît à la Société médicale de La Rochelle contenir des principes si incontestables qu'elle est étonnée qu'ils aient pu être mis en question. Elle proclame y adhérer pleinement et entièrement.

R. Casimir, président; Sauvé, secrétaire; Vanderbach, vice-président; C. D'orbigny père, archiviste; Godelier; Vivielle; L. Gaudin; Drouineau; Deletant; Mallet; Brossard; Bailluet; Cormurais; Meyer; Hubert; Ed. Romieux fils.

Société d'Agriculture, Sciences et Belles-Lettres de Rochefort.

Rochefort, le 5 novembre.

Monsieur,

La Société, dans sa séance du 25 octobre 1843, sans s'occuper des questions particulières qui ont provoqué la déclaration de principes exprimée dans votre circulaire du 19 octobre 1843, a adhéré complétement à ces principes qui lui ont paru d'une évidence incontestable.

Le secrétaire, MAGNÉ. Le président de la Société, LEFÈVRE.

Paris, 23 novembre 1843.

Mon cher confrère,

Malgré l'inutilité de mon nom dans une protestation aussi grave et aussi universelle que celle qui surgit aujourd'hui en faveur de l'un de nos *droits imprescriptibles*, de la LIBERTÉ DE DISCUSSION audacieusement mise en cause à cette heure à la 6e Chambre du tribunal civil de Paris, je m'empresse, à mon retour de la campagne, de venir vous demander place pour m'inscrire au grand jour en faveur d'une sainte cause!

Vous ne me la refuserez pas par la maxime *tardè venientibus*......, car — et vous avez bien voulu me faire l'honneur de le dire naguère encore dans ce Journal — je ne suis pas ordinairement le dernier à me lever quand il s'agit de faire rempart de ma plume ou de mon corps à la justice ou à la liberté menacée.

Recevez, etc. LA CORBIÈRE, D.-M.-P.

— M. Reboul, D.-M.-P. à Neuve-Lyre, nous prie de faire son adhésion pleine et entière à la Déclaration des médecins.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Cautérisation des téguments par le sublimé. Absorption. Salivation mercurielle. Mort. (Observation par le Dr BOUCHUT, interne, lauréat des hôpitaux et de la Faculté.)

Je vais rapporter avec quelques détails l'histoire d'un jeune enfant de deux ans qui a été victime de la plus fâcheuse des méprises.

Cet enfant portait, dans la profondeur des sillons graisseux que forme la peau des cuisses, de petites excoriations du derme, que l'on désigne sous le nom de *gerçures*. La mère avait pour habitude de laver avec soin ces parties, et de les saupoudrer avec le lycopode. Un jour elle se trompa, et prit dans le lieu qui renfermait la poudre de lycopode, une poudre à peu près semblable, jaunâtre comme elle, mais dure au toucher : c'était du sublimé corrosif impur, ainsi qu'il fut démontré par l'analyse. Elle se servit de cette substance comme elle eût fait avec la poudre de lycopode, et saupoudra la peau qui forme le pli de l'aine droite, la face interne du scrotum et la partie supérieure de la cuisse de ce côté.

Aussitôt l'enfant s'agite en poussant des cris. En vingt minutes, une escharre brune, de 4 centimètres carrés, se forme dans le pli de l'aine, la partie interne et supérieure de la cuisse et la portion correspondante du scrotum. Un liseré rouge et un gonflement uniforme, demi-transparent, large de 2 centimètres, semblable à une zone d'urticaire, la séparent des parties restées saines. Les bourses devinrent immédiatement très volumineuses et comme demi-transparentes; elles étaient d'un rouge livide avec tension considérable de la peau.

Je fis aussitôt donner un bain d'une heure, dans le but de calmer les premières souffrances de l'enfant et de favoriser la dissolution des molécules de sublimé dont la combinaison n'aurait pas encore eu lieu. L'opération fut répétée trois fois à douze heures d'intervalle.

Je décidai les parents à envoyer leur enfant à l'hôpital. Il fut admis, trente-six heures après l'accident, dans le service de M. Trousseau.

L'escharre était noire et sèche au milieu, un peu plus humide vers la circonférence. Là elle se trouvait recouverte par plusieurs phlyctènes remplies de sérosité purulente. Un cercle rougeâtre, dû au travail d'élimination, était parfaitement dessiné. L'auréole d'urtication avait disparu. Les bourses conservaient leur couleur, leur volume et leur tension extraordinaires.

L'enfant conservait une sérénité parfaite, sans réaction fébrile ni troubles gastriques. Un peu d'agitation s'était montrée dans la première nuit qui suivit l'accident.

Au bout de trois jours l'escharre commença à se détacher vers le scrotum; toutefois ce ne fut qu'au sixième que l'on put constater la présence de pus sur les pièces de l'appareil. Le scrotum, entièrement dégonflé, conservait une rougeur assez vive.

On appliqua sur cette escharre des compresses imbibées de liquides émollients, puis des compresses trempées dans une décoction de quinquina, et enfin des cataplasmes émollients.

Lorsque l'enfant succomba, il n'y avait que le tiers inférieur de la portion mortifiée qui fût détachée.

Le soir du deuxième jour qui suivit l'accident, les gencives devinrent douloureuses, autant qu'on en put juger par les signes de l'enfant. Elles étaient fortement gonflées, rouges et recouvertes d'une petite pellicule blanche fort mince. La langue, revêtue d'un enduit muqueux épais, présentait de chaque côté, sur son bord, une petite tache blanche semblable aux précédentes. L'haleine était fétide, et les glandes sous-maxillaires douloureuses.

Toute la muqueuse buccale participa rapidement à ces désordres. Au sixième jour elle était envahie de toutes parts. Le gonflement s'était propagé des gencives à la muqueuse de la voûte palatine et à celle qui recouvre la face interne de la joue.

Des escharres grisâtres s'étaient formées, l'une sur la lèvre inférieure, et s'étendait à la partie correspondante de la gencive, les autres de chaque côté du bord alvéolaire supérieur, au niveau des dents molaires; elles s'étendaient à la face interne de la joue qui, en ce point, présenta une induration considérable du tissu cellulaire avec rougeur de la peau et imminence de sphacèle. D'autres escharres existaient aussi sur les cotés de la langue, près de sa face inférieure.

Chaque escharre était formée par une pellicule blanchâtre, comme pultacée, au-dessous de laquelle les chairs étaient fongueuses et saignantes.

Nous vîmes s'accomplir ensuite le sphacèle des gencives, la dénudation du rebord des os maxillaires et la chute de plusieurs des dents incisives inférieures. L'haleine était d'une fétidité repoussante. La salivation était peu considérable et difficile à constater chez cet enfant, qui avalait sans cesse les produits de cette sécrétion. On cautérisa d'abord la muqueuse avec la poudre d'alun, puis avec l'acide chlorhydrique affaibli, et l'on porta enfin sur les escharres un pinceau chargé d'acide nitrique.

Aucun de ces moyens ne parut modifier et entraver la marche des accidents.

A plusieurs reprises il s'effectua, par les surfaces ulcérées au-dessous des escharres de la muqueuse buccale, des hémorrhagies considérables. Une partie du sang était avalée, l'autre rejetée au-dehors avec quelques débris de muqueuse sphacelée.

Le treizième jour il parut sur la face et sur le nez un grand nombre de pustules remplies de pus et entourées d'un petit cercle rougeâtre.

La mort eu lieu au quinzième jour.

Pendant toute la durée de la maladie il n'y eut pas de désordres gastriques, pas de diarrhée ni de vomissements. Le lendemain de la première hémorrhagie buccale il y eut un vomissement de matière noire formée par le sang ingéré et transformé. Le surlendemain il y eut une selle noire, circonstance qui s'explique de la même manière.

La fièvre, nulle pendant les premiers jours, s'établit vers la fin du premier septenaire, et ne cessa plus qu'avec la vie.

L'enfant conserva jusqu'à la veille de la mort son aménité ordinaire, puis il tomba dans la prostration. Le facies s'altéra presque tout à coup, devint terne et grisâtre, les chairs perdirent toute fermeté. Il s'établit enfin un peu de toux et une fréquence considérable de respiration avec dyspnée légère et râle trachéal. Ce fut la dernière salivation de cet organisme terrassé par l'infection mercurielle.

Autopsie. — Nous avons pu constater la dénudation du bord alvéolaire et de la voûte palatine.

La muqueuse, énormément tuméfiée, avait pris une couleur verdâtre. Au-dessous des escharres des joues et des lèvres, les chairs étaient inégales, fongueuses, semées de points rouges, qui exhalaient encore un peu de sang.

La glande parotide n'était point gonflée. La glande sous-maxillaire, assez volumineuse et molle, restait fort pâle.

L'estomac renfermait une notable quantité de sang convertie en bouillie noirâtre. Les tuniques, pâles, n'offraient aucune altération. La muqueuse était dans un état d'intégrité parfaite.

Dans l'intestin, mêmes matières noires; aucune autre altération.

L'escharre de la cuisse, d'un vert noirâtre, molle, infecte, était encore adhérente aux parties profondes. Elle était un peu détachée à la circonférence; elle avait un centimètre de profondeur; elle comprenait toute la couche graisseuse, énorme chez un enfant, et s'étendait jusqu'aux muscles et à l'épine du pubis, qui était mise à nu et parfaitement respectée.

Léger engouement du bord postérieur des poumons. On trouve, en arrière du lobe supérieur du poumon droit, un seul petit noyau de pneumonie lobulaire au deuxième degré.

— Les circonstances les plus importantes de cette observation sont relatives à l'âge du malade, au mode d'absorption du mercure et aux phénomènes qui ont suivi cette absorption. Elles nous fourniront le sujet de quelques remarques intéressantes pour la pathologie en général, et principalement pour la pathologie de la première enfance.

Tout le monde sait combien il est rare d'observer chez les enfants, à la suite de l'administration du mercure, le gonflement des gencives, le gonflement des glandes salivaires et les autres accidents hydrargyriques. On sait encore que les très jeunes enfants sont plus réfractaires à l'action physiologique du mercure que les enfants plus âgés; en un mot, qu'il existe dans l'âge des sujets une condition d'opportunité pour le développement des accidents mercuriels.

Ces propositions, que connaissent tous ceux qui ont étudié les affections de l'enfance et que personne ne peut songer à contredire, sont cependant inexactes dès qu'on les énonce d'une manière trop absolue.

Ainsi les accidents hydrargyriques sont rares chez les enfants, mais leur développement est possible. J'en apporte ici la preuve et pourrais en ajouter une autre dont le sujet est encore sous nos yeux dans la clinique de M. le professeur Trousseau.

C'est un enfant affecté d'une laryngite chronique, pour laquelle on prescrivit l'usage des pastilles de calomel et les frictions matin et soir sous les aisselles avec l'onguent napolitain. Quinze jours après le gonflement des gencives était assez considérable pour forcer à interrompre la médication. Ces accidents, qui n'eurent aucune suite, disparurent en peu de jours.

Il est donc certain que les enfants comme les adultes sont susceptibles d'éprouver des dommages sous l'influence de l'administration des mercuriaux. Ici on les observe chez un enfant dont la peau se trouve profondément cautérisée par le deuto-chlorure de mercure, et cela n'a rien d'extraordinaire; là, c'est chez un jeune enfant auquel ce médicament était administré avec la sagesse et la prudence convenables; ailleurs ce sera, comme nous l'avons vu, chez un nourrissondont la mère était soumise à un traitement hydrargyrique.

Resterait à déterminer la susceptibilité relative de l'enfant et de l'adulte. La rareté de l'intoxication mercurielle chez les premiers, sa fréquence chez les autres, suffisent, je crois, pour juger la question. On peut, d'après ce seul fait, soutenir que l'adulte se trouve dans des conditions plus favorables aux développements des accidents dont nous venons de parler.

Au moment de l'apparition des premiers symptômes hydrargyriques, il n'y avait pas le moindre doute possible à élever sur leur origine; ils étaient la conséquence de l'absorption du deuto-chlorure de mercure. Cependant la peau était en quelque sorte tannée; une escharre s'était produite, qui avait séparé d'avec les parties vivantes les tissus combinés avec la sub-

stance mercurielle. L'on pouvait penser que les vaisseaux absorbants fermés par la cautérisation, apporteraient un obstacle à l'introduction du mercure dans l'économie.

Ces prévisions ont été détruites. L'escharre très profonde, formée par la combinaison intime des tissus avec le sublimé, devint une source inépuisable dans laquelle aspiraient sans relâche les vaisseaux voisins. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer les épouvantables désordres de la bouche que rien ne put maîtriser. Les topiques appliqués sur les parties malades devenaient inutiles, dès l'instant que l'imprégnation mercurielle continuait à s'y faire et entretenait le mal que l'on se proposait de combattre.

Ce phénomène d'absorption à travers une escharre n'est pas sans analogue. Jadis les chirurgiens se servaient de pâtes arsénicales comme d'un caustique utile ; ils ont été obligés d'y renoncer à cause des accidents d'empoisonnement qui se sont développés dans plusieurs circonstances. L'absorption s'opérait non seulement sur les plaies et les muqueuses, mais encore sur la peau saine et recouverte de son épiderme.

Il ne faut pas, après l'exposition des circonstances qui précèdent, s'étonner de la gravité des accidents hydrargyriques développés chez notre malade. L'intoxication mercurielle a été complète.

L'enfant présenta successivement la stomatite avec formation d'escharres gangréneuses sur les gencives et les joues, le développement de pustules sur la peau, la diffluence du sang et la tendance aux hémorrhagies. Il tomba enfin dans le marasme et succomba.

L'absorption s'effectua très rapidement. Les accidents parurent deux jours après l'application du sublimé sur la peau, et débutèrent par le gonflement des gencives. Ces parties furent bientôt recouvertes d'une pellicule blanchâtre ; l'haleine devint fétide ; les ganglions sous-maxillaires augmentèrent de volume. Alors seulement commença une salivation dont on ne peut apprécier l'abondance à cause de la position dorsale de l'enfant.

Le gonflement inflammatoire augmenta rapidement et fut presque aussitôt remplacé par le sphacèle ; des escharres s'établirent çà et là sur le bord alvéolaire et amenèrent la dénudation des os. Les dents, libres dans leurs alvéoles, tombaient sans effort.

D'autres escharres parurent sur la surface interne des lèvres et des joues. Il se forma dans les points correspondants au milieu du tissu cellulaire des noyaux inflammatoires étendus à toute l'épaisseur de la paroi buccale. Ces noyaux se traduisaient à l'extérieur par le gonflement, la rougeur et la sensibilité de la peau. Comme on le voit, la gangrène de la bouche était imminente : elle aurait infailliblement eu lieu si la mort ne fut venue mettre un terme à la désorganisation.

On vit en même temps paraître sur la peau du front et du nez un assez grand nombre de taches rougeâtres, cuivrées, qui en vingt-quatre heures se transformèrent en pustules saillantes, coniques, dont le centre, devenu grisâtre, était rempli de pus bien lié.

Il faut aussi rapporter à l'intoxication mercurielle la disposition hémorrhagique où s'est trouvé l'enfant pendant plusieurs jours. Au moment de la chute des escharres de la muqueuse buccale, le sang coulait avec abondance, ce qui n'aurait probablement pas eu lieu sans la diffluence considérable de ce liquide.

Avec ce dernier phénomène, constatons une particularité relative aux transformations du sang dans l'estomac ; cela peut être utile dans les maladies de cet organe.

L'enfant avalait une assez grande quantité de sang; il le vomissait peu d'heures après sous forme de grumeaux noirâtres, terreux et semblables aux grumeaux du vomissement noir des personnes affectées de carcinome stomacal. Les selles avaient également une couleur noirâtre due à la même modification du sang opérée par les acides de l'estomac et des intestins.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur rare du genou. Difficulté du diagnostic. Amputation du genou. Examen de la pièce pathologique.

Huart Charles Edouard, âgé de vingt-neuf ans, couché au numéro 1er, exerçant la profession de cuisinier, se présenta à la Charité vers le mois de septembre; il s'ennuya de l'hôpital, demanda à sortir en promettant de revenir pour se soumettre à l'opération que M. Velpeau lui avait déclaré être indispensable. Cet homme est d'une constitution assez bonne ; il dit n'avoir jamais fait de maladie grave ; il porte une tumeur au genou droit, dont il a commencé à souffrir il y a douze ans, dit-il, mais il paraît que depuis six ans surtout les douleurs ont acquis plus d'intensité. Il a été déjà traité dans un des hôpitaux de Paris, et, chose assez remarquable, c'est pour une maladie de la hanche qu'on l'a soumis à des médications assez énergiques, puisqu'il porte les traces de six ou huit cautères appliqués autour de cette région. Cependant alors comme aujourd'hui il souffrait du genou, seulement comme la tumeur dans ce lieu n'existait pas, l'étonnement que doit causer un pareil traitement cesse puisqu'on sait que dans la coxalgie les malades accusent la souffrance au genou, bien que le siége du mal soit dans l'articulation coxo fémorale. La tumeur actuelle n'étant pas encore appréciable, on comprend comment on a pu croire à une affection de la hanche. En sortant de cet hôpital, il a subi un traitement qui n'a eu aucun résultat.

Aujourd'hui ce malade se présente à notre examen avec une douleur vive dans le genou, vive surtout à la pression ; il a ressenti des élancements à diverses époques. La tumeur qu'on aperçoit à la partie interne, au-dessous du condyle interne du fémur est bosselée, elle fait, à proprement parler, partie du genou ; sa base est large, mal circonscrite ; si on la presse dans divers points on reconnaît qu'elle est dure dans certaines de ces parties et molle dans d'autres ; de plus, et c'est là un caractère qui mérite la plus grande attention, si on touche cette tumeur superficiellement, on ne voit pas qu'elle soit le siége de battements ; mais si l'on place le doigt sur elle et qu'on l'y laisse long-temps on ne manque pas alors de distinguer un mouvement d'expansion, de véritables pulsations, enfin on y aperçoit un bruit de souffle.

De quelle nature est cette tumeur ? C'est une question qu'il n'est pas facile de résoudre, si ce n'est peut-être en passant en revue toutes celles qui peuvent se présenter dans ce lieu et avec ces caractères.

On observe dans le point où elle est placée des tumeurs tuberculeuses, purulentes, des kystes, des anévrismes et des cancers.

Les tumeurs tuberculeuses ne sont pas rares sans doute, mais le plus communément elles sont indolentes, et d'ailleurs elles surviennent chez les sujets lymphatiques : rien n'indique chez cet homme l'existence de cet état. La tumeur n'est évidemment pas des deux espèces suivantes. Il reste à opter entre un anévrisme et une tumeur cancéreuse. Si elle ne présentait pas de pulsations, qu'on ne perçût rien par l'auscultation, qu'on ne sentît rien avec la main, le diagnostic serait promptement éclairci ; mais, nous l'avons dit, il y a des battements, il y a du souffle même et, bien plus, quand on comprime l'artère fémorale ces battements cessent.

Ne se trouve-t-on pas alors pressé de conclure que la tumeur est un anévrisme, surtout en réfléchissant qu'il est un caractère assez important qui vient en aide à ce diagnostic, à savoir : que les tumeurs cancéreuses ont en général une marche plus rapide ; cependant on aurait tort de décider d'après ces faits qu'il s'agit d'une tumeur anévrismale, car il y a des tumeurs qu'on a vu présenter tous les mêmes caractères que celles-ci, et cependant ce n'étaient point des anévrismes.

Il y a une douzaine d'années, M. Velpeau a vu une tumeur dans les régions parotidienne et sous-maxillaire, offrant tous les symptômes caractéristiques d'un abcès; elle était fluctuante, et rougeâtre ; il se décida à l'ouvrir. Au moment où tenant le bistouri d'une main il embrassait la tumeur de l'autre, il sentit avec cette dernière des battements tellement distincts qu'il n'osa plus enfoncer l'instrument, effrayé des conséquences que pouvait avoir l'ouverture d'un anévrisme de cette région. Il fut cependant constaté qu'il ne s'agissait d'autre chose que d'une tumeur encéphaloïde avec quelques points ramollis. Comment expliquer les battements dont cette masse était le siége ? Par le lieu même où elle siégeait, située qu'elle était sur les carotides et soutenue dans divers points par les os, les pulsations de ces artères la soulevaient et lui donnaient l'apparence qui fit croire à une erreur de diagnostic.

M. Velpeau a vu encore, il y a quatre ou cinq ans, avec M. Bréon, un jeune homme traité pour un abcès par congestion ; après avoir temporisé, il fut décidé que M. Velpeau en ferait l'ouverture. Le jour fut pris, tout fut préparé, mais avant de procéder à l'opération il plaça l'oreille sur la tumeur et il entendit le bruit de forge très prononcé ; il fit part de cette découverte au médecin ordinaire, et résolut de ne faire qu'une ouverture fort petite ; le sang sortit par jets. Le malade mourut au bout de quelques mois, et on trouva à l'autopsie une masse colloïde avec quelques points ramollis.

De la connaissance de ces faits on est porté à conclure qu'il ne suffit pas qu'une tumeur soit le siége de battements, pour qu'on doive nécessairement la regarder comme anévrismale. Dans le cas qui nous occupe, par exemple, on ne peut choisir qu'entre ces deux sortes de lésions, un cancer ou un anévrisme. Et de quelle importance n'est-il pas que la question soit résolue si nous arrivons à parler de la thérapeutique. La tumeur est-elle un anévrisme? c'est à la ligature qu'il faut recourir. Est-ce un cancer? C'est l'amputation qu'il faut pratiquer. C'est-à-dire que dans un cas on devra faire une opération qui, bien que grave, laissera au malade son membre dans toute son intégrité, et que, dans l'autre, on ne devra pas balancer à amputer la cuisse. La certitude du diagnostic est donc ici ce dont on doit se préoccuper le plus; car s'il est des circonstances où, dans l'impossibilité où l'on est d'arriver à cette certitude, il est permis de mettre en œuvre un traitement qui conviendra, que ce soit l'une ou l'autre des affections entre lesquelles on hésite, il n'en est pas de même dans le cas actuel où l'un des traitements sera certainement le seul efficace.

Qu'on connaisse, en effet, ce que la science possède de cas analogues. Il y a dans le Répertoire d'anatomie et de chirurgie, l'observation d'un fait tout semblable à celui dont nous parlons, dans lequel M. Lallemand pratiqua la ligature qui fut suivie, dit-on, de succès. Mais Dupuytren la fit aussi pour une tumeur pareille; elle diminua d'abord, puis reprit son volume: il fallut amputer. M. Velpeau, appelé près d'une dame pour une tumeur sur le condyle externe du fémur, lia la crurale dans la pensée d'un anévrisme des os; l'opération en elle-même réussit parfaitement ; la maladie diminua. Mais au bout de six mois, il fallut faire l'amputation ; la tumeur continuait à prendre de l'accroissement. Un autre fait du même genre fut encore observé par M. Velpeau, il y a quatre ou cinq ans. Une jeune fille de dix-neuf ans portait une tumeur sur le trajet de la tête du péroné. Une ponction ayant été pratiquée, le sang s'élança par jets, et l'on crut à un anévrisme des os. On fit l'amputation ; la malade guérit. Il s'agissait d'une masse cancéreuse.

Il n'y a donc guère, parmi les faits que nous venons de citer, et qui se rapprochent du cas qui nous occupe, que celui de M. Lallemand dans lequel la ligature paraisse avoir amené la guérison de la malapie ; mais comme l'observation en a été publiée peu de temps après l'opération, il serait fort possible qu'il fut arrivé ce que nous avons vu survenir chez la malade de M. Velpeau, c'est-à-dire, que la maladie ait diminué d'abord pour reparaître ensuite.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels il faut ranger Scarpa, Pearson, Boyer, M. Roux, ont cité des cas analogues.

Or, dans des affections de cette espèce, du moment où il y a autre chose qu'un anévrisme, il est évident que la ligature devra être insuffisante, et ne mettra pas le malade à l'abri de l'amputation. En la pratiquant, c'est donc l'exposer à deux opérations très graves, dont la première aura été presque certainement inutile.

Ces considérations acquièrent une haute valeur, si l'on examine le mal avec l'attention scrupuleuse qu'il mérite. On voit que bien qu'il y ait des pulsations dans la tumeur, elles n'occupent qu'une certaine portion de sa masse ; que de plus, elles sont assez peu marquées pour passer complètement inaperçues si l'attention n'est pas fortement attirée sur elles. De plus, il y a de la douleur; le malade nous a dit avoir éprouvé des élancements ; enfin, la dureté des bords et les caractères précédents portent M. Velpeau à penser qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse de nature colloïde ou cérébriforme.

Quant aux pulsations dont cette masse est le siége, dit-il, l'explication n'en est pas très facile à donner, et celles que nous hasarderons ne satisfera peut-être pas complètement. Nous pensons que quelques-unes de ces tumeurs sont le siége de battements, parce que les artères qui passent derrière ou les traversent, trouvant d'un côté un point d'appui sur les os, et de l'autre des parties molles dans la portion dégénérée, tout le mouvement dont sont agités ces vaisseaux se communique à quelques parties de la tumeur, plus susceptibles que les os, ou les portions dures de la masse, d'être soulevées par lui. Le mouvement circulatoire des capillaires peut aussi ne pas être étranger aux pulsations et au souffle que l'on perçoit dans les tumeurs qui ne sont point anévrismales. Qui ne sait que certains ulcères irrités présentent des battements et la sortie du sang par jets.

La tumeur occupe spécialement le condyle interne, et puisque l'amputation du membre est la seule ressource que peut offrir la chirurgie au malade, on pourrait songer peut-être à la désarticulation ; mais deux raisons doivent faire repousser cette idée. D'abord, il y a lieu de craindre un prolongement de la tumeur dans le jarret ; et ensuite, il est de règle, toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur de mauvaise nature, de celles que nous appelons malignes, de ne point amputer dans son voisinage. Nous pouvons ajouter encore que la désarticulation n'offre pas, quant au résultat de l'opération en elle-même, de chances plus favorables que l'amputation de la cuisse, et que par conséquent, puisque celle-ci réunit d'ailleurs d'autres avantages, c'est à cette opération que nous devons nous arrêter.

Le malade est dans des conditions favorables; il a été examiné avec soin; il n'a pas de lésions organiques, pas de tubercules, pas de ganglions engorgés dans l'aine. La seule circonstance fâcheuse, c'est que les raisons qui ont fait appliquer les cautères à la hanche doivent faire craindre qu'il n'y ait dans cette région quelqu'autre racine du mal ; cependant cet homme affirme n'avoir jamais, même alors, souffert que du genou.

L'amputation a été pratiquée immédiatement par la méthode circulaire.

La tumeur était, en effet, de nature cancéreuse. Elle se présentait sous la forme d'une bosse en dehors et dans le jarret. Le fémur, scié dans sa longueur, était parfaitement sain. Un prolongement de la tumeur semble appartenir à la capsule. A la partie externe du fémur se voit aussi une plaque de tissu morbide, qui s'étend jusque sur le condyle externe du tibia. Les vaisseaux et les nerfs poplités croisaient par leur direction celle de la tumeur. La tête du tibia, sciée sur plusieurs points, laisse voir une caverne et une masse du tissu cérébroïde qui la détruit en grande partie.

Nous ne pouvons terminer cette observation sans faire remarquer tout ce qu'elle présente de vraiment intéressant, c'est-à-dire, l'immensité de notions indispensables pour ne pas commettre d'erreurs de diagnostic, et ce fait si remarquable, qu'une tumeur cancéreuse peut présenter des pulsations.

Corps fibreux de l'utérus. Distinctions à établir entre les polypes de cet organe. Opération.

Marie Hublot, âgée de trente-huit ans, de Chaudrey (Aube), est entrée le 11 novembre à la Charité. Cette femme, d'une bonne constitution, ressentit des douleurs de reins, accusa des flueurs blanches, puis fut prise d'hémorrhagie. Elle consulta un médecin, qui reconnut un polype, et elle vint à Paris pour se faire opérer. Le polype est situé dans le côté droit de l'utérus, et présente les caractères ordinaires de corps fibreux.

Il n'est pas sans intérêt ici d'entrer dans quelques détails sur les différentes espèces de polypes qu'on peut rencontrer dans cette région. Il faut dire d'abord que les polybes de l'utérus sont une maladie fréquente, et qu'il est important de les savoir bien distinguer, parce que, selon leur espèce différente, ce n'est véritablement pas la même forme de maladie, et parce que, selon leur nature diverse, les moyens qui doivent être mis en usage pour en débarrasser les malades, doivent varier comme cette nature même.

En tête des principales catégories de polypes utérins, il faut placer les polypes fibreux. Les corps fibreux proprement dits sont des sortes de pelotons nés dans l'épaisseur de la matrice, et qui ont été étudiés spécialement par Bell, M. Hervez de Chegoin, etc., etc. C'est donc dans le parenchyme de l'organe qu'on les rencontre, et l'on comprend qu'à cause de ce siége ils peuvent se développer tantôt du côté de la cavité de l'utérus, tantôt du côté du péritoine; dans d'autres cas, ils restent entre les deux. Quelque part qu'ils soient, ils ne sont toujours qu'enveloppés par le tissu sain; ils restent, pour ainsi dire, isolés au milieu de ce tissu, et il est possible de les énucléer comme on ferait, pour nous servir d'une comparaison assez exacte, d'un noyau de pêche qu'on forcerait à sortir de la pulpe du fruit.

Sous le point de vue du principe qui donne naissance à ces productions, il y aurait à examiner si leur point de départ est un caillot sanguin ou toute autre chose ; mais c'est là un sujet de discussion auquel nous ne toucherons pas, parce que cela est de peu d'importance pour le diagnostic et pour la thérapeutique.

Ce qu'il est utile de savoir, c'est que cette espèce de polype est, de toutes, la moins mauvaise. On en débarrasse ordinairement les malades assez facilement, et sans que l'opération soit, dans la généralité des cas, suivie d'aucun accident, quelquefois même il ne survient pas de fièvre après leur enlèvement. M. Velpeau fut appelé à Bergues pour procéder à l'extirpation d'un polype de cette nature ; il avait la grosseur des deux poings, et avait été pris pour un cancer par plusieurs personnes ; après quelques tractions très légères, la masse se détacha avec tant de facilité, qu'on put dire réellement que l'opération s'était faite seule. M. Velpeau avoue qu'il se crut dans la nécessité de faire semblant de couper quelque chose pour que cela eût au moins l'air d'une opération. Il en a opéré un entre autres à l'hôtel de la Monnaie, un troisième à la Pitié ; celui-ci était tellement volumineux, que M. Chassaignac, qui assistait M. Velpeau, émit l'idée d'en couper une tranche pour faciliter l'extraction du reste ; ce que fit M. Velpeau. Quelques jours après, la malade se promenait dans les salles. Souvent on incise la couche de tissus qui les recouvre, et l'on peut alors les énucléer, sans hémorrhagie et presque sans accidents consécutifs.

Pour résumer ceci, nous devons donc dire que les polypes de cette nature n'entraînent que peu de dangers dans leur extirpation, quelque gros qu'ils soient, et cela est très important à savoir ; car il en est d'autres qui sont loin de présenter cette bénignité, comme nous le verrons bientôt.

Il est une autre espèce de polype fibreux qui se continue avec le tissu utérin ; mais ce tissu lui-même est malade. Ces derniers se portent très rarement du côté du péritoine, le plus souvent ils proéminent du côté de la cavité utérine et du vagin. Ce sont de véritables végétations qui partent de la muqueuse ; ils ne dépassent guère, en général, le volume d'un œuf. Il est un caractère sur lequel il n'est pas sans intérêt d'insister, et qu'il est bon de noter pour venir en aide au diagnostic ; c'est qu'ils ont dans la forme quelque chose qui les distingue de la physionomie que présentent les autres ; ils sont plus allongés que les premiers, plus cylindroïques ; leur pédicule est ordinairement assez large et assez long ; de plus, les corps fibreux sont durs, élastiques, tandis que les autres sont moelleux. Ces caractères sont fort utiles, comme on le voit ; mais il est un point qui doit frapper plus que tous les autres dans leur histoire. C'est qu'ils donnent lieu à des hémorrhagies, et cela se comprend, puisque le tissu même de la matrice est malade.

Quelle conclusion tirer du rapprochement de ces deux variétés de la même affection ?

Une, qui, selon nous, est de la plus haute importance pour le pronostic ; car selon que se présentera l'un ou l'autre de ces espèces de polypes, la même opération n'exposera dans un cas à aucun accident sérieux, dans l'autre à l'hémorrhagie et à la péritonite. Nous ne voulons pas dire que l'opération, pour les polypes de la meilleure espèce, ne sera jamais suivie d'aucun accident ; nous disons seulement que dans la généralité des cas il en sera ainsi.

Il est encore d'autres espèces de polypes qu'on rencontre dans l'utérus, les polypes muqueux, espèces de végétations fongueuses, globuleuses, ou de formes variées. Ils deviennent rarement gros ; mais ils entretiennent des hémorrhagies abondantes, ils sont veloutés et caractérisés par une certaine mollesse. Très souvent ils sont multiples. C'est l'espèce qu'on rencontre souvent dans les fosses nasales.

Enfin les polypes fibrineux sur lesquels M. Velpeau a appelé l'attention des chirurgiens, et qui ont fourni à M. Marchal l'occasion d'un excellent mémoire, sont des concrétions fibrineuses qui prennent des adhérences avec la muqueuse de l'utérus.

En 1829, appelé près d'une malade qui avait été examinée par un médecin de la ville, M. Velpeau la trouva souffrant depuis quinze à vingt jours seulement. Il découvrit par le toucher un polype de la grosseur d'un petit œuf environ ; mais en la touchant une hémorrhagie se manifesta ; on fit ce qui était nécessaire pour l'arrêter, et huit jours après le jour fut pris pour l'extraction ; la malade fut couchée, le polype se détacha très facilement avec la main ; cette concrétion parut être du sang, et il y eut tout lieu de croire qu'à la suite d'une perte utérine un petit caillot s'était arrêté et tendait à s'organiser. Chez une autre femme âgée de quarante ans à peu près, et réglée d'une manière fort irrégulière depuis dix ans, ayant tantôt des hémorrhagies légères, tantôt restant plusieurs mois sans avoir ses règles, M. Velpeau trouva une petite languette très molle qui allait se rendre dans l'utérus ; elle fut excisée avec beaucoup de facilité, et il était de toute évidence qu'elle était constituée par de la fibrine.

Comme nous le disions, il est donc démontré pour M. Velpeau que cette espèce de polype a pour racine des concrétions fibrineuses chez lesquelles des adhérences s'organisent avec la muqueuse de l'utérus. Du reste, ces sortes de polypes peuvent être enlevés très facilement et sans danger aucun.

Si l'on a suivi les considérations précédentes, on en conclut nécessairement que les polypes muqueux surtout sont perfides, et qu'ils peuvent après leur enlèvement donner lieu à des hémorrhagies fort inquiétantes.

Une dame haut placée fut opérée par M. Velpeau d'un polype gros comme un grain de raisin et pédiculé ; le pédicule n'avait certainement pas plus de deux millimètres d'épaisseur. L'opération fut des plus simples ; dans la nuit, une hémorrhagie se manifesta ; le tamponnement fut pratiqué ; une circonstance fortuite empêcha M. Velpeau de voir la malade le lendemain ; l'hémorrhagie reparut. Quand il arriva, la malade était sans connaissance et dans l'état le plus alarmant ; elle survécut cependant : mais ce fait suffit pour prouver quelle attention méritent les opérations faites sur cette espèce de polypes. On ne saurait donc être trop prévenu de la défiance que doivent inspirer les polypes muqueux et les polypes fibreux de la seconde catégorie.

Pour revenir à notre malade, celui qu'elle porte n'a été reconnu que il y a quelques semaines ; il est globuleux, assez résistant ; il y a lieu de penser qu'il s'agit d'un corps fibreux ou d'un polype fibrineux ; par conséquent tout indique que le pédicule, qui est fort petit, du reste, étant coupé, il n'y aura pas d'hémorrhagie, et que tout se passera bien.

L'opération de l'excision des polypes est assez compliquée dans les livres ; on indique une infinité de précautions, des instruments nombreux. Tout cela vient, sans contredit, de ce que la plupart des chirurgiens pensent qu'il est absolument nécessaire d'amener le pédicule à l'extérieur pour en pratiquer la section. Tous ces embarras, toutes ces difficultés disparaissent en rejetant ce précepte comme inutile. Il suffit en effet, dans le plus grand nombre de ces opérations, de saisir le polype avec une pince de Muzeux, de manière à faire tendre son pédicule, puis on porte les doigts jusqu'au point où il se trouve, et avec des ciseaux courbes ou un couteau courbe, ou même un bistouri boutonné, on le coupe assez facilement. C'est de cette manière une opération extrêmement simple.

Il faut remarquer seulement que ces règles ne sont applicables qu'à l'exercice des polypes fibreux ; car les polypes muqueux se déchirent le plus souvent sous l'action de la pince.

L'opération est pratiquée d'après la méthode ci-dessus. La végétation a tous les caractères anatomiques d'un polype fibreux.

Docteur PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 octobre 1843. — Présidence de M. CORNAC.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Elle renferme : 1° Une lettre de M. le docteur Gustave Seydel, secrétaire de la Société physique et médicale de Dresde, par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant. Il envoie, à l'appui de sa candidature, deux brochures : l'une est un traité des eaux de Vichy ; l'autre, un mémoire sur le catarrhe de la vessie. —M. Lubanski est nommé rapporteur.

2° Un ouvrage de M. Auguste Guastalla, de Trieste, ayant pour titre : Etudes sur l'eau de mer. — M. Mojon, rapporteur.

3° Un autre de M. Florent Cunier : Recherches sur l'emploi de quelques combinaisons de cyanogène dans le traitement des maladies des yeux. — M. Caffe, rapporteur.

4° Analyse des Eaux minérales dans les états sardes ; par M. Berlini. — M. Brierre de Boismont, rapporteur.

5° Du Phimosis et du Paraphimosis accidentels, et de l'efficacité de la belladone dans ces maladies ; par M. P. Mignot.

6° Une Observation d'un cas de fistule vésico-intestinale, suivie de Considérations anatomo-physiologiques et pathologiques ; par le docteur Barbier de Melle.

— *M. Hipp. Larrey* offre à la Société un exemplaire du discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'érection de la statue de Bichat à Bourges.

— *M. Lubanski* fait un rapport sur un travail présenté par le docteur Mackiewicz, ayant pour titre : De la Mue dans l'organisme humain. Il conclut en faveur de la nomination de l'auteur comme membre correspondant. (Adopté.)

— *Nouvel appareil réfrigérant. — M. le Dr Henri Blatin* présente un appareil de son invention destiné à la réfrigération de la tête dans toutes les affections aiguës ou chroniques de cette région, et auquel il a donné le nom de rigocéphale. C'est un bonnet à doubles parois, flexible, qui enveloppe la tête de toutes parts et se moule sur elle. Un cercle métallique forme la base du rigocéphale, et sur lui sont liées à demeure des vessies qui sont destinées à contenir l'eau dont la tête est entourée, ce cercle est un canal qui s'ouvre à la partie occipitale de l'appareil pour l'entrée du liquide, et à la partie coronale pour sa sortie. Le liquide y est versé par un siphon, et en est remporté par un tuyau de décharge. On voit, d'après la disposition des ouvertures que nous venons d'indiquer, qu'il y a un cours d'eau continu entre les enveloppes : 400 litres d'eau peuvent s'y renouveler dans les vingt-quatre heures.

Les vessies qui constituent les parois du bonnet réfrigérant ont été rendues imperméables et imputrescibles par un procédé particulier de tannage que M. Blatin a imaginé.

La tête du malade repose mollement dans la cavité du rigocéphale, sans avoir aucun poids à supporter. Des anneaux soudés aux parties latérales du cercle métallique permettent d'assujétir l'appareil si le malade est indocile ou agité, ou encore de le suspendre au-dessus de sa tête s'il veut rester assis. Six grandeurs différentes s'accommodent aux diverses variétés de forme et de volume que la tête peut présenter. A l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bérard, ce rigocéphale a fonctionné pendant cinq jours consécutifs, appliqué à un individu atteint d'une fracture du crâne. Ce malade a succombé. On a pensé que la mort aurait été plus rapide sans l'emploi de cette puissante et permanente réfrigération.

Choléra morbus. — M. Brierre de Boismont cite un cas de choléra qu'il a observé la semaine dernière. Le malade a succombé en 24 heures, quoi qu'on ait pu faire.

M. Boulard dit qu'il a vu dans ces derniers temps trois malades également affectés de choléra ; aucun d'eux n'a succombé.

Traitement uniforme des différentes espèces de sciatique. — M. Caffe. Pendant son séjour à Paris, en décembre 1842, le célèbre professeur d'ophthalmologie à l'université de Naples, M. Quadri, me raconta que le docteur Petrini, directeur de la clinique de chirurgie d'Aquilla, ville des Abruzzes, avait publié, il y a environ dix ans, un mémoire dans lequel il faisait connaître un moyen sûr de guérir toutes les névralgies sciatiques, et ce moyen consiste dans l'application, entre l'avant-dernier et le dernier orteil appartenant au membre malade, d'un cautère olivaire rougi à blanc. Ce cautère doit être porté sur cette région où le nerf se bifurque pour fournir ses branches collatérales aux deux derniers doigts du pied et doit être retenu là cinq ou six secondes. On panse ensuite avec du cérat simple et on laisse la cicatrice se former.

Depuis un temps fort éloigné, un moine capucin parcourait les villes et les campagnes, muni de ce fer qu'il portait dans sa poche et dont il ne se dessaisissait jamais.

Le professeur Quadri a répété souvent cette opération à Prato, en Toscane, avec un plein succès.

J'étais sous la préoccupation de ces souvenirs, lorsque dans le cahier de la Revue médicale du mois d'août de cette année (p. 560), je lus un article sur le traitement de la sciatique qui apprenait qu'il existe à Cassano un femme jouissant de la réputation de guérir les névralgies sciatiques. Les moyens qu'elle emploie et auxquels elle doit ses nombreux succès, consiste en l'application d'une certaine herbe sur le talon, herbe qui y produit une plaie. Divers médecins, étonnés des résultats obtenus par ce moyen, ont soupçonné d'abord et ont ensuite reconnu que le remède si renommé était la feuille fraîche du *ranunculus sceleratus*, qui, comme on le sait, jouit d'une action vésicante énergique.

Le docteur Russi Fioravente a tiré parti de cette découverte ; et afin d'avoir un médicament facile à se procurer en toute saison, car le ranunculus ne croît qu'en été et en automne, il fait usage de la pâte de cantharides nouvellement préparée, et appliquée sur le talon dépouillé de ses callosités. Afin d'obtenir un effet convenable, il est surtout indispensable de détruire les concrétions épidermiques. Au moyen de cataplasmes qui les ramollissent et permettent de les enlever avec un bistouri ; il faut ensuite laver le talon avec du vinaigre fort, et appliquer dessus 16 grammes de cantharides nouvelles, que l'on y maintient vingt-deux ou vingt-quatre heures, le temps nécessaire pour y faire une vésication complète. Si alors elle n'a pas bien prise, on réapplique la même quantité de pâte. Le docteur Fioravente a recueilli douze observations de sciatique qui avaient résisté à diverses méthodes, et qui furent guéries complètement par ce moyen. On sait que Cotugno obtenait dans le traitement de la sciatique des succès multipliés de l'emploi des révulsifs, et surtout du vésicatoire cantharidé qu'il appliquait plusieurs fois s'il était nécessaire, et toujours là où les rameaux nerveux étaient le plus superficiels ; ainsi au-dessous et à la partie externe du genou, au niveau de la tête du péroné, ou bien à la face externe du dos du pied. Pour moi, ajoute M. Caffe en terminant, qui n'avais point oublié la communication du professeur Quadri, j'attendais l'occasion qui me serait donnée de pratiquer dans un cas de sciatique la cautérisation actuelle entre les deux derniers orteils. Depuis cette époque, une seule fois la circonstance s'en est offerte ; j'ai opéré cette cautérisation avec un succès complet, succès qui ne s'est pas encore démenti depuis quatre ans.

M. le baron H. Larrey dit que la névralgie sciatique est très commune sur les jeunes soldats récemment arrivés au régiment ; qu'en ce moment même il en a sept ou huit dans son service au Val-de-Grâce ; en raison des difficultés et de la lenteur de la guérison par les moyens généralement usités, il ajoute qu'il n'hésitera pas d'expérimenter la méthode qui a si bien réussi à M. Caffe.

M. Forget, tout en approuvant le dessein de M. Larrey, et en acceptant comme un fait démontré la guérison obtenue par la cautérisation d'après le procédé dont M. Caffe doit la connaissance au professeur Quadri, dit qu'il y aurait, en général, des inconvénients à renoncer aussi facilement à la médecine rationnelle, dont l'efficacité a été consacrée un grand nombre de fois par des résultats authentiques, pour lui substituer une méthode empirique qui est loin encore d'avoir suffisamment fait ses preuves. Pour ma part, ajoute M. Forget, j'ai été assez heureux pour guérir, tout récemment encore, une névralgie sciatique des plus intenses par les moyens ordinainairement prescrits, et rationnellement administrés suivant les indications qui ressortent des symptômes de la maladie elle-même, et des aptitudes particulières à la constitution du malade.

— *M. Leblanc*, après avoir fait remarquer que les lésions de la moelle épinière étaient assez fréquentes chez le cheval, et que les lésions des faisceaux nerveux rachidiens étaient au contraire fort rares, met sous les yeux de la Société les parties lombaires et sacrées de l'appareil nerveux contenu dans le canal rachidien. En dehors de la gaine rachidienne les faisceaux inférieurs sacrés étaient beaucoup plus gros et plus durs que dans l'état normal ; ils avaient une teinte jaunâtre. Le tissu cellulaire qui enveloppait ces faisceaux était dense et jaune ; dans quelques points on trouvait de l'infiltration gélatiniforme d'un jaune foncé ou rosé. Dans toute l'étendue du sacrum, la cavité de la gaine rachidienne contenait des caillots sanguins. Tous les faisceaux sacrés inférieurs, à l'intérieur de la gaine, étaient d'un blanc mat ou jaunâtre, plusieurs filets étaient allongés, amincis, d'autres rompus à une distance de quelques centimètres de la moelle. Peu avant d'arriver aux ouvertures de la gaine, les faisceaux étaient entiers, énormément gros, durs, cylindroïdes, jaunes ; puis, à leur passage à travers la gaine, ils étaient étranglés, et enfin, après avoir franchi la gaine, ils étaient très gros. La substance de la moelle n'a pas paru notablement malade. Les trous intervertébraux sacrés étaient évasés ; leurs bords présentaient une crête renversée du centre à la circonférence.

Le cheval chez lequel ces lésions furent trouvées avait fait une chute sur la fesse droite et sur la croupe ; la tubérosité ischiale droite était fracturée ; le sacrum avait été fortement comprimé de dessus en dessous ; les articulations de ses vertèbres entre elles avaient éprouvé de forts tiraillements ; les moyens d'union de l'articulation du sacrum avec l'ilion droit avaient été détruits.

Des soins ont été donnés à ce cheval pendant cinquante jours. La défécation ne pouvait s'effectuer qu'artificiellement, et l'émission de l'urine étant très difficile et très pénible, le cheval fut sacrifié.

M. Leblanc publiera avec détails, dans son journal, cette observation curieuse, dont on ne connaît pas encore d'analogue dans les annales vétérinaires.

Séance levée à dix heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. (Novembre 1843.)

De la paracentèse du thorax dans certains cas de pleurésie aiguë ; par M. TROUSSEAU.

Quoique nous ayons déjà analysé ce travail dans nos compte-rendus de l'Académie de médecine, nous croyons devoir reproduire ici l'observation capitale qui a fourni le texte de ce mémoire.

« Je fus appelé le vendredi 8 septembre 1843, auprès de mademoiselle M..., âgée de seize ans, et fille de l'un de nos littérateurs les plus recommandables. Le dimanche 3 septembre, elle avait éprouvé de l'inappétence et de la fièvre. Le 5 elle se mit au lit, et je ne la vis que le 8. — Beaucoup de pâleur, un peu de dyspnée, pas de toux ni d'expectoration, fièvre assez vive, soif. Pas d'accidents gastriques. En explorant la poitrine, je constatai un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule. Partout la matité était complète. Nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane. — Saignée du bras ; calomel ; boissons peu abondantes. — Le 9, septième jour de la maladie, aggravation des accidents ; l'épanchement a augmenté ; le cœur est déjeté davantage ; l'oppression est plus forte que la veille ; pouls petit et fréquent ; selles diarrhéiques nombreuses. — Deuxième saignée ; calomel. — Le 10, huitième jour, anxiété très grande, orthopnée ; pouls petit, très fréquent ; le cœur encore plus à droite, on le sent battre au-dessous du sein droit ; insomnie. — Troisième saignée ; calomel ; une bouteille d'eau de Sedlitz. — Le 11, neuvième jour, les accidents se sont beaucoup aggravés ; peau froide, face pâle, tendance aux lipothymies, orthopnée, gémissements continuels. La jeune malade est tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers. — Large vésicatoire en arrière.

» J'étais décidé à pratiquer la paracentèse, et comme l'indication était pressante, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade, d'autre part, que la lutte d'opinions qui ne manquerait pas de s'élever, ne donnât à la famille une indécision fatale. J'arrivai donc le mardi matin, 12, à la fin du neuvième jour de la maladie, pourvu des ins-

truments nécessaires, et parfaitement déterminé à faire ce que mon devoir me commanderait, sans apparat, et comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

» Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochai de n'avoir pas fait, dès la veille au soir, ce que je ne pouvais différer maintenant. — Je procédai à l'opération de la manière suivante : la malade resta demi-assise, comme elle se trouvait, et je ne voulus pas qu'elle s'agitât, de peur que le liquide ne fût troublé par les flocons fibrineux qui occupaient les parties déclives, ce qui fût devenu un obstacle à l'évacuation de la sérosité. La mère tint le bras gauche relevé, puis, à la hauteur de la neuvième côte gauche, à peu près sur une ligne descendant perpendiculairement du creux de l'aisselle, je fis à la peau une petite incision avec la lancette, comme pour une saignée. Alors je tirai fortement la peau en haut, de manière que l'incision correspondît au huitième espace intercostal. Les lèvres de ma petite plaie se trouvant béantes, j'y plongeai un trocart à hydrocèle, en suivant le bord supérieur de la côte, que la pointe de mon instrument frôla un peu. Quand je fus bien sûr que j'étais dans l'espace inter-costal et au-dessus d'une côte, je poussai un peu plus fort et je donnai un petit coup sec. J'eus le sentiment d'une faible résistance vaincue. Tout cela se faisait, comme on le pense bien, sans autre douleur que celle qui était résultée de la division de la peau avec la lancette.

» Quand je retirai le dard de mon instrument, le liquide jaillit et s'écoula facilement ; j'en retirai quatre grands verres seulement, c'est-à-dire à peu près 800 grammes, et j'eus soin de tenir l'extrémité de la canule plongée dans le liquide, afin que, s'il se faisait une aspiration, il ne fut aspiré que de la sérosité, procédé qui me paraît beaucoup plus simple que tous les instruments à soupape inventés par des chirurgiens d'ailleurs fort ingénieux. — La sérosité était de belle couleur d'ambre, et d'ailleurs parfaitement transparente. — Il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de liquide ; mais je ne le voulus pas, satisfait d'avoir ôté ce qui, par son succès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état de pleurésie simple, qui dès lors pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires. — J'enlevai rapidement la canule, et je lâchai la peau qui, revenant sur elle-même, ferma parfaitement l'ouverture intercostale. — Pendant tout le temps que le liquide s'était écoulé, j'avais comprimé énergiquement le ventre et le côté gauche de la poitrine.

» L'opération terminée, la jeune malade sembla revenir à la vie. Elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, et le pouls avait repris un peu plus d'ampleur. J'explorai alors la poitrine ; le cœur s'était replacé sur la ligne médiane. Au sommet de la poitrine à gauche, il y avait un son légèrement tympanique, dû probablement à l'introduction de bulles d'air qui s'étaient faites au commencement de l'opération. — La paracentèse avait été faite à dix heures et demie. Je revis la malade à cinq heures. Le pouls était large, ne battait plus que 116 fois par minute ; la peau chaude, l'expression du visage bonne. Je ne constatai plus de résonnance tympanique ; mais il y avait de l'égophonie, à partir de la troisième côte jusqu'à la hauteur de la clavicule, et on entendait un léger murmure respiratoire. L'oppression était notablement moindre ; le côté gauche de la poitrine, immobile depuis plusieurs jours, exécutait des mouvements respiratoires évidents. — Pendant la nuit qui suivit, il y eut six heures de sommeil. — Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse ; mais la respiration était facile, la malade parlait avec volubilité et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine ; le visage était calme, la peau peu chaude, le pouls à 112.

» Deux jours après la ponction, il y eut dans la nuit onze heures de sommeil ; l'épanchement avait très notablement diminué ; le cœur revenait à gauche et dépassait déjà la ligne médiane ; la partie antérieure de la poitrine résonnait un peu jusqu'au niveau de la quatrième côte.

» Sous l'influence de vésicatoires volants appliqués successivement sur la poitrine, de boissons diurétiques et de la digitale, l'amélioration fit de rapides progrès, et le 28 septembre, seize jours après la paracentèse le pouls était à 80, l'appétit était prononcé, les règles étaient revenues, quoique moins abondantes que dans l'état normal. L'appétit devint très vif, les forces se rétablirent lentement, et la résolution complète de l'épanchement s'est fait long-temps attendre.

» Aujourd'hui le cœur a repris sa place, mais il bat avec plus de violence que dans l'état naturel ; peut-être le péricarde n'a-t-il pas été tout à fait étranger à la phlegmasie de la plèvre. Le côté gauche de la poitrine est rétréci ; la respiration s'entend en avant du haut en bas ; la résonnance dans toute cette partie est un peu plus faible qu'elle ne devait l'être avant la maladie. En arrière, le son est obscur du haut en bas, on entend un bruit respiratoire faible, sans égophonie, sans retentissement de la voix. Probablement d'épaisses fausses membranes s'organisent en ce point.

» J'ignore ce que le sort réserve à cette jeune malade, mais rien n'annonce, chez elle, une diathèse tuberculeuse ; les parents ont une bonne santé. Tout me fait espérer que la poitrine ne sera pas prochainement le siége d'une maladie organique. Toujours est-il que la pleurésie aiguë pour laquelle la ponction a été faite est actuellement guérie ; et dans le cas même où il surviendrait ultérieurement une phthisie pulmonaire, ce qui ne me semble nullement probable, ce ne saurait être un argument contre la paracentèse pratiquée dans la période extrême de la pleurésie. »

Etudes cliniques sur les maladies des vieillards; par M. Beau.

Suite d'un article dont nous avons analysé le commencement ; analyse que nous continuerons quand il sera terminé.

Des anomalies de la vaccine; par M. Gillette.

Travail de recherches d'observations propres à l'auteur, non susceptible d'analyse.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'application locale du calomélas dans les cas d'ophthalmo-blennorrhée des petits enfants; par M. le docteur Laner, de Berlin.

M. Laner a pu vérifier, d'après ce qui avait été annoncé déjà par quelques praticiens, et en particulier par Dupuytren, par Fricke, et par M. Mayor (de Lausanne), que ce moyen produit d'excellents effets dans le second stade de toutes les inflammations de la conjonctive en en favorisant la résolution, mais qu'il amène surtout des résultats avantageux dans les cas d'inflammation scrofuleuse, en hâtant la marche de la résolution et en enlevant, comme par enchantement, le symptôme si fâcheux de la photophobie.

Il a pu reconnaître aussi la justesse de l'intéressante remarque faite déjà par Fricke, que le calomel, appliqué sur un œil sain ou malade, ne détermine qu'une sensation désagréable, mais passagère, tandis qu'il irrite et enflamme la conjonctive jusqu'à donner lieu à un véritable chémosis, et cela dans l'espace de peu de temps, lorsqu'on le met en contact avec l'œil d'un malade qui fait usage d'une préparation d'iode à l'intérieur.

Il paraît, d'après les observations de Fricke, que, dans les cas de ce genre, il se forme un iodure de mercure.

Depuis quelque temps déjà, MM. les docteurs Kluge et Knipfa ont commencé à employer ce moyen, et le succès en a été à la fois si rapide et si marqué, que depuis ce moment on n'a pas recours à une autre médication dans l'établissement obstétrical de la Charité de Berlin. L'auteur l'emploie exclusivement dans tous les cas d'ophthalmo-blennorrhée, et M. Siebold lui a assuré que, dans sa clinique obstétricale à Goettingue, les succès n'ont pas été inférieurs à ceux que l'on obtient à Berlin.

La manière d'appliquer ce médicament est la suivante : On imprègne un petit pinceau à miniature avec la poudre la plus ténue possible de calomélas ; et, tandis qu'un aide soulève la paupière supérieure et abaisse l'inférieure, on frappe légèrement le pinceau ; de sorte que la poudre qui s'en échappe vienne tomber à la surface de l'œil. On peut répéter cette opération une seconde fois, si, de la première, il n'est pas arrivé une assez grande quantité de calomel à la surface de la conjonctive.

Le contact de cette poudre détermine une irritation tellement légère qu'immédiatement après l'application, le malade peut rouvrir l'œil.

Dans l'ophthalmo-blennorrhée des nouveau-nés, on doit y recourir dès l'apparition des premiers symptômes du mal. Généralement il suffit d'une seule application par jour ; mais, si les symptômes prennent une plus grande intensité, si la maladie paraît faire de rapides progrès, on peut pratiquer deux applications semblables dans les vingt-quatre heures. Dans ce dernier cas, il est indispensable de laver l'œil fréquemment pour le débarrasser de l'abondante sécrétion dont il est le siége ; en même temps, il convient de favoriser les évacuations alvines par l'administration du calomélas à l'intérieur.

En général, à l'aide de ce traitement, on obtient la guérison dans l'espace de quatre à dix jours.

(*Giornale per servire ai progressi*, etc.)

Guérison d'un squirrhe du sein par l'empoi de l'iode ; par M. le docteur Friek, de Goldapp.

M. Friek, consulté pour un squirrhe du sein, a combattu heureusement cette maladie par l'emploi de l'iodure de potassium, tant appliqué extérieurement sous forme de pommade, que donné à l'intérieur d'après la formule suivante :

Pr.	Hydrolat de mélisse,	60 grammes.
	Iodure de potassium,	4
	Elixir d'oranges composé,	15

M. et F. dissoudre S. A.

pour une mixture dont on fait prendre une cuillerée à thé matin et soir, en commençant, dans une tasse d'eau gommée convenablement sucrée.

On doit augmenter progressivement, suivant les effets produits.

L'auteur affirme que, sous l'influence de cette médication, soutenue pendant l'espace de vingt-six semaines, le squirrhe a été guéri radicalement. (*Schmidt's Jahrbuecher.*)

Spécifique contre les vomissements des femmes enceintes ; par M. le docteur Pitschaft, de Bade.

M. Pitschaft a reconnu par de nombreuses applications, que les pilules suivantes constituent un moyen véritablement spécifique contre les vomissements qui tourmentent si cruellement la plupart des femmes à une certaine époque de la gestation.

Pr.	Créosote,	15 centigrammes.
	Poudre de jusquiame,	Q. S.
	Eau distillée,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène divisée en neuf pilules (de 10 centigrammes chacune environ) qui devront être revêtues d'une feuille d'argent.

Il en fait prendre trois par jour (le matin, à midi et le soir).

(*Hufeland's Journal.*)

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 140. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 27 NOVEMBRE 1843.

Liberté de discussion.

PROCÈS INTENTÉ PAR M. JULES GUÉRIN A MM. MALGAIGNE ET VIDAL (DE CASSIS).

Le procès qui a si vivement occupé l'attention publique va dans quelques heures recevoir sa solution. Par convenance et par respect pour la justice, nous nous abstiendrons aujourd'hui de toute réflexion qui pourrait passer pour une intention d'influence. Nos vœux, nos désirs, nos espérances sont connus de tous. Nous avons défendu les inculpés, non parce que des liens d'affection nous unissent à eux, mais parce que leur défense représentait celle d'un grand principe qui nous a paru malheureusement et injustement attaqué. Aussi, dans ce moment suprême, c'est pour nous un devoir, et nous n'y faillirons pas, de dire au public qui nous lit, que dans le recueillement de notre conscience, après avoir suivi les débats dans toute leur étendue, nous n'avons pas aperçu, non-seulement le fait, mais l'intention d'une diffamation quelconque dans les articles incriminés de MM. Vidal et Malgaigne. Si de tels articles tombent sous l'application de quelque article de loi, nous avouons ne plus rien comprendre aux droits, au devoir, aux libertés de la discussion scientifique, et nous restons confondus d'étonnement et de douleur. Mais nous avons la ferme conviction que les graves intérêts qui sont en cause auront impressionné la religieuse attention des juges. S'il s'est rencontré un homme assez malheureux, assez imprudent pour soulever contre lui les plus légitimes, les plus généreux, les plus nobles instincts du corps médical, que cet homme, pour lequel nous n'éprouvons et n'avons jamais éprouvé aucun mauvais vouloir, subisse les conséquences de sa témérité. Et si deux confrères honorables, deux chirurgiens dont la haute position a été conquise par un mérite incontesté, n'ont fait qu'user d'un droit qu'ils ont cru légitime, aucune considération peut-elle prévaloir pour empêcher la déclaration solennelle de leur innocence? Supposer le contraire, ne serait-ce pas faire la plus grave injure à la justice? Non; nous avons toute confiance en sa décision, et, nous le répétons, par ce respect seul nous ne voulons pas dire tous les motifs qui nous font espérer.

Mais qu'il nous soit permis de jeter un dernier coup-d'œil sur les dernières scènes de ce drame judiciaire, et de rappeler les impressions qu'elles ont suscitées. Elles ont été vives, profondes non-seulement dans le public médical, mais aussi dans cette société nombreuse d'hommes du monde qui assistait aux débats, et plus encore dans le palais qui gardera un long souvenir de l'audience de vendredi dernier. Quelle magnifique séance! et combien doivent la regretter ceux qui n'y ont pas assisté!

Me Bethmont qui, dans sa première action, n'avait montré qu'une face de son beau talent, qui ne s'était révélé à l'auditoire que comme un orateur plein de dignité, mais calme et recherchant plutôt l'austère éloquence de la logique que les effets et l'entraînement de la passion, Me Bethmont s'est élevé, dans sa réplique, à la hauteur des plus grandes renommées oratoires. Sa parole, d'abord majestueuse et solennelle, peu à peu s'anime, s'accentue; elle gronde, elle éclate, et trouve alors les plus puissantes et les plus magnifiques inspirations. Il y a un moment où un frémissement général s'est emparé de l'auditoire, et, dans ce moment plein d'émotion, ce n'était pas, il faut le dire, sur le banc des prévenus que les yeux cherchaient les coupables. Quelle petite littéraire que ce beau discours sur les droits de la critique scientifique ne puisse être offert à l'admiration du monde médical!

Puis est venu Me Plocque, dont la tâche périlleuse consistait surtout à ne pas rester au-dessous de sa première et si belle plaidoierie. Les plus difficiles ont eu lieu d'être satisfaits de cette parole toujours vive, abondante, chaleureuse, de cette inexorable et spirituelle logique qui n'a rien laissé sans réponse, et toujours sous une forme ravissante de correction et d'élégance.

Me Jules Favre lui a succédé, et alors a commencé la scène la plus saisissante de ce drame mémorable. — Le jour avait baissé; quelques rares bougies répandaient une lumière douteuse sur l'assistance; seule la figure pâle et austère de l'orateur se détachait éclairée sur ce fond obscur. Représentez-vous ce que le sarcasme a de plus amer, l'ironie de plus poignant, le ridicule de plus cruel, l'apostrophe de plus véhément; représentez-vous l'auditoire ému, haletant sous cette parole impitoyable, contenu par le respect dû à la justice, mais ne pouvant toujours retenir les explosions les plus significatives; dans le fond, dans l'ombre et comme voilée par le respect, la justice impassible; dans le prétoire et dans la salle une foule compacte de magistrats, d'avocats en robe, de professeurs, de médecins, d'élèves, et parmi tout ce public d'élite, quelques blouses bohémiennes, habituées fidèles, mais égarées aujourd'hui, de la 6e Chambre; au dehors, le bruit de ceux qui ne peuvent pénétrer; représentez-vous, en un mot, un des épisodes les plus dramatiques des annales judiciaires, et vous n'aurez qu'une imparfaite idée de ce que notre plume inhabile ne saurait vous peindre, de ce que la loi sur la diffamation nous empêcherait d'ailleurs de vous esquisser.

Enfin est venu M. Malgaigne. Après les plaidoieries que l'on venait d'entendre, son intervention directe pouvait paraître téméraire et d'ailleurs superflue; mais il a su justifier sa détermination en apportant des éléments nouveaux à la discussion et en les revêtant d'une forme grave, souvent énergique, toujours pleine de convenance et de dignité.

Tel est l'aperçu, fort incomplet sans doute, que nous pouvons seulement donner des circonstances extérieures de cette belle audience. Sans nous exposer aux douceurs des lois de septembre, nous ne pouvons aller au-delà, ni citer une seule période d'une de ces quatre magnifiques oraisons dont l'effet a été immense. Pour l'apprécier, cet effet, il fallait se mêler aux groupes nombreux qui se sont formés à l'issue de la séance dans la salle des Pas-Perdus. Quelles réflexions, quels commentaires! Tout à l'heure le plaignant se trouvait devant des juges qui n'examineront peut-être qu'une chose, savoir : si les inculpés, dans leur critique, ont dépassé cette limite insaisissable au-delà de laquelle l'homme le mieux intentionné peut se heurter contre le Code pénal. Ici, dans cette salle des Pas-Perdus, plaignant et inculpés se trouvaient devant leurs juges naturels, devant un tribunal bien autrement redoutable pour l'effet moral, devant leurs pairs, devant le corps médical, en un mot, représenté par ce qu'il a de plus intelligent et de plus digne. Que n'a-t-il pu entendre, le plaignant, ce jugement rendu à l'unanimité des suffrages sur son inconcevable imprudence d'avoir intenté ce procès! Que n'a-t-il pu voir la douleur des uns, la pitié des autres, la surprise de tous, qu'il se soit exposé volontairement, et de gaieté de cœur, au supplice cruel de ces huit plaidoieries!... Mais que lui servirait maintenant de voir et d'entendre tout cela? Le mal, l'irréparable mal est fait; il n'y a pas de condamnation, quelque sévère qu'on la suppose, et cette supposition nous paraîtrait une injure pour les juges, qui puisse compenser l'effet désastreux de ces cinq audiences suivies par l'élite des médecins de Paris avec une ardeur toujours croissante.

Au moment où nous terminons cet article, nous lisons dans le journal *Le Siècle* de ce jour, un article qui prouve que la presse politique comme la presse médicale a compris de la même manière ce malheureux procès; nous le reproduisons avec plaisir.

« C'est mardi que le tribunal de police correctionnelle prononcera dans l'affaire du procès en diffamation intenté par M. Jules Guérin à trois rédacteurs de journaux de médecine, MM. les docteurs Vidal, Malgaigne et Henroz. Un éloquent plaidoyer de Me Bethmont, et deux allocutions aussi brillantes que solides, prononcées par M. Malgaigne, ont dû convaincre les juges qu'il ne s'agit pas ici, comme on a voulu le faire croire, d'une mesquine rivalité entre des encyclopédistes et des spécialistes, mais bien d'une haute question de critique scientifique. Une condamnation établirait, sauf appel, qu'il

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le moment serait mal choisi pour dire ce que j'ai à raconter des incidents divers du procès qui préoccupe si vivement l'attention publique. Ce moment grave et solennel où nous sommes tous dans l'attente des décisions de la justice, ne peut inspirer qu'une anxieuse inquiétude, à laquelle il serait malséant de faire diversion. Malheureusement ce procès absorbe si complétement les esprits, qu'en dehors rien ne s'est passé qui soit digne d'intérêt et de récit. A la Faculté, le concours pour la chaire de physique, suit doucement et sans bruit ses périodes. Jamais assurément pareil événement n'aura excité si peu d'animation. Il est probable que l'intérêt se réveillera vers la fin de la lutte, alors que les chances diverses des concurrents mieux dessinées mettront en mouvement les influences dont on ne se fait faute en semblable occasion. C'est triste à dire, mais tout le monde le sait bien, la lutte la plus acharnée ne se passe pas en public, mais bien à domicile, dans le cabinet des juges; ce n'est pas avec l'arme courtoise des épreuves que se portent les coups les plus décisifs, mais avec le stylet perfide des conversations intimes et secrètes.

Cependant dans le concours actuel, la distinction des candidats, leur honorabilité bien connue, les énergiques protestations de quelques-uns contre le favoritisme occulte ou patent, tout fait espérer que les choses se passeront loyalement et au grand jour. Du reste, rien n'est secret pour *les Causeries*, qui sauront bien divulguer ce qu'on voudrait cacher.

— L'Académie de médecine, momentanément exilée de ses foyers domestiques, errante comme les filles de Sion sur la rive étrangère, comme elles cependant ne veut pas chanter les souvenirs de la patrie. Absente au contraire, sa lyre, cette année, sera muette, muet son orateur, j'allais dire son poète; en plus humble prose, l'Académie n'aura cette année qu'un simulacre de séance annuelle. Nous y perdrons un de ces discours si applaudis de M. Pariset, l'homme de France qui cultive avec le plus de succès la période cicéronienne, l'académicien le plus complétement académique que l'on puisse entendre, même aux Jeux-Floraux, et dont le style ressemble à ces belles étoffes chatoyantes dont on admire la couleur et l'éclat sans trop regarder à leur solidité. Quoi qu'il en soit donc, et à cause de l'exiguité du local, l'Académie se bornera prosaïquement à proclamer les noms des lauréats et à lire le programme des concours ultérieurs. Mais il faudra se rattraper l'année prochaine, et M. Pariset sera tenu de faire double mesure.

Jusqu'à présent, que je sache, au moins de notre temps, l'uroscopie de mauvais aloi, l'uroscopie populaire ne s'était annoncée au public que sous le couvert fort peu respectable de quelque infime et famélique charlatan dont la boutique d'exploitation était généralement située dans le quartier des halles. J'ai même entendu dire qu'à ce commerce de petites fioles d'urine, un homme, dont j'ai oublié le nom, avait ramassé une fortune à laquelle l'honorabilité médicale ne parviendra jamais. Il devait avoir et il eut en effet de nombreux imitateurs dont M. le procureur du roi ne réussit pas toujours à éventer les traces. Mais ces imitateurs étaient en général sortis de la plus pure Bohème, et nous n'avions pas au moins à rougir de voir un des nôtres, un de nos compagnons, comme disaient les médecins du dix-septième siècle, salir sa robe doctorale dans le produit d'une ignoble sécrétion. Ce triste exemple devait être donné par un médecin de notre temps, par un jeune homme qui se dit ancien interne des hôpitaux et qui, rougissant probablement lui-même de ce qu'il fait, n'a pas osé s'annoncer sous son nom véritable et en a pris un d'emprunt auquel il a bravement ajouté la particule. J'ai, en effet, reçu cette semaine un prospectus d'un médecin d'urines, avec la signature d'un *Monsieur de ....* Ce prospectus est la plus audacieuse charlatanerie qui se puisse imaginer. J'ajoute qu'il est parfaitement stupide, toutes raisons qui peuvent lui donner un grand succès.

— Autre chose à l'adresse des Béotiens de Paris. Sur tous les murs vous pouvez lire une affiche rouge portant en grosses lettres : *Plus d'arrachement de dents!* Or, lisez jusqu'au bout cette affiche; elle est phénoménale. « Le grand mogol » — il y a encore des gens qui croient au grand mogol — « qui s'est fait ermite » — cela passe toute idée — « à Jérusalem » — qu'en dites-vous? — a confié le secret d'une eau merveilleuse au sieur X....., qui s'empresse d'en faire jouir le public de Paris. » Il y a bien *de Paris;* ce n'est pas dans les Abruzzes, ou dans quelque gorge du Valais, habitées par les crétins que la scène se passe, c'est dans cette ville d'esprit et de gaz hydrogène liquide, c'est sur le mur de la Bibliothèque royale que j'ai lu cette grossière ineptie.

— Un de nos confrères, qui faisait partie d'une expédition scientifique en Egypte, vient de périr d'une manière horrible. En se baignant dans le Nil, il a été saisi par un crocodile qui l'a entraîné à la vue de ses camarades, impuissants pour lui porter secours. M. le docteur Petit, c'est le nom de la victime, était déjà connu par quelques travaux dignes d'intérêt.

— Voici une nouvelle, qui, si elle se réalise, va mettre en grand émoi le personnel médical et chirurgical des hôpitaux de Paris. On assure qu'un projet est actuellement soumis à l'examen du Conseil, tendant à créer des places de médecins et de chirurgiens adjoints pour chaque service actuellement institué. On étendrait, en un mot, au service général des hôpitaux la mesure prise pour les médecins des services d'aliénés auxquels, elle est appliquée depuis quelques années. Si cette nouvelle recevait confirmation, elle devrait être sérieusement examinée, car elle ne tendrait à rien moins qu'a jeter la perturbation la plus complète sur l'organisation du service médical actuellement en vigueur. Il y a là les éléments d'une discussion fort orageuse qui se passera dans les régions plus élevées que celles qu'habite le feuilleton.

— Ce que j'aurais à dire maintenant serait tout à fait de son domaine si le feuilleton que j'ai l'honneur de signer voulait faire quelque excursion aventureuse dans le récit des scandales et des cruelles médisances à l'endroit des mœurs. De hauts, de puissants, de graves personnages, placés au sommet de notre hiérarchie médicale, seraient bien péniblement surpris si, répétant se qui se dit tout haut à une chambre civile du Palais-de-Justice, je citais quelques extraits d'une correspondance *affectueuse* saisie par un mari tout récemment outragé. Mais que Dieu me garde de pareilles erreurs et de corps et d'esprit! les affaires de Palais en général, et celles-là en particulier, sont infiniment peu de mon goût, et je désire, pour l'honneur de certaines personnes, que tout le monde partage mes antipathies.

Du reste, cette semaine, au Palais, trois chambres s'occupaient d'affaires plus ou moins médicales. D'abord de celle dont je ne veux pas parler, puis d'une réclamation en paiement d'honoraires qui ne s'élèvent pas à moins de 14,000 fr., et enfin l'affaire Guérin, dont la décision est si vivement et si anxieusement attendue.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Le concours pour la chaire de physique a marché avec une telle rapidité et aussi avec si peu de bruit, qu'il nous a été impossible d'en suivre la marche. On sait que les concurrents sont au nombre de six : MM. Maissiat, Guerard, Gavaret, Baudrimont, Person et Legrand.

L'épreuve écrite et les épreuves orales, l'une après vingt-quatre heures, l'autre après trois heures de préparation, ont été terminées samedi dernier.

Aujourd'hui à une heure, on a tiré publiquement le sujet des thèses.

Les thèses imprimées doivent être remises à la Faculté le mardi 12 novembre.

La première argumentation aura lieu le vendredi 15 novembre, à quatre heures.

— Un des médecins de province dont le nom est le plus honorablement connu dans la science, M. le docteur Serre, d'Alais, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

n'est pas permis de contrôler des assertions livrées à la publicité par un médecin, et de démontrer qu'elles sont erronées; qu'il n'est pas permis de réclamer contre des abus qui lèsent les droits les mieux acquis, et violent les réglements les plus formels; qu'il n'est pas permis d'éclairer le public et l'administration des hôpitaux sur les dangers qu'entraînent certaines pratiques chirurgicales.

» Puisque M. Guérin n'a pas su comprendre que les Académies sont les seuls tribunaux auxquels un homme de science doive recourir en pareille circonstance, espérons que les juges sanctionneront l'appui que la médecine française tout entière a publiquement donné aux accusés. »

Mon cher confrère,

Veuillez recevoir mon adhésion à la déclaration de principes en faveur de la liberté de discussion dont votre estimable journal s'est empressé d'embrasser la défense avec chaleur, comme il a l'habitude de le faire dans toutes les questions qui touchent aux intérêts de notre profession.

Agrez, etc. Docteur DUFRESSE.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Quelques considérations sur l'érisipèle en général.

L'érysipèle est une phlegmasie qui se développe à la surface de la peau, et le plus souvent d'une manière spontanée, c'est-à-dire sans être produite par aucune cause appréciable. C'est l'image, au-dehors, des inflammations qui se développent dans les organes internes du corps humain. C'est la traduction, à l'extérieur, des phénomènes, de la marche des maladies aiguës inflammatoires dont les organes intérieurs sont le siége. L'érysipèle est peut-être, de toutes les maladies extérieures, celle qu'il importe le plus au médecin d'étudier avec soin et d'une manière minutieuse, parce que, par ses causes, et sous le rapport de sa marche, de son évolution, il se rapproche de la manière la plus manifeste de ces phlegmasies internes.

Comme pour les maladies inflammatoires des organes internes, c'est une prédisposition spéciale qui prépare le développement de l'érysipèle, et les causes extérieures, celles que l'on appelle habituellement occasionnelles ou déterminantes, n'ont que peu d'influence, si tant est même qu'elles en aient une. Presque toujours, des points limités qu'elle occupait d'abord, et en cela elle se comporte encore comme les affections avec lesquelles nous la comparons, la maladie s'étend de proche en proche, et ce phénomène est tellement connu de toute antiquité, que c'est de là que vient l'étymologie du mot érysipèle. Presque toujours les phlegmasies internes, du point où elles se sont développées, s'étendent plus ou moins loin, et l'on peut, à l'aide des méthodes d'observation nombreuses, les suivre pas à pas. Sous ce rapport, la percussion et l'auscultation, mais surtout l'auscultation, facilitent singulièrement les observations du médecin, et l'on peut, avec leur secours, suivre le développement des phlegmasies thoraciques: De même, l'érysipèle s'étend de plus en plus, à partir du point où il a pris naissance. Il revient quelquefois sur les parties qu'il a abandonnées, et les envahit une seconde fois. Enfin, nous le répétons, il y a entre les érysipèles et les affections internes la plus grande analogie.

Nous avons en ce moment sous les yeux, au n° 4 de la salle Saint-Bernard, un cas de ce genre, et que nous pouvons ranger au nombre de ceux qui offrent par eux-mêmes un haut degré d'intérêt. En effet, la maladie occupe la face et une partie du cuir chevelu. La malade présente un mouvement réactionnaire très intense; le pouls donne jusqu'à 140 par minute. La maladie a été extrêmement grave; l'issue a pu en être incertaine, et laisser des doutes à l'esprit pour le pronostic.

La malade dont il s'agit ici est âgée de vingt-quatre ans; une circonstance particulière ajoute encore un intérêt spécial à l'observation dont elle fait le sujet. C'est un état de grossesse assez avancé (huit mois). Cette grossesse, bien que survenue dans des circonstances où elle pouvait occasionner à cette femme de grandes contrariétés, ne l'a cependant point affectée. C'est une circonstance de son état qui lui paraît indifférente; chose heureuse à cause des influences fâcheuses que les affections morales auraient pu avoir sur le physique. Nous avons fait remarquer cette circonstance de la grossesse, et nous y avons insisté, parce qu'elle a ajouté quelque chose à la gravité de la maladie, et qu'elle a dû nécessairement influer sur le pronostic.

Notre malade est blonde, lymphatique, à chairs flasques; elle a peu d'embonpoint; sa santé est habituellement bonne, et elle n'a point fait de maladies graves. Interrogée sur les causes qui ont pu déterminer la production de la maladie dont elle est actuellement atteinte, elle a dit qu'un refroidissement l'avait sans doute occasionnée. Cette cause a pu certainement entrer pour quelque chose dans la production de la maladie, mais on ne peut admettre que, chez un sujet qui n'a pas été soumis à une prédisposition, l'impression du froid ait suffi pour donner lieu à une affection du genre de celle dont nous nous occupons. Ici, comme dans la plupart des affections inflammatoires internes, la pleurésie, le rhumatisme, la pneumonie, etc., vous aurez occasion de voir que le refroidissement, l'écart de régime, que l'on prend communément pour la cause principale de la maladie, ne sont que des causes secondaires qui favorisent le développement de cette maladie à laquelle le sujet était nécessairement prédisposé. La preuve en est que le même sujet a été cent fois exposé à la même cause sans être malade, et que si elle était vraiment déterminante, il aurait dû à chaque fois contracter la maladie dont il est affecté cette fois.

Ici la production de l'érysipèle sous l'influence d'un refroidissement est une chose tout à fait exceptionnelle. Or, nous le disons encore, une cause ne peut être considérée comme véritable cause, que lorsqu'elle produit, dans les mêmes circonstances, toujours les mêmes effets, ce qui n'est point vrai ici. On peut seulement dire que, sous l'influence d'une secousse particulière, la maladie à laquelle le sujet était prédisposé, qu'il aurait eue dans quinze jours, peut-être dans un mois, est venue plustôt, et s'est montrée plus rapidement. Ce sont là de ces questions obscures, ardues, difficiles, à la solution desquelles il est impossible d'arriver.

C'est le 12 de ce mois qu'elle s'exposa au froid, et qu'elle fut soumise à l'influence de la cause dont elle nous a parlé. Le lendemain, elle se réveilla ressentant dans le cou des douleurs extrêmement vives; nous lui avons demandé si elle ne s'était point aperçue de la présence au cou de petites grosseurs produites par l'engorgement des ganglions lymphatiques. Sa réponse a été négative. Mais peut-être ces ganglions engorgés existaient-ils, sans que la malade s'en fût aperçue. Nous sommes en droit de supposer que les douleurs dont elle se plaignait dans le cou, étaient dues à un gonflement des ganglions de cette partie.

Rien n'est plus fréquent que de voir l'érysipèle grave de la face précédé de l'inflammation des ganglions lymphatiques du cou. D'habitude, il est rare que les ganglions lymphatiques du cou ou d'une partie quelconque, s'enflamment d'une manière primitive. Qu'un sujet, par exemple, présente un engorgement des ganglions de l'aine, si vous l'examinez avec soin, vous trouverez presque toujours quelques lésions, quelques excoriations, de nature spécifique ou non, aux organes génitaux. Que s'il ne présente rien aux organes génitaux, vous découvrirez certainement quelque lésion plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, du membre inférieur correspondant au côté malade, une piqûre, une écorchure au talon, etc. Dans les deux cas, le gonflement lymphatique sera un phénomène secondaire. Que vous soyez consulté pour un engorgement des ganglions de l'aisselle, vous devez également interroger avec soin le malade sur les piqûres, les blessures qu'il pourra s'être fait aux doigts ou à la main. Il sera rare que vous n'arriviez pas à constater ces causes dans presque tous les cas. De même pour les ganglions du cou, tuméfiés soit d'une manière aiguë, soit d'une manière chronique, vous trouverez un état morbide, soit aigu, soit chronique du cuir chevelu, ou des téguments d'une autre portion de la tête. On trouve assez souvent ce gonflement des ganglions du cou provoqué par une éruption dans le cuir chevelu, éruption dont on ne s'aperçoit qu'en examinant le malade avec beaucoup d'attention.

Lorsque les ganglions lymphatiques du cou sont pris d'une manière aiguë, et qu'il n'existe aucune lésion appréciable du cuir chevelu ou de la peau de la tête, on peut presque toujours affirmer qu'il va se développer un érysipèle de la face, à moins cependant, chose que nous ne devons pas oublier, qu'il n'y ait inflammation des amygdales. Dans les tubercules ou les scrofules, deux maladies qui sont sur les limites l'une de l'autre, et qui ont entre elles des rapports beaucoup plus intimes peut-être qu'on ne se l'imagine généralement, il y a engorgement chronique des ganglions lymphatiques du cou. Votre première idée sera toujours celle-ci, qu'il y a une inflammation des vaisseaux lymphatiques dont cet engorgement est la traduction.

Dans l'érysipèle de la face, il y a ceci de particulier que le gonflement préexiste à l'érysipèle lui-même, et Franck dit avoir pu plusieurs fois, d'après ce seul phénomène, duquel il n'avait pu trouver la cause appréciable, prédit des érysipèles de la face, et ne s'être presque jamais trompé. Il n'est donc pas inutile d'être instruit de ce phénomène, et d'être averti que ce gonflement du cou peut exister dans ces circonstances. On a le double avantage, et de ne pas employer aveuglément telle ou telle médication pour y remédier, et de pouvoir annoncer au malade et à ceux qui l'entourent, la prochaine apparition d'un érysipèle dont on ne voit encore aucune trace; ce qui augmentera infailliblement la confiance que le malade aura dans le médecin.

Comment cette douleur de cou, se demandera-t-on, peut elle se manifester avant le développement de l'érysipèle? Le point est assez obscur et assez difficile. Mais on peut admettre que la cause qui va produire l'érysipèle dans un espace de temps donné, agit d'abord sur les vaisseaux lymphatiques et sur les ganglions, avant d'agir sur la peau elle-même. Ici, comme souvent en médecine, l'explication est la chose secondaire. Le fait est la chose principale. Dans le cas particulier qui nous occupe, bien que la malade n'ait pas constaté, dit-elle, la présence de ces tumeurs ganglionnaires, nous pouvons d'après les autres symptômes supposer que son attention aura été détournée de ce fait, qu'elle ne pouvait soupçonner *à priori*, et nous croyons pour notre part fermement que l'engorgement des ganglions existait chez elle avant le développement et l'apparition de l'érysipèle.

Ce n'est que deux jours après cette première sensation de douleur au cou, que le nez commença à se gonfler. L'érysipèle, chez notre malade, commença par la partie moyenne du visage; de là, il s'étendit aux joues, aux paupières, au front. Au moment où nous avons vu la malade pour la première fois, il était fort étendu, occupait le front tout entier et avait même envahi une partie du cuir chevelu. Il y avait rougeur, tuméfaction des joues, des paupières et du front, douleur extrême au moindre contact. Le doigt appliqué fortement sur les parties malades produisait une légère dépression du tissu cellulaire, symptôme qui est en partie commun à l'érysipèle et à l'œdème. Les joues et le nez présentaient çà et là des soulèvements de l'épiderme formant des bulles assez saillantes; on en observait également quelques-unes sur le front.

Quant au cuir chevelu, il ne présentait pas de rougeur appréciable. Telle est l'organisation de cette partie des téguments de la tête, que presque jamais l'érysipèle du cuir chevelu n'est accompagné de changement de couleur à la peau, à moins que ce ne soit chez des sujets chauves, cas auquel la maladie présente son aspect accoutumé. Cependant, bien que cette rougeur ne soit pas apparente, s'il n'y a de pris que la moitié seulement de la tête, on peut, par la comparaison, distinguer assez facilement la portion malade de la portion saine. La moitié qui n'est point envahie par la maladie est d'un gris ardoisé, tandis que la moitié malade est d'une teinte légèrement rosée. Lorsque la tête est envahie en entier comme chez notre malade, il est excessivement difficile de distinguer ce changement de couleur du cuir chevelu. Mais il y a deux autres phénomènes qui peuvent puissamment aider le diagnostic: la douleur à la pression qui n'existe pas chez un individu non malade, et la tuméfaction œdémateuse dont nous avons parlé tout à l'heure, tuméfaction en vertu de laquelle le doigt fortement appuyé sur la partie érysipélateuse, produit une dépression bien marquée et bien appréciable. Voilà deux caractères qui servent à constater l'érysipèle du cuir chevelu et qui sont plus sûrs que le changement de couleur de la peau, que l'on ne peut souvent pas vérifier. Un mot encore sur l'érysipèle du cuir chevelu avant de quitter ce sujet. Le plus souvent, cette forme de l'érysipèle débute par la face, et alors il est extrêmement facile de le suivre et de se convaincre de son existence. Mais il est d'autres cas, très rares à la vérité, où il commence par le cuir chevelu lui-même. Les malades se plaignent alors de douleurs de tête; il y a fièvre plus ou moins violente, et tous les symptômes d'une phlegmasie aiguë intense. Quelquefois, dans ce cas, l'érysipèle est méconnu parce que les symptômes locaux sont difficiles à constater, et que la pensée d'examiner attentivement les parties douloureuses ne se présente pas à l'esprit. Ce n'est guère que par le gonflement œdémateux du cuir chevelu, que l'on pourra arriver à un diagnostic positif. Les cas de cette espèce, quoique rares, doivent être signalés, car ils ne sont pas sans se présenter quelquefois, et ils pourraient fortement embarrasser celui qui ne les connaîtrait point.

Chez la malade dont nous essayons de tracer l'histoire, les deux oreilles ont été prises, et participent à la maladie. Le gonflement et la rougeur se présentent là d'une manière beaucoup plus évidente que sur le cuir chevelu. La rougeur que nous avons observée ici, n'existe pas dans tous les cas d'érysipèle. Dans quelques cas d'érysipèle de la face, et plus souvent encore dans quelques cas où cette phlegmasie a été bornée aux membres inférieurs, il y a plutôt aspect luisant et tension de la peau que véritable rougeur. On reconnaît alors la maladie facilement à ce caractère: que la pression du doigt détermine une impression qui persiste un certain temps, en même temps que la peau est chaude, tendue, luisante, et bien que la rougeur soit moins intense qu'à l'ordinaire.

Passons maintenant au pronostic. Le pronostic de l'érysipèle est en général le même que celui des brûlures, c'est-à-dire que plus il est étendu, plus il occupe un grand espace des téguments, et plus il est dangereux, plus le pronostic est grave. Lorsqu'il est borné à une étendue très limitée, qu'il n'envahit que successivement, et l'une après l'autre, les différentes régions du corps, il ne présente aucun danger, et l'on n'a aucune inquiétude à concevoir; mais quand un grand nombre de points sont pris à la fois, la maladie devient dangereuse; le pronostic plus grave, et la mort peut en être le résultat.

Il est des médecins qui ont publié des observations pour établir l'innocuité de l'érysipèle, et qui ont prétendu que jamais la mort ne pouvait être produite par cette inflammation de la peau. Cette proposition est vraie, je viens de vous le dire, lorsque l'érysipèle est borné à une petite surface. Il n'y a point alors de réaction, ou du moins elle est très faible, et la maladie se borne presque à un état purement local. Mais dans les cas du genre de celui qui nous occupe aujourd'hui, il n'en est pas de même. Le pouls prend un développement considérable; en même temps sa vitesse s'accroît. Nous avons vu, chez notre malade, le pouls monter jusqu'à 140 pulsations par minute. En même temps il y a eu du délire, de l'agitation, troubles fonctionnels du côté du cerveau qui indiquent toujours une affection grave. Puis, quelques phénomènes du côté du tube digestif. Bouche sèche, langue saburrale, soif vive, tous symptômes qui ne sont pas sans valeur. Cependant nous devons faire observer que le caractère tiré de la sécheresse de la bouche perd ici un peu de son importance. Le gonflement des narines, forçant le malade à respirer par la bouche, il n'est pas étonnant qu'il y ait sécheresse de cette partie.

Ainsi, tous les phénomènes qui peuvent survenir dans cette forme de l'érysipèle qui occupe une grande étendue des téguments, le délire, l'agitation, d'autres fois la stupeur et un véritable coma, tous ces symptômes sont l'indice d'une affection grave et sérieuse, d'une affection qui peut souvent inspirer au médecin les plus graves inquiétudes. Du reste, pour se fixer d'une manière plus certaine sur la question de savoir si l'issue de la maladie est toujours favorable et n'est jamais accompagnée d'accidents, examinons les résultats de la pratique et de l'expérience.

Il n'est pas un médecin d'un certain âge et un peu expérimenté qui n'ait vu, je puis vous l'affirmer, quelques cas d'érysipèle de la face se terminer par la mort, qu'il y ait ou non propagation de l'inflammation des téguments extérieurs aux méninges et quelquefois au cerveau lui-même. Depuis quelques années j'ai eu l'occasion de voir trois cas d'érysipèles de la face se terminer par la mort, et l'autopsie, faite avec le plus grand soin, ne m'a permis de constater aucune trace d'inflammation des méninges.

Ce fait ne doit nullement vous paraître extraordinaire. Le cerveau peut, en effet, être troublé d'une manière sympathique, tout comme d'une manière idiopathique, et, à ce propos, je crois devoir vous faire remarquer que presque toujours c'est en dehors du cerveau lui-même et des membranes qui lui servent d'enveloppes particulières que vous trouverez les causes de la céphalalgie, du délire, et d'autres phénomènes

de la même espèce. Il en sera ainsi dans les cas d'érysipèle, et l'on ne devra point s'en étonner ni le trouver extraordinaire, puisque dans la pneumonie, la pleurésie, etc., les mêmes symptômes peuvent avoir lieu sous l'influence de causes tout à fait étrangères aux centres nerveux eux-mêmes. Pourquoi la même chose ne pourrait-elle pas avoir lieu pour l'érysipèle que pour les affections que nous venons de citer?

Notez bien que lorsque je parle des érysipèles graves et qui peuvent se terminer par la mort, je veux dire seulement ceux qui se développent chez des sujets bien portants d'ailleurs, bien portants avant l'invasion de l'affection phlegmasique de la peau. Je n'entends point parler de ces érysipèles qui se développent quelquefois *in extremis* chez des sujets affaiblis par des maladies antérieures ou actuelles et dont l'effet est de rendre plus prompte l'issue funeste. Ce n'est point de ceux-là que nous entendons qu'il soit ici question. Pour les érysipèles qui se développent chez des sujets d'ailleurs bien portants, une médication active est nécessaire, comme nous aurons occasion de le faire voir plus bas.

L'érysipèle a marché, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, comme marchent toutes les maladies spontanées. Les médecins qui ont une grande confiance dans les agents thérapeutiques, s'imaginent que lorsqu'une phlegmasie vient à se développer dans un organe quel qu'il soit, il est possible de l'arrêter dans sa marche et d'en empêcher les progrès par des émissions sanguines soit très larges et répétées seulement de temps en temps, soit d'une abondance moins considérable, et répétées plusieurs fois par jour. On a été obligé d'abandonner cette opinion. On a reconnu bientôt que l'on ne pouvait pas juguler une maladie inflammatoire aiguë (nous nous servons de ce mot *juguler* parce que c'est l'expression dont on s'est servi); on a préféré s'en tenir à des émissions sanguines modérées, répétées plusieurs jours de suite et suivre ainsi peu à peu les progrès de la maladie. Je ne crois pas qu'il soit possible au médecin de juguler ainsi une maladie, de l'arrêter dans sa période de progrès. Toute maladie aiguë inflammatoire a une marche propre; elle fait des progrès en étendue, en intensité, sans que l'on puisse l'empêcher de marcher, sans que l'on puisse l'entraver à son début.

Il n'en est pas de même pour les maladies chirurgicales. Mais pour les affections spontanées, il y a toujours, et quoi qu'on fasse, une période à laquelle la maladie doit arriver, une période à laquelle elle doit s'arrêter, et après laquelle elle diminuera infailliblement. Chez notre malade une saignée a été pratiquée le jour de l'entrée, et le lendemain une couenne épaisse, d'un jaune verdâtre; résistant, assez ferme pour supporter le poids du caillot, recouvrait le caillot en entier. Le lendemain, malgré la gravité de la maladie, nous ne jugeâmes pas à propos de renouveler la saignée, mais 30 grammes de sulfate de magnésie furent administrés à la malade, et un lavement purgatif compléta la révulsion que nous avions jugé à propos d'opérer sur le tube digestif. En même temps des synapismes furent appliqués aux membres inférieurs à différentes reprises.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Considérations cliniques. Observation curieuse de hernie crurale étranglée.

L'étude clinique consiste dans l'examen des faits analysés individuellement. Pour être fructueuse cette étude réclame une attention soutenue; car une observation inattentive mène à des conséquences inexactes; ce n'est qu'en analysant bien les faits, en les comparant entre eux pour en faire ressortir les analogies et les différences, en les groupant dans son ordre méthodique, enfin en les comptant, qu'on peut en tirer des conséquences, des règles véritablement utiles pour la science. Vous le voyez donc, l'observation clinique, mais seulement l'observation clinique bien faite, est d'une extrême importance; sans elle la science n'existerait pas; sans elle aussi vos autres études resteraient à peu près stériles, et il vous serait impossible d'apprécier à leur juste valeur les théories soumises chaque jour à vos méditations dans le courant de ces conférences, et je ferai passer sous vos yeux tous les faits dignes d'intérêt qui se présenteront à nous, en les accompagnant de réflexions que je jugerai le plus utiles; j'espère que vous ne serez pas sans tirer quelque fruit de l'étude à laquelle je me livrerai avec vous. Aujourd'hui je vous parlerai d'un cas remarquable de hernie étranglée, que vous avez pu voir dans tous ses détails, parce que la malade qui l'a présentée est arrivée dans nos salles au début des accidents, que d'ailleurs elle a succombé, et par conséquent nous a mis à même d'apprécier les lésions pathologiques. Voici l'histoire de cette femme:

Cécile Pélagie, brocheuse, âgée de trente-huit ans, mariée; elle a eu deux enfants, le dernier en 1828, et elle a toujours eu une bonne constitution. Il y a environ trois ans elle s'aperçut de la présence, dans l'aine droite, d'une tumeur petite, mais dont le volume alla en augmentant pendant quelque temps, pour demeurer ensuite stationnaire. Cette tumeur n'occasionnait ni gêne, ni douleur et disparaissait facilement sous l'influence du décubitus dorsal. Du reste, aucun bandage n'avait été appliqué pour la contenir.

Le 1er novembre dernier, pendant que la malade faisait son lit, et se livrait à des efforts peut-être trop violents, elle se sentit prise de coliques assez vives, de tiraillements d'estomac bientôt suivis de vomissements. Ne sachant à quelle cause attribuer ces accidents, elle se fit apporter le soir même à l'hôpital. Pendant toute la nuit les coliques, les nausées et les vomissements continuèrent. Le lendemain matin, à la visite, après avoir examiné la malade, je reconnus dans le pli de l'aine une tumeur arrondie, marronnée, du volume d'un gros œuf, dure, résistante, douloureuse à la pression et irréductible, ne faisant entendre aucun gargouillement, et paraissant se prolonger un peu dans l'intérieur du ventre, au-dessus de l'arcade crurale. La douleur s'irradiait dans l'abdomen; celui-ci, d'ailleurs, n'était point ballonné. Depuis le commencement des accidents, la malade n'avait rendu par l'anus ni gaz, ni matière fécale. Le pouls était petit, fréquent; les traits du visage notablement altérés; l'accablement grand.

Sans m'arrêter sur le diagnostic de la hernie crurale, je me bornerai à vous dire que je reconnus de suite une affection de cette nature. Quel traitement fallait-il employer? Avant tout, il fallait tenter de réduire la tumeur. Je fis donc placer convenablement la malade de manière que le siége de la hernie fût le plus élevé possible, afin que les viscères placés dans la cavité abdominale pussent s'éloigner de la tumeur et opposer moins de résistance à la réduction de ce qui était sorti; en même temps, les membres inférieurs furent fléchis sur le bassin afin de relâcher les muscles abdominaux, et par suite l'aponévrose du grand oblique dont la tension peut contribuer à l'étranglement. Cela fait, je pratiquai le taxis; mais je m'aperçus bientôt de l'impossibilité de la réduction. Fallait-il opérer de suite la malade? Evidemment non; il fallait attendre, recourir à des moyens plus doux. D'ailleurs, il n'y avait pas vingt-quatre heures que les accidents avaient commencé, et aucune tentative de réduction n'avait été faite. Il était donc possible qu'à l'aide de lavements purgatifs et narcotiques, de cataplasmes sur la tumeur, des bains prolongés, on évitât une opération sanglante; ces moyens, vous le savez, suffisent assez souvent pour permettre la réduction, par la débilitation et le relâchement qu'ils impriment aux parties. J'en ordonnai l'application, me promettant de revenir dans la journée pour m'assurer de l'effet qu'ils auraient produit, et pour pratiquer l'opération en cas de besoin. Le soir, les accidents avaient presque complétement cessé; les traits de la malade ne présentaient plus cette altération que j'avais trouvée le matin; la tumeur était moins dure, presque pas douloureuse, mais toujours irréductible. Malgré cette dernière circonstance, la disparition presque complète des autres accidents me fit encore ajourner l'opération. J'espérais n'être pas obligé d'y avoir recours; cet espoir fut vain. Pendant la nuit du 2 au 3, les accidents reparurent avec une nouvelle intensité du côté des voies digestives, et le lendemain matin, je trouvai le ventre ballonné et la tumeur très douloureuse. Cette fois le cas était grave, il y avait bientôt 48 heures que les accidents avaient commencé à apparaître; il fallait se hâter de pratiquer l'opération, car la gangrène était imminente, si déjà elle ne s'était produite. L'opération fut faite suivant les règles ordinaires. Dès que le sac fut ouvert, on vit apparaître une anse intestinale, qu'aux bosselures et aux dépressions de sa surface il fut facile de reconnaître pour une portion du gros intestin; elle présentait les caractères suivants: couleur violette foncée, odeur fétide et gangréneuse, affaissement sous les doigts, absence de chaleur après un instant de contact à l'air atmosphérique: nous avions donc là tous les caractères de la gangrène. Le débridement fait, je décollai avec le doigt l'anse intestinale autour du collet du sac, et je l'attirai au dehors avec beaucoup de précaution pour éviter la rupture de la portion gangrénée, et par suite une rétraction peut-être subite de la portion saine dans la cavité abdominale; rétraction qui aurait donné lieu, comme vous le pensez bien, à un épanchement stercoral et à une péritonite consécutive. Une fois l'anse intestinale sortie autant que je le désirais, je l'ouvris au niveau de la portion gangrénée que je retranchai d'ailleurs, et aussitôt il sortit un flot de matière composée de détritus et de putrilage gangréneux, sans matières fécales. Aussitôt une sonde de femme (j'emploie une sonde en argent) fut introduite dans un des bouts de l'intestin, celui que je croyais être le bout supérieur, et cette fois les matières fécales s'échappèrent en abondance et soulièrent la malade qui se trouva immédiatement soulagée. La sonde était donc bien dans le bout supérieur de l'intestin: j'appelle votre attention sur cette petite circonstance, à cause de ce que je vais vous dire dans un instant.

Le pansement fait, la malade fut transportée dans son lit avec précaution: la journée et la nuit se passèrent bien pour elle, et le lendemain matin, 4 novembre, je la trouvai dans un état satisfaisant, à part ceci, qu'elle n'avait pas rendu la plus petite quantité de matières par l'ouverture artificielle pratiquée à son intestin.

Je procédai à la levée du premier appareil. Ici je dois vous dire que j'ai pour habitude, dans les cas d'anus artificiel, de remplacer dès le second jour par une sonde de gomme élastique la sonde de métal introduite au moment de l'opération. En effet, la première est bien moins irritante et sa longueur permet de diriger loin de la plaie les matières stercorales. Je me proposais donc, dans le cas en question, de faire cet échange, mais avec précaution, quand je m'aperçus, au moment où je venais d'enlever les pièces d'appareil, que j'avais tiré en même temps sans le voir et par suite un peu trop brusquement la sonde de métal. D'abord je ne fus nullement inquiété de cette circonstance, et si je la cite c'est pour ne rien omettre et rester tout à fait dans le vrai. Quoi qu'il en soit, je cherchai aussitôt à introduire dans le bout supérieur de l'intestin une sonde de gomme élastique. Je répétai plusieurs fois mes tentatives, mais elles furent infructueuses. Je ne fus pas plus heureux avec la sonde de métal. Ne sachant à quelle cause attribuer au juste l'obstacle qui s'opposait à la réussite de mes efforts, soupçonnant toutefois un état de gonflement des parois intestinales à l'extrémité du bout supérieur, je pansai tout simplement la malade, espérant bien que les matières fécales n'en parviendraient pas moins à se faire jour à l'extérieur. Je me contentai d'ordonner un léger purgatif. Mais pendant la journée il survint du malaise, des coliques, des nausées, des vomissements, un peu de ballonnement du ventre et la nuit fut très mauvaise.

Le 5 au matin, la malade nous dit qu'elle se trouvait très mal. L'examen de la plaie ne nous fit pas découvrir la moindre trace de matières stercorales. Sentant la nécessité de donner un libre cours à ces matières et certain que les accidents cesseraient si nous y parvenions, nous fîmes de nouvelles tentatives pour introduire la sonde, mais aussi inutilement que la veille. Cataplasmes émollients sur le ventre: expectation.

Le 6, continuation des accidents: nous tentons encore d'introduire la sonde et enfin, ne pouvant y parvenir, nous nous décidons à faire un nouveau débridement sur l'ouverture herniaire pour aller à la recherche du bout supérieur de l'intestin et l'attirer au dehors. J'avoue que c'est là une opération extrêmement délicate, et qu'il faut un certain courage pour l'entreprendre. Mais quand on a, comme moi, la conviction de sa nécessité et de l'impossibilité de sauver autrement un malade, on ne doit pas reculer. Les accidents à craindre à la suite d'une pareille opération sont la rétraction du bout supérieur de l'intestin dans la cavité abdominale, ou bien la rupture de son extrémité inférieure si elle est gangrenée, accidents dont les conséquences sont extrêmement graves puisqu'ils peuvent donner lieu l'un et l'autre à l'épanchement de matières fécales dans le péritoine. Mais il me semble qu'en prenant les précaution convenables on pourra, jusqu'à un certain point, se mettre à l'abri de pareils accidents. Quoi qu'il en soit, dans notre cas, je fis soutenir par des aides chacun des côtés du sac herniaire, et avec un bistouri glissé sur la pulpe du doigt indicateur, je fis un second débridement. Je cherchai ensuite le bout supérieur de l'intestin; mes recherches furent longues et malgré les cris et les supplications de la malade je les continuai jusqu'à ce que j'eus reconnu l'impossibilité d'arriver à mon but.

Malgré le peu de succès de cette opération, si le cas s'en présentait encore, j'agirais de même; car j'obéissais à une forte conviction, et je croyais remplir un devoir. Avant de quitter la malade je voulus employer la sonde et tenter une dernière chance. Après quelques mouvements de va-et-vient, il sortit un petit flot de matière muqueuse. Je crus avoir réussi et pénétré dans le tube intestinal, et je m'en allai, si non satisfait, au moins un peu rassuré sur le sort de la malade. Mais le lendemain matin j'eus la douleur de voir qu'elle avait succombé.

A l'autopsie, nous avons trouvé des traces de péritonite au niveau et aux environs de l'anse intestinale herniée. Le bout supérieur de l'intestin était situé au-dessus de l'anneau crural et en arrière du ligament de Poupart, et il avait contracté là des adhérences, en sorte que pour y pénétrer il aurait fallu une sonde très recourbée dont la concavité aurait été dirigée en haut et en avant. De plus, la gangrène, qui s'était étendue de bas en haut au-dessus de l'étranglement, avait frappé de sphacèle la partie inférieure du bout supérieur de l'intestin et la portion sphacélée, en s'affaissant sur elle-même, avait formé une espèce de bride, une véritable valvule qui mettait obstacle aussi bien à la sortie des matières qu'à l'introduction de la sonde. C'est là un fait extrêmement curieux; je ne sache pas qu'il ait jamais été noté dans les annales de la science.

Avant de terminer, je veux encore vous dire quelques mots. Quels enseignements peut-on tirer de l'observation précédente? De cette observation il résulte:

1° Qu'un individu affecté de hernie doit porter un bandage pour contenir cette hernie, sans quoi il est exposé à voir survenir l'étranglement, comme cela est arrivé pour notre malade.

2° Qu'une hernie crurale étranglée est une chose grave, et qu'au bout de quarante huit heures l'intestin est souvent sphacélé. A. Cooper avait donc raison de dire que, si après vingt-quatre heures on n'était point parvenu à réduire la hernie par l'emploi des bains, des lavements de tabac, etc., il fallait se hâter d'opérer.

3° Que dans le cas de hernie étranglée, la gangrène peut s'étendre de bas en haut au-dessus de l'étranglement.

4° Que dans le cas d'anus artificiel, il faut laisser pendant plus de vingt-quatre heures la sonde dans le bout supérieur de l'intestin; car en agissant autrement, on est exposé à ne plus retrouver l'ouverture. Jusqu'à présent j'avais l'habitude, comme je l'ai dit plus haut, de retirer la sonde de métal au bout de vingt-quatre heures, pour la remplacer par une sonde de gomme élastique. Désormais, quand l'occasion s'en présentera, je la laisserai beaucoup plus long-temps.

5° Enfin cette observation nous montre combien il est important que les matières fécales s'écoulent au dehors. C'est là une condition indispensable au succès de l'opération. Si au bout de vingt quatre heures il n'est rien sorti par la plaie, il y a danger de mort pour le malade; et dans le cas où cet état persiste, je crois qu'on est autorisé à débrider largement l'ouverture pour aller chercher le bout supérieur de l'intestin.

D. F.

De l'antagonisme de la phthisie tuberculeuse et des fièvres d'origine paludéenne.

La question de l'étiologie de la phthisie tuberculeuse, soulevée par MM. Boudin, Casimir Broussais, etc., n'est pas, je pense, près d'être résolue. Sa complexité peut donner lieu à des déceptions qui engagent à se tenir sur la réserve.

On n'observe pas, dit-on, la phthisie dans les contrées marécageuses où règnent les fièvres intermittentes. D'après les médecins qui professent cette opinion, le miasme qui se dégage des marais venant à pénétrer dans l'économie vivante, devient un modificateur spécifique qui préserve l'organisme de la tuberculisation, qui efface la prédisposition tuberculeuse ou l'empêche d'éclater tant que l'homme reste soumis à son influence.

Ces propositions peuvent être vraies pour certaines contrées, je ne suis pas en mesure de les contester; mais elles sont évidemment erronées pour nos provinces marécageuses, et en

particulier pour celle d'Anvers.

A Anvers, où les fièvres d'origine paludéenne sont, comme on sait, endémiques, la phthisie tuberculeuse n'en exerce pas moins tous les ans de tristes ravages parmi la population civile. Elle se montre le plus communément dans les premiers et les derniers mois de l'année, mais plus particulièrement au printemps, et aucun quartier de la ville n'en est préservé. Ce sont les personnes du sexe qui en sont particulièrement atteintes, et il n'est pas de médecin qui ne puisse s'écrier chaque année avec le poëte :

Hélas ! que j'en ai vu mourir de jeunes filles !

Ce fait est notoire dans notre ville, mais je ne m'en tiendrai pas à ma simple assertion. Une indication aussi vague pourrait être considérée, quant à sa valeur, comme bien au-dessous des renseignements dus à un grand nombre de personnes observant pour d'autres, renseignements qui ont trop généralement servi de principal appui à l'opinion contraire. Je vais citer des chiffres tirés de documents recueillis par moi-même, et l'on doit d'autant plus compter sur leur exactitude que depuis fort long-temps la fréquence de la phthisie à Anvers a été l'objet de toute mon attention.

Pendant les neuf dernières années, de 1834 à 1842, cette maladie nous a donné, à l'hôpital militaire, 123 décès sur une mortalité générale de 453. La proportion des décès occasionnés par la phthisie tuberculeuse a donc été dans ce laps de temps, de 1 sur 3 2/3, proportion qui surpasse même de beaucoup celle de la mortalité des localités non marécageuses, citées comme les plus favorables à son développement:

Pendant le premier semestre de l'année où nous sommes, le chiffre des décès, dans le même établissement, a été de 17, et la phthisie a enlevé 9 des malades qui ont succombé. Ainsi cette maladie est entrée pour une part plus grande encore, pour plus de la moitié, dans la mortalité générale, et cependant cette année a été marquée par une forte recrudescence dans le règne des fièvres intermittentes.

Il importe de faire remarquer qu'il n'a pu exister dans aucun cas le moindre doute sur la nature de la maladie, la présence et les ravages des tubercules ayant été positivement constatés chaque fois par l'ouverture du cadavre. Il n'est pas inutile de dire encore que, à l'exception d'un très petit nombre, les phthisiques qui ont succombé à l'hôpital étaient arrivés sous les drapeaux, disposés en partie, sans doute, à la tuberculisation, mais dans un état de santé apparente telle qu'ils avaient pu être admis au service.

Il résulte de ces faits et de ces chiffres, et j'aurais pu les étendre à un espace de temps bien plus long encore, qu'il ne faut pas trop se hâter de sanctionner, dans son expression générale, la loi formulée par M. Boudin. Nous voyons, en effet, à Anvers, qu'il n'existe pas le moindre antagonisme entre l'intoxication marécageuse et la tuberculisation pulmonaire, et l'organisme qui se trouve sous l'influence de l'une est loin d'y être réfractaire au développement ou aux progrès de l'autre.

GOUZÉE,
Médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. Octobre 1843.

Rapport fait à la Société de médecine sur les deux premières livraisons des Annales des maladies de la peau et de la syphilis, publiées par M. A. Cazenave; par M. GIBERT.

Analyse et critique d'un journal que nous ne pouvons reproduire.

De la réforme des quarantaines et des lois sanitaires de la peste; par M. AUBERT-ROCHE.

Nos lecteurs connaissent les opinions contenues dans ce mémoire par nos comptes-rendus académiques.

Sur le traitement de l'épilepsie; par M. LEMOINE.

Ce travail a déjà été envoyé à l'Académie des sciences, et reproduit dans nos comptes-rendus.

Note sur la théobromine et sur différents chocolats médicamenteux préparés par M. Boutigny (d'Evreux); par M. DELASSIAUVE.

M. Boutigny a des droits trop sérieux à l'estime des hommes de science pour tenir beaucoup à la reproduction d'un éloge pompeux de son chocolat anti-asthénique.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, JOURNAL DE L'ANATOMIE, DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX. Septembre 1843.

Questions relatives au magnétisme animal; par M. le Dr RIDARD.

M. Ridard n'est ni un incrédule systématique, ni un croyant enthousiaste. Il pense que les faits magnétiques ne sont ni impossibles, ni absurdes, et il convie à leur étude les hommes sérieux. Seulement, il croit qu'ils ont besoin d'un programme, et voici le sien :

1° Existe-t-il, en dehors des phénomènes réguliers qui constituent la vie et la santé, d'autres phénomènes assez remarquables, assez exceptionnels pour avoir mérité un nom particulier, celui de magnétisme animal ?

2° Ces phénomènes sont-ils produits par un homme sur un autre, sans intervention d'agents matériels visibles, par l'influence de la volonté sur la sensibilité, sur la foi, et par l'intermédiaire probable du système nerveux ?

3° Le somnambulisme magnétique donne-t-il à celui qui en est atteint, la faculté de suppléer aux sens dont l'exercice est suspendu, par d'autres parties inaptes à de telles fonctions après comme avant le somnambulisme? Le magnétisé voit-il sans le secours des yeux, par l'occiput, l'épigastre, etc. ?

4° Se développe t-il, sous l'empire du magnétisme, une aptitude particulière à découvrir certains objets ou certains faits plus ou moins éloignés, plus ou moins inconnus, de telle sorte que les distances ne paraissent plus exister ni pour le temps, ni pour l'espace ?

5° Cette puissance va-t-elle, chez celui qui n'est pas médecin, jusqu'à découvrir la structure intime de ses organes, à signaler les lésions dont ils peuvent être atteints, à indiquer les remèdes qui doivent être appliqués ?

6° Le magnétisme animal est-il, entre les mains du médecin qui sait le diriger, un moyen thérapeutique propre à combattre certaines maladies ?

7° Inconsidérément ou trop long-temps employé, est-il susceptible d'amener lui-même le développement de quelques maladies ? C'est dire que l'étude du magnétisme doit être considérée sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique.

Le rédacteur du journal fait suivre ces questions de réflexions fort sensées, et dont tous ceux qui ont cherché à s'occuper de magnétisme apprécieront la justesse. Nous croyons utile de les reproduire.

« Aux questions posées par M. le docteur Bidard, nous pourrions en ajouter un grand nombre d'autres que soulève la science, jusqu'ici fort occulte des magnétologistes. Nous devons reconnaître toutefois qu'il a mentionné celles dont il faut avoir une solution quelconque avant de se décider à devenir un adepte ou à rester tout à fait incrédule. A ce point de vue elles sont donc les plus importantes à résoudre. Mais où sont les éléments de cette solution ? Les trouverez-vous dans les recherches d'un ou de plusieurs observateurs isolés ?... Quelque bien conduites que puissent être ces recherches, elles n'amènent point l'assentiment de ceux qui y seront restés étrangers. Les trouverez-vous dans les recherches que pourront faire les corps savants institués pour solliciter et vérifier les découvertes individuelles ?.... Il faut renoncer, pour le moment du moins, à les voir à l'œuvre. Cela est positif. D'ailleurs les faits que l'on nous présente sous le titre de *Magnétisme animal*, s'ils sont, en partie du moins, réels et accessibles à l'expérience, ne se démontrent pas si aisément, en toute occasion, à toute heure, sur tous les individus; ils ne ressemblent en rien aux faits sur lesquels les commissions académiques sont ordinairement appelées à se prononcer. Que reste-t-il donc à faire ? Peut-on espérer que les passions donnent leur congé, et avec elles l'enthousiasme imperturbable des uns, et l'hostilité invincible de l'autre ? Nous avons voulu pénétrer dans les mystères du magnétisme animal; nous ne dirons point ici tout ce que nous y avons rencontré, mais nous pouvons en toute assurance annoncer à ceux qui auraient le désir de faire comme nous qu'ils observeront quelques rares phénomènes dont l'anomalie se rattache à la pathologie du système nerveux; qu'ils subiront, pour parvenir à les constater, beaucoup de difficultés, de déplacements, de dégoûts, de déceptions, et qu'ils assisteront à une infinie quantité de supercheries, de tours de gobelet, de récits fabuleux et de scènes burlesques dont la société des salons a pris le parti de s'amuser au prix d'un louis par soirée à domicile. En résumé, pour celui qui se dépouille de tout enthousiasme, et qui ne songe qu'à la vérité, c'est un travail pénible, long, encombré de toute sorte de piéges, et en fin de compte à peu près stérile. Nous croyons que la science, la véritable science peut attendre que l'évidence des faits dont elle doit s'enrichir se fasse jour d'elle-même, à l'aide des intérêts et des émotions qui sont mis en jeu. Nous croyons, après une étude assez opiniâtre du sujet, que différer en pareille matière est le parti le plus sage. La conquête réelle, alors même qu'elle serait incontestée, se réduira à peu de chose, et le retard qoi aura été apporté à la solution des questions de M. le docteur Ridard, ne nous sera pas imputé à paresse ni à négligence d'un élément bien précieux pour la science et pour l'humanité. »

Appéciation de Gall sur les fonctions du cervelet; par M. LELUT.

Chapitre d'un ouvrage intitulé de l'*Organologie phrénologique*, dont nous avons déjà parlé et sur lequel nous reviendrons prochainement.

Quelques observations relatives à l'action de la corde du tympan. Réponse à un article de M. Verga; par M. BERNARD.

D'un précédent travail de l'auteur et de celui-ci on peut tirer les corollaires suivants : Les muqueuses reçoivent des nerfs moteurs présidant aux mouvements papillaires dans les points où l'absorption est active ; l'absorption devient passive et beaucoup plus lente quand ces nerfs moteurs sont coupés ; si c'est de cette manière que la corde du tympan agit sur la muqueuse linguale ; il faut donc admettre que l'absorption des molécules sapides précède leur impression sur les nerfs du goût.

Des fausses membranes de l'arachnoïde et principalement de leur mode de formation chez les aliénés; par M. AUDANEL.

Tavail d'anatomie pathologique peu susceptible d'analyse.

De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés; par M. GIRARD.

Travail que devront lire et méditer tous ceux qui s'occupent de ce sujet important, mais que sa spécialité ne nous permet pas d'analyser.

Tentatives d'assassinat et de suicide faites par un monomane triste, halluciné; expertise médico-légale; par M. BRIERRE DE BOISMONT.

Les réflexions qui précèdent cette observation, et cette observation elle-même perdraient de leur valeur dans une analyse succincte; cependant leur étendue ne nous permet pas leur reproduction, qui aurait vivement intéressé nos lecteurs.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sirop d'écorces d'oranges. (Tonique anti-nerveux.)

Pr. Extrait hydro-alcoolique de curaçao d'Hollande,	1300 gramm.
Eau distillée pour dissoudre l'extrait,	2200
Sirop de miel de Provence clarifié et entièrement privé d'odeur,	72000

On fait dissoudre l'extrait dans l'eau, puis on filtre, et réunit au sirop que l'on fait cuire à 30° 1/2 bouillant.

NOTA. L'extrait hydro-alcoolique redissous dans l'eau perd 27 pour 0/0 de son poids, qui reste sous forme d'une matière oléo-résineuse insoluble dans l'eau.

Le sirop d'écorces d'oranges préparé par infusion aqueuse laissait beaucoup à désirer et pour les doses et pour la thérapeutique. La formule ci-dessus, proposée par M. Laroze, permet d'obtenir un médicament toujours le même, toujours constant dans son effet curatif. Son action tonique et stomachique est reconnue dans les affections attribuées à l'atonie de l'estomac et du canal alimentaire.

Solution escharrotique de Freiberg.

Pr. Camphre,	2 grammes.
Bichlorure de mercure,	4
Alcool très rectifié,	30

M. et F. dissoudre S. A.

Cette solution est employée avec grand avantage à l'hôpital de la Charité de Berlin, dans les cas de végétations syphilitiques, et spécialement contre les condylomes : elle détruit sûrement les condylomes qui présentent une large surface, mais elle est d'un effet moins sûr contre les condylomes de forme conique et acuminée.

Son mode d'application consiste à l'étendre, à l'aide d'un pinceau, sur la surface malade préalablement excisée, ou, si l'excroissance est pédiculée, après l'application d'une ligature. (*Rust's Magazin.*)

Moyen de prévenir la fécondation dans l'espèce humaine.

Dans notre vieille Europe, on voit malheureusement des mères sans entrailles chercher trop souvent à se débarrasser, avant la fin de la grossesse, du fruit de leurs amours. Il paraît que, dans le Nouveau-Monde, les sauvages eux-mêmes ne sont pas moins avancés; on pourrait peut-être dire qu'ils nous ont dépassé sous ce rapport.

Ainsi, M. le prince Maximilien de Wied, qui a publié à Coblentz un voyage d'un haut intérêt fait par lui dans l'Amérique du Nord, rapporte, page 321 de cet ouvrage, que les femmes indiennes des tribus de cette partie de l'Amérique, recourent, pour éviter la grossesse, à l'usage des baies noires du cèdre (*Juniperus barbadensis*, L.).

Il reste à savoir si ce fait est exact ; car, sans incriminer le rapport du narrateur, il est possible que ce dernier ait pris pour une réalité un dire du pays qui ne serait rien moins qu'avéré.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 NOVEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 141. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 29 NOVEMBRE 1843.

Liberté de discussion.

PROCÈS INTENTÉ PAR M. JULES GUÉRIN A MM. MALGAIGNE ET VIDAL (DE CASSIS) ; JUGEMENT.

Les principes de la liberté de discussion triomphent ; le jugement qui vient d'intervenir dans le procès intenté par M. Guérin a donné satisfaction aux désirs, aux espérances du corps médical. Sa protestation en faveur du droit d'examen et de critique sort saine et sauve de ce grand conflit. La raison, le bon sens et la liberté d'écrire ont obtenu justice. M. Malgaigne a été acquitté ; M. Vidal (de Cassis) n'a point diffamé M. Guérin, comme nous l'avions toujours dit ; enfin, si la victoire n'est pas complète, elle est suffisante pour légitimer notre satisfaction du résultat.

Quelques mots d'explication :

Le fait capital, le fait immense de cette affaire est l'acquittement de M. Malgaigne. Si l'on veut se rappeler, en effet, que M. Malgaigne est l'auteur de l'article intitulé *Illusions orthopédiques*, que c'est lui qui, pour vérifier l'exactitude de la *statistique* de M. Guérin, a été consulter les registres et les pancartes de l'hôpital, est allé à la recherche des malades qu'il a pu trouver dans Paris, et est arrivé aux conclusions que vous savez ; si l'on se souvient que c'est sur l'article de M. Malgaigne que pivotait le système entier de l'accusation ; que cet article d'examen sérieux, de critique scientifique aussi courageuse que légitime avait été le plus vigoureusement, le plus opiniâtrément incriminé ; si l'on se souvient que c'est principalement et surtout en vue de cet article que la grande manifestation du corps médical s'est produite ; que c'était pour savoir si la critique des faits et des opinions en médecine pouvait être frappée par les rigueurs de la loi, que nous vivions tous dans une anxieuse impatience ; si l'on se rappelle enfin toutes les circonstances de ce procès, n'est-il pas évident, irrécusable que M. Guérin a perdu sa cause ?

Oui, cette cause est perdue moralement, scientifiquement, et, ajoutons aujourd'hui, judiciairement. Oui, cet article de M. Malgaigne qu'on voulait assimiler à une diffamation scientifique, nouveau genre de délit que la loi protectrice n'a pas pu reconnaître, oui cet article était légitime, était dans les droits et les devoirs du critique. Oui, ce grand principe de la liberté de discussion que nous avons ardemment soutenu, en faveur duquel tous les médecins de France ont si énergiquement protesté, oui ce grand principe si imprudemment attaqué sort victorieux de cette lutte impie. Oui, l'acquittement de M. Malgaigne est la consécration du droit sacré de libre examen, est la réalisation de nos désirs et de nos espérances ; oui, cet acquittement sera pour ceux qui l'ont provoqué le sujet d'une durable et amère confusion.

Grâces lui soient rendues, à ce jeune et courageux athlète de nos droits et de nos libertés ! Son éloquence digne et ferme, inspirée par le sentiment le plus élevé, par la passion la plus noble, la dignité de la science, la moralité de l'art, les intérêts de l'humanité, ont fait évanouir ces prétentions inouies, qui voulaient placer la pratique chirurgicale d'un homme au-dessus de tout examen, de toute appréciation, de toute critique ; faire rétrograder l'art jusqu'aux mystères sacrés des temples de l'Egypte, où la main téméraire qui soulevait le voile était frappée de sacrilége. De pareilles exigences en plein dix-neuvième siècle n'étaient-elles par l'effet d'un vertige ? Et peut-on concevoir, même à cette heure, qu'elles aient été publiquement soutenues ? Heureusement la justice a été de son siècle, et le triomphe de M. Malgaigne est aussi le triomphe de la raison, du sens commun et de la liberté d'apprécier et d'écrire.

Au point de vue où l'accusation avait placé notre honorable confrère, M. Vidal (de Cassis), la décision des juges est encore une victoire. Non, M. Vidal n'a pas diffamé M. Guérin ; non, dans ses articles, il n'a pas été possible de rencontrer une seule allégation d'un fait précis, comme le veut la loi, pour qu'il y ait diffamation ; mais il a *injurié* M. Guérin, dit le jugement, et pour ce fait il le condamne. Respectons, même lorsqu'elles blessent nos convictions, les décisions de la justice. Mais hélas ! quel est l'écrivain, quel est l'homme qui ait un peu manié la plume du critique, sur lequel on ne puisse faire peser une accusation de cette nature ?

Et voyez d'ailleurs les circonstances dans lesquelles M. Vidal a *injurié* M. Guérin ; le jugement est formel, il reconnaît qu'il y avait eu provocation de la part de ce dernier ; dans la *Gazette médicale* du 10 juin, M. Guérin avait injurié M. Vidal de telle façon qu'une plainte judiciaire de sa part n'eût été que justice. C'est après cette grave injure, et à l'occasion d'une *élection* académique, c'est-à-dire dans un temps où les usages donnent à la critique plus de liberté, plus de vivacité, des allures moins retenues et moins circonspectes, que M. Vidal écrit un article dont on a incriminé quelques expressions. Et cet article, est-ce un article sérieux, grave, un de ces articles comme en sait faire M. Vidal quand il discute gravement et sérieusement les opinions chirurgicales, un de ces articles enfin où la gravité de l'offense emprunte de la gravité du sujet et de la forme ? Non, c'est un article de *chronique*, relégué à la partie la moins importante d'un journal mensuel, un article de polémique légère et toujours spirituelle, puisqu'il est de M. Vidal, où l'on tolère, où l'on excuse, où l'on pardonne, où l'on aime, il faut le dire, ce ton légèrement épigrammatique dont un homme d'esprit et un cœur élevé ne se fâchent ni ne s'inquiètent. Ce sont de pareils articles qui ont soulevé la chatouilleuse indignation de M. Guérin. C'est pour eux qu'il a fait tout ce bruit, cet éclat ; c'est pour eux qu'il a demandé SOIXANTE MILLE FRANCS de dommages et intérêts ; c'est pour eux enfin que le tribunal, plus sévère appréciateur du dommage fait à la réputation de M. Guérin, lui a accordé la somme magnifique de CINQ CENTS FRANCS !!!!!

Ainsi s'est terminé ce procès mémorable ; — car nous ne voulons rien dire du troisième inculpé, pour lequel le jugement lui-même a tracé une ligne de démarcation ; — ce procès qui sera une page curieuse de notre histoire contemporaine, et qui aura mis dans tout son jour les sentiments nobles et élevés du corps médical français pour les grands principes que nous défendons.

Voici le texte du jugement :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (6e chamb.).

Présidence de M. PERROT DE CHÉZELLES.

Audience du 28 novembre.

« En ce qui concerne les poursuites de Jules Guérin contre Malgaigne, Vidal de Cassis et Henroz ;

» Attendu que Jules Guérin, en insérant dans la feuille du 1er juillet 1843 du journal la *Gazette médicale*, dont il est rédacteur en chef, un tableau statistique intitulé : *Relevé général du service orthapédique de l'Hôpital des Enfants*, service dont il est chargé, s'est par cela même soumis à l'examen et au contrôle du public, et surtout des personnes ayant intérêt à vérifier et discuter l'exactitude et la valeur des succès annoncés ;

» Attendu que les inculpés ont tous trois cet intérêt, en leur double qualité de docteurs en médecine et de rédacteurs de journaux de chirurgie et de médecine ; mais qu'il y a lieu toutefois de rechercher si la discussion à laquelle ils se sont livrés a dépassé les limites d'une critique scientifique et sincère, et présente les caractères de diffamation et d'injure envers Jules Guérin ;

» En ce qui concerne Malgaigne particulièrement :

» Attendu, quant aux articles publiés dans le journal *le Siècle* du 6 août 1843 et dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 9 septembre de la même année, qu'il n'est nullement justifié qu'il ait participé d'une façon quelconque à leur rédaction ou à leur publication ; et que si, dans une lettre signée de lui et de quinze autres chirurgiens, et qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* le 28 septembre, il a déclaré en prendre la responsabilité, cette déclaration, dans les termes où elle est conçue et dans les circonstances où elle a été faite, ne saurait cependant le rendre responsable vis-à-vis de la loi du fait de cette publication ;

» Attendu, sur les articles publiés dans le *Journal de chirurgie* de juillet, août et septembre dernier, que s'il résulte des débats que sur certains points il s'en est rapporté trop facilement à des documents sans valeur et a légèrement accueilli et publié des renseignements à lui transmis, et s'il est d'ailleurs constant qu'il est sorti d'une discussion sage et modérée que lui commandaient particulièrement le rang qu'il occupe dans la science, l'importance et la publicité de son journal, il est néanmoins suffisamment établi qu'il n'a pas agi dans des vues d'intérêt privé, et que sa critique a été sérieuse et sincère ;

» Attendu qu'à l'inculpation d'avoir participé dans un but coupable aux publications faites par Vidal de Cassis et Henroz, qu'il n'existe contre lui aucun indice de culpabilité ;

En ce qui concerne Vidal de Cassis :

» Attendu, sur les articles déjà énoncés du journal *le Siècle* et de la *Gazette des Hôpitaux*, que s'il reconnait avoir donné son avis sur quelques articles qui ont dû servir de base à ces articles, il n'est cependant pas établi qu'il ait agi dans une intention mauvaise ou qu'il ait approuvé ou même connu la publication de ces articles avant leur publication, et que le fait d'avoir signé, lui seizième, la lettre du 28 septembre déjà mentionnée, ne peut être incriminé à son égard, non plus qu'à celui de Malgaigne ;

» Attendu, sur l'inculpation d'avoir, avec intention coupable, pris part aux publications faites par Malgaigne et Henroz, que la plainte n'est sur ce point nullement justifiée ;

» Attendu, quant à la lettre publiée en septembre 1842 dans le *Journal de la Chirurgie française et étrangère*, qu'il s'est écoulé plus de six mois entre le fait de la publication et la poursuite, et qu'ainsi l'action publique est éteinte ;

» Attendu, sur les trois autres articles publiés dans les feuilles du même journal en juin, juillet et septembre dernier, dont l'un commence par ces mots : « Nous signalons, » et finissant par ceux-ci : « On fera le tour ; » l'autre commençant par ceux-ci : « Le temps est un certificat, » finissant par ceux-ci : « A des prix très modérés ; » le troisième commençant par ceux-ci : « De tristes débats, » et finissant par ceux-ci : « De tristes commissions ; »

» Que Vidal (de Cassis), qui s'est reconnu l'auteur de ces articles, ne s'y est point renfermé dans les limites d'une critique légitime ; qu'il a employé, à l'égard de Jules Guérin, des termes de mépris et des expressions outrageantes, mais ne renfermant l'imputation d'aucun fait précis, notamment dans le paragraphe du premier article, commençant par ces mots : « Si les faiblesses des sociétés savantes, et finissant par ceux-ci : « Dont il faudra surveiller la lignée ; » dans celui du même article, commençant par ces mots : « Puisque la *Gazette* espère, » et finissant par ceux-ci : « Quand ils seront trouvés, on fera le tour ; » dans le passage du second article, commençant par ces mots : « Le temps est au certificat, » et finissant par ceux-ci : « M. Guérin a donc compris qu'il fallait sortir de la spécialité pour réaliser ses désirs ; »

» Dans celui du même article, commençant par ces mots : « Ce sont là des airs qu'on se donne mal à propos, » et finissant par ceux-ci : « M. Guérin n'a que des admirateurs, et cela, dit-on, à des prix très modérés ; » et dans le paragraphe du troisième article commençant par ces mots : « Quand il nous arrive de faire des merveilles, » et finissant par ceux-ci : « Là ne se trouvent pas des miracles ; »

» Attendu que ce fait que Vidal (de Cassis) avait à se plaindre d'une allégation de Jules Guérin dans la *Gazette médicale* du 10 juin dernier, ne saurait, dans les circonstances de la cause, être considéré comme une excuse, et que dès lors il est coupable, *non point du délit de diffamation*, mais bien du délit d'injures publiques envers Jules Guérin ;

» Attendu, relativement à la demande en dommages-intérêts, que les articles injurieux dont est question ont porté à Jules Guérin un préjudice dont il a droit de demander réparation ;

» En ce qui concerne Henroz. . . . .

» Le Tribunal, par tous ces motifs, vu les articles 13, 18 et 19 de la loi du 17 mai 1819 ; vu aussi l'article 365 du Code d'instruction criminelle, aux termes duquel, en cas de conviction de plusieurs délits, la peine la plus forte doit être seule prononcée ;

» Faisant application de l'article 18 précité de la loi du 17 mai 1819 ;

» Renvoie Malgaigne de la plainte contre lui portée, et condamne Guérin, en ce qui le concerne, aux dépens ;

» Déclare l'action publique éteinte quant à l'article publié dans le numéro du *Journal de la Chirurgie française et étrangère* de septembre 1842 ;

» Renvoie Vidal (de Cassis) des fins des poursuites quant aux articles publiés par Malgaigne et Henroz, quant à ceux publiés dans le *Siècle* et la *Gazette des Hôpitaux*, et quant à l'inculpation de diffamation dirigée contre lui relativement à ses propres publications ; et le condamne à 100 fr. d'amende à raison du délit d'injures publiques dont il est reconnu coupable ;

» Le condamne par corps à payer à Jules Guérin la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts ;

» Renvoie Henroz des fins de la plainte relativement aux publications faites par Malgaigne et Vidal (de Cassis) ;

» Le condamne à 200 fr. d'amende à raison des délits d'injures publiques et de diffamation dont il s'est rendu coupable par ses propres publications ; le condamne par corps à payer à Jules Guérin la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêt ;

» Ordonne la suppression des feuilles du *Journal de la Chirurgie française et étrangère* et feuilles du journal *l'Expérience*, qui ont été publiées les unes en juin, juillet et septembre 1843, et les autres les 27 juillet, 3, 17 et 24 août de la même année, qui pourront être saisies ;

« Ordonne que le présent jugement sera rendu public dans les mêmes formes que ceux portant déclaration d'absence ;

» Ordonne qu'il sera de plus inséré dans le *Journal la Chirurgie française et étrangère*, dans le journal *l'Expérience*, et dans trois journaux quotidiens au choix du sieur Jules Guérin, et le tout aux frais des sieurs Vidal (de Cassis) et Henroz, chacun par moitié ; fixe à une année la contrainte par corps qui pourra être exercée ;

» Condamne Vidal (de Cassis) et Henroz aux dépens en ce qui les concerne. »

Adhésions à la déclaration de principes en faveur de la liberté de discussion.

(DOUZIÈME LISTE.)

Paris, 28 novembre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

Jusqu'à présent j'avais cru devoir m'abstenir de prendre part à la protestation relative à la liberté de discussion. Je ne veux pas que l'on se méprenne sur mes motifs : c'est qu'à mon avis, cette liberté ne saurait être mise sérieusement en péril dans le temps où nous vivons. Mais du moment où tant de bons esprits, moins rassurés que moi, la jugent menacée, je dois joindre ma faible voix à toutes celles qui se sont élevées en sa faveur.

Veuillez, en conséquence, recevoir et publier mon adhésion qui, pour être tardive, n'en est ni moins franche, ni moins entière.

Agréez, etc.

MÉLIER,
Membre de l'Académie royale de médecine.

Ont encore adhéré à la Déclaration de principes :

A Paris :

MM. Deguise père, chirurgien en chef de la Maison royale de Charenton ; Deguise fils, chirurgien adjoint du même établisement ; Dezeimeris, député, bibliothécaire de la Faculté de médecine ; Lesueur, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté ; De Fernex, D.-M.-P.

Dans les départements :

Rignac (Aveyron), 17 novembre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

Le corps médical tout entier a dû s'émouvoir de la position que voudraient lui faire les auteurs de ce singulier procès. Nous croyons qu'il est de notre devoir de protester contre une semblable prétention, et de vous prier de vouloir bien joindre notre nom à ceux des signataires de la Déclaration de principes du 8 octobre dernier, en faveur de la libre discussion en matière scientifique.

Veuillez agréer, etc.

Auzouy, D.-M.-P., inspecteur des eaux minérales de Cransac, membre correspondant de l'Académie royale de médecine ; Théodore Auzouy, D.-M.-P. ; Colomb, D.-M.-P.

MM. Poulain, D.-M. à Châteauneuf en Thimerais (Eure-et-Loir) ;

Dr Ténain, médecin en chef de l'hôpital Archangé d'Orsay (S.-Ine-et-Oise); Froment, chirurgien-major du 4er Lnciers, à Compiègne.

— M. le docteur Schweiger, à Laval (Mayenne), nous prie de joindre son nom à ceux des signataires de la Déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Fouquier.

Discours d'ouverture de M. Gouraud, remplaçant M. Fouquier

La clinique est le but, le couronnement de toutes les études médicales. Toutes les branches dont se compose le vaste champ de la médecine, reçoivent pour ainsi dire leur complément de la bonne clinique. C'est assez dire pour en faire comprendre toute l'utilité, toute l'importance.

La plupart des élèves qui suivent les cours cliniques sont munis des connaissances préliminaires, telles que d'anatomie et de physiologie, de pathologie, etc.; d'autres sont au commencement de leurs études; pourtant nous croyons que tous doivent être également assidus aux services cliniques des hôpitaux, car tous en tireront du profit pour les études qu'ils ont fait ou qu'ils vont faire. Ainsi, les étudiants en anatomie et en physiologie vérifieront dans les hôpitaux les faits qu'ils ont étudiés sur les cadavres et dans les livres, voyant la nature même en action. Ceux qui étudient l'hygiène pourront mieux reconnaître la justesse des lois hygiéniques qu'ils ont apprises, en interrogeant les malades sur leur tempérament, âge, profession, manière de vivre, en comparant sous tous ces rapports les sexes, etc. Ils verront enfin encore l'hygiène en action. Ceux qui s'occupent de thérapeutique pourront, au lit des malades, observer l'action des médicaments appliqués aux différents cas morbides, et en quelque temps d'observation attentive et bien dirigée, connaîtront plus de cette branche importante qu'en lisant tous les livres de matière médicale. On peut répéter la même chose de la pathologie et des autres sciences accessoires de la médecine.

Quel sera l'esprit de l'enseignement clinique que nous allons entreprendre? Il y a un siècle environ, un élève et ami de Valsalva, le grand Morgagni, après avoir lu l'ouvrage de Bonnet, et remarqué l'inexactitude, l'imperfection des observations sous le rapport des lésions anatomiques, crut faire une chose très utile aux progrès de notre art en s'appliquant à pratiquer les autopsies des cadavres avec plus de soin et de précision, et en faisant bien ressortir les lésions qu'on y rencontrait et les rapports qui pouvaient exister entre ces lésions et les maladies préexistantes. Morgagni fonda ainsi l'anatomie pathologique, qui était presque entièrement oubliée avant lui. Cette branche fit de grands progrès depuis cet illustre maître, et absorba même presque exclusivement l'attention des médecins, surtout dans notre siècle.

Il est impossible de nier les services considérables que l'anatomie pathologique rendit à l'art de guérir; ce n'est pas surtout dans cette enceinte, théâtre de la gloire des Corvisart, Laënnec, etc., qu'on pourrait mettre en doute cette vérité. En effet, c'est depuis que les études d'anatomie pathologique ont fait des progrès qu'on a mieux connu et distingué entre elles les affections cérébrales, par exemple, sur lesquelles elle a jeté une très vive lumière, et on est ainsi arrivé à établir un traitement plus rationnel et plus approprié contre des maladies qui, anciennement, on peut dire, étaient traitées d'une manière presque empirique.

Les maladies de poitrine furent aussi beaucoup mieux connues, et conséquemment mieux traitées depuis les progrès de cette science. C'est l'illustre Laënnec qui, par ce moyen, a dissipé en grande partie les ténèbres qui enveloppaient cette partie de la pathologie. Comparez, en effet, les difficultés immenses que rencontreraient les Stoll, les Baglivi, les Sydenham, quoique doués de la plus grande perspicacité, à bien diagnostiquer les affections de poitrine avec la facilité vraiment étonnante du diagnostic moderne; tellement qu'aujourd'hui un élève, même médiocre, en médecine, peut assez facilement arriver à un diagnostic sûr de ces différentes maladies; et vous comprendrez les avantages que l'anatomie pathologique a apportés à notre art.

Quels progrès a-t-elle fait la pathologie du cœur depuis cette époque, et principalement depuis les travaux de M. Bouillaud, auquel nous devons l'importante découverte de la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire? Avant cette lumière répandue par l'anatomie pathologique, la marche de toutes ces maladies n'était pas bien suivie; de là incertitude dans le pronostic et dans le traitement. C'est elle aussi qui nous apprit à débrouiller le chaos des hydropisies abdominales, nous faisant remonter avec sûreté à la cause multiple de ces états morbides, et, selon la différence des affections dont l'hydropisie n'est souvent qu'un symptôme, établir un traitement différent et rationnel. C'est par elle qu'on est parvenu à se faire une idée plus exacte de la nature de cette grave et fréquente maladie, qui décime souvent les malades de nos hôpitaux, la fièvre typhoïde, nous faisant bien connaître le siége principal qu'affecte la cause morbide, c'est-à-dire les plaques de Peyer, qui s'ulcèrent, se perforent, et donnent lieu à des péritonites rapidement mortelles. C'est d'après la connaissance de cette lésion presque constante de l'intestin dans la fièvre typhoïde, que nous sommes conduits à désigner notre traitement, soit pendant la maladie, soit dans le cours de la convalescence, de manière à ne pas irriter une partie qui est ou a été profondément affectée, et qui réclame tous les ménagements.

L'anatomie pathologique nous apprit donc comment on meurt dans les différentes maladies, en nous révélant les lésions organiques que souvent on rencontre sur les cadavres; elle nous apprit aussi comment on guérit des maladies qu'on avait toujours crues supérieures aux ressources de l'art et de la nature; car Laënnec d'abord, et d'autres après lui, nous firent connaître des phthisiques guéris, en nous soumettant les poumons de ces individus portant les traces des anciennes cavernes tuberculeuses cicatrisées, en nous mettant pour ainsi dire sur la voie du procédé employé par la nature pour atteindre ce but.

De quels avantages infinis n'est-elle pas cette branche de la médecine à la chirurgie proprement dite? avantages dans lesquels nous ne devons pas entrer. Donc ce serait nier la lumière du soleil que de contester les incontestables bienfaits de l'anatomie pathologique; mais il importe en même temps de savoir qu'elle a trop préoccupé les esprits, et que les médecins, surtout de notre époque, en ont abusé d'une manière fâcheuse pour la véritable médecine pratique. Il nous reste après avoir exposés les avantages de cette branche importante, à en toucher les inconvénients, pour vous prémunir contre eux.

Les médecins qui se consacrèrent entièrement à l'étude de cette branche en furent tellement pénétrés, qu'ils ne voyaient plus rien dans la science médicale en dehors d'elle; et quand les sciences chimiques vinrent en aide à ces médecins par leurs analyses, leurs travaux de laboratoire, ils éprouvèrent une véritable ivresse, croyant pouvoir tout expliquer dans les maladies, et leur appliquer un traitement toujours rationnel et convenable. On a cru que les traces de lésions anatomiques rencontrées dans les cadavres étaient le point de départ de la maladie à laquelle les sujets avaient succombé. Bichat avait dit: « Que peut faire le médecin qui ignore le siége du mal? » Ces paroles du grand physiologiste peuvent être vraies sous le point de vue de l'anatomie pathologique; mais elles sont inexactes sous le point de vue de la médecine pratique, et il n'est pas difficile de le prouver. N'est-ce pas vrai que bien souvent nous ignorons le siége du mal contre lequel nous devons lutter, et que malgré cela nous arrivons à soulager, à guérir les malades? Et quand je dis, *nous ignorons*, je veux dire, *les médecins les plus éclairés et les plus habiles ignorent*; car quel est le médecin, par exemple, qui connaît la nature des fièvres intermittentes, et la lésion anatomique qui l'accompagne? Et pourtant tous les jours nous traitons avec succès de ces affections. En sait-on davantage sur la nature des diathèses, des affections si nombreuses, si variées, et vraiment protéiformes du système nerveux? Non; et néanmoins nous agissons contre ces maladies multiples, et souvent nos moyens réussissent. Donc dans toutes ces circonstances le médecin est guidé par d'autres considérations, par d'autres connaissances que celles de l'anatomie pathologique pure; il doit nécessairement s'élever à des considérations d'un autre ordre. Il suffit d'entrer un peu dans la pratique médicale pour reconnaître cette vérité.

Un autre inconvénient de cette question posée par Bichat, c'est de trop localiser les maladies; localisation qui constitue pour nous une grande erreur, parce que ne voyant rien au-delà de la lésion locale, on voit un seul élément, un seul côté de la maladie, non pas la maladie toute entière. En considérant les maladies sous ce simple point de vue, on commet des omissions graves, on néglige des circonstances très importantes à connaître pour bien asseoir le diagnostic et le traitement; on arrive à avoir une sorte d'histoire naturelle des maladies humaines; beaucoup de bocaux contenant des pièces anatomiques qui correspondent aux différentes maladies; mais on n'a pas l'histoire philosophique et véritable de ces maladies mêmes. Il résulte aussi de cette localisation, qu'on se contente de connaître les lésions anatomiques locales, sans s'occuper assez des malades eux-mêmes, que le but presque principal est de suivre la marche de ces lésions, de la pronostiquer même, et non pas de rechercher les moyens les plus efficaces pour l'arrêter et la combattre. Il en résulte, en un mot, ce que Broussais dans son langage énergique appelle le *fatalisme médical*, et vous devez savoir que de ce fatalisme au *scepticisme médical*, il n'y a qu'un pas. Voilà les abus de la localisation des maladies.

D'après cela, nous sommes en droit de conclure qu'il faut s'occuper des sciences accessoires de la médecine, c'est-à-dire, par conséquent, avec ardeur, de l'anatomie pathologique, de la chimie, etc.; s'en servir comme d'instruments utiles, mais ne pas croire que toute la médecine est là; ce serait une funeste erreur. Il est nécessaire (et c'est notre conviction profonde) de faire une grande attention aux phénomènes vitaux; il n'est pas permis d'être médecin dans le sens véritable de ce mot, sans être vitaliste.

On reproche aux vitalistes d'être trop dans le vague, de courir après des chimères, de n'offrir rien de saisissable dans leurs idées; mais il me semble que rien n'est plus facile à saisir que la vie et les phénomènes vitaux qui la constituent, et sur lesquels les médecins vitalistes croient devoir fixer sérieusement leur esprit. Comment peut-on faire de la bonne médecine sans s'occuper de ces phénomènes? Broussais a dit encore avec cette force de parole qui le caractérise, à l'encontre des fatalistes: « Toute maladie est vitale au commencement. » En effet, toute maladie est un trouble ou général ou local survenu dans les fonctions de la vie; ce sont bien là des phénomènes vitaux. Si des considérations particulières doivent se rattacher à ces phénomènes, et si de ces considérations le médecin tire des lumières pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies; il fait là du vitalisme clinique ou pratique. C'est ce que nous pensons devoir faire, et ce qui nous semble indispensable pour arriver à faire une bonne médecine.

Sans nous occuper de la théorie, qui n'est pas de notre ressort, nous considérerons les mouvements vitaux en eux-mêmes; tout le reste pour nous est secondaire. Nous allons plus loin: toute maladie, d'après notre manière de voir, est vitale non-seulement au début, mais dans sa marche, dans son évolution et dans sa terminaison; elle l'est aussi sous le rapport des causes qui la produisent. En effet, une maladie ne peut-elle pas préexister avant son développement sensible? Si on n'admettait pas ceci, on ne pourrait pas admettre non plus l'existence d'une prédisposition héréditaire; et pourtant personne ne la met en doute. N'est-ce pas là du vitalisme? Prenons, par exemple, un rhumatisme articulaire chez une personne prédisposée à cette maladie, comme il y en a beaucoup. L'affection articulaire sera plus tenace, plus rebelle à tous les moyens les plus rationnels qu'on mettra en usage contre elle; pourquoi? À cause de cette prédisposition sous l'influence de laquelle elle se trouve. C'est pourtant là encore un fait vital qui ne tombe pas sous les sens extérieurs, mais que l'esprit saisit facilement et peut apprécier à sa juste valeur. De même, il y a une personne prédisposée héréditairement à la phthisie pulmonaire; il n'y a aucune espèce de signes sensibles; la médecine anatomo-pathologique, organique, etc., ne révèle rien à cet égard. Mais si on abandonne l'individu à l'influence de certains agents hygiéniques, nous verrons la maladie qui n'existe pas encore se déclarer; tandis que par une bonne hygiène, et par l'éloignement de certaines causes externes défavorables, la maladie qu'on redoute ne se développera pas, et l'individu, qui pourtant y est prédisposé, pourra vivre long-temps en bonne santé. Que fait-on ici, si ce n'est de la médecine *vitaliste?* Les exemples à cet égard se présentent en foule.

Non-seulement se transmettent par la voie héréditaire les principes, les germes des maladies; mais aussi une maladie peut transmettre par cette même voie le principe, ou la prédisposition d'une autre maladie. C'est surtout dans les maladies chroniques que cela s'observe d'une manière incontestable; de sorte qu'on voit souvent le père affecté d'une maladie, par exemple, d'un rhumatisme chronique, transmettre à ses enfants la prédisposition à des affections catarrhales, ou du cœur, etc. Comment expliquerons-nous ces rapports entre la cause et les effets, sans recourir au vitalisme? Le génie des maladies épidémiques d'ailleurs si fréquentes et souvent meurtrières, n'est-il pas vital? Peut-on le concevoir autrement dans l'état actuel de la science?

La maladie au début est toujours vitale; Broussais même, qui ne croyait pas autant que nous à l'influence du vitalisme dans les maladies, l'a dit. En voulez-vous des exemples? Les fièvres dites continues, que présentent-elles au début de leur existence, sinon des phénomènes vitaux? Il est possible que des phénomènes spéciaux et locaux se développent par la suite. Traitera-t-on ces symptômes morbides de la même manière que les symptômes analogues qui accompagnent des maladies pour causes traumatiques? Non certainement, et on serait à peu près sûr d'échouer dans le traitement si on ne faisait pas attention à la cause, à la nature particulière de ces affections.

L'hémoptysie est, comme vous savez, un phénomène très fréquent. La traiterez-vous toujours de la même manière, et comme symptôme d'une maladie organique du poumon? Non, car elle peut être et est souvent succédanée d'une simple fonction vitale interrompue et troublée, telle que la suppression des règles, des hémorrhoïdes habituelles, etc.; elle présente une toute autre gravité, et exige un traitement bien différent. Que ferez-vous pourtant dans ce cas, si vous ne voyez rien dans les phénomènes morbides que le résultat de lésions locales ou organiques? En agissant d'après vos idées, vous vous exposeriez à une faute grave.

On a l'habitude de donner une trop grande importance à ce qu'on appelle les signes des maladies; les signes ne sont pour ainsi dire que le reflet de la maladie, mais non la maladie elle-même; il y a à étudier le support ou sujet, ce qui soutient pour ainsi dire la maladie même, et qui est bien variable selon l'âge, le sexe, le tempérament, etc. On dira que cela ne fait pas de doute, que tous les médecins non vitalistes l'admettent aussi et en tiennent compte dans l'étude des maladies, mais cela prouverait alors qu'ils sont en contradiction avec leurs principes, car ils seraient vitalistes sans le vouloir en s'élevant au-dessus des simples considérations de lésion locale pour admettre des phénomènes de tout autre ordre.

Dans la convalescence des maladies il y a également une différence très marquée selon les sujets, quoique la maladie fût absolument la même sous le rapport de ses caractères anatomiques. Chez les uns la convalescence est franche, rapide; chez d'autres, au contraire, elle est lente, incertaine et entravée souvent dans sa marche, sans causes extérieures appréciables.

D'où vient cette différence? Comment l'expliquera-t-il, le médecin non vitaliste? On voit quelquefois des malades rester long-temps dans un état de faiblesse inexplicable malgré le bon appétit et les bonnes digestions. On en voit qui mangent avec voracité, qui se nourrissent plus abondamment même que dans l'état de santé, mais ils sont dans un état d'aberration ou de faiblesse mentale telle qu'ils ne peuvent pas lier deux idées ensemble; ils ont une véritable folie: si on consulte pourtant les fonctions organiques on les trouve très régulières. Il faut ici remonter plus haut, et on arrivera probablement à retrouver une cause; en effet, souvent ces sortes de convalescences sont héréditaires; on voit des parents qui dans leur jeunesse éprouvaient les mêmes phénomènes dans la convalescence de leurs maladies. Voilà pour le médecin vitaliste la clef du phénomène en apparence extraordinaire.

Remarquez aussi les convalescences à la suite des affections éruptives, rougeole, scarlatine, etc. Quelle différence entre ces convalescences et celles qui succèdent à une foule d'autres maladies inflammatoires. Que d'égards, que de soins elles réclament! Les malades sont d'une susceptibilité étonnante; le moindre écart de régime les expose à des rechutes graves, à des affections catarrhales très opiniâtres. Ceci est si vrai, que tous les médecins sages et prudents ont l'habitude de tenir ces malades encore quinze jours au lit et quinze autres jours dans la chambre pendant l'été, trois à quatre semaines pendant l'hiver, lorsque tous les symptômes morbides ont cessé et que commence la véritable convalescence, parce que l'expérience leur a appris l'importance de cette conduite prudente.

Quelle est la cause véritable de cette susceptibilité extraor-

dinaire des malades ? Pour nous, c'est une disposition toute vitale, dont il faut tenir compte, si on veut expliquer de si étranges phénomènes.

C'est une disposition de même nature celle par laquelle les malades répondent différemment à l'action des médicaments qu'on leur administre. De quelle autre manière expliquerez-vous pourquoi le même agent thérapeutique donné dans les mêmes conditions pathologiques à des individus du même âge, du même sexe, de la même profession, etc., produit des effets très divers ? En chercherez-vous l'explication dans les connaissances purement anatomo-pathologiques ou chimiques ? Non certainement.

Toutes ces considérations que je pourrais étendre indéfiniment, ce sujet étant très vaste, suffiront pour le moment à vous faire comprendre que dans les maladies il y a bien autre chose à connaître que l'état et la lésion matérielle ; que celle-ci même n'est pas ce qu'il y a de plus important et de plus essentiel pour le véritable médecin. Vous comprendrez qu'il y a des considérations d'un ordre bien plus élevé qui doivent occuper l'esprit du médecin clinicien pour arriver à se former une idée bien complète et philosophique des différents êtres morbides qu'il doit combattre.

Ce sont ces considérations seules qui guidaient dans leur pratique les grands médecins anciens pour lesquels ne brillait pas encore le flambeau de l'anatomie pathologique et des autres sciences accessoires de la médecine, et pourtant ils n'étaient pas plus malheureux que nous dans le traitement des maladies.

Ce sont ces considérations que nous tâcherons de répéter continuellement avec vous au lit des malades, ne négligeant pas, bien entendu, les secours des connaissances anatomo-pathologiques et autres qui seront toujours d'une grande utilité comme instruments secondaires. En un mot, pour nous, faire une bonne clinique, c'est réunir tout ce qu'ont dit et écrit de bon et d'utile les anciens à ce que les progrès des temps modernes ont apporté à la science. Il ne faut pas adopter aveuglément tout ce qui est ancien, dédaigneusement ce qui a été fait par les modernes ; la science médicale est si vaste, si immense que, même en réunissant les bons travaux anciens et modernes on n'arriverait pas à la rendre complète, mais elle sera moins incomplète que par la séparation de ces travaux même. Notre devise sera donc ce mot de Baglivi : *Novi veteribus non opponendi, sed perpetuo jungendi fœdere.*

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Colique saturnine intense ; anémie saturnine. Lavements purgatifs ; hydrochlorate de morphine. Guérison.

Julien Hébert, peintre en bâtiments depuis quatorze ans, d'une taille assez élevée, assez musclé, cheveux noirs, peau brune.

Cet homme a été atteint cinq fois de colique saturnine. Il eut la première en 1834. Aucune n'a duré plus de quinze jours. Du reste, il a toujours joui d'une bonne santé.

Depuis trois mois consécutifs, il était employé à décorer des appartements, où il usait abondamment de peintures au blanc de céruse. Ses mains étaient fréquemment salies par le blanc ; il avait soin néanmoins de les laver avant chaque repas, de même qu'il se lavait la bouche chaque matin. Pendant ce temps, il assure n'avoir pas fait d'excès alcooliques. Cependant, un jour il but du vin outre-mesure, et le lendemain il éprouvait du malaise général, de la céphalalgie, des vertiges de temps en temps. Il continua son travail, et ne cessa de boire, par intervalles, du vin blanc, dont il affirme toutefois n'avoir pas fait excès. Trois jours après le début du malaise, l'anorexie survint ; puis le quatrième, au matin, il rendit par le vomissement une tasse de lait chaud sucré qu'il avait pris la veille au soir. Enfin, vers le milieu du même jour, le 7 juillet 1843, il fut saisi tout à coup de coliques violentes, qui s'accompagnèrent bientôt de vomissements, de douleurs dans les testicules, et de palpitations auxquelles il n'est point sujet.

Le 9, il entra à l'hôpital Beaujon, dans l'état suivant :

Physionomie triste, teinte blême de la peau ; muqueuses décolorées ; sclérotiques jaunes ; ni céphalalgie, ni étourdissements. Liséré ardoisé sur le bord des gencives ; dents jaunâtres et couvertes de tartre à leur collet ; pas de taches livides sur la face interne des lèvres et des joues. Langue grise ; haleine peu fétide ; soif vive ; anorexie ; éructations amères ; nausées fréquentes ; ce matin, avant son entrée, vomissements pénibles de liquides verdâtres, provoqués par l'ingestion d'une tasse de thé, accompagnés d'efforts douloureux. Ventre de forme normale ; douleur constrictive assez forte et continue, occupant les hypochondres et la région épigastrique, s'exaspérant toutes les cinq, dix ou quinze minutes ; alors ce sont des élancements aigus qui causent une vive anxiété, provoquent la contraction des muscles de la face et les gémissements du malade ; alors le décubitus abdominal le soulage, mais il faut qu'il soit de courte durée, sinon il devient intolérable.

La pression exercée avec la main n'augmente ni ne diminue les douleurs ; exercée avec l'extrémité des doigts, elle les exaspère à un haut degré. Les exacerbations spontanées sont plus vives et plus fréquentes la nuit que le jour. Le sphincter anal est médiocrement contracté ; ténesme fréquent ; pas de garderobes depuis le 7. L'émission des urines est facile, non douloureuse ; mais celles-ci sont moins abondantes qu'à l'état normal.

Les organes génitaux n'offrent rien de particulier. De temps en temps quelques palpitations ; bruits du cœur réguliers ; mais le premier est remplacé par un bruit de souffle de médiocre intensité, aussi sensible à la pointe qu'à la base. Même bruit anormal dans la carotide et la sous-clavière gauches. A droite, on entend trois bruits : un bruit de souffle, puis deux bruits naturels. Le bruit anormal, d'ailleurs très prononcé, est moins fort dans les sous-clavières que dans les carotides. Pouls à 56, peu développé, régulier, légèrement inégal. Chaleur normale ; insomnie complète.

Sentiment de faiblesse modérée ; douleur contusive dans la région lombaire, augmentée par toute espèce de pression et par les mouvements du tronc ; aucune n'existe dans la continuité, non plus que dans la contiguité des membres. Limonade sulfurique, 2 pots ; 3 lavements purgatifs composés ; bain sulfureux ; diète.

Le 10, une couche légère de sulfure de plomb existe à la surface du corps.

Vomissement de liquide verdâtre remplissant le tiers d'une cuvette. Peu de soulagement. Pas de selles. Emission des urines un peu douloureuse et moins facile ; elles sont orangées, transparentes.

Constriction très forte au niveau du sternum, et par fois aussi à la gorge, d'où résulte de l'étouffement. Respiration très gênée ; 24 inspirations souvent interrompues par des soupirs. Pouls à 52, toujours peu développé, régulier. Julep avec hydrochl. de morphine, 3 centigrammes ; cataplasmes sinapisés aux genoux ; bain alcalin.

Le 11, tout le sulfure de plomb a disparu. Face très calme, un peu colorée ; lèvres rosées ; sclérotiques moins jaunes ; plus de vomissements. Coliques notablement diminuées ; ventre à peine sensible à la pression des doigts. Plusieurs selles liquides. Respiration très libre ; plus de constriction de la poitrine ni de la gorge. Quelques palpitations. Bruit de souffle nul à la région précordiale, très faible au commencement du premier bruit dans les carotides et sous-clavières, égal des deux côtés.

Pouls à 64, régulier, consistant. Sommeil passable. Même prescription, moins le bain et les sinapismes.

Le 12, l'amélioration continue. Appétit. Un seul lavement purgatif ; 2 bouillons.

Le 15, coliques presque nulles ; trois ou quatre selles. Pas de bruit de souffle dans les artères. Deux lavements purgatifs ont été administrés chaque jour ; on les supprime. Demi-portion.

Le 16, ventre indolent ; deux selles molles. Très faible souffle pendant le premier bruit dans la carotide droite. Une portion.

Le 18, même bruit de souffle. L'état des forces est satisfaisant ; la peau conserve à peine une teinte légèrement blême ; les muqueuses sont colorées.

Le malade demande sa sortie.

Réflexions. — On a cité des exemples d'affections saturnines développées chez des individus qui avaient séjourné dans des appartements récemment décorés, et l'on a attribué l'intoxication à la volatilisation de l'essence de térébenthine emportant les molécules délétères jusque dans les voies respiratoires. Cette circonstance, dont se plaignit particulièrement notre malade, aurait-elle eu une grande part dans la production de la maladie ? On ne saurait ou l'affirmer, ou le nier ; car lui-même avoue que ses mains étaient, la plupart du temps, salies par la substance nuisible, et elles pouvaient fournir une autre voie pour l'empoisonnement. Quoi qu'il en soit, il paraît évident que la maladie trouva sa cause déterminante dans l'excès alcoolique auquel se livra Julien Hébert, et c'est une chose digne de remarque, mais bien constatée, que de tels excès provoquent souvent le développement des affections saturnines. Si, dans ce cas, l'invasion de la maladie fut précédée de quelques jours de prodrome, il n'en est pas toujours ainsi, et il n'est pas rare de voir survenir la colique la plus violente tout à coup, au milieu du bien-être le plus parfait. Une fois déclarés, les symptômes prirent un degré d'intensité très prononcé ; mais sans insister sur chacun d'eux, nous observerons qu'ils s'amendèrent rapidement aussitôt que la constipation fut dissipée. C'est là, en effet, le point capital du traitement de la colique saturnine : détruire la constipation. Les lavements purgatifs composés parviennent promptement à ce but ; et si quelquefois on ajoute à la prescription l'hydrochlorate de morphine, c'est quand l'anxiété est extrême et l'insomnie trop fatigante. Quant au bain sulfureux, il a pour but, dans cette maladie, de nettoyer la peau du plomb dont elle peut être recouverte. Il produit, dans ce cas, une couche de sulfure qui en atteste la présence, et qu'un bain alcalin enlève en totalité. Cette circonstance est bien remarquable chez notre malade, puisqu'il ne s'était point exposé aux poussières saturnines.

L'anémie saturnine dont nous avons parlé déjà antérieurement, était manifeste chez ce malade ; le bruit de souffle entendu à la région précordiale, celui des carotides et sous-clavières, ne pouvait tenir qu'à cette cause. Aucun traitement ne fut administré directement contre elle ; néanmoins elle eut de la tendance à disparaître avec les symptômes abdominaux, ce qui arrive quelquefois, tandis que, dans d'autres cas, elle est long-temps rebelle, même à l'administration des ferrugineux.

Enfin, un dernier fait mérite l'attention ; chez cet homme, c'est la constriction de la poitrine et de la gorge, phénomène purement nerveux, que nous avons vu plus d'une fois accompagné de cette sensation particulière désignée sous le nom de boule hystérique.

F.-B. DE MONTESSUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 novembre. — Présidence de M. P. DUBOIS.

Quelques rectifications au procès-verbal sont demandées par MM. Londe, Dupuy, Desportes et Pariset.

— *M. Guillon* adresse une note intitulée : *Procédé nouveau pour la cure radicale de l'hydrocèle. — Rétention d'urine guérie par l'incision de l'espèce de soupape intra-vésicale qui la produit.*

Pour la cure de l'hydrocèle, le procédé est si simple, qu'on pourrait au besoin y avoir recours sans que le malade s'en doutât. Il consiste à introduire dans la tunique vaginale une petite sonde très flexible, suffisamment longue pour former dans cette cavité plusieurs tours de spirale, et à l'y maintenir jusqu'à la douleur et un commencement d'inflammation adhésive indiquent qu'on doit la retirer.

Voici comment l'opération a été pratiquée sur la personne qui est le sujet de cette lettre :

J'ai plongé, dit M. Guillon, un trois-quarts à la partie la plus déclive de la tumeur, et lorsque la moitié environ du liquide qu'elle renfermait a été évacuée, j'ai fait pénétrer une sonde par la canule dans l'enveloppe testiculaire, de manière à lui faire décrire trois tours de spirale dans cette poche et à distendre légèrement ses parois. J'ai maintenu ce corps étranger en place pendant dix-huit heures, au moyen d'un suspensoir, et je ne l'ai retiré que lorsque son séjours a en déterminé un certain degré de douleur et d'accélération du pouls.

Le troisième jour, la tumeur ayant deux fois le volume du testicule du côté gauche, pour éviter le tiraillement douloureux du cordon des vaisseaux spermatiques le malade, qui allait et venait continuellement reprit le suspensoir qu'il avait quitté, et six jours après cette opération M. C. put retourner chez lui en Hollande. Au bout de trois semaines. il m'écrivit que le testicule droit n'avait, comme il l'a aujourd'hui, que le volume de celui du côté opposé.

Pour guérir la difficulté d'uriner produite par l'espèce de soupape intra-vésicale qui fermait l'orifice interne de l'urètre et qui rendait la sortie du liquide enfermé dans la vessie d'autant plus difficile que le malade faisait plus d'efforts pour l'expulser, M. Guillon a pratiqué avec son stricturotome une double et profonde incision sur le bord libre de cette espèce de cloison.

Un verre d'eau injecté dans la vessie immédiatement après cette opération, en fut expulsé avec la plus grande facilité : ce qui donna à M. Guillon la preuve que le but qu'il s'était proposé avait été atteint. Depuis lors, le sujet dont il est question dans cette lettre, et qui a présenté ces deux états pathologiques, a continué à bien vider sa vessie.

La demande de M. Guillon est renvoyée à l'examen de MM. Bérard, Cloquet et Velpeau.

— *M. Velpeau* annonce à l'Académie qu'une souscription dans le but d'ériger un monument à M. Champion, membre correspondant, a été ouverte à Bar-le-Duc. Il transmet le vœu manifesté par la famille que quelques membres de l'Académie veuillent y prendre part. (*Voir* aux Nouvelles.

— *M. Gueneau de Mussy* lit un rapport officiel, demandé par le ministre du commerce, relatif à une demande de M. Bazière au sujet de la poudre de Seücy.

Les conclusions générales de ce rapport sont que relativement aux remèdes secrets, l'Académie engage M. le ministre à rentrer dans le vœu et dans le texte de la loi : d'acheter les remèdes dont l'expérience a constaté l'efficacité ; et à interdire absolument la vente et l'annonce de tout remède secret.

Ces conclusions sont adoptées.

— *M. Gauthier de Claubry* lit une note sur la vaccine, en réponse à une précédente communication de M. Castel sur ce sujet.

(A ce moment la nouvelle du jugement qui vient d'être rendu par le tribunal est apportée à l'Académie, et la rumeur qu'elle y cause distrait complétement l'attention de la lecture faite par l'honorable académicien.)

M. Castel présente quelques observations dont nous ne saisissons pas le sens. Il termine en disant que M. Gauthier de Claubry se préoccupe trop du danger qu'il peut y avoir à discuter la question de l'affaiblissement de la vaccine. Il vaut mieux, au contraire, que l'Académie prenne l'initiative pour ne pas être devancée par l'opinion publique.

M. Rochoux. Ce danger sera nul si, à l'occasion de tout rapport sur la vaccine, l'Académie en proclame les bienfaits, et déclare à la population que pendant les épidémies de variole les sujets vaccinés en sont beaucoup moins atteints et d'une manière beaucoup moins grave.

M. Dupuy. Le cowpox n'est pas un virus nouveau, c'est la petite-vérole elle-même ; l'opération de la vaccine n'est que l'opération de l'inoculation.

M. Bousquet. La proposition de M. Rochoux ne peut pas trouver de contradicteurs dans cette enceinte. M. Castel reproche aux premiers vaccinateurs d'avoir proclamé la vaccine un préservatif infaillible. Là n'est point leur tort ; je partage encore moi-même cette opinion ; mais ils sont allés trop loin en disant que la vaccine était un préservatif illimité. Non, cela n'est pas : le vaccin s'affaiblit ; il faut le reconnaître, il faut le proclamer, pour propager les revaccinations qui peuvent garantir les populations de grands malheurs.

M. Bousquet reproduit ici les opinions qu'il a plusieurs fois émises sur la nature et les divers effets de la vaccine à ses différentes périodes.

Cette discussion est close.

M. Hamont lit une note sur les quarantaines, à propos du travail de M. Aubert-Roche.

M. Hamont combat toutes les opinions de M. Aubert, en reconnaissant combien les modifications apportées par l'Angleterre et par l'Autriche à leur régime sanitaire pour les provenances d'Orient sont nuisibles à la France. Il y aurait danger à imiter leur exemple, et il croit qu'on ne peut résoudre les difficultés que par un congrès inter-national où l'on s'occuperait des questions relatives à l'assainissement de l'Egypte, source et origine de la peste.

M. Londe fait remarquer quelques contradictions dans ce travail.

L'Académie renvoie la discussion sur ce sujet à la prochaine séance et se forme en comité secret à quatre heures et demie.

— Dans la séance du 14 novembre, *M. Souberbielle* avait adressé une lettre qui a été mentionnée au procès-verbal, et contenant des remarques critiques sur la dernière communication de M. Ségalas sur un cas de lithotritie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 novembre 1843. — Présidence de M. DUMAS.

M. Félix Dujardin adresse un mémoire sur les helminthes des musaraignes.

— *M. Flourens* fait hommage à l'Académie d'un volume de Mémoires d'anatomie et de physiologie comparées. Ce volume contient des recherches sur les lois de la symétrie dans le règne animal ; sur le mécanisme de la rumination ; celui de la respiration des poissons ; enfin sur les rapports des extrémités antérieures et postérieures chez l'homme, les quadrupèdes et les poissons.

— *M. Daremberg* fait hommage à l'Académie d'une traduction d'Hippocrate, enrichie de notes, dont M. Flourens loue l'érudition judicieuse.

— *M. Piedagnel* adresse la lettre suivante :

« En 1841, l'administration des hôpitaux, par un nouveau réglement sur le régime alimentaire de ses établissements, a établi, afin d'avoir moins de bœuf bouilli, qu'on ne mettrait dans les marmites que 120 litres d'eau pour 50 kil. de viande. Par ce moyen on obtient un bon bouillon qui est destiné aux malades ; celui des convalescents est pris à la Compagnie hollandaise.

» Chargé comme médecin de surveiller la fourniture des aliments d'un des hôpitaux de Paris, j'ai été souvent frappé de la mauvaise qualité du bouillon hollandais, qui le plus souvent ne semble être qu'une décoction de légumes et peut-être de betterave. Mes confrères des autres hôpitaux ont sans doute fait aussi la même remarque, puisqu'on lit dans le Rapport des médecins, au Conseil général pour 1843 : « Le transport décompose le bouillon de la Compagnie hollandaise ;

altère ses propriétés, et il arrive dans les établissements de l'administration dans un état d'aigreur d'autant plus grand, que l'éloignement de la Compagnie hollandaise est plus considérable et la chaleur atmosphérique plus élevée. »

» Pour parer à cet inconvénient, le Conseil général, depuis plusieurs années, a fait entreprendre à l'Hôtel-Dieu des expériences qui, sans doute, n'ont pas encore donné de résultats avantageux. De mon côté, j'ai fait quelques recherches qui n'ont pas été infructueuses.

» Si l'on hache très menu du bœuf, et qu'on le fasse bouillir avec de l'eau, on parvient à obtenir un bouillon bien supérieur à celui de la Compagnie hollandaise et à un prix bien inférieur.

» Ainsi une livre de viande de 50 centimes, 10 centimes de légumes, 5 litres d'eau, après avoir bouilli pendant 5 heures au moyen de 20 centimes de charbon, donnent 4 litres de bouillon, qui ne reviennent par conséquent qu'à 20 centimes le litre, et est d'une bonne qualité.

» Cette expérience, répétée de manières variées, m'a toujours donné un résultat à peu près semblable et toujours avantageux; mais il était utile de faire l'opération en grand; c'est ce qui vient d'être tenté par M. le directeur de l'Hôtel-Dieu.

» 10 kil. de viande hachée, y compris les os non cassés, 3 k. 1/2 de légumes, 80 litres d'eau, ont fourni après 5 heures d'ébullition 70 litres de bouillon, supérieur sans aucun doute à celui de la Compagnie hollandaise; le prix de revient, sans le combustible, n'était que de 15 centimes; celui de la Compagnie est de 38 centimes.

» La viande que l'on obtient par ce procédé ne peut servir à rien; elle ne contient plus que de la fibre musculaire sans goût; peut-être pourrait-on, en la mélangeant avec d'autre viande hachée, faire un aliment qui pourrait être employé utilement dans les grands établissements.

» Si en opérant sur une livre de viande hachée, on fait bouillir pendant 2 heures et qu'on ajoute alors une livre de viande non divisée, au bout de 5 heures on a du bouillon délicieux et une livre de viande cuite qui ne laisse rien à désirer »

A propos de cette lettre, M. Thénard fait remarquer qu'on n'aura jamais de bon bouillon si l'on n'a pas soin de cuire à petit feu, et sans pousser jusqu'à l'ébullition du liquide.

—*M. Gabillot* envoie un travail intitulé : Analyses de diverses expériences physiologiques sur l'interprétation des lois organogénériques. Voici un extrait de ce travail :

« Si sur un jeune animal, on dont l'évolution organique est au quart de son terme habituel, on pratique l'excision d'un à trois centimètres, selon la taille naturelle de l'animal, sur un nerf des membres, les bouts divisés finissent par se réunir immédiatement, après un temps plus ou moins long, mis en rapport avec la rapidité de la croissance générale, et avec l'activité nutritive qui reste dans le membre opéré.

» Si l'animal ayant atteint la moitié de la taille qu'il doit avoir à l'état adulte on pratique les mêmes opérations, le travail régénérateur marche plus difficilement et plus lentement que dans les premiers cas. Les adhérences vicieuses, les déformations, l'atrophie, sont plus ordinaires.

» Si les animaux sont adultes ou ont gagné toute leur croissance, les extrémités nerveuses n'adhèrent plus immédiatement, elles restent plus ou moins écartées. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX. Novembre 1843.

Etudes sur la fissure à l'anus, suivies d'expériences faites dans le but de traiter et de guérir cette douloureuse maladie sans opération ; par M. J.-J. CAZENAVE.

Après un travail étendu sur l'histoire des fissures à l'anus, après avoir exposé le résultat de quelques expériences intéressantes sur l'influence de certaines alimentations sur la défécation, l'auteur arrive au but principal de ce mémoire et se demande si l'on peut guérir sûrement la fissure à l'anus sans opération ? En d'autres termes, peut-on arriver à des résultats analogues à ceux qu'on obtient à l'aide d'une opération très douloureuse, 1° en soumettant les malades à un régime convenable ; en obtenant liquides ou demi-liquides les matières qui doivent passer à travers la filière anale ; 3° en s'y prenant de façon à ce que les plis muqueux de l'anus ne se distendent pas, à ce que les sphincters soient à peine dilatés, et conséquemment à ce que l'appareil anal demeure dans le repos le plus complet et le plus long possible ; 4° enfin, en usant d'un moyen propre à éviter le contact des matières fécales avec la fissure ou les sphincters ? Des faits concluants, dit M. Cazenave, répondront à ces questions. Nous le laisserons exposer lui-même sa méthode de traitement qui empêche de recourir à l'opération de Boyer, à la modification apportée à cette opération par Dupuytren, à l'excision du professeur Velpeau sans toucher au sphincter, à l'excision modifiée par M. Jaubert et à la méthode sous-cutanée.

« A quelques exceptions rares, j'use des moyens suivants :

» 1° Régime composé de fécules (de riz surtout), de lait, de bouillies de pain très-blanc, bien fermenté et bien cuit, de végétaux herbacés et d'aliments gélatineux, comme ayant une propriété laxative chez certaines personnes habituellement constipées. Ce régime doit être prescrit de manière à ne pas trop brusquer les habitudes des malades et à n'arriver à des doses d'aliments fort restreintes que graduellement et avec les précautions que tout praticien doit prendre en pareil cas.

» 2° Minoratifs tous les deux jours. Si le miel, les boissons de veau et de poulet, la casse, le tamarin, la manne, les pruneaux, etc., ne suffisent pas pour vaincre la constipation et rendre les matières fécales liquides, il faut alors recourir aux purgatifs huileux, salins, etc., pourvu toutefois que l'état de l'estomac et des intestins en permette l'emploi. Je me suis toujours bien trouvé du calomel ou des pilules de Belloste ou de magnésie.

» 3° Quarts de lavements émollients, huileux, miellés, administrés deux fois par jour, et portés aussi haut que possible avec une longue canule en gomme élastique.

4° Injections anales avec une solution d'opium, de belladone ou de jusquiame, afin de tenir habituellement le sphincter relâché, surtout quand la fissure est compliquée d'une forte constriction spasmodique de l'anneau musculeux terminal du rectum. »

Pour ces injections l'auteur recommande la plus grande prudence à cause de l'activité très grande d'absorption de la muqueuse rectale pour les stupéfiants.

» 5° Boissons tempérantes.

» 6° Repos et position horizontale permanents.

» Quand le malade a usé de ces moyens pendant une douzaine de jours, je m'occupe alors de placer un appareil que je vais décrire, sans discontinuer pour cela le régime, les minoratifs, les lavements, les injections stupéfiantes et sédatives, les boissons tempérantes et le repos.

» Cet appareil se compose d'un cercle en baleine arrondi, très flexible, s'enroulant sur un très petit mandrin à tête. Cette baleine doit être matelassée avec un peu de linge fin ou de charpie, et recouverte ensuite d'une enveloppe en bon taffetas ciré ayant huit travers de doigt de long. Tout étant ainsi préparé, on graisse avec du cérat et on introduit baleine et mandrin dans l'anus et le rectum, préalablement dilatés par une injection opiacée si le sphincter est spasmodiquement contracté. Quand la baleine est parvenue au-dessus du sphincter et au niveau de l'évasement inférieur du rectum, son élasticité le fait se dérouler, former un cercle ayant les dimensions obligées de la partie la plus inférieure du ventre d'amphore. Cela fait, on arrange le taffetas ciré qui doit franchir le sphincter et dépasser l'anus d'au moins quatre travers de doigt.

» Les principales précautions à prendre pour que cet appareil soit convenablement placé et ne fatigue pas les parties avec lesquelles il est en contact, consistent d'abord à ne se servir que d'une petite baleine, dont la puissance élastique soit tout juste ce qu'il faut pour ne distendre qu'à peine le cercle formé par la portion inférieure du renflement rectal, ensuite à se procurer du taffetas ciré très fin et de la meilleure qualité, afin qu'il ne gêne pas l'action du sphincter par sa présence.

» Mon appareil, fort simple comme on voit, et placé comme je viens de l'indiquer, a de la fixité, ne gêne en rien la défécation et protège la membrane muqueuse de l'anus, la fissure et le sphincter du contact des matières fécales, en même temps qu'il s'oppose à ce que des fragments de ces mêmes matières, solides ou liquides séjournent dans les plis de l'anus et sur la fissure elle-même.

» Voici comment les choses se passent dans l'acte de la défécation, pendant l'application de l'appareil. L'envie d'aller à la selle survenant, les efforts tendent à engager les matières fécales dans le sphincter qui cède, est dilaté et permet le passage. Le cercle en baleine, lui, étant en rapport avec des parties qui ont 32 degrés de chaleur, devient plus souple, moins élastique et se prête aux mouvements imperceptibles de la portion du rectum sur laquelle il est arc-bouté, et qui ne peut ni gêner ni blesser. Le taffetas ciré qui forme l'entonnoir, et qu'on a eu le soin d'huiler entre chaque garderobe, cède à la pression des fèces, se déplisse, suit les mouvements du sphincter en le protégeant, et ne gêne en rien le retrait de la filière dans laquelle, souple et inoffensif, il se plisse sans efforts. »

A l'appui de ses idées, M. Cazenave rapporte cinq observations de fissures à l'anus avec ou sans constriction spasmodique des sphincters, traitées par cette méthode et par cet appareil et qui ont été guéries dans un espace de temps qui a varié entre vingt et quarante jours.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS. — 1843.

Observation d'une amaurose, traitée et guérie par l'inoculation du sulfate de strychnine ; par M. VERLEGH, de Breda.

La fermière B..., demeurant à deux lieues de Breda, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution nerveuse, éprouva dans le courant du mois d'octobre 1842, en sortant de l'église, une douleur hémi-crânienne très intense, douleur qui fut suivie d'une diminution notable de la vue par l'œil gauche. Cette femme, après avoir été traitée pendant deux mois par son médecin, qui n'avait dirigé ses médications que contre la céphalalgie, vint me consulter le 3 janvier de cette année, et offrit les symptômes suivants : La pupille du côté gauche était dilatée ; on ne reconnaissait aucun mouvement à l'iris, il ne formait qu'un cercle étroit et laissait la pupille dans son plus grand état de dilatation ; cette dilatation n'était pas influencée par la plus vive lumière, même par celle d'une bougie. Néanmoins, après avoir soustrait l'œil amaurotique, ainsi que l'œil droit, qui offrait déjà les premiers symptômes de l'amaurose, à la lumière du jour, il y avait un léger mouvement de la pupille du côté malade, quand on exposait les deux yeux à l'impression d'une vive lumière. Il n'y avait aucun changement de couleur au fond de l'œil ; les douleurs de tête persistaient, quoique avec moins d'intensité, et du côté malade la vue était totalement éteinte. Il y avait trois semaines que la malade n'avait pas vu le moindre objet pour cet œil, la cécité avait été précédée par la sensation de taches de différentes couleurs voltigeant dans l'air. Le médecin n'avait prescrit que des purgatifs, et de temps en temps des sinapismes sur la nuque. Tous les traitements divers employés en pareil cas furent successivement et vainement mis en usage. M. Verlegh résolut alors de pratiquer l'inoculation du sulfate de strychnine, ce qu'il fit le 21 mars de la manière suivante :

Il déposa dans un verre de montre un grain de sulfate de strychnine mêlé avec deux gouttes d'eau ; il fit le premier jour avec la lancette onze inoculations, six au-dessous de l'œil gauche dans la direction du nerf sus-orbitaire et autant au-dessous de l'œil et sur l'aile du nez, endroit où se termine le filet ethmoïdal de la branche nasale, et de laquelle partent les filets qui vont à l'iris. Le malade ne ressentait aucun effet ce jour-là, mais le lendemain, il y avait de légers frémissements dans la direction de l'inoculation. Laissant deux jours d'intervalle, il recommença l'inoculation en augmentant de six piqûres, après quoi la malade s'aperçut d'un léger nuage, ce qui l'enhardissait à continuer. Après cinq inoculations successives, qui furent portées à trente piqûres, elle commençait à distinguer les objets ; et, après la huitième, la vue était totalement rétablie, tous les autres symptômes ont disparu après avoir usé cinq grains de sulfate de strychnine. La guérison se soutenait depuis deux mois.

Moyen de faire disparaître les cicatrices des plaies ; par M. le docteur PITTSCHAFT, de Bade.

Suivant M. Pittschaft, on réussit pleinement à opérer la résolution et à effacer les cicatrices provenant de plaies, en y appliquant plusieurs fois par jour la teinture thébaïque ou l'extrait liquide d'opium. On doit, après chaque application, laisser sécher la couche de liquide appliquée sans l'essuyer en aucune manière.

En s'armant de persévérance soutenue dans l'emploi de cette médication, on parvient sûrement à faire disparaître jusqu'aux dernières traces des cicatrices, même les plus étendues.

(*Hufeland's Journal.*)

M. Velpeau nous prie d'annoncer qu'une souscription est ouverte à Bar-le-Duc pour l'érection d'un monument à la mémoire du docteur Champion, dont la perte récente a excité de vifs regrets.

Cette souscription s'est élevée, dans l'espace de trois jours, à près de 3,000 francs dans le seul département de la Meuse. Cela indique suffisamment l'estime dont jouissait ce savant et honorable praticien dans le pays où il y a exercé avec tant de distinction pendant quarante ans.

M. Champion était, en effet, un des chirurgiens les plus instruits de notre époque ; son érudition était prodigieuse, et l'on était étonné qu'il eût pu réunir tant de lecture à une pratique aussi active et aussi étendue. Sa mort a été un deuil public pour la ville de Bar-le-Duc, qui a voulu consacrer la mémoire de cet homme de bien par un monument public.

Les souscriptions sont reçues à Paris chez M. J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 142. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 1er DÉCEMBRE 1843.

NOUVEAU PROCÈS.

Encore un procès! Mais rassurez-vous, celui-ci n'aura pas la gravité de l'autre ; et d'ailleurs, ne se passera pas de confrère à confrère. Il s'agit de la question de l'embaumement.

On se rappelle que M. le docteur Marchal (de Calvi), mu par un sentiment de libérale confraternité, déféra d'abord à un tribunal scientifique, à l'Académie des sciences, la question de savoir si l'embaumement par l'injection de la carotide n'était pas une pratique du domaine public, une pratique déjà décrite, connue et mise en usage avant qu'elle ne fût devenue l'objet d'un privilége accordé, comme on le sait, à M. Gannal, par un brevet d'invention. M. Marchal ne borna pas à cette communication ses provocations contre un privilége qu'il croit illégitime. Quelques jours plus tard, et après en avoir prévenu M. Gannal, il pratiqua *gratuitement* un embaumement par l'injection carotidienne, tout en s'abstenant d'employer le liquide dont se sert M. Gannal, liquide qui est sa propriété, et à propos duquel nulle prétention ne s'élève. M. Gannal annonça alors qu'une plainte en contrefaçon avait été déposée par lui au parquet du procureur du roi, et qu'une assignation allait être ou était déjà lancée contre M. Marchal. Cependant plus de deux mois s'écoulèrent sans que celui-ci reçût cette missive timbrée, et déjà bien des suppositions avaient été faites sur ce tardif résultat d'une menace qui avait été si prompte.

Ce n'est que sur la dénégation de M. Marchal, insérée dans *la Presse*, que M. Gannal a mis enfin ses huissiers en campagne ; et M. Marchal n'aura rien perdu pour attendre, car son terrible adversaire ne lui demande pas moins de VINGT MILLE FRANCS de dommages et intérêts ! C'est pour le 6 décembre prochain que cette cause singulière est indiquée.

En vérité, nous ne pouvons pas trop prendre au sérieux cette exorbitante prétention de M. Gannal, et nos appréhensions pour notre honorable confrère, M. Marchal, ne peuvent être bien vives. Cependant il y a au fond de ce procès une question d'intérêt général et de principe qui exige l'intervention de la presse, de la presse libérale, de celle qui ne s'est jamais mise à la remorque d'un intérêt privé, et qui n'a jamais déserté le terrain des principes pour passer à la défense des spéculations industrielles.

Un mot d'abord des hommes que ce procès va appeler devant la justice.

M. Gannal n'est pas médecin ; ce n'est pas assurément pour nous une raison d'être injuste ou désobligeant à son égard. Nous reconnaissons volontiers que quelques-uns de ses travaux scientifiques sont loin d'être sans mérite, et pour peu qu'il y tienne, il ne nous répugne en aucune façon de lui donner le titre de savant. En disant donc qu'il n'est pas médecin, nous ne voulons que faire remarquer cette singularité d'une loi fiscale qui a permis à l'homme étranger à l'art, de pouvoir exercer le monopole de l'embaumement, alors qu'une autre loi plus morale, plus décente à notre avis, permet aux médecins seuls de platiquer l'ouverture des cadavres. Mais, ce qu'est M. Gannal par dessus tout, c'est un industriel, franchement, résolument industriel, s'abritant sous un brevet d'invention et venant demander à la justice de protéger un privilége acheté de ses deniers. Ne craignez pas de lui que mêlant la science à l'industrie, il embarrasse les juges par une position complexe, qu'il cherche à défendre sa science par son industrie et celle-ci par sa science ; il laisse à d'autres cette périlleuse besogne dans laquelle, comme on sait, on ne réussit pas toujours. M. Gannal, plus modeste et peut-être plus adroit, cherchera simplement à prouver aux juges qu'il s'agit peu de savoir qui le premier a pensé à injecter par la carotide un liquide conservateur, mais bien de juger qui le premier a fait *une application industrielle* de cette injection à l'embaumement. Il soutiendra que c'est lui, exhibera son brevet et en réclamera les conséquences. Ce sera donc pour lui une simple affaire de privilége commercial, une pure question de contrefaçon qu'il fera tous ses efforts pour dégager et des principes scientifiques et des raisons de convenance qu'alléguera son adversaire.

Ainsi ne se posera pas M. Marchal (de Calvi). Ce jeune et très honorable confrère occupe une place distinguée dans le rang des officiers de santé militaires. La distinction de son esprit et ses talents l'ont élevé à un poste fort éminent pour son âge. Sa position de fortune est favorable. Tout éloigne de lui le plus léger soupçon d'un intérêt particulier dans l'attaque qu'il dirige contre le privilége de M. Gannal. Son but est très nettement exposé dans la note qu'il a lue devant l'Académie des sciences. Le monopole de l'embaumement lui paraît illégitime. Il conteste à M. Gannal la priorité de l'injection carotidienne dans un but de conservation des cadavres. Il cite des faits, des dates, des documents imprimés qui prouvent que long-temps avant l'obtention du brevet de M. Gannal, des anatomistes avaient ouvert la carotide pour injecter des cadavres, et des médecins avaient pratiqué la même opération dans une intention explicite d'embaumement. Il refuse par conséquent à son adversaire et la priorité d'invention de son procédé, et la priorité de l'application. Il conclut enfin que l'injection carotidienne est une opération du domaine public, que tout médecin a le droit de la pratiquer soit dans un but purement anatomique, soit dans un but formel d'embaumement.

Telle est la question, tels sont les contendants.

Le point de vue légal, la question de droit, ne sont pas de notre domaine ; mais nous avons dit qu'au fond se rencontrait une question d'intérêt général et de principe, et celle-là seule nous intéresse.

La question de principe est celle-ci : Peut-il exister un privilége pour pratiquer l'embaumement par une méthode d'injection quelconque ? La raison et le bon sens répondent négativement. Que M. Gannal ait obtenu les bénéfices d'un brevet pour son liquide conservateur, cela se conçoit à la rigueur ; car il y a là découverte, invention. Mais qu'on ait brévété M. Gannal pour le procédé qui consiste à ouvrir la carotide, voilà ce qui répugne au sens commun. Où y a-t-il là découverte et invention ? M. Gannal aurait-il par hasard découvert la carotide ? Aurait-il inventé qu'en poussant un liquide dans cette artère, l'injection se propage dans l'arbre vasculaire tout entier ? On n'élèvera pas sans doute l'absurde à cette puissance ; mais on dira que M. Gannal est le premier qui ait fait une application industrielle de cette disposition anatomique. Admettons-le, pour simplifier les choses, quoique des documents positifs prouvent le contraire, nous n'en contestons pas moins la légitimité d'un brevet qui repose sur un fait connu depuis que l'on ouvre des cadavres. Et d'ailleurs, est-il possible de dire au médecin chargé d'embaumer un sujet : Je vous défends de toucher à telle ou telle partie du corps ; je vous défends de remplir la mission qui vous est confiée de la manière la plus sûre et la plus avantageuse ; je vous défends de mettre à profit les enseignements de l'art et de l'expérience.

De telles prétentions sont intolérables, elles doivent tomber devant une juste appréciation des faits, et il ne peut pas être plus permis à M. Gannal d'empêcher les médecins d'ouvrir telle ou telle artère, que dans une opération chirurgicale il ne pourrait être défendu d'employer tel ou tel procédé. Que dirait-on d'un chirurgien qui se ferait bréveter pour une méthode d'amputation ? S'il se trouvait même un confrère assez indigne pour solliciter un tel brevet, la loi, toute fiscale qu'elle est, pourrait-elle le lui accorder ? Non assurément. Eh bien ! l'embaumement peut et doit être considéré comme une opération ; le médecin seul peut et doit le pratiquer ; il lui est loisible, il lui est permis, il lui est enjoint d'y procéder de la façon la plus rationnelle. En s'abstenant d'employer le liquide brévété il respecte et consacre les droits de l'industriel. Que celui-ci le vende et le vende à prix d'or, les médecins et les familles seront libres de l'acheter ou de le refuser, selon leur degré de confiance. Mais l'injection par la carotide de toute autre substance, est dans leurs droits et dans leur devoir, et ce ne serait que par la plus complète confusion qu'on pourrait assimiler cette injection à une invention qui a droit à privilége.

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

§ Ier. JUSTICE CRIMINELLE.

Meurtre d'une petite fille de quinze mois par sa mère. (Cour d'assises du Loiret.)

La nommée Désirée-Séraphine Aniset, femme du sieur Grelon, couvreur à Outarville, arrondissement de Pithiviers, était accouchée avant son mariage d'un enfant qui avait été mis en nourrice à Neuilly. Elle n'avait point osé faire part de cette circonstance à son mari. Mais quelques difficultés s'étant élevées entre elle et la nourrice, elle vint, à la fin de mai dernier, chercher sa petite fille, qu'elle emporta avec elle. A son retour à Outarville elle n'avait plus l'enfant, qui avait été d'ailleurs remarqué pendant le voyage entre ses bras.

L'attention de l'autorité fut appelée sur cette disparition par une lettre anonyme adressée au ministère public, le 12 juillet ; aussitôt une enquête fut commencée, et la femme Grelon, mise en état d'arrestation, finit par déclarer qu'en arrivant le soir à Outarville, elle avait déposé son enfant à terre sur de la paille, dans un petit bâtiment appartenant à son mari, puis qu'elle l'avait recouvert de cinq à six bottes de paille afin de l'étouffer, et qu'enfin, au bout de cinq jours, elle avait jeté le cadavre dans un puits, qu'elle désigna.

Le corps fut trouvé en effet dans le puits indiqué ; il était enveloppé d'un fichu cousu en plusieurs endroits ; un cordon le serrait légèrement à l'entour du cou. Soumis à l'examen de deux hommes de l'art, ces derniers ont reconnu, après avoir disséqué le larynx, une faible dépression des cartilages de cet organe pouvant être attribuée à une pression plus ou moins forte exercée sur ce dernier pendant la vie de l'enfant. Les deux médecins ont conclu en rapportant la mort à une asphyxie dont les causes devraient être l'action dépressive pratiquée sur les cartilages laryngiens, et les précautions minutieuses prises pour envelopper la tête et le cou.

Aux débats, toutes les charges de la prévention ont été confirmées par les dépositions des témoins, et l'accusée, déclarée coupable de meurtre, mais sans préméditation, a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

§ II. JUSTICE CORRECTIONNELLE.

I. *Homicide par imprudence dans un bain de vapeurs.* (Tribunal correctionnel de Paris.)

M. David, âgé de soixante-dix ans, demeurant habituellement à Mantes, était atteint d'une affection dartreuse pour le traitement de laquelle il vint à Paris, dans le courant du printemps dernier, réclamer les conseils de son ami le docteur Dussaux. Ce médecin lui prescrivit, entre autres moyens, l'usage des bains de vapeurs, qui furent pris à l'établissement de Bains français, rue du Temple, 119.

Le 5 juin, M. David étant allé prendre un de ces bains, fut trouvé mort sur les huit heures du matin, dans l'étuve où il avait été placé. Aussitôt on appella un médecin qui demeure dans la maison, M. le docteur Giraud, auquel on déclara qu'un homme venai de succomber en prenant un bain de vapeurs. Une saignée fut pratiquée, mais sans succès, car, en effet, le pauvre David était bien réellement mort. Alors les propriétaires de l'établissement allèrent faire la déclaration de l'accident chez le commissaire de police du quartier ; mais ils avaient probablement réfléchi que cette mort dans un bain de vapeurs pouvait leur porter le plus grand préjudice, parce que l'année précédente, et précisément à la même date, un accident tout semblable était arrivé chez eux, et qu'ayant été condamnés pour ce premier fait, ils avaient à craindre une condamnation en récidive. Aussi, firent-ils au magistrat une déclaration toute autre que celle faite à M. Giraud, et parlèrent-ils seulement d'un bain de Baréges, dans lequel le malade aurait perdu la vie par suite de l'imprudence avec laquelle il aurait fait couler l'eau chaude en trop grande quantité.

Le commissaire de police chargea le docteur Hureau de visiter et d'examiner le cadavre ; puis, constata que dans le cabinet où l'accident avait eu lieu, disait-on, il se trouvait une baignoire remplie d'eau sulfureuse jusqu'à quinze centimètres de son rebord, et que le sol do ce même cabinet n'offrait aucune trace d'eau répandue. Le cadavre, n'étant connu de personne, fut enfin transporté à la Morgue, où l'autopsie fut pratiquée par M. le docteur Ollivier (d'Angers).

M. le docteur Cottereau fut ensuite commis par M. le juge d'instruction à l'effet de visiter, en vue de l'instruction commencée, ledit établissement de bains ; d'y vérifier comment le service est organisé, etc.; d'examiner, par la même occasion, si la baignoire du cabinet où l'accident, dit-on, eut lieu, étant remplie de manière à ne laisser de libre que quinze centimètres, un corps comme celui du sieur David a pu demeurer plongé sans faire déborder l'eau. M. Cottereau, autorisé à se faire assister dans cette visite par MM. les docteurs Dussaux, Giraud, Hureau et Ollivier (d'Angers), a requis l'assistance des trois premiers seulement, et tous quatre, ils se sont livrés à un examen attentif de l'établissement. Voici le résultat de cet examen, tel qu'il est consigné dans le rapport qu'ils en ont dressé et déposé au tribunal :

1° Les étuves particulières qui servent à donner des bains de vapeur dans l'établissement des Bains français, rue du Temple, n° 119, paraissent ne pas être assez spacieuses.

2° Il est impossible de surveiller, au-dehors de ces étuves, ce qui se passe dans leur intérieur, et si le malade qui s'y trouve a perdu connaissance, ou plus simplement même est trop faible pour pouvoir sonner ; le garçon placé dans le couloir sur lequel elles ouvrent n'a aucun moyen de savoir que ses soins lui deviennent nécessaires.

3° Le corps du sieur David ne paraît pas avoir pu tenir dans la baignoire remplie d'eau, comme il a été reconnu qu'elle l'était lors de la visite de M. le commissaire de police, sans avoir fait déborder le liquide.

4° Quant aux brûlures et aux contusions remarquées sur le cadavre, il ressort de leur description faite par le docteur Hureau, dans son rapport, et par M. Ollivier (d'Angers) dans son procès-verbal d'autopsie, et encore des observations faites par MM. Dussaux et Giraud, que la dissémination des brûlures et la position de plusieurs d'entre elles sur les extrémités des membres inférieurs ne permettent pas d'admettre comme cause productrice de ces lésions l'immersion du corps dans un bain presque bouillant, parce qu'alors l'action topique du calorique eût été étendue d'une manière uniforme sur toute la surface immergée, au moins dans la couche supérieure du liquide et eut ainsi donné lieu à une brûlure unique de toute cette surface, et non point à des brûlures disséminées çà et là et par places seulement sur tout le côté gauche du corps et sur le bas des jambes.

Il est plus probable que le sieur David, auquel son médecin ne prescrivit que des bains de vapeurs et non point des bains de Baréges, étant arrivé le matin de trop bonne heure pour que l'étuve commune fût déjà chauffée, et se trouvant seul pour prendre son bain de vapeur, a été placé dans une étuve particulière ; qu'après avoir lâché lui-même la vapeur, il se sera trouvé incommodé et incapable de tirer le cordon de sonnette et de fermer le tuyau de vapeur ; qu'alors il sera roulé de la table de bois ou lit de camp sur le sol, et que, dans cet état, il se sera trouvé exposé aux jets de vapeur qui partent précisément de la partie inférieure de l'étuve, au-dessous de la table de bois. C'est de cette manière qu'il semble seulement possible de se rendre compte de la dissémination des brûlures et de leur existence simultanée à l'un des membres thoraciques et aux deux membres pelviens ; c'est de cette manière aussi qu'il devient possible d'expliquer l'existence des diverses contusions, et en particulier de celle qui se trouvait à la région sacro-lombaire.

5° Enfin, la similitude des lésions observées l'an dernier par M. Hureau, chez la femme Letailleur, morte dans un bain de vapeur, et cette année chez le sieur David, fournit un nouvel élément à l'appui de la conclusion précédente.

En raison de ces faits, les sieurs Desglandes et Delpech, propriétaires de l'établissement des bains en question, et le sieur Ely, garçon de bains, leur co-associé, ont été traduits en police correctionnelle sous la prévention d'homicide par imprudence.

Il y a aussi, disons-nous, dans ce procès une question d'intérêt général et de convenances. Celle-ci frappe tous les yeux. L'intérêt général des familles est évidemment blessé du monopole exercé au profit d'un privilége sur l'embaumement. Les familles peuvent avoir plus d'un motif pour ne confier cette opération qu'à leur médecin, qu'elles connaissent, qu'elles apprécient, qu'elles aiment, envers lequel elles peuvent avoir à se livrer à des confidences qu'elles ne voudraient point faire à un industriel inconnu pour elles. Sans que nous ayons besoin de les indiquer, on comprendra parfaitement les raisons qui peuvent engager les familles à s'en rapporter à la discrétion et à la dignité médicales. Et d'ailleurs, n'est-ce pas blesser les mœurs, n'est-ce pas froisser tous nos sentiments pieux envers les morts, de les rendre tributaires d'un brevet d'invention? Nous espérons que les juges seront impressionnés par de telles considérations, et qu'en reconnaissant les droits de l'industrie à l'égard de son liquide, ils reconnaîtront les droits des familles, des médecins, et aussi ceux des convenances.

M. Marchal (de Calvi), pour avoir provoqué la décision de cette question, aura mérité la reconnaissance du corps médical. C'était un motif pour nous de lui prêter notre appui, et si besoin est il peut encore compter sur nous.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, etc.

(Suite du nº 140.)

Nous n'avons pas, chez la malade dont nous avons raconté l'histoire, employé les vomitifs, et nous ne les emploierons pas, quelque chose qui arrive. La raison qui nous en empêche est facile à concevoir, et tout le monde la comprendra aisément. Les efforts du vomissement déterminent vers la tête, et conséquemment vers les centres nerveux, un afflux de sang plus considérable qu'à l'état normal. Les contractions que provoquent le vomitif sont donc nuisibles, et peuvent produire des résultats fâcheux. C'est pour cela que vous devez ne pas employer ces moyens thérapeutiques lorsqu'il s'agit de certaines maladies, je dirai même de la plupart des maladies du cerveau ou de ses enveloppes; dans la méningite, par exemple, l'hémorrhagie, ou simplement la congestion cérébrale. Cette opinion, du reste, n'est pas nouvelle, et nous la trouvons formulée dans quelques auteurs anciens.

Morgagni regardait les vomitifs comme pouvant produire les accidents les plus fâcheux, et la mort des malades dans l'hémorrhagie cérébrale (apoplexie sanguine). Il cite, dans la troisième lettre de son ouvrage, un cas dans lequel un malade frappé d'apoplexie succomba après l'emploi de vomitifs; fait qui ne doit point étonner, dit l'auteur, l'afflux du sang beaucoup plus considérable et plus violent déterminé par les contractions qu'occasionnent les vomitifs, provoquant une turgescence, et souvent une rupture des vaisseaux sanguins qui se rendent au cerveau.

J'ai vu, dans un cas à peu près pareil, un homme frappé d'apoplexie recouvrer la connaissance sous l'influence d'une large émission sanguine, et retomber dans le coma, puis finir par succomber après l'administration d'un vomitif.

Je passe de l'érysipèle à l'hémorrhagie cérébrale, parce que les dangers sont les mêmes que peut produire l'emploi des vomitifs dans le traitement de ces deux maladies. Nous excluons donc complètement l'émétique du nombre des médicaments révulsifs que l'on doit ou que l'on peut employer dans le traitement de l'érysipèle de la face. Ceux qui, en partie convaincus de la justesse de nos craintes, ne veulent cependant pas abandonner leur manière de voir et d'agir complètement, administrent l'émétique en lavage, et prétendent éviter de cette manière tous les inconvénients que pourrait produire cette substance énergique.

Certes, ce mode est préférable à l'emploi de l'émétique à dose vomitive; mais il est encore plus prudent de ne point s'en servir du tout. En effet, si l'émétique en lavage agit comme purgatif dans la majorité des cas, il est des cas également nombreux dans lesquels il agit comme vomitif et comme purgatif à la fois; d'autres, en plus petit nombre, il est vrai, sans être néanmoins très rares, dans lesquels il agit comme vomitif seulement. Comme l'on ne peut déterminer toujours d'avance la manière dont agira ce médicament, il est nécessaire de renoncer tout d'abord aux antimoniaux, dans l'impossibilité où l'on est de prédire si la substance que l'on emploie produira des effets vomitifs ou purgatifs seulement.

Au moment où nous avons vu la malade pour la première fois, sa tête était couverte d'un épais bonnet que nous avons fait enlever et remplacer par un simple serre-tête en toile. C'est une pratique que vous trouverez généralement répandue dans le peuple, que de couvrir la tête des malades affectés d'érysipèle, dans la crainte, disent ceux qui entourent les malades, que l'éruption ne rentre. Cette méthode est mauvaise, et c'est là un préjugé que vous devez combattre avec d'autant plus de soin, que l'érysipèle pouvant, quand il est grave et étendu, se propager aux membranes du cerveau et en déterminer l'inflammation, une trop grande chaleur accumulée sur la tête par d'épais tissus, favorisera cette propagation de la phlegmasie aux méninges, cas on ne peut plus fâcheux, et qui, comme nous l'avons dit plus haut, rend le pronostic excessivement grave.

Sous l'influence des moyens que nous avons énumérés, nous avons en peu de temps obtenu une amélioration notable. De 140 pulsations qu'il présentait le jour de l'entrée de la malade dans nos salles, le pouls est tombé à 108; hier et aujourd'hui (18 novembre), il est descendu à 88. Ceci est tout à fait capital et digne du plus haut intérêt. La malade n'a point eu de délire. La langue est plus humide, l'appétit commence à revenir. Cependant l'érysipèle persiste encore sur le cuir chevelu, mais il a beaucoup perdu de son intensité.

Il arrive quelquefois que, parti de la face et du cuir chevelu, lieux où il se développe le plus souvent quand il est spontané, l'érysipèle se propage de proche en proche, sur le cou, le dos, les cuisses; presque jamais, lorsqu'il gagne les épaules et les bras, il ne va jusqu'aux mains. Plus rarement encore s'étend-il jusqu'aux pieds. L'extension de l'érysipèle aux autres parties du corps, lorsque la phlegmasie occupe encore la tête, est un symptôme extrêmement dangereux. M. Biett, qui en a signalé toute la gravité, dit avoir vu succomber un grand nombre de malades qui avaient présenté cette forme de la maladie. Sous ce rapport, nous avons été plus heureux que lui; car nous avons observé depuis quelques années un certain nombre de cas de cette espèce, et nous avons eu le bonheur de n'en perdre aucun. Nous ne prétendons cependant point par là nier en rien la gravité évidemment plus considérable de cette forme de l'érysipèle.

Quelles sont, maintenant, les raisons qui nous ont dirigé dans notre manière de traiter notre malade? En mettant en usage des moyens thérapeutiques énergiques, nous sommes arrivé à une diminution du pouls très évidente. Nous n'avons pas insisté sur les émissions sanguines à cause de la constitution et du tempérament un peu lymphatique de la malade, à cause aussi de son état de grossesse, qui était une facheuse complication. Si elle eût été plus robuste, nous eussions, au lieu d'une émission sanguine, pratiqué deux ou trois saignées; de même, nous eussions augmenté le nombre des purgatifs, et peut-être, quoique nous ayons été fort heureux, la maladie aurait-elle encore marché plus vite vers la guérison.

Puisque nous sommes en train d'examiner les médications qui ont été mises en usage contre l'érysipèle de la face, nous ne devons pas oublier un moyen dont on a fait grand bruit dans ces derniers temps, nous voulons dire les frictions mercurielles. Nous les avons employées quelquefois. Mais nous sommes forcé d'avouer que nous n'en avons jamais obtenu des résultats bien tranchés; au contraire même, il arrive assez souvent que cette pommade détermine une phlegmasie cutanée, surtout lorsqu'elle n'est pas très fraîche. Il y a des sujets qui ont la peau tellement sensible, tellement impressionnable, que les corps gras, si frais soient-ils, déterminent, employés sur eux, des érythèmes et même quelquefois de véritables érysipèles. On voit que chez ces malades, on obtiendrait de cette médication un résultat tout à fait opposé à celui auquel on veut arriver. Nous n'avons point obtenu d'avantages plus marqués de l'emploi de l'axonge fraîche pure. Tout nous porte à croire que la plupart des guérisons obtenues, soit à l'aide de l'onguent mercuriel, soit à l'aide de l'axonge, doivent être rapportées à la marche naturelle de la maladie, plutôt qu'à l'action des topiques eux-mêmes.

On a proposé d'arrêter l'érysipèle en appliquant un révulsif, un vésicatoire, par exemple, sur la peau, pour substituer une phlegmasie artificielle à la phlegmasie spontanée. Ce moyen a quelquefois réussi; mais d'autres fois, et nous en avons été fréquemment témoin, l'érysipèle a passé par-dessus le vésicatoire, et continué sa marche, soit que le vésicatoire fût ancien, soit qu'il eût été appliqué tout récemment et dans le but d'arrêter la phlegmasie cutanée. Quelquefois, nous avons appliqué un vésicatoire sur la moitié seulement du trajet que parcourait l'érysipèle, et nous avons vu la maladie, suivant les cas, s'arrêter ou s'étendre également dans les points où le remède avait été appliqué et dans ceux où il ne l'avait pas été.

Un auteur anglais a pensé que des cautérisations superficielles faites en promenant sur la peau le nitrate d'argent, près des limites de la phlogose, pourraient arrêter l'érysipèle, Comment se fait-il que des médecins consciencieux, car nous ne pouvons leur supposer le dessein de tromper, aient pu croire et publier pareille chose? Peut-être cela vient-il de ce que l'on n'a pas assez fixé son attention sur l'aspect que peut présenter la partie qui est le siége d'un érysipèle un peu intense.

L'érysipèle peut se présenter sous deux formes différentes. Ou bien on observe sur ses bords un relief assez prononcé pour que ses limites soient faciles à constater même au toucher, et sans que l'on ait besoin d'y jeter les yeux. Dans ces cas, observez ce qui se passe relativement à la marche de la maladie, Quels que soient les moyens que l'on emploiera pour l'arrêter, soit vésicatoires, soit cautérisation avec le nitrate d'argent, l'érysipèle continuera sa marche, et cela d'une manière tellement rapide, que vous serez tout étonné de trouver après un jour d'intervalle, le bord de l'érysipèle à huit ou dix centimètres plus bas que la veille. Ou bien, seconde forme, il n'offrira pas de relief sur ses bords, et la surface enflammée se continuera uniformément avec la portion saine de la peau. Dans ce cas, ce sera un signe que l'érysipèle est à sa période décroissante, qu'il va s'éteindre et s'arrêter, On n'a pas assez fait attention à ce symptôme, qui est cependant de la plus haute importance. Appliquez un vésicatoire sur les limites d'un érysipèle de la seconde espèce, dont les bords ne présentent aucun relief, ou faites usage de cette cautérisation superficielle

---

Le tribunal, après avoir entendu les conclusions conformes de M. l'avocat du roi, et la défense des trois inculpés, a condamné Ely à six jours de prison, et les trois prévenus chacun et solidairement à 100 fr. d'amende et aux dépens.

II. *Défaut de déclaration de naissance.* (Tribunal de police correctionnelle de Paris.)

Une sage-femme, madame veuve Dufouillon, a été dernièrement traduite devant la 7e Chambre, comme prévenue d'avoir omis de faire la déclaration de la naissance d'un enfant qu'elle a reçu chez elle. Elle a prétexté, pour sa défense, que l'accouchée ayant désiré que son enfant fût déposé à l'hôpital des Enfants-Trouvés, elle n'avait pas pensé qu'en pareil cas, la déclaration dût être faite par elle.

Le tribunal, prenant en considération la bonne foi avec laquelle elle a agi en cette circonstance, et les bons antécédents qui militent en sa faveur, ne l'a condamnée qu'à une amende de 25 fr.

III. *Exercice illégal de la médecine.* (Cour de cassation.)

Aux termes de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, celui qui exerce l'art de guérir sans être muni des diplômes exigés par les lois et réglements, encourt la peine d'une amende au profit des hospices.

Aux termes de l'article 36 de la même loi, les tribunaux correctionnels sont déclarés compétents pour réprimer cette infraction, et de plus une aggravation de peine est prononcée contre celui qui, non-seulement pratique la médecine, mais encore prend sans en avoir le droit le titre de médecin ou d'officier de santé.

Le nommé Cherb, laboureur, prévenu d'exercice illégal de la médecine, avait été, attendu la récidive, condamné par le tribunal de Ploermel à trois mois de prison et à 30 fr. d'amende. Sur l'appel du prévenu, le tribunal de Vannes, se conformant à la jurisprudence de la Cour de cassation, que l'amende indéterminée prononcée par l'art. 35 de la loi du 19 ventôse an XI devait être réduite aux peines de simple police, a infirmé le jugement et réduit la peine à cinq jours d'emprisonnement et 15 fr. d'amende.

M. le procureur du roi de Vannes s'étant, à son tour, pourvu contre ce nouveau jugement, la Cour de cassation, constante dans sa jurisprudence, vient de rejeter ce pourvoi.

IV. *Fabrication et débit de remèdes secrets.* (Tribunal de police correctionnelle de Paris.)

Au mois de décembre dernier, M. Monier, pharmacien à Clermont-Ferrand, a été condamné à une amende de 25 fr. pour avoir annoncé et débité des remèdes secrets. Il reparaissait dernièrement devant la 7e Chambre, sous une prévention de même nature, et avec lui un pharmacien de Paris, M. Barré, également prévenu, non-seulement pour avoir débité les préparations de son confrère, M. Monier, mais encore pour avoir fabriqué et vendu un remède de sa composition, appelé *Sirop pectoral de Barré.*

M. Barré a prétendu que son sirop, portant la dénomination de *Sirop pectoral de datura stramonium*, ne peut être considéré comme remède secret, parce qu'il se trouve dans le *Codex* sous cette dénomination : malheureusement pour lui, M. Chevallier, chargé d'en faire l'examen analytique, a nié qu'il contînt réellement du datura stramonium.

Le ministère public a soutenu la prévention, et a requis contre les deux prévenus l'application de la loi du 29 pluviôse an XIII, et de l'article 6 de la déclaration du roi de 1777.

Le tribunal a condamné M. Monier, vu son état de récidive, à 500 fr. d'amende; et M. Barré à 200 fr. d'amende. Il a, de plus, ordonné la confiscation des médicaments saisis.

V. *Contravention à l'exercice de la pharmacie.* (Tribunal de police correctionnelle de Paris.)

Messieurs les commissaires experts chargés de la visite des officines de Paris, constatèrent, en inspectant la pharmacie du sieur Moriset, qu'il s'y trouvait plusieurs médicaments gâtés, et en outre que diverses substances vénéneuses n'étaient pas renfermées sous clef comme la loi l'exige.

En conséquence de ces faits et du procès-verbal qui en a été dressé, M. Moriset, pharmacien, titulaire du diplôme, et M. Mazurié, son associé pour l'exploitation de l'établissement, ont été cités devant le tribunal de police correctionnelle. Leur défenseur, M. Dussaux, a posé, dès l'appel de la cause, des conclusions tendantes au renvoi du sieur Mazurier, qui n'est que le simple associé de M. Moriset, ce dernier titulaire du diplôme de pharmacien, assumant seul l'entière responsabilité.

Mais le tribunal, attendu que Mazurier a exercé illégalement la pharmacie;

Que Moriset s'est rendu complice de ce délit;

Qu'il a été trouvé dans la pharmacie des médicaments gâtés et des poisons non enfermés;

A condamné Mazurier à trois mille francs d'amende et à la confiscation des médicaments saisis, par application des articles 14 de l'ordonnance de 1777, 29 et 34 de la loi du 21 germinal an XI, et 21 de la loi de 22-27 juillet 1791.

M. Moriset a été condamné à cinq cents francs d'amende, en vertu des articles 6 de l'ordonnance de 1777, et 60 du Code pénal.

§ III. Justice civile.

L'Anglaise et son dentiste. (Tribunal civil de la Seine.)

Au mois de février dernier, une dame veuve C...., Anglaise, reçut de M. Panchet dentiste, un râtelier de dents naturelles pour la somme, convenue à l'avance, de deux cent vingt francs; M. Panchet prit en outre l'engagement de faire à ce râtelier les menues réparations qui pourraient devenir nécessaires.

Cinq mois plus tard, madame C..... demanda à M. Panchet une nouvelle pièce de neuf dents artificielles, qui lui fut livrée. Une somme de deux cent trente-cinq francs fut réclamée ensuite pour cette seconde livraison; mais madame C.... prétendit qu'elle ne devait rien, et que le dentiste, en fournissant la seconde pièce, n'avait fait que réparer ou augmenter l'ancien râtelier, ainsi qu'il s'y était formellement engagé.

Une pareille prétention n'a pu être admise par le tribunal qui, après avoir entendu les avocats des parties en leurs observations, a condamné madame C.... à payer à M. Panchet la somme qu'il réclamait d'elle pour prix du second râtelier qu'il lui a fourni.

NOUVELLES.

Stockholm, 12 novembre. — « Hier, l'Académie royale des sciences de cette ville a célébré le 25e anniversaire de la nomination de M. le baron Berzelius aux fonctions de son premier secrétaire perpétuel, anniversaire qui était aussi le 64e de la naissance de cet illustre savant. A cette occasion, l'Académie a offert à M. de Berzelius un banquet auquel S. A. le prince royal, président honoraire de l'Académie, a bien voulu prendre part. Parmi les nombreux toast qui ont été portés, on a remarqué le suivant, proposé par M. le grand-maréchal, comte de Brahé : « A toutes les sociétés savantes, et notamment à l'Institut royal de France, qui est à la tête des progrès scientifiques de notre siècle! »

— *Saint-Pétersbourg.* — Le prince de Canino, Charles Bonaparte, vient d'être nommé membre honoraire de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg. MM. Wervander, professeurs à Helsingfors; Eversmann, professeur à Kasan; Dove, professeur à Berlin, ont été nommés correspondants de la même Académie.

— On a placé au Muséum d'histoire naturelle, galerie d'anatomie, le squelette de la fameuse Vénus hottentote, morte en 1816.

avec le nitrate d'argent dont nous vous avons parlé, la maladie va s'arrêter. Il est vrai de dire qu'elle se serait également et aussi bien arrêtée sans l'emploi d'aucun de ces moyens, et par l'effet de la seule marche de l'affection; et la preuve que ces moyens ne sont pas héroïques, c'est qu'opposés à un érysipèle dans toute sa force, à un de ceux dont les limites offrent au doigt un relief bien évident, ils n'ont aucune efficacité.

Nous vous avons dit que l'érysipèle est une affection de cause interne, développée sous l'influence d'une prédisposition spéciale; que jamais ou presque jamais, il n'est le résultat de l'action d'une cause extérieure. Sa marche et les influences si diverses sous lesquelles il se développe, sans que l'on puisse citer une seule cause dont l'action le détermine constamment, lorsqu'un sujet s'y trouve soumis, nous semblent des preuves suffisantes à l'appui de notre opinion. Cependant tout le monde n'est pas de notre avis; un grand nombre de chirurgiens regardent l'érysipèle comme produit par une cause externe, et, pour cette raison, ils craignent de pratiquer des opérations à telle ou telle époque de l'année, à cause des érysipèles qui se développent souvent d'une manière qui semblerait presque épidémique, chez les sujets qui ont subi des opérations chirurgicales. Ils regardent la plaie comme la cause de l'érysipèle, et dans ce cas, disent-ils, l'érysipèle n'est pas spontané, puisqu'il reconnaît pour cause une lésion traumatique.

Nous ne croyons pas que ces faits se dérobent à la loi commune que nous avons posée plus haut. Pour nous, l'érysipèle est tout aussi bien une maladie spontanée; il y avait dans le sujet une prédisposition incontestable à l'affection phlegmasique dont la blessure, la plaie, n'a été que la cause occasionnelle. S'il en était autrement, toutes les blessures, toutes les plaies, soit accidentelles, soit résultant d'une opération chirurgicale, occasionneraient des érysipèles, et nous voyons qu'il n'en est rien. Quelquefois l'on voit autour d'un vésicatoire se développer un érysipèle, et le même accident ne se produit pas, tant s'en faut, toutes les fois que l'on applique un exutoire de cette espèce. Lorsque vous voyez, à la suite d'une plaie, se développper un érysipèle, tout ce que je puis admettre, c'est que la plaie a été la cause déterminante, mais qu'il y avait prédisposition chez le sujet qui est devenu malade.

La preuve en est, que ce n'est qu'aux époques où les érysipèles spontanés et de cause interne sont très fréquents, que les chirurgiens observent, dans leurs salles et sur leurs opérés, ces redoutables érysipèles qui les arrêtent et les empêchent d'opérer, si ce n'est dans les cas urgents; et l'on remarque qu'à ces moments les salles de médecine, dans les hôpitaux, renferment ordinairement un grand nombre d'érysipèles de la face, ceux-ci étant les plus fréquents. Il est naturel de penser que dans ces circonstances, où les érysipèles sont nombreux après les opérations chirurgicales, les individus qui forment le reste de la population sont également prédisposés à ces affections. Un érisipèle qui se serait montré à la face chez un sujet qui se serait trouvé dans les conditions normales de la vie, et qui serait prédisposé à la maladie, se montrera près de l'endroit où l'on fera une plaie. Il résulte de faits nombreux, authentiques et bien observés, qu'aux époques où les érysipèles se développent spontanément, une cause externe appellera la phlegmasie dans une partie du corps autre que celle où il se serait très probablement développé. La même prédisposition existe chez un grand nombre d'individus. Chez quelques-uns seulement, il reconnaît comme cause occasionnelle une cause externe, et alors il n'est pas le résultat seulement de cette cause externe.

Remarquez la marche d'une inflammation qui survient au bord d'une plaie. Elle s'étend de quelques lignes seulement autour de la plaie et ne s'en écarte point. L'érysipèle, au contraire, se propage et s'étend très loin. La marche des deux phlegmasies n'est point la même. Si l'érysipèle est une affection qui se développe spontanément sans cause externe appréciable, il a un siége de prédilection, la face; il faut admettre nécessairement qu'il y a eu antérieurement cette prédisposition que nous sommes obligés d'admettre sans pouvoir la définir. Les érysipèles spontanés, ou mieux, de cause interne, sont toujours plus nombreux et plus fréquents que les érysipèles traumatiques; tandis que dans une salle de chirurgie, même dans les moments où les érysipèles régnent d'une manière presque épidémique, vous n'en trouverez que cinq ou six à la fois, vous pourrez presque toujours en observer un beaucoup plus grand nombre dans une salle de médecine contenant le même nombre de malades.

En résumé, et pour répéter nettement et clairement notre opinion, il y a entre l'érysipèle et les phlegmasies internes, une grande ressemblance quant à l'étiologie : prédisposition sans cause déterminante appréciable la plupart du temps, tandis que dans les maladies chirurgicales, la maladie est toute entière dans la cause qui la détermine. Les maladies internes sont bien rarement déterminées par une cause évidente.

Un mot encore pour vous expliquer de nouveau, en terminant, ce que j'entends par le mot *spontané*. Je ne veux pas dire que la maladie se produise sans cause aucune; mais sous l'influence de causes qui agissent peu à peu sur l'organisme tout entier. J'entends des maladies qui se développent sous l'influence des lois de l'économie, mais qui diffèrent tellement de celles produites par des causes externes, qu'il est nécessaire de les désigner sous un nom différent. La cause existe, mais elle nous échappe et nous ne la connaissons pas.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Suite et fin du discours d'ouverture, ou des préliminaires des cours de clinique.

Nous avons déjà considéré la question de l'introduction de l'air dans les veines, principalement sous le point de vue physiologique; nous avons touché aussi le côté pathologique, en vous exposant avec tous les détails nécessaires les deux faits importants que nous avons observés dans notre pratique, et qui, sous ce rapport, nous semblent des véritables faits types. En continuant et achevant aujourd'hui ce grave sujet, que d'ailleurs nous avons pu effleurer à peine, nous vous ferons remarquer d'abord la différence qui existe quant au mode et aux résultats entre l'absorption de l'air dans les cas d'emphysème traumatique, et l'absorption de l'air qui constitue l'accident en question. Dans le premier cas, l'air épanché dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané ou autre, est pris peu à peu par les lymphatiques de la région, et transporté insensiblement dans le torrent circulatoire. Dans le second cas, au contraire, l'air introduit brusquement dans une ou plusieurs veines ouvertes, est d'une manière subite transporté dans les cavités droites du cœur; de ce différent mode par lequel l'air arrive dans le système circulatoire, il est facile de comprendre la différence de résultats qui doivent en surgir; et en effet, si cela a lieu le plus souvent sans altération notable des fonctions vitales dans l'emphysème, il donne lieu au contraire à une mort presque toujours subite et inévitable dans l'accident que nous étudions maintenant.

Depuis que l'attention des médecins à cet égard est éveillée, comme je vous disais, les faits se sont multipliés: on en compte aujourd'hui vingt-cinq ou trente bien observés. Il est bien vrai qu'il y a eu de l'exagération de la part de certains chirurgiens un peu méticuleux et à imagination ardente, qui peut-être ont pris des simples syncopes pour des cas d'introduction de l'air dans les veines: toujours est-il qu'indépendamment de cela on a pu recueillir un nombre considérable, trop considérable même, de faits sur lesquels on ne peut pas élever de doute, et qui peuvent fournir ample matière à de graves réflexions. Nous nous résumerons par les remarques suivantes :

1° L'accident redoutable dont nous parlons, ne paraît pas être à craindre dans toutes les régions du corps; au moins jusqu'ici il n'a été observé que dans des régions données. Ainsi on l'a vu seulement naître de l'introduction de l'air dans les veines, qui aboutissent plus ou moins directement dans la veine cave supérieure, et non pas dans les vaisseaux qui se jettent dans la veine cave inférieure. La raison de cette différence semblerait double, 1° parce que les battements du cœur dans les cavités duquel se passent les phénomènes mortels que nous considérons, sont plus sensibles et d'une influence plus directe pour les aboutissants de la veine cave supérieure; 2° parce que la veine cave inférieure est beaucoup plus éloignée du centre de la circulation, et les vaisseaux qui y aboutissent beaucoup moins favorablement disposés pour humer l'air lorsqu'ils sont ouverts et le transporter au cœur. Il résulte de cette remarque, déduite entièrement des faits, que, autant les chirurgiens doivent être sur leur garde toutes les fois qu'ils opèrent dans la région du cou, par exemple, autant ils peuvent être (toujours dans certaines limites) assez confiants et tranquilles quand ils ont à opérer dans les régions inférieures.

2° Si cet accident est d'autant plus à redouter, qu'on opère dans des régions près du cœur, quelles seront les limites de la zone au delà de laquelle on n'aura plus raison de la craindre. La détermination de ces limites est très difficile, prise dans toute sa rigueur, et je crois qu'il y aurait des inconvénients à le faire; car elle pourrait entretenir dans l'esprit des chirurgiens une confiance non fondée et préjudiciable aux malades. Ainsi, avant le fait de Delpech, qui perdit de cet accident un malade auquel il enlevait un bras, avant le fait qui m'appartient, et que je vous ait cité d'un homme sur lequel je pratiquai une opération semblable, on pouvait croire que la région de l'épaule était à l'abri de semblables dangers; depuis ces faits et autres qui se présentèrent plus tard, on dut reculer les limites, et on ne sait pas précisément où il faudrait s'arrêter avec assurance. Il est bien vrai que le système veineux de l'épaule chez l'individu opéré par Delpech était très développé, et pouvait se prêter facilement à l'accident funeste qui est arrivé: mais le sujet sur lequel j'ai opéré moi-même n'était pas dans ces conditions, et on devait croire plutôt que les veines de son bras fussent contractées, comme crispées, à la suite d'une brûlure qui avait envahi et presqu'entièrement torréfié le membre.

Il fut question du même danger pour l'extirpation du sein et pour l'ouverture des veines qui se ramifient dans cette région; mais je ne le crois pas; au moins il ne me semble pas probable. Ainsi, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible ni prudent d'établir des limites dans les régions environnant la veine cave supérieure au-delà desquelles il n'y ait pas de danger à craindre; et seulement on peut dire, en général, que ce danger augmente à mesure qu'on s'approche de la partie centrale de la poitrine et par conséquent du cœur.

3° L'expérience nous a appris que l'absortion de l'air dans les veines ne peut avoir lieu que du moment où les vaisseaux se trouvent vides ou à peu près vides de sang après avoir été ouverts par le couteau de l'opérateur; que l'aspiration de l'air se fait mieux par les veines canaliculées dont les parois sont tenues dans un état de tension et béantes par les parties environnantes auxquelles elles adhèrent, que par les autres à parois molles et flasques; c'est là évidemment une disposition anatomique des veines qui doit favoriser l'accident. Donc toutes les fois qu'on aura à opérer dans des régions rapprochées du cœur où les veines ont une disposition semblable, il faudra employer toutes les précautions nécessaires pour prévenir l'introduction de l'air, telles que la compression des vaisseaux du côté du cœur, leur ligature même, etc.; car sans cela les chirurgiens les plus habiles et les plus intelligents pourraient faillir.

On a dit que la faiblesse des individus qu'on opère prédisposait beaucoup à la production de l'accident en question. C'est une idée, à notre avis, purement théorique, sans aucun fondement. Les cinq sixièmes des faits qui sont enregistrés dans la science portent sur des individus à constitution bonne et bien portants, et cela se conçoit, puisque, en général, il s'agit de personnes affectées de tumeurs siégeant à la région du cou, et vous savez que ces maladies, quelle que soit leur nature, sont très compatibles avec un état général de santé parfaite.

Ainsi, pour ma part, j'ai opéré d'une tumeur strumeuse cette fille que vous connaissez, dans un état de santé le plus brillant et le plus beau. Il peut se faire, je ne le conteste pas, que l'état de faiblesse, de cachexie dans lequel se trouvent certains malades constitue une circonstance défavorable pour l'accident dont nous parlons; mais il n'y a pas, que je sache, de faits à l'appui jusqu'à présent, et on ne doit pas la regarder comme une cause prédisposante jusqu'à nouvel ordre.

4° Tous les chirurgiens sont maintenant bien d'accord sur la nature des phénomènes qui accompagnent l'introduction de l'air dans les veines : tous savent qu'elle s'annonce par un bruit particulier de sifflement, de piaulement semblable à celui qui est produit par l'entrée de l'air dans les fissures d'une porte, ou autre analogue, bruit qu'il suffit d'avoir entendu une fois pour ne plus l'oublier.

Il faut vous dire aussi que quelquefois la sortie du sang d'une artère est accompagnée d'un certain bruit que connaissent bien ceux qui ont pratiqué des opérations, et qui survient lorsqu'une artère, médiocre même, a été ouverte d'une certaine manière, et que le sang, ne pouvant sortir librement, est obligé de frotter contre les parois du vaisseau; mais cette espèce de bruit ne peut pas être confondue par les chirurgiens observateurs avec celui dont nous parlons. Du reste, ce dernier bruit est souvent accompagné d'une sorte de glouglou qui se fait entendre profondément et qui résulte du mélange de l'air avec le sang dans les cavités droites du cœur; et en troisième lieu, toujours en même temps que ce bruit caractéristique se passe dans le système circulatoire, on entend le malade jeter un cri plus ou moins aigu, accompagné quelquefois de paroles annonçant l'état d'horrible souffrance où il est tombé, telles que : Je meurs; le sang me tombe dans le cœur, etc. Toutes ces circonstances ne se trouvent jamais réunies dans le cas d'introduction d'air dans les veines; de sorte que désormais il est très difficile pour tout chirurgien un peu attentif de s'y tromper.

Il nous reste à vous faire connaître les ressources que l'art possède pour combattre ce redoutable accident quand il arrive. Malheureusement ces ressources sont bien bornées, et, le plus souvent infidèles. On peut encore regarder comme très heureux les quelques cas où on est arrivé à rappeler à la vie les malades : j'ai eu une fois sur deux cette satisfaction. Du reste, les moyens qu'on peut employer jusqu'ici et qui nous semblent les plus rationnels, sont les mêmes qu'on emploie contre la syncope; car c'est bien une espèce de syncope, une terrible et mortelle syncope, celle qui fait l'accident dont nous parlons. Ainsi vous ferez respirer par les narines aux malades les odeurs les plus fortes, telles que l'ammoniaque, l'éther, etc.; vous leur projetterez à grands flots sur la figure et sur la poitrine des sceaux d'eau; vous essaierez d'aspirer l'air introduit dans la veine, si vous le pouvez, ce que j'ai de la peine à croire; vous mettrez en œuvre, enfin, tous les moyens qui seront en votre pouvoir et qui peuvent être capables de rétablir la circulation sanguine qui s'est brusquement arrêtée.

On a bien songé à des moyens plus efficaces que ceux que nous venons de vous faire connaître. On a dit : Puisque l'homme chez lequel l'accident a eu lieu est en danger à cause de la présence de l'air dans le cœur, il faut penser à la manière d'extraire cet air; on aura ainsi enlevé la cause qui produit le trouble mortel dans les fonctions du cœur, et la vie ne sera plus compromise. Un de nos illustres physiologistes, celui même auquel doit tant la physiologie expérimentale, M. Magendie, s'est occupé de trouver ce moyen, et ayant expérimenté sur les animaux, a cru réussir à soutirer l'air introduit dans les veines par un tube qu'il engageait dans ces vaisseaux mêmes, et il l'a proposé comme moyen applicable à l'homme; mais ces expériences chez les animaux peuvent-elles toujours se répéter sur l'espèce humaine? Je ne le crois pas. Chez les animaux, ordinairement, on choisit les veines qui conviennent mieux à l'expérience, on les isole, et alors rien de plus facile que d'y introduire un tube; mais cela est-il ordinairement possible chez l'homme? Ici les veines ouvertes, et par lesquelles l'air s'est introduit, sont souvent soustraites au regard du chirurgien et des personnes qui l'entourent; et il y a impossibilité absolue de se servir du tube. Supposons même que le chirurgien, étant en garde contre l'accident, tient le tube tout prêt pour l'introduire; supposons qu'il ouvre la jugulaire même, et que l'accident arrive, croyez-vous qu'il aura le temps d'employer le moyen proposé par M. Magendie? Malheureusement non; la vie des pauvres malades serait en danger, et il perdrait peut-être un temps précieux. C'est un moyen qu'on pourra peut-être employer une fois sur vingt, et sur lequel par conséquent il faut peu compter. Ainsi, aurais-je pu le mettre en pratique sur le malade auquel j'ai désarticulé le bras? La veine qui servit de véhicule à l'entrée de l'air, devait être très probablement la scapulaire commune. Comment aurais-je introduit le tube dans ce vaisseau ouvert, pendant qu'on ne distinguait presque pas son orifice, et que les conséquences de l'introduction de l'air dans le cœur ont été instantanées et terribles? C'était absolument impossible. C'est donc, je le répète, une belle idée théorique, une idée philantropique, et qui honore beaucoup le physiologiste qui l'a conçue; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle n'est pas susceptible d'application sur l'homme.

J'aurais peut-être plus de confiance dans le moyen proposé par M. Amussat, quoique présentant aussi lui certains inconvénients. Ce chirurgien a proposé d'exercer sur les parois de la poitrine une compression telle, qu'on puisse

agir sur les cavités mêmes du cœur et faciliter l'expulsion de l'air qui s'y est introduit. Indépendamment des difficultés qu'on rencontrerait pour exercer cette compression si forte, je crois qu'on pourrait quelquefois entraver les fonctions du cœur et du poumon déjà presque suspendues par l'accident, en empêchant jusqu'à un certain point la dilatation de la cage thoracique au moment où ces organes pourraient reprendre leur jeu. Au reste, ce moyen a l'avantage d'être praticable, et je ne négligerai certes pas de l'employer si j'ai le malheur de me trouver encore dans une si triste circonstance.

En somme, nous devons avouer que nous sommes bien pauvres en ressources contre cet accident formidable; la faiblesse de notre art est vraiment à déplorer à cet égard. Il faut faire de nouvelles recherches; le sujet est beau et digne de notre noble ministère: peut-être arrivera-t-on à trouver quelque moyen plus efficace. Jusque-là, nous sommes forcés de dire que les malheureux exposés à cet accident sont voués à une mort presque inévitable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'utilité des frictions pratiquées avec la pommade stibiée sur les plaies des vésicatoires, dans le traitement des phlegmasies chroniques de la poitrine; par M. le docteur B. Spadafora, de Sersale (Calabre ultérieure).

Dix-sept années d'observations et d'expériences répétées et toujours suivies de résultats heureux et positifs, ont pleinement démontré à M. Spadafora toute l'efficacité que possèdent les frictions faites avec la pommade stibiée sur les plaies des vésicatoires dans le traitement des phlegmasies thoraciques les plus désespérées.

Le pays qu'habite ce praticien étant montagneux et très élevé, les inflammations des organes respiratoires y sont pour ainsi dire endémiques; en effet, elles comptent peut-être pour moitié dans le nombre de toutes les maladies qu'on y observe ordinairement, et, dans certaines années, on les voit y dominer avec une influence presque épidémique: dans ce dernier cas, elles tuent le plus grand nombre des individus qui en sont affectés, malgré l'emploi de tout traitement méthodique régulier.

M. Spadafora, en cherchant un moyen, sinon infaillible, du moins plus surement capable de les maîtriser que tous ceux auxquels il avait eu recours jusqu'alors, se rappela les effets énergiques produits par l'application de la pommade stibiée sur la peau, et il pensa avec raison qu'en pratiquant avec cette même pommade des frictions sur les plaies des vésicatoires, on devrait en retirer un double avantage dans les affections dont il s'agit, en raison de l'absorption d'une portion quelconque du sel antimonial, et en outre de la formation d'une escharre sur la surface frictionnée. Il mit cette sorte de médication à l'épreuve, et les résultats répondirent pleinement aux idées qui l'avaient suggérée.

Dans les cas de phlegmasie thoracique les plus désespérés, alors que les saignées ont été pratiquées en temps opportun, que les contro-stimulants internes ont été mis en œuvre, et que, l'inflammation persistant, il n'est cependant plus possible de recourir davantage à l'emploi des déprimants; lorsque, d'un côté, la langue desséchée et noire, la respiration courte et anhélante, la voix brève et cassée, manifestent l'excès de l'état inflammatoire, tandis que, de l'autre, les yeux éteints, quoique parfois striés de sang, le facies hippocratique, l'excessive prostration des forces, témoignent assez qu'en insistant davantage sur l'administration des contro-stimulants on ne ferait que hâter la terminaison fatale; alors, dit M. Spadafora, l'application de la pommade stibiée sur les plaies des vésicatoires ouverts précédemment, ou qu'on ouvre à l'instant même, soit sur les bras, soit sur les parois même du thorax, suffit pour rendre déjà, dans l'espace de quelques heures, le mal stationnaire. Ensuite, au bout d'un ou deux jours, on voit la langue s'humecter et se dépouiller de son enduit, la respiration devenir facile et régulière, la toux se montrer moins fatigante et s'accompagner d'une expectoration aisée; les urines devenir chargées et sédimenteuses, et enfin le malade revenir peu à peu à un état meilleur, si ce n'est même à la santé complète, et cela sans qu'il soit nécessaire de recourir à une autre médication.

Sous l'influence de ces applications de pommade stibiée, les vésicatoires s'enflamment d'abord à un haut degré; mais bientôt leur surface noircit, devient sèche et dure, et se convertit en une escharre gangréneuse. Au bout de deux ou trois jours, on voit apparaître à leur périphérie une suppuration de bonne qualité; l'escharre se détache peu à peu, et finit par tomber en laissant à découvert une plaie d'aspect excellent, qui fournit un abondant écoulement de pus et qui, d'ailleurs, n'arrive à cicatrisation qu'après un très long temps.

La pommade qu'emploie M. Spadafora pour cet objet est formée d'une partie en poids de tartre stibié finement pulvérisé sur trois parties d'axonge. La douleur qu'elle détermine est des plus vives pendant les premières heures de son application; mais elle devient ensuite de moins en moins sensible, à mesure que l'escharrification s'opère.

(*Il Filiatre Sebezio.*)

Sur l'action de l'eau de mer administrée intérieurement; par M. le Dr A. Guastalla, de Trieste.

Après avoir parlé de la composition chimique de l'eau de mer, et avoir établi que, loin d'exercer une action tonique sur l'économie, elle possède au contraire une propriété antiphlogistique et dissolvante, l'auteur rappelle que son usage à l'intérieur était connu des anciens, et que même, à une époque assez rapprochée de nous, vers le milieu du siècle dernier, elle était arrivée à un tel crédit que beaucoup de personnes la considéraient comme un remède universelle. En France, dit-il, on en fait aujourd'hui un usage très étendu sous forme de bains, mais on ne l'emploie que rarement à l'intérieur; en Angleterre et en Italie, on la prescrit également à l'intérieur et à l'extérieur. Du reste, il n'est pas de cas où cette eau convienne extérieurement sans qu'il existe en même temps l'indication de la donner par voie d'ingestion; et cette pratique est surtout avantageuse aux étrangers qui ne peuvent faire qu'un séjour assez restreint aux bains de mer. En outre, il est des circonstances, telles qu'une température trop basse, une trop grande faiblesse du malade, etc., qui ne permettent pas de prolonger l'usage des bains comme il conviendrait de le faire, tandis qu'elles n'opposent aucun obstacle à l'emploi de l'eau en boisson.

Quant à l'action de l'eau de mer sur l'organisme, tous les médecins qui en ont parlé s'accordent généralement à la ranger parmi les purgatifs et les dissolvants (apéritifs? délayants?). M. Guastalla pense, au contraire, en raison des effets auxquels elle donne lieu et des substances qu'elle contient, qu'elle doit prendre place parmi les hyposthénisants résolutifs.

L'opinion erronée, généralement admise, relativement à la puissance tonique de l'eau de mer et des eaux minérales ferrugineuses et sulfureuses, dépend, selon lui, de ce que l'on ne connaît pas bien la condition pathologique des affections dans lesquelles ces eaux sont indiquées et employées avec succès, affections dans lesquelles la faiblesse n'est qu'apparente et constitue en réalité l'un des symptômes d'une maladie chronique de nature inflammatoire.

A peine parvenue dans l'estomac, l'eau de mer y occasionne souvent un sentiment de pesanteur, et en même temps la soif augmente; mais cet effet incommode disparaît dans l'espace de quelques jours, sans que le malade ait besoin de prendre, pour y remédier, autre chose qu'une boisson mucilagineuse; puis l'eau de mer peut être continuée à l'intérieur, pendant une longue suite de mois, sans qu'il en résulte aucun accident. Dans le principe, elle agit comme cathartique, mais les sujets sont bientôt habitués à son action, et, dès lors, ils sont plutôt resserrés que relâchés, à ce point qu'il devient utile de recourir à des eccoprotiques légers. Aussitôt qu'elle cesse de produire l'effet purgatif, elle commence à stimuler d'une manière remarquable la sécrétion urinaire.

Les maladies dans lesquelles l'eau de mer peut être prescrite avec succès sont: les scrofules; les phlegmasies chroniques du foie, de la rate, de l'utérus et des annexes de ce dernier; les engorgements veineux déterminés par des congestions hémorrhoïdaires; les affections cutanées chroniques; les catarrhes chroniques des bronches, de la vessie et des organes sexuels; tous les *infarctus* des viscères abdominaux; toutes les indurations chroniques des glandes conglobées et conglomérées; enfin, les tumeurs qui ont leur siége dans le système lymphatique glandulaire.

Dans l'usage interne de l'eau de mer, on doit prendre pour guide les règles suivantes:

1° Lorsque l'eau de mer est indiquée, son emploi doit être prolongé pendant très long-temps, par exemple, pendant plusieurs mois.

2° Il n'est pas nécessaire qu'elle agisse comme purgatif; en effet, ce mode d'action doit être évité avec tous les soins possibles dans les maladies qui s'accompagnent d'une grande prostration de forces.

3° Lorsqu'elle détermine la constipation, il faut en suspendre l'administration, et recourir à de légers eccoprotiques.

4° Toutes les substances qu'on peut y associer à titre de correctif ne servent qu'à rendre sa saveur plus désagréable. Chez des sujets qui ne peuvent la supporter en boisson, il faut y suppléer en la faisant prendre sous forme de boisson.

5° L'eau de mer destinée à l'usage interne doit être puisée à une grande profondeur et à une grande distance du rivage; on la laisse ensuite reposer pendant dix à dix à douze, puis on la filtre pour la dépouiller des substances étrangères qu'elle pourrait tenir en suspension.

6° On prend cette eau tous les trois quatre jours.

7° On ne doit pas la faire chauffer pour l'administrer, autrement elle excite sûrement le vomissement.

8° La dose varie suivant l'âge. Chez les enfants de trois à sept ans, on commence par en donner de 200 à 250 grammes en deux jours, et on augmente graduellement jusqu'à 500 grammes. Chez les adultes, on commence par 500 grammes, et l'on s'élève par degrés jusqu'à 1000 ou 1500 grammes. (*Giornale per servire ai progressi*, etc.)

Cas de métrite gonorrhéique; par M. le docteur Osianden, professeur à l'Université de Gœttingue.

Une femme âgée de quarante ans, dont le mari était atteint d'une très forte gonorrhée, fut prise de douleurs utérines d'une grande intensité, et que l'on considéra d'abord comme indiquant l'existence d'une rétroversion de la matrice. Mais ces accidents n'ayant cédé qu'à l'emploi de sangsues appliquées à la région hypogastrique, et à l'usage du calomélas intérieurement, il devint évident que ces symptômes étaient dus à une toute autre cause, et qu'au lieu d'une rétroversion, on avait affaire à une métrite dont le point de départ ne pouvait être que la maladie du mari. Le virus avait sans doute porté son action directement sur l'utérus sans exercer positivement aucune influence apparente sur la membrane muqueuse qui revêt le vagin.

L'existence de cette espèce de métrite, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, n'est pas généralement connue.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

— On lit le passage curieux qui suit, dans une lettre particulière de Birmingham:

» Je viens de voir un spécimen bien étonnant de la conservation du corps humain. A mon dernier voyage à Londres, j'avais accompagné un ami chez le docteur Southwood-Smith, Newbroad Street, et je l'attendais dans la salle qui précède le cabinet de consultation, lorsque le docteur sortit en lui disant: « Voulez-vous le voir? » Et aussitôt il ouvrit les deux battants d'une armoire en acajou de un mètre trente-trois centimètres de haut sur un mètre de large, fermée par une glace d'une seule pièce. Je m'avançai avec curiosité, et je vis un vieillard assis sur un fauteuil, dans une apparence de douce quiétude, portant sur son visage le calme de la réflexion et de la méditation, les traits reposés, les muscles de la face sans la moindre apparence de contraction ou de dérangement; la vie tout entière enfin s'offrait à mes yeux, et rien n'indiquait les efforts de l'art. C'était pourtant un exemple d'embaumement d'un personnage qui, dit-on, avait déclaré avant sa mort qu'il reviendrait au bout de cinquante ans, et avait ordonné par son testament que son corps ne fût pas enterré, et que sa fortune ne fût pas distribuée avant ce temps écoulé. Il y a dix ans qu'il est mort; j'ignore quel procédé on a employé pour cette œuvre admirable; mais depuis ce temps il ne s'est pas manifesté la moindre altération dans ce sujet, et à ce beau résultat s'attache un double intérêt: on se trouve en face d'une figure célèbre que tant de gens auraient désiré connaître, et d'un portrait qui défie l'art du peintre le plus fidèle... En un mot, Jérémie Bentham était devant moi! »

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 5 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 143. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. Louis.

Sur l'occlusion des voies biliaires et l'emphysème du foie.

Dans un précédent article (n° du 14 octobre dernier), j'ai rapporté un cas remarquable d'obstacle au cours de la bile par une végétation cancéreuse située dans le canal cholédoque. Voici une seconde observation où l'obstacle est formé par un calcul arrêté dans le canal chodéloque, et dans laquelle les lésions secondaires observées dans le foie offrent assez d'intérêt pour me faire pardonner, je l'espère du moins, l'étendue un peu considérable de cet article.

Observation. — *Calcul arrêté dans le canal cholédoque; distension des voies biliaires; rupture de la vésicule; foyer à l'épigastre; emphysème du foie.*

Une femme de Puteaux, âgée de quarante-six ans, domestique, d'une constitution très forte, ayant les cheveux noir-grisonnant, l'iris brun, la peau basanée, a été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans, et dès lors régulièrement. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a quatre ans; a toujours eu un embonpoint prononcé, et une santé robuste. Depuis près d'une année elle devint sujette à éprouver à l'épigastre des tiraillements douloureux, sans perte de l'appétit, ni des forces, ni de l'embonpoint; sans vomissements, ni *jaunisse.*

Dans les premiers jours de mai dernier, sans cause appréciable, invasion d'accidents mal déterminés, sur lesquels elle ne peut fournir que des détails insuffisants. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que pendant les quatre premiers jours elle eut du délire, et qu'au bout de ce temps, en revenant à elle, elle remarqua qu'elle était *jaune* par tout le corps. Dès lors, jusqu'à l'entrée à l'hôpital, l'ictère persista, accompagné de douleurs vives à l'épigastre, d'abattement et d'anorexie. Elle garda le lit sans faire aucun traitement.

Il paraîtrait certain que l'époque indiquée par la malade est bien réellement celle du début des accidents; car au 1er mai elle travailla toute la journée dans un restaurant, n'éprouvant aucune souffrance, et n'ayant nullement la peau jaune.

Etat actuel, le 5 juin, lendemain de son entrée à l'hôpital Beaujon :

Décubitus dorsal; embonpoint notable; figure non anxieuse avec coloration rouge-plaqué des pommettes. Toute la surface du corps offre une couleur jaune assez intense, sans démangeaisons, sans éruption appréciable à la peau. Cette dernière est lisse, sans traces de desquamation épidermique.

Langue sèche, brune, fendillée; soif médiocre, anorexie; ni nausées, ni vomissements. L'abdomen est un peu volumineux, et son exploration fait constater les particularités suivantes :

Une rénitence existe à l'épigastre; étendue du bas du sternum jusqu'à l'ombilic, elle dépasse à *gauche* la ligne médiane de quatre centimètres environ; tandis qu'à *droite* elle se prolonge sous les fausses côtes, qu'elle dépasse de deux travers de doigt. Elle n'offre pas d'inégalités, ni de bosselures appréciables; donne partout un son mat à la percussion, et est le siége d'une douleur continuelle, sourde, qui augmente beaucoup à la pression. Sur les limites de cette rénitence, le son est clair; et dans les parties inférieures du ventre, la matité reparaît de nouveau, et est accompagnée d'une fluctuation des plus manifestes. Dans ces points, la malade n'éprouve aucune douleur. Pas de selles depuis l'entrée.

Poitrine large, bien conformée; l'auscultation et la percussion n'y font rien constater d'anormal. Pas de toux. Battements du cœur nets et réguliers.

Pas de céphalalgie; sens intacts; insomnie presque complète; mémoire notablement affaiblie.

Un peu de chaleur avec tendance à la moiteur; pouls à 100, régulier, assez plein. Chiendent, sirop de gomme avec acétate de potasse, 2,0 grammes. Deux verres d'eau de Sedlitz; diète absolue.

Le 6 juin, quelques nausées sans vomissements; plusieurs selles liquides depuis la veille; moiteur; pouls à 104, régulier; même état pour le reste. Même prescription; de plus, 15 sangsues à l'anus.

Le 9, abattement plus prononcé; plusieurs selles liquides, verdâtres, dans la nuit; langue toujours sèche et dure; pouls à 100, régulier, médiocrement plein. Riz, sirop de gomme; potion avec 30,0; sirop de pavot. Diète.

Le 10, quelques frissons irréguliers; diminution du dévoiement.

Le 11, la rénitence de l'épigastre est plus douloureuse encore que précédemment. Sur la ligne médiane, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, la paroi abdominale fait une saillie légère, mal limitée, sans changement de couleur à la peau, donnant un son complétement mat. Pas de vomissements. Même prescription.

Le 14, l'ictère est toujours aussi prononcé, sans prurit. Langue toujours sèche; bouche mauvaise, pas de nausées: quelques points de muguet sur les bords de la langue et sur les piliers. La saillie indiquée à l'épigastre a fait des progrès; elle tend à prendre une forme conique, est molle, un peu fluctuante, complétement mate, sans changement de couleur à la peau, et toujours notablement douloureuse. D'ailleurs, les limites de la rénitence de l'épigastre et de l'hypochondre droit sont exactement les mêmes que lors du premier examen. Dévoiement moins abondant; faiblesse croissante; pouls à 100, régulier; chaleur élevée avec moiteur. Prescription *ut suprà.*

Le 16 au soir, la saillie conique de l'épigastre a disparu; mais dans le milieu de l'espace qu'elle occupait, le doigt sent, au travers de la peau amincie, une espèce d'ouverture arrondie, de 2 à 3 centimètres de diamètre, qui paraîtrait traverser la paroi abdominale.

Le 18, plaintes, affaissement extrême; coloration rouge-plaqué des pommettes. Quelques vomissements de matières vertes et amères. Soif vive. L'épigastre est toujours fort douloureux. La saillie conique qui existait a reparu, mais avec de nouveaux caractères. Elle est plus volumineuse qu'elle n'a encore été, est très sonore, réductible; reparaît et augmente par la toux, laquelle produit aussi à son niveau un bruit de glou glou très marqué. L'ouverture que l'on sentait en déprimant la peau est agrandie; elle a 5 centimètres de diamètre, est arrondie, et ses bords paraissent constitués par une sorte de bourrelet induré. Le reste du ventre est à peu près indolent, un peu moins volumineux, sans fluctuation aussi évidente que précédemment. Pas de selles depuis hier. Un peu de toux sèche. Respiration bronchique. Bronchophonie au sommet droit en arrière, dans une hauteur qui n'a pas été déterminée. Pouls à 116, régulier, sans caractères particuliers. Chaleur moite. Gomme, 2 pots; potion avec 20,0 sirop de morphine; glace dans les boissons; diète.

Dans la journée, un frisson avec tremblement général pendant une heure et demie environ.

Jusqu'au 24 juin, où la malade succomba à cinq heures du matin, l'anxiété, l'abattement, la douleur épigastrique persisteut avec intensité, ainsi que les vomissements de matières vertes et amères.

Dans la nuit du 22 au 23, au milieu d'un effort de vomissement, la saillie de l'épigastre, qui avait pris une teinte rougeâtre, s'est ouverte à l'extérieur par deux ouvertures; l'une ayant 1 centimètre d'étendue, l'autre plus petite. Il s'en écoula aussitôt une médiocre quantité de gaz et de matières liquides, jaunâtres, dont l'odeur très fétide n'est cependant pas celle des matières fécales. Par la plus grande de ces ouvertures s'échappa aussi un corps brunâtre que l'on crut être une portion d'épiploon altéré, et dont la description sera donnée plus bas.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

JEAN RAIMOND A M. J. GUÉRIN.

Vous en souvient il, monsieur Guérin? C'était le lundi 25 septembre, à la sortie de l'Institut. Vous vous approchâtes de Jean Raimond d'un de triomphe que je remarquai fort, vu les circonstances où vous étiez alors placé; vous lui dites : Eh bien! il y en a deux de *pincés.* — Quoi? qu'est-ce? que voulez-vous dire? repartit l'innocent Jean Raimond? — Vous le saurez plus tard, ajoutâtes-vous avec mystère. Votre *feuilleton* paraît demain, et je ne veux pas que cette grande nouvelle soit annoncée par vous. — Jean Raimond s'en alla méditant et pensif, fouillant toutes les circonvolutions de son petit cerveau pour y trouver le sens de ces mots énigmatiques : Il y en a deux de pincés. Il passa par toute la série des suppositions qu'une tête organisée peut faire, il ne devina pas. Le lendemain mardi, la nouvelle était connue, et à l'issue de la séance de l'Académie de médecine, vous vîntes encore auprès de Jean Raimond en lui disant : Avez-vous deviné? — Hélas, oui! vous répondit-il. Je sais que vous avez mis les huissiers aux trousses de mes deux honorables amis, Malgaigne et Vidal, et je crains que ce ne soit pas là le plus beau de votre histoire. — Sur ce point, ce n'est pas assurément à la *Gazette des Hôpitaux* que j'irai demander des conseils, dites-vous avec dédain. — Vous avez parfaitement tort, répondit-il avec dignité, car on vous en donnerait là de meilleurs que ceux que vous suivez. Et alors, vous en souvient-il, monsieur Guérin? Que ne vous dit-il pas, Jean Raimond, pour vous arrêter dans la voie où vous entriez, des dangers de la défaite, des périls plus grands encore du triomphe, de l'éclat présumé qu'allait avoir l'affaire, de la pénible impression qu'elle produisait déjà sur le public! Ne vous cita-t-il pas aussi quelques exemples, bien connus de lui, où les vainqueurs de la 6e Chambre s'étaient trouvés, au dehors de son enceinte, meurtris, blessés, laissés pour morts? Et dans ses prévisions qui pouvaient passer pour un résultat expérimental, n'alla-t-il pas jusqu'à prévoir les mauvais propos des avocats et leurs diffamations légales? Vous en souvient-il, monsieur Guérin, que vous n'écoutâtes Jean Raimond qu'avec irritation et colère, que vous lui tournâtes le dos, que depuis ce moment vous le boudez et vous lui battez froid?

C'est que vous aviez parfaitement raison, monsieur Guérin! Jean Raimond n'était qu'un imbécile, vous seul aviez bien vu. Vous venez de le démontrer péremptoirement à tous, *urbi et orbi,* dans le dernier numéro de votre journal, et dans un article en dix colonnes qui prouve que votre joie est expansive autant au moins qu'elle est loquace.

De la joie, s'écrie le lecteur? M. Guérin est joyeux du résultat? Oui, lecteur stupéfait, et il triomphe. Mais ne m'interrompez plus, je cause avec M. Guérin et non plus avec vous; laissez-moi dire, vous allez voir d'ailleurs tous les motifs de sa satisfaction.

Votre premier motif de jubilation, monsieur Guérin, vous le trouvez dans le réquisitoire de M. le procureur du roi, « lequel, après une dis » cussion aussi *lumineuse qu'approfondie,* a conclu à la condamnation » des trois inculpés, comme coupables de délit de diffamation. » Quelques gens dont la logique est évidemment absurde, faisaient ce petit raisonnement : Si malgré la plaidoierie de Me Crémieux, malgré la réplique de M. Guérin, malgré le réquisitoire de M. l'avocat du roi, la condamnation de M. Malgaigne n'a pu être obtenue; c'est que l'accusation contre lui n'était pas soutenable, vu surtout la sévérité des juges envers la diffamation. Ces braves gens ne savent ce qu'ils disent, n'est-ce pas, monsieur Guérin? et vous allez bien le leur prouver tantôt. Bref, vous triomphez de ce réquisitoire, et moi je le comprends. Que cette parole onctueuse à votre endroit a dû vous paraître douce et rafraîchissante après les âcres discours des défenseurs! Quel baume cet éloge de vous, sorti d'une bouche magistrale, et si pieusement étendu sur vos blessures! Quel topique résolutif que cette chaude et blanche hermine de M. l'avocat du roi! Que n'a-t-il pu parler toujours, n'est-ce pas, monsieur Guérin? et empêcher ces impertinentes répliques de messieurs les défenseurs? — Il faut que je vous raconte, à propos de ce réquisitoire, les bruits que vos ennemis ont répandus, et qui prouvent à quels tristes expédients ils en étaient réduits. Frappés de cette coïncidence singulière qui réunissait pour votre défense deux coreligionnaires d'Israël, ils ont dit que les tribus s'étaient levées en masse, et mille autres sottises de ce genre qui prouvaient, disaient-ils, qu'au succès de votre cause se rattachait un succès de synagogue. Ce fut au point qu'au sortir de l'audience où fut prononcé le réquisitoire, un de ces orateurs de la salle des Pas-Perdus, s'approcha d'un groupe en s'écriant théâtralement :

Dieu des Juifs! tu l'emportes!....

Ce qu'il y a de certain, et on le vit de reste par son réquisitoire, c'est que M. l'avocat du roi ne puisa ses convictions que dans les éléments mêmes de la cause et qu'il resta inaccessible, comme tout sévère magistrat doit l'être, aux influences nombreuses, puissantes et tenaces du dehors. C'était clair comme le jour.

Votre second motif pour chanter victoire, monsieur Guérin, vous le puisez dans les termes mêmes du jugement qui absout M. Malgaigne. Ici, il faut le reconnaître, vous êtes un habile homme. Que de choses dans un jugement! Et combien vous seriez capable, à la honte des orgueilleux encyclopédistes, comme ce plaisant cité par M. Rochoux, de refaire toute l'Encyclopédie avec un pot-au-feu! Dans la première partie vous traiteriez de tout ce qui entre dans cet aliment patriarcal, et dans la seconde de tout ce qui n'y entre pas. Ainsi faites-vous ou à peu près pour le jugement de la 6e Chambre. Vous le prenez d'ensemble, puis en détail, phrase par phrase, ligne par ligne, lettre par lettre; vous commentez, vous glosez, vous épiloguez, à ce point, qu'au sortir de vos colonnes, ce pauvre M. Malgaigne, qui se croyait bien et dûment et judiciairement innocent, n'est plus qu'un monstre d'infamie, qu'un vase de malice, qu'une âme damnée de Satan, dont les juges certainement ont eu frayeur. En effet, M. Malgaigne, c'est vous qui le dites, a commis les délits suivants :

« 1° Une première allégation sans fondement;
» 2° Une imputation toute gratuite;
» 3° Une démonstration fallacieuse;
» 4° Une déclaration fausse. » Rien que cela, mon Dieu!

Et cependant M. Malgaigne a été acquitté! O abomination de la désolation! ô Justice, où est ton temple, où est ton glaive, où sont tes balances!... Mais pardon, monsieur Guérin, j'oublie que de tout cela vous vous réjouissez, ce qu'il faut que je démontre.

« Il résulte d'abord de ce jugement » — c'est vous qui parlez — « que, contrairement aux conclusions du ministère public » — toujours le petit mot de reconnaissance pour M. l'avocat du roi —, « M. Malgaigne a été renvoyé de la plainte » — on voit bien que cela vous coûte un peu à dire, mais voici le miel après l'amertume — « non toutefois sans une *censure* qui équivaut à une condamnation *morale* de son système de critique, soit pour le fond, soit pour la forme. »

Ici vous triomphez, c'est clair. Le jugement dit, en effet, à M. Malgaigne que sur *certains* points — remarquez ce mot *certains,* le jugement ne dit pas sur *tous* les points — il s'en est rapporté trop facilement à des documents sans valeur, et a *légèrement* accueilli et publié des renseignements à lui transmis; qu'il est constant qu'il est sorti d'une discussion *sage* et *modérée.* Le jugement dit tout cela, c'est certain, et il faudrait être tout à fait féroce à votre égard pour ne pas y voir une réhabilitation éclatante de votre sincérité scientifique, et une preuve complète de la vérité, de la réalité de votre statistique. Eh bien! ces diables de gens à logique absurde dont je vous parlais tout à l'heure, n'ont-ils pas été dénicher dans un petit coin de ce jugement, tout à fait à la dernière ligne de ce qui concerne Malgaigne, deux ou trois mots, auxquels certainement personne n'aurait pris garde, et auxquels ils attachent une importance qui n'a pas le sens commun? Je vous en fais juge : « Il est néanmoins suffisamment établi qu'il n'a pas agi (Malgaigne) dans des vues d'intérêt privé, et que *sa critique a été sérieuse et sincère.* » Figurez-vous que ces logiciens ignorants ne peuvent pas comprendre qu'une critique *sérieuse* ait été en même temps *légère,* que Malgaigne soit sorti d'une discussion *sage* et *modérée,* et que cependant sa critique ait été *sérieuse* et *sincère;* ils se brouillent dans ces

Ouverture du cadavre 27 heures après la mort, par une température de 17° centigrades

Très léger œdème des jambes ; vergetures violacées sur le dos ; légère teinte verdâtre autour de l'ouverture de l'épigastre seulement. Nulle part d'emphysème sous-cutané. Souplesse remarquable des articulations; embonpoint encore notable.

Le *cerveau* et ses membranes, examinés avec soin, sont à l'état sain.

Thorax.—Les deux *poumons*, libres d'adhérences, souples, rosés, sont sains, peu engoués, ne contiennent ni tubercules, ni aucun autre produit morbide; seulement des deux tiers inférieurs du lobe supérieur du poumon droit, offrent tous les caractères assignés au troisième degré de la pneumonie (friabilité, aspect grenu, couleur grisâtre et jaunâtre, etc.).

Le *cœur* adhère lâchement par sa pointe avec le péricarde, au moyen d'une bride celluleuse ancienne et mince. Il est médiocrement volumineux, sains sous tous les rapports.

Abdomen. Un litre environ de sérosité limpide et citrine est contenu dans l'excavation pelvienne ou disséminé entre les circonvolutions intestinales, d'ailleurs libres d'adhérences. Mais dans la partie supérieure de l'abdomen, existe un vaste foyer limité de toutes part par des adhérences; il a la forme d'un triangle allongé, à base inférieure, qui s'étend depuis 2 centimètres au-dessous du niveau de l'ombilic jusqu'au diaphragme. Là, au travers d'un écartement des fibres de ce muscle qui viennent s'insérer derrière l'appendice xyphoïde, il envoie un prolongement étroit dans le médiastin antérieur, et qui remonte jusqu'au cartilage de la troisième côte droite, où il se termine en pointe. Ce foyer offre deux parois. L'antérieure, formée par la paroi abdominale, est percée à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde et sur la ligne médiane, d'une ouverture arrondie de 5 centimètres de diamètre, à bords un peu inégaux, offrant des débris frangés et noirâtres de muscles et de tissu aponévrotique. Au niveau de cette ouverture, la peau seule est conservée; mais elle est amincie, noirâtre, à peine doublée de quelques granules adipeux, et percée des deux éraillures indiquées pendant la vie.

Quant à la paroi postérieure du foyer, elle est formée en haut par la totalité de la face convexe du lobe gauche du foie et par une petite portion du lobe droit de cet organe, le repli falciforme étant détruit. Au-dessous elle est constituée par le grand épiploon, relevé de manière à recouvrir l'estomac. Enfin à droite, existe une espèce de bas-fond dans lequel on trouve les débris de la vésicule billaire, le pilore et la première portion du duodénum. Ce dernier est perforé immédiatement après son origine, et communique avec le foyer par une ouvertur en forme d'entonnoir, dont la partie rétrécie se voit à la surface interne de l'intestin, où elle a une forme arrondie et une étendue de 3 millimètres de diamètre.

Les parois du diamètre ainsi constituées offrent une couleur jaunâtre et verdâtre, une surface tomenteuse, aspect dû à une fausse membrane médiocrement résistante, généralement mince et d'une épaisseur assez variable, suivant les divers points où on l'examine. D'ailleurs, ce foyer contient quelques gaz, une petite quantité d'un liquide trouble, d'un jaune sale et d'une odeur fétide, et pas de calculs biliaires.

Foie. Quelques rares adhérences celluleuses, assez peu résistantes, unissent au diaphragme la surface convexe du lobe droit. Le foie est notablement augmenté de volume ; il a en largeur 23 centimètres et 24 en hauteur, du bord convexe à l'extrémité inférieure du lobe droit. La surface de l'organe est lisse, et sa couleur jaunâtre avec des teintes vertes ou violacées ; il crépite sous une pression peu forte, est très léger, et lorsqu'on le plonge dans l'eau, il surnage comme un poumon sain. Nulle part, en examinant avec soin sa surface, on ne peut retrouver son apparence granulée.

A l'intérieur, quel que soit le point de l'organe que l'on divise, la surface des coupes offre à noter les particularités suivantes : friabilité très grande du tissu du foie, dont la couleur est d'un jaune verdâtre ; nombreuses vacuoles irrégulières, de 1 millimètre et au-dessous, d'où la plus légère pression fait échapper une infinité de bulles d'air très petites. Ces vacuoles paraissent formées par l'écartement des éléments qui entrent dans la texture de l'organe, et donnent au tissu un aspect poreux. Nulle part on ne retrouve de traces évidentes de granulations, et un jet d'eau dirigé sur la surface des coupes fait flotter une foule de filaments, et leur donne l'aspect d'une mousse jaunâtre et touffue.

Un assez grand nombre de cavités sont disséminées dans tout le foie ; elles se rencontrent à toute profondeur, et sont un peu plus nombreuses au lobe droit que partout ailleurs. De ces cavités, les unes sont arrondies ou ovalaires, ont le volume d'un petit pois à celui d'une noisette, et leurs parois sont lisses ; les autres sont irrégulières, anfractueuses, plus vastes que les précédentes, paraissent formées par la réunion de plusieurs cavités en une seule, et sont tapissées par une couche d'un blanc jaunâtre, mince et très molle. Toutes ces cavités sont remplies par un liquide assez épais, opaque, grumeleux, et d'un vert porracé.

Enfin, de la partie inférieure du sillon de la veine ombilicale, s'échappe une sorte de bourbillon d'un jaune brunâtre, assez résistant, sans odeur, lequel flotte dans le foyer de l'épigastre, et que l'on peut suivre dans l'épaisseur du foie où il se confond peu à peu avec le tissu hépatique, et sans ligne de démarcation bien tranchée.

Canaux biliaires. L'ouverture du canal cholédoque dans le duodénum, n'offre rien d'anormal ; mais immédiatement au-dessus, ce conduit est complètement bouché par un calcul non adhérent, ovoïde, d'un jaune grisâtre, à surface finement grenue, sans traces de facettes, et qui a 14 millimètres de longueur sur 12 d'épaisseur. Au-dessus du calcul, le canal se dilate brusquement, a un diamètre de 13 millimètres, et cette dilatation existe aussi dans les canaux hépatiques, que l'on peut suivre fort loin dans l'intérieur du foie. Mais dans l'épaisseur de cet organe, ces conduits, loin d'offrir une dilatation uniforme, présentent une série de rétrécissements et de renflements, qui leur donne l'aspect d'un chapelet. Les renflements ne sont autre chose que les cavités *arrondies* décrites plus haut à propos du tissu du foie. — Le canal cystique offre le même calibre que le cholédoque.

La surface interne des conduits biliaires est lisse, d'une couleur verdâtre ; leurs parois sont en général peu résistantes, et ce défaut de cohésion est à son maximum dans la vésicule biliaire ; car ce qui reste de ses parois se laisse déchirer avec une facilité extrême.

Les principaux troncs des veines hépatiques et de la veine porte sont à l'état sain ; les uns vides, les autres contenant quelques caillots rougeâtres, non adhérents.

La rate, assez consistante, un peu grosse, a 15 centimètres de longueur.

Estomac médiocrement volumineux ; il n'adhère pas au grand épiploon, qui le sépare du foyer. Sa membrane muqueuse, mince, jaunâtre, non mamelonnée, fournit des lambeaux qui ont 2 centimètres à la région pylorique et 5 millimètres seulement au grand cul-de-sac.

Les intestins grêle et gros n'offrent pas d'ulcération ; leur membrane muqueuse est partout pâle, mince, de consistance normale.

Les reins, la vessie, l'utérus sont à l'état normal.

Réflexions. — L'insuffisance et le peu de précision des renseignements que l'on a pu se procurer relativement à ce que la malade a éprouvé avant son entrée à l'hôpital, jettent beaucoup d'obscurité sur plusieurs points importants de la maladie.

On peut admettre avec presque certitude, que l'obstruction des voies biliaires par le calcul trouvé dans le canal cholédoque est la cause première de tous les accidents, de toutes les lésions. Mais à quelle époque le calcul a-t-il commencé à se former ? S'est-il développé dans le canal cholédoque, ou bien formé dans un autre point des voies biliaires ? N'est-il parvenu dans ce conduit qu'à une époque plus avancée ? Ce sont autant de questions qu'il n'est au pouvoir de personne de résoudre avec certitude.

Cependant, si je devais me prononcer entre ces deux dernières hypothèses, je pencherais pour la seconde, et je croirais volontiers que l'apparition subite de l'ictère, à la suite des accidents mal déterminés survenus brusquement un mois environ avant l'entrée de la malade à l'hôpital, a coïncidé avec la descente et l'arrêt dans le canal cholédoque, du calcul situé primitivement dans un autre point des voies biliaires.

Au surplus, quelle que soit l'exactitude de cette manière de voir, il est infiniment probable que le cours de la bile, une fois suspendu, ce produit de sécrétion, incessamment sécrété, s'accumulant au-dessus de l'obstacle, a distendu et dilaté et les canaux et la vésicule biliaires, et c'est dans la rupture de cette dernière, distendue outre mesure, que l'on doit rechercher la cause du foyer de l'épigastre. D'abord rempli de matières liquides, ainsi que le démontraient et la matité et la fluctuation, ce foyer tendait à s'ouvrir au dehors, à travers la paroi abdominale déjà en partie perforée, lorsque son affaissement subit et une sonorité exagérée, remplaçant la matité, indiquèrent le moment où, s'ouvrant dans le duodénum, les matières liquides qu'il contenait étaient remplacées par des gaz intestinaux.

Telle est du moins la manière dont on peut concevoir que les choses se sont passées, en rapprochant les divers phénomènes observés pendant la vie, des altérations révélées par l'ouverture du cadavre ; car, il faut bien le dire, le diagnostic exact était impossible. A la vérité on pouvait bien admettre, sans crainte de se tromper, l'existence d'une affection du foie, on constatait bien aussi la présence d'un foyer à l'épigastre ; mais vouloir aller plus loin, c'était s'exposer presque infailliblement à l'erreur. On ne pouvait reconnaître qu'une partie de la vérité ; la cause première et la nature des lésions, ainsi que la filiation des phénomènes morbides, échappaient nécessairement à l'observation.

Il est, à propos du foyer, une remarque que je dois faire : c'est la tendance remarquable qu'il avait à s'étendre, à s'ouvrir quelque part. En effet, nous le voyons d'une part perforer et le duodénum et la paroi abdominale, tandis que, d'un autre côté, écartant les attaches xyphoïdiennes du diaphragme, il pénètre dans le médiastin et fuse jusqu'au niveau de la troisième côte. Je ne veux point décider jusqu'à quel point cette tendance à l'ulcération, a pu être favorisée par la nature irritante des matières bilieuses contenues dans le foyer ; mais je croirais volontiers que l'accumulation de la bile incessamment sécrétée, ayant pour résultat la tension croissante de ses parois, est bien ausssi pour quelque chose dans la production de ce phénomène.

Laissant de côté différentes particularités d'ailleurs intéressantes de cette observation, mais dont l'examen m'entraînerait trop loin, je vais jeter un coup d'œil sur l'une des lésions les plus curieuses trouvées à l'autopsie, je veux parler de l'infiltration d'air dans le parenchyme hépatique, en un mot, de

---

idées complexes et même contradictoires qu'on n'est pas sage quand on est sincère, et qu'on est sérieux quand on accueille légèrement des documents sans valeur. Ce que vous aviez de mieux à faire, vous l'avez fait ; c'était de laisser dans l'ombre ce qui était sérieux et sincère, et de mettre au grand jour la légèreté, le peu de sagesse et de modération. Que les logiciens s'en tirent comme ils pourront, vous vous en lavez les mains et moi aussi.

Il n'en est pas moins incontestable que jusqu'ici vous triomphez sur toute la ligne. Mais continuons, car je ne me lasse pas de vous suivre.

Voici où votre triomphe augmente de dix degrés Réaumur. Se doutait-il, le public, pouvait-il se douter du véritable motif qui a fait absoudre M. Malgaigne ? C'est une révélation aussi phénoménale qu'imprévue. Comment raconterai-je cet incident bizarre ? Muse de la procédure et du grimoire timbré, prête-moi tes accents ! Je vais dire un fait incroyable, inouï dans les annales de messieurs de la verge. Un huissier s'est rencontré qui...... Mais que je suis donc stupide d'enfler mes pipeaux pour raconter ce que vous dites si bien en quatre lignes : « La déclaration des visites qu'il n'avait pas faites (M. Malgaigne) » était contenue dans la lettre à la *Gazette des Hôpitaux* du 31 août, » laquelle lettre, par inadvertance de l'huissier, a été omise dans l'as- » signation. Or, pour ce vice de forme, pour cette omission faite dans » une pièce de la procédure, il en est résulté.... » ce que vous savez. A la lecture de ces lignes je vois Malgaigne — qu'on me passe la prosopopée — bondissant sur son fauteuil. Je l'entends, il s'écrie : Où est ce brave huissier ? Qu'on m'apporte cet huissier ! Que ma main le couronne et d'hysope et de lierre terrestre avec quelques fleurs de fumeterre ! Que je le serre sur mon cœur ! On a chanté le bon gendarme ; je veux chanter le brave huissier. Qu'à tout jamais il soit préservé de pleurésies et de catarrhes ! Apoplexie, respecte son cerveau ! Goutte, éloigne-toi de lui ! Qu'il n'ait jamais ni plaies ni bosses, ni bosses surtout !

On va rabattre votre caquet, monsieur Malgaigne, et voici comment : « Cela ne revient-il pas à dire que M. Malgaigne a été condamné mo- » ralement pour le fond et la forme de sa critique...... Et M. Malgai- » gne et tous ses adhérents de crier victoire, de renouveler leurs insi- » nuations diffamatoires contre la véracité de M. Guérin ! Tout cela » devait être ; mais on verra jusqu'où cela ira. » Encore une menace ! L'appétit vient en mangeant, et vous vous êtes si bien trouvé de ce procès que je conçois très bien votre désir d'en recommencer un autre. Par exemple, j'espère bien que vous allez changer d'huissier. Prenez le mien, non pas mon ours, mais mon huissier ; il s'appelle *L'Écorché*, excellente pâte d'huissier, qui vous envoie assignations, jugements, commandements et le reste, de l'air paterne d'un suisse de paroisse. Ce n'est pas celui-là qui oublierait un iota de vos nombreux exploits, qui vous exposerait à perdre, non, à ne pas gagner les vingt mille francs de M. Malgaigne pour un vice de forme.

C'est égal, vous êtes triomphant de ce M. Malgaigne ; non pas de fait, mais *moralement*, ce qui, à vos yeux, a bien plus de poids que ces misérables espèces que vous lui demandiez et que seule lui a épargnées la bévue de votre huissier.

Pour l'affaire de M. Vidal, « c'est clair, parfaitement clair, » voilà ce que vous dites. Certaines gens qui, même avec des lunettes, n'y voient jamais clair, ont trouvé assez obscur que vous ayez incriminé les petits articles de M. Vidal, et que vous ayez laissé dans l'ombre son ouvrage sérieux sur l'orthopédie, intitulé : *Exposé critique de la discussion sur la ténotomie*. Je suis sûr que ce marot d'huissier aura encore oublié celui là. Toujours est-il que votre triomphe est irrécusable sur cet inculpé. Vous le vouliez diffamateur, le tribunal vous le renvoie avec un simple délit d'injures. Vous lui demandiez vingt mille francs, le tribunal vous accorde cinq cents francs. Vous le vouliez complice d'autres inculpés, le tribunal met au néant la complicité. N'est-il pas clair, parfaitement clair, pour emprunter votre langage, que la victoire est complète ? Sonnez donc, trompettes et clairons.

En résumé, je vais vous présenter, sous forme statistique que vous avez tant de raisons pour affectionner, tous les motifs que je vous trouve pour légitimer vos chants de victoire. Et pour nous ramener, vous et moi, à cette époque charmante de nos études médicales, je vais les formuler avec le vocabulaire de satisfaction employé aux examens :

1° L'avocat du roi conclut pour vous et le tribunal juge contre. . . . . . . *satisfait.*

2° M. Vidal est incriminé pour diffamation, on ne lui trouve qu'un délit d'injure. *bien satisfait.*

3° Vous plaidez la complicité, le tribunal l'écarte . . . . *très satisfait.*

4° Vous demandez 60,000 fr., on vous en accorde 1,000. . . . . *extrêmement satisfait.*

5° Vous faites rouler toute l'accusation sur M. Malgaigne, et M. Malgaigne, par une bévue d'huissier, est acquitté . . . . .

Oh ! ici toutes les formules de la satisfaction sont épuisées et d'ailleurs trop faibles. C'est de la *jubilation*, c'est la *victoire*, c'est le *triomphe !*

Que tout cela vous soit léger, monsieur Guérin ! Attristé par ces cinq audiences et par ces robes noires qui me font frémir, votre satisfaction m'a été douce et agréable, et cela d'autant plus, que dans le camp de vos adversaires j'entendais les mêmes cris de victoire et les mêmes fanfares. Alors je me suis dit : Jean Raimond, dans ce concert général, dans ce chorus universel de félicitations et de gaieté, toi seul porterais la mine piteuse et triste ? Allons donc ! Puisque tout le monde est content, aussi sois-le. Et me voilà tout réjoui, tout guilleret, tout disposé à répéter cet évangélique apophtegme de Charlet :

Il est content ;
Vous êtes contents ;
Nous sommes contents ;
Embrassons-nous et que cela finisse.

Agréez, monsieur Guérin, etc., Jean RAIMOND.

Efficacité de la créosote dans le traitement d'une large ulcération carcinomateuse; par M. le docteur SNABILLIÉ.

Un militaire âgé de 32 ans, d'une constitution robuste et d'une santé habituellement bonne, se plaignit, au mois d'avril 1841, d'une tension désagréable accompagnée de gonflement dans la glande sous-maxillaire. Cette sorte de tuméfaction fit des progrès, et après être devenue molle et fluctuante, elle finit par s'ouvrer en donnant lieu à un écoulement non de pus, mais d'ichor sanguinolent.

On prescrivit des frictions mercurielles et on fit appliquer sur la partie malade des cataplasmes émollients.

Le 15 mai 1841, le malade fut transporté à l'hôpital. A cette époque, la région sous-maxillaire gauche était le siége d'une ulcération qui s'étendait jusqu'à la joue, à bords irréguliers, fendillés et renversés, sécrétant un ichor fétide et sanguinolent, et accompagnée de douleurs pongitives et lancinantes.

La glande sous-maxillaire de ce côté était gonflée, inégale, et présentait l'aspect d'une masse fongueuse. Du reste, l'état général était assez satisfaisant.

L'ulcération, à l'entour de laquelle on fit d'abord appliquer quelques sangsues, fut recouverte de cataplasmes de cignë et de farine de lin. A l'intérieur, on donna des pilules de calomel et de ciguë.

Ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, n'ayant amené aucun changement dans l'état de la plaie, M. Snabillié crut devoir recourir à l'usage externe de la créosote, qu'il employa dans la proportion de six gouttes par 30 grammes d'eau. En même temps, il fit prendre intérieurement des pilules composées d'iodure de potassium et de ciguë. La dose de la créosote fut progressivement augmentée jusqu'à douze gouttes pour la même quantité d'eau, et après quatre mois de cette médication, la guérison fut complète.

S'agissait il bien, dans le cas qui vient d'être rapporté, d'une ulcération de nature vraiment cancéreuse ? M. Snabillié n'a-t-il pas eu plutôt affaire à un ulcère d'origine syphilitique ou dépendant d'une cause strumeuse ? Nous sommes tout disposés à adopter la dernière manière de voir. (*Nederlandsch. Lancet.*)

l'*emphysème* du foie. Cette altération est si peu commune, et d'ailleurs on conçoit si difficilement le mécanisme de sa formation pendant la vie, que l'on est tout d'abord porté à la considérer comme un résultat de la décomposition cadavérique. Telle était, je dois le dire, l'opinion qu'un examen superficiel m'avait d'abord fait adopter relativement au cas actuel. Mais, après avoir examiné les choses de plus près et avec plus de soin, j'en suis venu à adopter une manière de voir opposée ; c'est-à-dire à penser que l'emphysème s'était développé pendant la vie.

En effet, sans compter qu'ici le foie n'offrait point une odeur fétide, il est à remarquer que cet organe est un de ceux qui résistent le plus long-temps à la décomposition cadavérique, et que plusieurs parties en présentent déjà des traces non équivoques, alors qu'il est encore dans toute son intégrité. Or, ici le cadavre était dans un état de conservation parfaite, en rapport du reste avec le court espace de temps (24 heures) qui s'était écoulé entre la mort et l'autopsie, et aussi avec le peu d'élévation de la température : de telle sorte qu'admettre la nature cadavérique de l'emphysème dans le cas actuel, ce serait établir arbitrairement une exception que rien ne justifie dans l'ordre dans lequel la putréfaction cadavérique procède habituellementr Enfin, si l'on veut bien remarquer encore que l'emphysème du foie est extrêmement rare, même chez des cadavres dont la décomposition est très-avancée, on pourra se convaincre que cette dernière n'a pas, dans cet emphysème, une influence aussi puissante qu'on pourrait le supposer et qu'on a bien voulu le dire.

En admettant donc, si non comme certain, du moins comme infiniment probable, que l'infiltration d'air dans le tissu du foie s'est opérée pendant la vie, il resterait à en déterminer la cause et le mécanisme. C'est ce que je vais essayer de faire. On se rappelle que le foie, dans une partie de son étendue, concourait à former les parties du foyer, qui, comme on s'en souvient aussi, d'abord rempli de matières liquides, se trouva plus tard distendu par des gaz. Le foie alors offrait une double voie par laquelle l'air de ce foyer pouvait pénétrer dans son intérieur ; à savoir : par les canaux biliaires au travers de la large déchirure de la vésicule du fiel, et aussi par ce point situé vers le bord inférieur du lobe gauche, où l'organe, dépourvu de ses membranes, laissait échapper cette espèce de bourbillon qui, pénétrant assez profondément, se perdait peu à peu au milieu de son tissu. Or, d'après cette disposition, ne peut-on pas supposer et admettre, que l'air du foyer, pressé et par les mouvements du diaphragme et par ceux de la paroi abdominale, s'est ainsi infiltré d'une manière lente et graduelle, et a peu à peu envahi la totalité de l'organe ? Je dis que l'infiltration de l'air a dû être lente et graduelle, car on ne peut supposer qu'un tissu aussi dense que celui du foie ait pu se laisser pénétrer par les gaz dans un très court espace de temps.

Sans donner l'explication qui précède comme un fait rigoureusement démontré, je la considère cependant comme celle qui réunit le plus d'arguments en sa faveur.

Au surplus, l'histoire de l'emphysème *non cadavérique* du foie est un sujet entièrement neuf, et son existence est même contestée par un assez grand nombre de médecins. Pour mon compte, je n'en connais qu'un seul exemple dans la science ; il appartient à M. Louis, qui l'a publié dans ses recherches sur la phthisie. Je vais le résumer en deux mots. Il s'agit d'un phthisique, âgé de vingt-sept ans, atteint aussi de péritonite tuberculeuse, qui succomba dans le courant du mois d'août et dont la nécropsie fut faite trente-quatre heures après la mort. Le cadavre offrait un emphysème sous-cutané général avec des phlyctènes remplies d'un liquide violacé.

« Le foie, dit M. Louis, avait une couleur bistre-foncé, un volume *très médiocre*, était fort mou, et sa pesanteur spécifique si peu considérable qu'il flottait au-dessus de l'eau comme un poumon sain. A l'intérieur il offrait un nombre infini de vacuoles du volume d'un grain de millet à celui d'un petit pois, et plus de vide que de plein. » M. Louis considère cet emphysème comme s'étant développé bien avant la mort, d'une manière lente et par suite d'une altération quelconque de l'organe. Cette opinion de M. Louis est motivée surtout sur ce que le foie, ainsi emphysémateux, étant d'un volume fort ordinaire, « si l'on suppose, dit-il, que l'emphysème s'est développé peu après ou peu avant la mort, il faut admettre qu'antérieurement le foie était d'une petitesse extrême ; or, il n'y a peut être pas d'exemple d'un foie aussi petit qu'on devrait l'imaginer dans cette hypothèse. »

Mais les arguments de M. Louis en faveur de sa manière de voir n'ont point convaincu tous les esprits. Plusieurs médecins envisageant les choses sous une autre face, et sans chercher à discuter et à combattre les raisons puissantes que ce médecin apportait à l'appui de son opinion, en ont émis une diamétralement opposée. Considérant que l'emphysème sous-cutané, les phlyctènes violacées qu'offrait le cadavre, étaient le résultat de la décomposition cadavérique, favorisée par une température élevée et les trente-quatre heures qui s'étaient écoulées entre la mort et l'autopsie, ils ont aussi admis que l'emphysème du foie reconnaissait la même origine, en un mot, qu'il s'était développé aussi sous l'influence de la putréfaction.

Voilà, en peu de mots, l'historique de ce fait et des opinions qu'il a soulevées. En le rapportant en peu de mots, je n'ai eu d'autre but que de rassembler dans cet article tout, ou à peu près tout ce que l'on sait au sujet de l'emphysème du foie ; mais, il faut le reconnaître, de nouveaux faits sont nécessaires pour pouvoir se prononcer définitivement sur un sujet aussi obscur, et je serais heureux si la lecture de cet article avait pour résultat d'attirer l'attention là-dessus et de provoquer de nouvelles recherches.

COSSY, interne des hôpitaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Lupus. Ectropion opéré déjà par la blépharoplastie. Récidive. Nouvelle opération. Guérison.

Il y a au n° 16 de la salle Saint-Gabriel, un nommé Dussaussois, âgé de trente-cinq ans, qui présente un ectropion de la paupière inférieure. Cette difformité est le résultat d'un traitement qu'il a subi pour une maladie des plus graves et des plus opiniâtres de la face, je veux parler du lupus, ou dartre rongeante.

Cet homme, d'une constitution moyenne, a toujours joui d'ailleurs d'une parfaite santé, et il est le seul de sa nombreuse famille que ce mal ait atteint. L'affection a débuté en 1828 par un tubercule situé un peu en dedans de la pommette du côté droit; ce tubercule s'est ulcéré au bout de six mois. Le malade entra alors à l'hôpital de Reims pays où on le traita par la pâte arsenicale. Il parut guéri ; mais bientôt, à l'occasion du froid, dit le malade, la cicatrisation s'ulcéra de nouveau. Admis une seconde fois à l'hôpital, il fut cautérisé assez vigoureusement avec le fer rouge. Il survint un érysipèle à la suite duquel il se développa au nez un tubercule semblable à celui de la joue, et l'on vit se former un renversement de la paupière inférieure droite.

Depuis ce temps, le lupus n'a cessé de faire des progrès lents que depuis six mois. Dupuytren et Biett ont successivement traité ce malade chacun pendant plus d'un an sans le guérir. Il a surtout été cautérisé avec le nitrate acide de mercure, mais il dit ne s'en être jamais bien trouvé. En 1836, il s'est mis entre les mains de M. Lugol, qui l'a gardé pendant deux ans dans son service, et l'a soumis à un traitement interne et externe par l'iode, et avec des cautérisations avec la solution iodurée rubéfiante. Depuis, la guérison s'est graduellement opérée ; mais dès 1837 elle était assez parfaite du côté droit, par où le mal avait débuté, pour que M. Gerdy pût songer à guérir l'ectropion. En effet, le tissu inodulaire de la cicatrice de la brûlure n'avait pas cessé de se rétracter, et entraînait toujours de plus en plus la paupière. Il fit une opération de blépharoplastie en prenant un lambeau dans la région malaire et temporale inférieure. La paupière fut immédiatement restaurée ; mais la rétractilité du tissu n'était pas satisfaite, et la difformité ne tarda pas à se reproduire ; elle devint plus apparente dès que le gonflement dû à l'opération fut dissipé.

Voici maintenant l'état de ce malade. Le lupus a envahi les deux joues et rongé le nez. Cet organe est réduit à un trou limité par des tissus déformés et qui, comme les autres parties du visage attaquées par le mal, ont conservé une couleur lie-de-vin. La cloison est détruite jusqu'à un centimètre environ de profondeur. Je me garderai bien, dit M. Bérard, de parler à ce malade de la restauration de son nez, qui serait possible, mais que rien ne rend urgente, et qui serait ainsi dans la classe des opérations qui ne doivent pas être pratiquées. Il n'en est pas de même pour sa paupière. Celle-ci est fortement renversée ; les différents feuillets qui constituent ce voile, et qui. dans l'état normal, sont étroitement unis, sont ici écartés par leur base ; le feuillet cutané et le cartilage tarse sont séparés comme le figure assez bien le gousset d'un portefeuille. Les larmes coulent sur la joue ; l'occlusion n'est pas parfaite, et le malade, instruit des dangers qui peuvent résulter de cet état, réclame une opération.

Si on se contentait de faire une simple incision et de disséquer la paupière, on n'obtiendrait qu'une guérison éphémère; la cicatrisation de la plaie même qu'on aurait faite, amènerait une difformité un peu plus considérable qu'avant. M. Bérard rappelle qu'il y a là d'ailleurs un tissu inodulaire, première cause du mal; que ce tissu jouit d'une puissance de rétraction en quelque sorte indéfinie, sans cesse agissante, qui n'est pas satisfaite encore au bout d'un grand nombre d'années, et il en tire cette conclusion pratique, que la guérison ne peut être obtenue que par l'interposition d'un très large lambeau de peau. En effet, toute autre opération que celle de la blépharoplastie n'atteindrait pas ce but, et ici c'est la méthode indienne qui doit être employée. Il passe en revue les conditions où se trouve ce malade : elles sont toutes favorables ; sa santé est parfaite, et l'état des parties ne fait craindre aucun accident ; la peau de la paupière est souple et vasculaire, et le lambeau qu'il prendra dans la région temporale sera sain dans toute son étendue, et ne nécessitera pas la dénudation de parties importantes. Cependant la base du pédicule se rapprochera de la cicatrice qui a suivi la première opération ; M. Bérard l'en éloignera avec soin ; car la présence de cette cicatrice pourrait faire échouer l'opération en favorisant la gangrène du lambeau. Cet accident, dont il a observé un cas, cette année, dans une opération analogue, a pu très naturellement être rapporté à la présence d'une cicatrice qui existait dans une partie du lambeau et à son pédicule ; et il l'explique bien si on veut considérer les changements qui surviennent dans la structure de la peau qui a été détruite en partie, et qui n'est qu'en partie séparée par un tissu dur et peu perméable aux vaisseaux.

M. Bérard se propose de faire d'abord une incision concentrique au bord de la paupière, et à environ un centimètre au-dessous de lui ; elle comprendra la peau et le muscle orbiculaire ; ses bords, bien perpendiculaires, devront avoir une aussi grande profondeur que possible, afin que l'enchâssement du lambeau puisse se faire dans une hauteur suffisante à toute sa circonférence. Il résultera de ce premier temps une large plaie ; cependant le lambeau, dont on prendra le dessin sur la partie qui devra le fournir, sera d'un tiers plus grand que cette plaie. L'incision qui limitera son pédicule en dedans devra être prolongée jusqu'à la lèvre supérieure de la plaie de la paupière. Alors, après la dissection du lambeau, il suffira de l'incliner pour l'enchâsser dans la plaie, de manière qu'il y ait partout des parties saignantes en contact sans pont de peau intermédiaire. La plaie aura dû être soigneusement débarrassée des caillots, et l'écoulement du sang devra être tari.

Quant à la manière de fixer le lambeau, M. Bérard rejette les aiguilles, les fils, les sutures, en un mot, dans cette région ; il donne la préférence à un simple bandage contentif. En effet, il n'y a là aucune tendance au déplacement : l'opération est plus simple, et il n'a jamais eu à se repentir de s'en être tenu à ce mode de pansement.

L'opération a été faite immédiatement, et tout s'est passé comme le professeur l'avait prévu.

Le lendemain, le malade avait été fort tranquille. Le lambeau paraissait pâle au milieu des tissus injectés par la lésion dont ils avaient été le siége ; mais il était adhérent partout, d'une température normale, et sensible au niveau du pédicule.

Depuis, son adhérence s'est consolidée, et l'ectropion est guéri. Cependant, vers le quatrième jour, on a pu voir une légère tendance au renversement ; elle dépendait peut-être du faux pli contracté par le cartilage. Une compression légère au moyen de morceaux de diachylon entassés en cône à base extérieure, soutenue par une lame de plomb, y a déjà remédié. La sensibilité s'est ranimée dans toute l'étendue du lambeau, mais elle est faible encore, et paraît s'épuiser par les tentatives qu'on fait pour l'essayer. Nous sommes au vingt-deuxième jour, et la guérison se maintient.

Polype de l'utérus; structure remarquable.

M. Bérard montre un polype qu'il a enlevé en ville, et qui présente dans sa structure une modification remarquable. La malade qui le portait n'avait point encore été épuisée par les pertes, qui ne s'étaient manifestées que depuis peu de temps; l'opération n'a rien présenté de remarquable ; la tumeur avait dilaté 'e col ; elle était implantée dans sa cavité et en avant ; il a été facile de la charger avec des airignes, de l'abaisser dans le vagin, et enfin de l'extraire d'un seul coup de ciseaux courbes.

Elle a le volume d'un œuf de poule ; elle est arrondie, régulière ; sa couleur est blanchâtre, opaline ; elle est transparente. Par les trous qu'ont faits les érignes on voit s'écouler un liquide transparent, albumineux. Le pédicule a les caractères du tissu fibreux. En incisant ce polype, on voit qu'il se compose d'un noyau fibreux qui en occupe la base et forme le quart de la masse. Cette partie supporte, sans ligne de démarcation apparente, un kyste cloisonné, ou plutôt plusieurs kystes dont les parois sont crétacées en quelques points.

Le liquide qu'ils contiennent a tous les caractères physiques de l'albumine ou du mucus que sécrètent les follicules du col.

La structure même de cette tumeur, rapprochée de celle de la région où elle s'est développée, peut servir à expliquer assez naturellement les particularités qu'elle présente. En effet, il semble qu'un petit polype fibreux développé dans le col a poussé au-devant de lui les follicules muqueuses qui se sont rencontrées sur son passage, et que ceux-ci, modifiés dans leurs conditions physiques et dans leurs fonctions, se sont développés comme les loupes de la tête, en renfermant dans leur cavité, désormais close, le produit de leur sécrétion.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Novembre 1843.

De l'hémorrhagie utérine dans ses rapports avec la mobilité nerveuse, et des bons effets des opiacés lorsque cette affection morbide se lie à cette condition physiologique spéciale ; par M. MAX. SIMON.

Il n'est nullement rare, dit l'auteur, de rencontrer dans la pratique des femmes nerveuses qui sont épuisées à chaque période menstruelle par une perte de sang très abondante et très prolongée. Sonvent alors, en même temps qu'il y a hémorrhagie menstruelle, les malades éprouvent des douleurs très vives dans les reins et le bas ventre ; dans un certain nombre de cas, il est difficile de ne point faire dépendre l'hémorrhagie d'un dérangement survenu dans l'innervation locale. La nature de ce dernier trouble ne saurait rester douteuse en présence des phénomènes par lesquels il se traduit à l'observation. Les douleurs vives qui sont ressenties dans la profondeur du bassin et qui s'irradient dans les reins, les cuisses, le siége, et qui parfois éveillent même sympathiquement une sensibilité anormale dans les seins, l'absence de tout mouvement fébrile et, hors le temps du travail menstruel, de tout sympôtme annonçant quelque lésion organique; l'absence de ces circonstances, disons-nous, suffit pour établir la nature nerveuse des accidents, ou, pour parler le langage d'Hufeland, l'état éréthique, ou la simple excitation nerveuse de l'utérus et de ses annexes. Nous savons bien qu'il y a bon nombre de femmes qui, à chaque époque menstruelle, éprouvent des douleurs semblables à celles que nous venons de rappeler, sans que ces douleurs exercent aucune influence apparente sur la circulation locale ; loin que la perte de sang même soit augmentée dans plusieurs de ces cas, elle est plutôt diminuée, et l'écoulement menstruel est au-dessous du niveau des besoins de l'économie. Mais ces faits négatifs ne sauraient détruire les faits inverses dont nous parlions tout à l'heure ; ceux-ci demeurent avec leurs caractères tranchés, et les moyens thérapeutiques qui réussissent en pareils cas viendraient, au besoin, confirmer l'exactitude de l'explication que nous avons donnée.

Ces moyens thérapeutiques consistent surtout dans l'emploi des lavements laudanisés, sous l'influence desquels l'auteur a vu dans plusieurs cas qu'il rapporte les accidents s'améliorer et cesser tout à fait, l'écoulement menstruel revenir à une quantité normale, et la santé générale, qui ne tarde pas à se détériorer pendant la durée de cet état éréthique, s'améliore peu à peu.

Recherches cliniques sur les vomitifs, et sur le tartre stibié à haute dose ; par M. le professeur FORGET.

M. Forget s'est proposé de résoudre cliniquement les problèmes suivants :

Le tartre stibié purge-t-il plus fréquemment que les vomitifs végétaux ? — Les vomitifs ont-ils pour effet de dissiper les saburres ? — La tolérance, après l'administration du tartre stibié à haute dose dans la péripneumonie, est-elle le fait général, ou n'est-elle que l'exception ? — La guérison est-elle plus sûre et plus prompte lorsque le tartre stibié est toléré que lorsqu'il ne l'est pas ? — Quelle est la valeur du phénomène appelé saturation antimoniale dans le traitement de la pneumonie ? — Le tartre stibié jouit-il de propriétés spécifiques, indépendantes de ses effets évacuants ou dérivatifs ?

M. Forget a résumé son travail dans les propositions suivantes :

1° Il est démontré que le tartre stibié à dose vomitive purge très fréquemment ;

2° Il est également démontré que les vomitifs végétaux purgent assez souveot ;

3° L'effet purgatif des vomitifs paraît être plutôt en rapport avec les doses et les conditions individuelles, qu'avec la nature même du médicament ;

4° La plupart des vomitifs, végétaux aussi bien que minéraux, sont irritants ; il n'existe à cet égard que des degrés entre eux. Les propriétés astringentes de l'ipécacuanba sont une chimère.

5° Il est faux que les vomitifs aient pour résultat ordinaire de faire disparaître les enduits dits saburraux, qu'ils ont souvent pour effet d'augmenter. (Dehaën, Stoll.)

6° Dans l'administration du tartre stibié à haute dose, la tolérance d'emblée est l'exception, et les évacuations gastro-intestinales préliminaires sont le fait général ;

7° Il n'est pas démontré que la tolérance d'emblée exerce un effet avantageux sur la marche et la terminaison de la pneumonie ;

8° La pneumonie guérit au moins aussi sûrement et aussi rapidement lorsqu'il y a des évacuations intestinales que lorsqu'il n'y en a pas ;

9° Le phénomène de saturation antimoniale est un pur accident, sans liaison aucune avec la marche et la terminaison de la maladie ;

10° L'action spécifique du tartre stibié dans la pneumonie est une hypothèse contestable, et qui attend encore la sanction d'expériences comparatives ;

11° En thèse générale, la saignée doit avoir le pas sur le tartre stibié dans le traitement de la pneumonie ;

12° Mais il est des cas où le tartre stibié est seul applicable, et d'autres où il peut être appliqué concurremment avec la saignée.

Note sur l'emploi du vésicatoire à la partie postérieure de la tête (occiput) *chez les enfants dans les ophthalmies lymphatiques, scrofuleuses ;* par M. H. Séguin.

Il faut, avant d'en venir au moyen dont parle l'auteur, enlever ou diminuer du moins d'une manière notable les accidents phlegmasiques dont les yeux sont le siége. Quelques sangsues à la tempe ou derrière les oreilles, l'usage des frictions mercurielles autour de l'orbite, un ou deux laxatifs, des pédiluves vinaigrés ou salés, tels sont les moyens que l'on doit d'abord employer. M. Séguin croit qu'il importe d'établir chez les enfants les vésicatoires à la région occipitale dans la seconde période de l'ophthalmie lymphatique : 1° parce qu'il est supporté sans douleur notable sur cette partie, ce qui, en général, n'a pas lieu lors qu'on l'applique au bras et surtout au cou ; 2° parce qu'il agit d'une manière plus rapide, plus certaine et plus efficace contre l'affection oculaire ; 3° parce que chez la plupart des enfants à tempérament fluxionnaire, lymphatique ou scrofuleux, un écoulement humoral vers la tête, entretenu pendant un temps provisoire du moins, a les plus heureux résultats, non-seulement pour l'organe visuel, mais pour tout l'organisme.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'émétique à dose croissante dans le cas d'hydropisie cérébrale chez les adultes ; par M. le docteur Trussen.

Un militaire, peu de temps après avoir été guéri d'une fièvre intermittente tierce, qui aurait promptement cédé à l'emploi du sulfate de quinine, et au sortir d'une fièvre inflammatoire accompagnée de délire, tomba dans un état d'apathie et d'hébétude.

M. Trussen observa chez ce sujet les symptômes suivants : Faiblesse extrême, insomnie, dureté de l'ouïe, parole embarrassée, vestiges, tremblements, mouvements continuels des globes oculaires, yeux hagards, pouls lent et rare (40 pulsation environ par minute), constipation, urines peu abondantes, salivation, vomissement de matières bilieuses et muqueuses. A ces caractères, il diagnostiqua l'existence d'un épanchement séreux dans la cavité du crâne.

En conséquence de cette opinion, il mit en usage, pendant une quinzaine de jours, les bains alcalins, la belladone, le calomélas, l'arnica, le tartre stibié à doses réfractées ; mais tous ces moyens restèrent sans succès. La pommade d'Autenrieth appliquée en frictions sur le sommet de la tête, fut également impuissante, et ne donna pas même lieu à une éruption de pustules. Alors, il crut devoir recourir à l'administration méthodique et soutenue de l'émétique associé à l'extrait de jusquiame ; ce qu'il fit de la manière suivante :

Pr. Infusion de fleurs d'arnica,	125 grammes ;
Tartre émétique,	10 centigrammes ;
Extrait de jusquiame,	30

M. et F. dissoudre S. A.

Cette potion fut administrée depuis le 1er jusqu'au 10 octobre, à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les deux heures. Le 11, la proportion du tartre émétique fut portée à 15 centigrammes ; le 15, à 20 centigrammes ; le 17, à 30 centigrammes ; le 19, à 50 centigrammes, etc. ; de telle sorte que, le 6 novembre, elle se trouva avoir été amenée graduellement à 1 gramme 20 centigrammes, et que, dans l'espace de sept semaines, le malade prit un total de 2 grammes 65 centigrammes de ce sel.

Pendant la première moitié de ce traitement, il n'y eut ni névroses, ni vomissements, ni évacuations alvines spontanées. Vers la fin, la sensibilité se réveilla, les fonctions se rétablirent, les forces reparurent, et, avec elles un appétit vorace. Enfin, le 11 du même mois de janvier suivant, la guérison était complète.

Le même succès fut obtenu chez un second sujet, âgé de vingt-huit ans, affecté d'hydropisie cérébrale à la suite d'une fièvre intermittente.

Dans un troisième cas, où les symptômes d'épanchement séreux avaient succédé à une fièvre intermittente rebelle et accompagnée de forts vomissements que l'on parvint à calmer à l'aide de boissons gazeuses ; l'émétique fut administé de la même manière. Mais, le dix-neuvième jour, par suite d'une erreur dans le régime, il fallut suspendre l'usage de ce moyen pour y revenir six jours plus tard. La guérison fut obtenue dans le second mois. Peu de temps après le vomissement se renouvela, et, de plus, il survint des accès de fièvre quarte, mais il n'en résulta aucun accident du côté de l'encéphale.

Enfin, chez un quatrième sujet, l'hydropisie avait succédé à une fièvre gastrique nerveuse. Les symptômes, encore plus graves que dans les cas précédents, étaient les suivants : Insensibilité complète, lividité de la face et des mains, respiration interrompue, anxiété précordiale, froid des extrémités, absence totale du pouls et des battements du cœur, dilatation excessive des pupilles, etc. La guérison n'en fut pas moins obtenue bien complète et bien solide, et la convalescence fut même plus courte qu'elle ne l'avait été chez les autres sujets dont il a été question plus haut. (*Giornale per servire ai propressi*, etc.)

Traitement de la phthisie pulmonaire ; par M. le docteur Wilson, de Londres.

M. Wilson, partant de ce principe que les scrofules et les tubercules pulmonaires, étant de même nature, alternent souvent les uns avec les autres, recommande le fer dans le traitement de la phthisie comme l'antiscrofuleux le plus actif que nous ayons à notre disposition, et il rapporte plusieurs observations pour constater son haut degré d'utilité.

D'après ce praticien, c'est au début de la phthisie, et encore lorsque la maladie ne progresse qu'avec lenteur, que la médication par les toniques, et par conséquent par les martiaux, est spécialement indiquée. Il vante surtout l'association du fer avec les médicaments amers, comme le quassia amara et la gentiane, particulièrement dans les cas où la faiblesse générale, la leuco-phlegmasie et l'anémie prédominent.

(*The Lancet.*)

Traitement de l'hygrôme ; par M. Edwyne Gurney.

L'hygrôme de l'olécrâne se rencontre fréquemment en Angleterre chez les ouvriers mineurs, qui, par la nature même de leurs travaux, se trouvent très exposés à la lésion de cette partie.

M. E. Gurney traite cette affection d'abord par l'application de cataplasmes chauds et par des bains, puis par des frictions d'iodure de potassium et d'iode sous forme de pommade, ou encore par un mélange d'alcoolé d'iode et d'alcool à la dose de 8 grammes du premier pour 30 grammes du second.

Cet hygrôme est tout à fait analogue à celui du genou, que l'on observe souvent chez les individus qui sont obligés de travailler en se tenant appuyés sur les genoux ; aussi le même mode de traitement est-il employé avec un égal avantage dans les cas de ce dernier genre.

(*Ibid.*)

NOUVELLES.

Empoisonnement méthodique des enfants dans les fabriques de lacets de Londres.

Nous extrayons du journal *la Réforme*, qui l'emprunte elle-même au *Constitutionnel* de Jersey, le récit suivant contenu dans un rapport de la commission du travail des enfants dans les manufactures.

« La fabrication des lacets est un procédé mécanique qui demande l'attention la plus constante et la plus soutenue. La plus grande partie des métiers sont encore aujourd'hui mis en mouvement par la main. En 1835, la valeur de la fabrication s'est élevée à 2,212,000 liv. sterl., et la quantité énorme que représente un tel produit a dû s'accroître encore depuis qu'un mécanisme plus parfait a permis d'abaisser beaucoup le prix de la vente. Chaque métier fait tourner environ 1800 bobines, et il est à peine croyable de dire qu'on emploie à ces métiers *des enfants de trois ou quatre ans*, qui travaillent avec leurs mères *douze* et même *quatorze heures par jour*.

» Or, pour obtenir de ces pauvres petits êtres une tranquillité qui n'est point de leur âge, on leur administre une certaine mixture, ajoutée à la liqueur de Godfrey (*Godfrey's Cordial*). Un apothicaire de Nottingham a déclaré au coroner qu'il en avait délivré lui seul plus de *treize cents* potions dans une année. Non-seulement cette mixture est du *laudanum*, c'est-à-dire de l'opium dissous et suspendu d'une façon particulière, mais encore le chimiste ajoutait qu'il était obligé d'employer du laudanum d'une bien plus grande force que la Pharmacopée anglaise ne l'indique, et de préparer en outre le cordial beaucoup plus énergique que celui qu'on vend à Londres ; autrement, *ses pratiques se seraient plaintes*.

» Voici maintenant comment l'empoisonnement s'opère. Il doit commencer le plus tôt possible après la naissance. La mère débute par le sirop de rhubarbe et de laudanum mêlés ensemble ; puis elle passe au cordial de Godfrey pur, et ensuite au laudanum pur, à mesure que les effets paraissent diminués par l'habitude. Une demi-cuillerée à thé du mélange est d'abord donnée à l'enfant, une cuillerée à thé de cordial succède, et finalement on arrive à *quinze ou vingt gouttes de laudanum* à la fois. Quand l'enfant est suffisamment accablé, il tombe immobile, stupide, sur les genoux de sa mère, qu'il n'empêche alors par aucun mouvement de poursuivre le dévidage des bobines. Les résultats d'un pareil régime ne tardent pas à apparaître. Les petites victimes deviennent pâles, blêmes ; leur face présente un caractère d'émaciation tout à fait particulier, et la destruction marche assez rapidement pour qu'*en deux ans* la mort puisse saisir le plus grand nombre. »

— M. Newman, un des chirurgiens de Welh-Union, en Angleterre, vient d'être destitué par les commissaires de la loi des pauvres, parce qu'il traitait ses malades selon le système homœopathique.

— Dans notre dernier numéro, premier article, intitulé *Nouveau procès*, nous avons commis une légère inexactitude que nous croyons devoir relever, afin qu'on ne puisse pas en tirer parti à l'audience contre M. Marchal. Ce n'est point *M. Gannal*, mais *M. le commissaire de police* que M. Marchal avait prévenu de l'embaumement qu'il allait pratiquer.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

Les remerciements que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tetine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées ssnt des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE) N°. 144. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Jadelot.

Fièvre typhoïde parvenue à sa seconde période. Mort. Autopsie. Quelques réflexions sur la fréquence de cette affection dans l'enfance.

Au n° 9 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée la nommée Marie Weber, âgée de dix ans, entrée à l'hôpital le 17 juillet 1843.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatique, cette enfant jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a été vaccinée, non variolée. Elle a eu, il y a quelques années, la rougeole et la scarlatine. Depuis, elle n'a pas fait de maladies graves. Elle n'est point sujette à s'enrhumer, ne tousse pas habituellement. Elle a eu, il y a quatre ans, quelques glandes engorgées au cou. Cette affection a disparu en peu de temps sous l'influence de frictions iodurées et de boissons amères et toniques. Actuellement, elle est malade depuis sept jours, au dire de ses parents. On ne peut avoir que fort peu de détails sur les antécédents de la maladie actuelle, l'enfant répondant à peine et difficilement aux questions qu'on lui adresse. Cependant on parvient à savoir, tant par elle que par ses parents, que sa maladie a commencé par des étourdissements, des maux de tête violents, des nausées suivies quelquefois de vomissements, des épistaxis assez abondantes, un sentiment de lassitude et de courbature. On ne lui a fait aucun traitement depuis le commencement de sa maladie; on s'est contenté de lui faire boire de l'eau gommée et de réduire la quantité des aliments.

Au moment de l'entrée de cette enfant, voici l'état dans lequel on la trouve :

Visage animé, surtout aux pommettes; peau chaude, sudorale; pouls à 132, petit, non redoublé, peu développé. Teinte jaune de l'ovale inférieur du visage. Faiblesse extrême, la malade ne pouvant se soutenir sur son séant, et se laissant retomber sur son lit d'une manière inerte. Langue sèche, recouverte d'un enduit croûteux jaunâtre. Soif vive. L'enfant, à laquelle on ne peut arracher que difficilement quelques réponses brèves et lentes, demande fréquemment à boire. Ventre un peu tendu, douloureux à la pression, surtout dans la région iléo-cœcale, où l'on détermine un gargouillement bien manifeste, Diarrhée depuis deux jours; cinq à six selles depuis hier soir. Urines libres. La malade paraît éprouver une céphalalgie assez intense, se plaint quand on la tourmente et qu'on veut la faire sortir de l'état de somnolence dans lequel elle est plongée. Délire cette nuit, assez fort pour que l'on ait été obligé de l'attacher dans son lit. Les facultés intellectuelles, au moment de la visite du matin, semblent assez libres, sauf la somnolence dans laquelle l'enfant se trouve continuellement plongée. La narine gauche est en partie obstruée par un caillot de sang, et la lèvre supérieure présente quelques traces d'un commencement d'épistaxis arrêtée depuis quelque temps. Respiration normale. Huit sangsues sur l'abdomen; infusion de fleurs de mauve; cataplasme anisé sur le ventre; lavement d'eau de son; sinapismes aux jambes matin et soir pendant vingt minutes; diète.

Le 19 juillet à peu près même état que le jour de l'entrée. Cependant la douleur de ventre paraît avoir un peu diminué à la pression. Le gargouillement est toujours manifeste, surtout dans le flanc droit. Persistance de la diarrhée, qui est cependant moins abondante. (Trois ou quatre selles dans les vingt-quatre heures.) Ni nausées, ni vomissements. Pas d'épistaxis nouvelle depuis l'entrée. Délire pendant les nuits, assez fort pour que l'on soit obligé de l'attacher dans son lit. Assoupissement pendant le jour. Pouls à 128, peu développé, non redoublé. La langue, que l'on ne peut parvenir à voir qu'avec beaucoup de peine, est sèche, presque fuligineuse. Un peu de toux sans expectoration. Quelques bulles de râle muqueux et sibilant à la base des deux poumons en arrière. Intelligence obtuse. On n'obtient que difficilement des réponses aux questions qu'on adresse à l'enfant, et encore n'est-ce qu'après les avoir répétées plusieurs fois. Cataplasme anisé; lavement émollient; sinapismes; diète.

Le 22 juillet, pas d'amélioration notable. Langue toujours sèche, croûteuse. Pouls à 120, non redoublé. Ventre ballonné, douloureux à la pression, et offrant un gargouillement manifeste, surtout à droite. Diarrhée assez abondante. Toux assez forte; respiration courte. Le murmure respiratoire est accompagné des deux côtés, en arrière, de râle sibilant et muqueux. Intelligence de plus en plus obtuse. Délire pendant la nuit. Assoupissement et somnolence presque continuels pendant le jour. Un bouillon coupé; lavement émollient; sinapismes.

Du 22 au 27, l'état de l'enfant reste stationnaire, et paraît même s'amender un peu; mais du 27 au 28, les phénomènes cérébraux augmentent d'intensité, la fuliginosité des lèvres, des dents et de la langue est complète, et la malade succombe le 29 juillet à huit heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-six heures après la mort.

Les dernières portions de l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse est par intervalles rouge et fortement injectée, présentent un assez grand nombre d'ulcérations, dont le diamètre et l'étendue varient depuis deux ou trois millimètres jusqu'à un centimètre et plus. Ces ulcérations sont au nombre de dix à douze, siégeant toutes dans les plaques de Peyer. Au fond de quelques-unes on aperçoit une substance jaune, qui semble n'être autre chose que des matières fécales incrustées. La membrane muqueuse du gros intestin est rouge, un peu tuméfiée, injectée. Mais les ulcérations ne dépassent pas la valvule iléo-cœcale.

Les ganglions mésentériques sont un peu gonflés, augmentés de volume. Quelques-uns même commencent à présenter un peu de ramollissement, mais sans trace encore de suppuration. Les deux poumons un peu engoués à leur base, gorgés de sang, sans rougeur encore bien manifeste de la muqueuse bronchique. Cœur normal.

Les méninges fortement injectées. L'arachnoïde présente dans ses mailles quelques points de suppuration jaune phlegmoneuse, disséminés. Le cerveau est sain, un peu sablé seulement quand on le coupe par tranches.

— A la lecture d'une observation comme celle que nous venons de rapporter en détail, à la vue des symptômes de toute espèce qui sont survenus et que l'on a chaque jour constatés avec le plus grand soin, comment ne pas être convaincu, de la manière la plus évidente, que l'on avait affaire à une de ces affections qui, connues autrefois sous le nom de fièvre maligne, ataxique, ataxo-adynamique, etc., ont été dans ces derniers temps dénommées gastro-entérite, dothinentérie, et plus récemment encore et avec raison peut-être réunies sous le nom de fièvre typhoïde? Nous disons avec raison, peut-être; car autant il est utile, lorsqu'on le peut, de donner à une affection un nom qui exprime d'une manière nette et tranchée le siége précis et la nature des lésions qui la caractérisent, autant il est utile et convenable de lui donner un nom qui laisse à l'esprit une certaine latitude, un nom vague et indéterminé, lorsque l'on n'est d'accord, comme pour celle dont il s'agit ici, ni sur les causes déterminantes et occasionnelles, ni sur le siége précis, ni sur la nature de ces mêmes lésions. Nous ne voulons point rentrer ici dans la discussion, si long-temps rebattue, toujours renaissante, toujours à l'ordre du jour, des questions que nous venons de soulever. Nous ne voulons point examiner ici si la fièvre typhoïde est une fièvre dite essentielle, sans siége précis et sans lésion constante, si elle est une pure et simple gastro-entérite, ou bien une fièvre éruptive interne analogue sous beaucoup de rapports à la variole, comme l'a prétendu un médecin distingué; si enfin elle consiste dans une altération primitive du fluide sanguin, suivie d'ulcérations intestinales, ou si l'altération du sang n'est que consécutive, comme l'ont prétendu quelques auteurs, qui n'ont sans doute pas réfléchi que l'altération du sang est évidente et manifeste dès les premiers jours de la maladie, et avant qu'aucune ulcération ait eu le temps de se développer. Telle n'est point notre intention, et tel n'est point le but de cet article.

Notre pensée a été seulement de nous demander comment il

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie et physiologie du système nerveux de l'homme et des animaux vertébrés; ouvrage contenant des observations pathologiques relatives au système nerveux, et des expériences sur les animaux des classea supérieures; par F.-A. Longet, d.-m., etc. — 2 vol. in-8° avec planches. — Paris, 1452. Fortin et Masson. — Prix, 16 francs.

« Cet ouvrage renferme un exposé analytique et raisonné de ce » qu'on a écrit jusqu'à nos jours, de plus important sur l'anatomie et » la physiologie du système nerveux. Nous nous sommes imposé la » tâche longue et difficile de soumettre les opinions d'autrui au con» trôle des expériences et de l'observation, puis de comparer les ré» sultats de nos propres recherches à ceux qu'avaient obtenus nos » devanciers. »

C'est en ces termes, dont nous n'aurions pas trouvé d'équivalents plus clairs et plus explicites, que l'auteur expose le but qu'il s'est proposé. On comprend aussitôt, qu'à l'encontre de la méthode généralement suivie par la plupart des physiologistes modernes, ce n'est point exclusivement à l'expérimentation pure que M. Longet s'est adressé. Plus générale dans ses vues, plus philosophique dans son but, la méthode qu'il a mise en usage est une méthode mixte participant à la fois du raisonnement, de l'observation et de l'expérience, celle ci considérée comme le *criterium*, comme la pierre de touche destinée à mettre en lumière la valeur des deux autres. Cette manière vraiment large d'envisager son sujet, donne à cet ouvrage un caractère de précision et de sévérité tout à fait remarquable. Là où l'auteur affirme, on peut être assuré que cette affirmation est de bon aloi; là où il doute, soyez convaincu qu'il a épuisé toutes les ressources de son esprit ingénieux, de son observation patiente, de son expérimentation sagace pour sortir de ce doute qui l'irrite et qu'il n'accepte que par la plus dure des nécessités. Là où il nie, enfin, il vous entraîne à nier aussi par une critique dont l'indépendance ne saurait être assez louée, parce qu'elle est fort rare, chez un jeune savant. L'analyse est ici tout à fait impuissante pour donner une idée même succincte d'un ouvrage dont chaque chapitre est un ouvrage riche de faits, d'observations, d'analyse et de raisonnement. Bornons-nous à en indiquer les dispositions principales.

Dans autant de chapitres, l'auteur a traité : 1° du développement du système nerveux en général; 2° de la distinction dans ce système, des appareils de la sensibilité et de ceux du mouvement; 3° du mode d'action des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs; 4° de la structure intime du système nerveux; 5° de sa composition chimique; 6° de la force nerveuse. Puis, vient l'histoire particulière de l'axe cérébro-spinal, des nerfs rachidiens, des nerfs crâniens, du grand sympathique, et enfin un parallèle entre le système nerveux des animaux invertébrés et celui des vertébrés.

Relativement aux recherches sur le développement du cerveau, l'auteur examine les observations de Malpighi, de Meckel, l'hypothèse d'Ackermann, la loi exposée par M. Serres, les opinions de Desmoulins, Rolando, Tiedmann, Baer, Burdach, Gall et Spurzheim, et il arrive aux conclusions suivantes :

Aucune relation connue, entre l'axe cérébro-spinal et les nerfs, n'existe primitivement chez l'embryon. — Le système nerveux périphérique est déjà très apparent quand le système nerveux central est à peine visible. — Chez les monstres, on peut trouver le premier formé en l'absence du second. — Le développement du système nerveux semble s'effectuer de la circonférence au centre. — Aucun des points primitifs du système nerveux ne doit être regardé comme un centre d'irradiation. — Le *nisus formativus* organise chacune des parties à sa place; il y a succession dans le développement; mais l'une ne saurait être l'efflorescence de l'autre. — Il ne semble pas que la substance grise préexiste à la substance blanche; le contraire paraît être la vérité. — Les lois physiologiques qui régissent la nutrition s'opposent formellement à ce qu'on regarde la matière grise comme l'organe nourricier de la matière blanche; une substance solide ne peut pas nourrir une autre substance solide. — Avant de revêtir la forme qui lui est propre, l'axe cérébro-pinal de l'homme présente, dans son évolution successive, à peu près les formes diverses du même organe chez les animaux vertébrés des différentes classes.

Dans le chapitre suivant, l'auteur traite de la distinction des appareils de la sensibilité et des appareils du mouvement dans le système nerveux. Avant Ch. Bell, Erasistrate, Galien, Dulaurens, Boërhaave, Lamarck, Walker, et quelques autres anatomistes et physiologistes, avaient eu plus ou moins nettement conscience des fonctions différentes des deux ordres de nerfs rachidiens. Mais au physiologiste anglais appartient la gloire d'avoir expérimentalement trouvé cette grande découverte. M. Longet expose cet historique avec beaucoup de soin; il rappelle et résume tout ce que Ch. Bell a fait à cet égard; il examine et apprécie les expériences de Burdach, de J. Schaw, Magendie, Herbert-Mayo, Muller, etc., etc., et arrive à ses propres recherches, qui, comme le monde savant le sait aujourd'hui, ont jeté de si grandes lumières sur ce sujet. Nous les avons exposées dans ce journal même avec étendue; il serait superflu d'y revenir.

Les chapitres consacrés à l'étude de la structure intime du système nerveux et à sa composition chimique, sont une exposition complète de la science sur ces divers points. Mais là, comme partout, M. Longet ne se borne pas à une simple énumération d'opinions, il les discute, il les apprécie, il donne les motifs qui doivent les faire admettre ou rejeter.

Le chapitre intitulé De la Force nerveuse, est un des plus remarquables et des plus importants de cette première partie. L'auteur y recherche si la force nerveuse est identique ou seulement analogue au fluide électrique, ou bien si elle est, au contraire, une force *sui generis*. Il fait l'examen critique des expériences de Galvani, Volta, Prevost et Dumas, etc. Il donne les résultats des recherches qu'il a entreprises à ce sujet avec M. Guérard, et il arrive aux conclusions suivantes, que nous devons faire connaître :

Il n'existe, jusqu'à présent, aucune preuve directe et certaine en faveur de l'hypothèse des courants électriques dans les nerfs. — L'électricité et la force nerveuse ne sont point identiques. — Dans l'état actuel de la science, il y a témérité à affirmer qu'ils sont *totalement* différents et qu'ils n'offrent pas la moindre analogie. — Le névrilème qui transmet de faibles courants électriques ne peut transmettre le principe nerveux. — L'électricité n'est probablement qu'un simple excitateur de la force nerveuse persistante, et son action doit être assimilée à celle des irritants mécaniques ou chimiques.

Plusieurs articles, fussent-ils très étendus, ne suffiraient pas à la simple analyse des faits renfermés dans la deuxième partie de cet ouvrage, qui a pour titre : Anatomie et physiologie spéciale du système nerveux. M. Longet traite, en effet, de toutes les parties de ce grand système sous les rapports de l'anatomie humaine, de l'anatomie comparée, de leurs fonctions, de leur pathologie. Chaque chapitre est une monographie étendue, complète, où les faits épars dans la science ont été réunis, coordonnés, systématisés quand la chose a été possible, mais toujours exposés avec une critique judicieuse et complétement indépendante.

Cet ouvrage est certainement une des plus remarquables productions de notre époque. Il ne nous laisse rien à envier aux littératures étrangères sous le point de vue de l'abondance des faits et de l'érudition, et comme forme il possède toutes les éminentes qualités du génie scientifique français, style nerveux et concis, succession des idées rapide et logique, appréciation et critique d'une incontestable justesse; enfin richesse et exactitude d'une expérimentation propre de l'auteur, à laquelle nulle autre ne peut être comparée.

se faisait que quelques médecins se refusent à admettre la fièvre typhoïde chez les enfants, en présence de symptômes aussi tranchés, aussi semblables en tout point à ceux de la fièvre typhoïde chez les adultes? Et si les symptômes ne suffisent pas, comment pourra-t-on nier la maladie lorsque, dans des cas semblables à ceux-ci, l'autopsie sera venue démontrer évidemment, je ne dirai pas l'analogie, mais l'absolue similitude des lésions caractéristiques de la fièvre entéro-mésentérique? Ne serait-il pas permis de croire que trop souvent les médecins qui à la tête de services importants dans les hôpitaux ne voient dans leurs salles que des adultes, n'est-il pas permis de croire qu'ils oublient les maladies de l'enfance qu'ils ont rarement occasion d'observer, et qu'ils révoquent en doute l'existence de telle ou telle affection par la raison seule qu'ils n'ont point eu occasion de le remarquer, ou qu'ils ont examiné avec des yeux prévenus les sujets qui en étaient atteints?

On a dit, avec raison peut-être, quoique nous ayons sujet de penser que l'on a peut-être été trop exclusif aussi sur ce point, que les organes qui sont le siége principal de la maladie n'existant plus chez les vieillards, c'était une conséquence nécessaire que la non-existence de cette maladie dans un âge avancé. Dans la vieillesse, en effet, l'affection typhoïde, sans être sans exemple, est rare, et il est à regretter que les observations que la science en possède ne soient ni plus nombreuses, ni plus détaillées. Mais chez les enfants, la même raison ne peut être alléguée. Que les plaques de Peyer ne soient pas aussi développées que chez les adultes, rien de plus facile à concevoir. Tous les organes sont encore en voie d'accroissement. Ils n'ont encore, aucun, atteint leur apogée de développement, et leur perfection complète; mais aussi ne trouve-t-on pas chez les enfants qui succombent à la fièvre typhoïde, des lésions aussi étendues, aussi profondes que chez les adultes. Il n'est pas rare, par exemple, de trouver chez les adultes des plaques ulcérées au nombre de trente, quarante et même plus, cas dans lesquels l'intestin est criblé d'ulcérations, comme la peau d'un sujet atteint de variole confluente est couverte de pustules varioliques. De ces ulcérations, qui siégent toujours dans les cent cinquante derniers centimètres environ de l'intestin grêle, quelques-unes ont jusqu'à deux, trois centimètres de long et même davantage, sur une largeur d'un ou deux centimètres. Chez l'enfant, il est rare que les ulcérations soient aussi nombreuses; il est peu fréquent d'en trouver plus de dix ou douze, et encore ce nombre est-il peu commun. Chez l'enfant également, les ulcérations sont ordinairement circulaires, petites depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 25 centimes, rarement plus. Ces dimensions, on le voit, sont loin d'être les mêmes que celles que les ulcérations atteignent chez l'adulte, différence dont nous venons de donner la raison, en insistant sur le développement moins complet de tous les organes, et des follicules intestinaux en particulier dans le jeune âge. Mais une fois l'existence de ces plaques admise, on est forcément conduit à admettre la possibilité de leur inflammation. La différence sera seulement du plus au moins, tant sous le rapport de l'étendue que sous le rapport du nombre et de la profondeur des ulcérations.

Ce ne sera point la seule différence qui pourra exister entre l'affection typhoïde des enfants et celle des adultes, quant aux altérations anatomiques. Nous en avons déjà signalé quelques-unes, nous allons continuer notre parallèle. Il est fréquent de rencontrer chez les sujets adultes qui ont succombé à une fièvre typhoïde très grave dès le début, et accompagnée de diarrhée abondante, il est fréquent de rencontrer chez ces sujets des ulcérations plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes dans la partie supérieure, les 20 ou 25 centimètres du gros intestin les plus rapprochés de la valvule de Bauhin. Quoique ne formant pas la majorité des cas, les exemples de ces ulcérations du gros intestin ne sont pas tellement exceptionnels que chaque médecin n'en ait vu quelques cas, et, pour notre part, nous les avons constatées plus d'une fois dans les hôpitaux de Paris depuis huit ou neuf ans.

Chez les enfants, la présence des ulcérations dans le gros intestin est un fait tellement rare qu'elle peut être considérée comme exceptionnelle. Les auteurs d'un livre tout récent et fort bien fait sur les maladies des enfants, MM. Rilliet et Barthez, disent ne l'avoir rencontrée qu'une fois sur vingt-neuf autopsies. Ils citent également comme remarquable par sa rareté un fait rapporté dans le Bulletin de la Société anatomique, fait dans lequel la plupart des ulcérations existaient dans le gros intestin. C'est donc encore là une chose digne d'attention, une différence qui mérite d'être signalée entre les lésions cadavériques que l'on rencontre chez l'adulte et celles que l'on constate chez l'enfant, mort à la suite de l'affection qui nous occupe. Mais c'est une différence qui ne sert qu'à faire ressortir avec plus d'évidence encore les rapports qui existent entre les cas de ce genre que l'on trouve journellement chez l'enfant et chez l'adulte.

Voilà pour les lésions locales, pour les ulcérations intestinales. Nous pourrions insister sur les rapports de ressemblance qu'offrent encore les plaques de Peyer de l'enfant et celles de l'adulte, à une époque où elles ne sont point encore ulcérées, quand elles ne sont le siége que d'un simple boursouflement, d'une tuméfaction plus ou moins considérable, rapports qui ne sont point tels cependant qu'il n'existe aucune différence entre elles dans ces deux périodes de la vie, puisqu'il paraîtrait, pour le dire en passant, que les plaques dures sont plus communes dans la première période chez les adultes, tandis que les plaques molles l'emportent chez l'enfant, à la même période de la maladie, mais qui suffisent largement pour établir l'identité parfaite des deux affections. Il est d'autres points importants desquels on peut s'aider encore pour établir plus étroitement cette similitude, l'état du sang, par exemple.

Quand la fièvre typhoïde se présente sous la forme inflammatoire, on est souvent obligé chez l'adulte, moins souvent, mais cependant encore assez fréquemment chez l'enfant, de pratiquer une ou plusieurs émissions sanguines générales; moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte, disons-nous, parce que la force de la constitution des sujets est toujours moindre dans le jeune âge; et que la force de résistance à la maladie est moins considérable. Mais, lorsque l'on est obligé de pratiquer chez l'enfant des émissions sanguines générales, que remarque-t-on, je ne dirai pas dans la majorité des cas, mais toujours? On observe, comme chez l'adulte, une altération évidente du sang dans ses qualités physiques. Ainsi, la sérosité est louche, souvent rougie par la matière colorante du sang. Le caillot est recouvert d'une croûte rouge, sans consistance, se cassant net quand on veut le soulever, ou présente une couenne le plus souvent incomplète, mince, verdâtre, sans consistance non plus, et la partie inférieure du caillot est noire, diffluente, analogue à de la gelée de groseilles. Des expériences pareilles à celles qui ont été faites sur le sang des adultes, n'ont pas, que nous sachions, été répétées sur le sang des enfants; mais, d'après toutes les analogies, il est permis de supposer, sans être taxé de témérité, que l'on arriverait, par l'analyse, aux mêmes résultats sur le sang des enfants.

Une altération qui ne peut être mise au premier rang, mais qui est tellement liée aux lésions de la muqueuse intestinale que c'est à peine si on peut l'en séparer, c'est l'altération que subissent les ganglions mésentériques. Tuméfiés d'abord, comme chez l'adulte, formant par leur agglomération des masses plus ou moins considérables, à mesure que la maladie fait des progrès, ils augmentent de volume, se ramollissent, et finissent quelquefois même par suppurer véritablement. Le plus souvent, quand on les coupe, on en trouve l'intérieur rouge, mou, pénétrable au doigt, caractères que l'on retrouve chez l'adulte et que MM. Petit et Serres ont parfaitement décrits et signalés dans leur traité de la fièvre entéro-mésentérique.

Tous les points sur lesquels nous venons d'attirer l'attention sont des plus importants et nous semblent suffisants du reste pour établir l'analogie parfaite qui existe entre la fièvre typhoïde de l'adulte et celle de l'enfant. Si les caractères anatomiques viennent prouver de la manière la moins incontestable que l'affection typhoïde peut exister chez l'enfant comme elle existe chez l'adulte, les symptômes que l'on observe pendant la vie fournissent encore des preuves imposantes à l'appui de cette assertion.

Les nausées et les vomissements par lesquels débute ordinairement la maladie, la diarrhée ou établie de prime abord ou succédant à la constipation, les douleurs abdominales plus fortes à la pression dans les deux flancs, mais surtout dans la région iléo-cœcale; le gargouillement à la pression, plus fréquent à la région iléo-cœcale que dans le flanc gauche, quoiqu'il puisse bien s'y rencontrer également; puis l'état des dents, des gencives, des lèvres qui deviennent fuligineuses au bout d'un certain temps, lorsque la maladie passe de la seconde à la troisième période, tous ces phénomènes ne sont-ils pas communs à l'affection dite typhoïde de l'enfant et à celle de l'adulte?

Que si nous passons aux symptômes généraux, la même remarque est à faire. La céphalalgie, les étourdissements, le délire, les soubresauts des tendons, la fréquence du pouls sont des symptômes dont il faut tenir compte. Souvent on observe comme chez l'adulte, des épistaxis, soit au début, soit pendant le cours de l'affection elle même. Nous ferons seulement remarquer que chez les enfants atteints de cette maladie, et par une raison que l'on ignore complétement, le pouls est rarement redoublé, si même il l'est quelquefois. Or, on sait que chez les sujets adultes, le redoublement du pouls est une chose fort importante à noter, bien que la fièvre typhoïde ne soit pas la seule maladie dans laquelle on l'observe, et que ce soit un symptôme caractéristique de toutes les maladies dans lesquelles on rencontre une altération du sang analogue à celle que l'on trouve dans la fièvre typhoïde, oserons-nous dire de toutes les maladies d'une nature en quelque sorte septique.

Pour les complications, principalement du côté de l'appareil respiratoire, elles sont les mêmes, aussi fréquentes et aussi dangereuses. La marche, que l'on a divisée en trois périodes généralement, est absolument semblable. Que dire de plus et que nous servirait d'insister plus longuement sur ce sujet quand les faits sont là, non plus en petit nombre, tronqués et incomplets, mais en très grand nombre, détaillés et minutieusement recueillis, quand chaque jour on peut vérifier ce que nous avançons dans les hôpitaux consacrés aux maladies des enfants?

Nous savons bien que l'on viendra nous objecter que les symptômes généraux et nerveux ont pu se produire sous l'influence d'une méningite dont l'autopsie a laissé constater les traces. Certes, si les altérations du côté des méninges eussent été seules, nous n'eussions pas prétendu voir dans l'observation précédente un fait de fièvre typhoïde. Mais que dira-t-on des lésions intestinales que l'autopsie a fait reconnaître? Prétendrait-on les considérer comme des lésions secondaires? Ne sait-on pas que la méningite complique quelquefois l'affection typhoïde? et si nous avons entendu des professeurs affirmer

---

Manuel d'anatomie générale appliquée à la physiologie et à la pathologie; par L. Mandl, d.-m. — 1 vol. in-8° de 576 pages, accompagné de cinq planches gravées. — Paris, 1843; chez J.-B. Baillière.

L'anatomie générale, fondée ou plutôt constituée en corps de science par les travaux de Bichat et de Meckel, qui avaient eu pour prédécesseur notre illustre Bordeu; l'anatomie générale, dont le premier enseignement régulier en France ne remonte pas au-delà de Béclard, a fait dans ces derniers temps des progrès assez réels et assez nombreux pour rendre nécessaire un nouveau traité sur la matière. C'est cette tâche que M. Mandl, dont le monde savant connaît les beaux travaux monographiques, vient d'accomplir avec beaucoup de bonheur. Son ouvrage est un travail succinct qui, en résumant l'état actuel de la science d'après les recherches des auteurs et les siennes propres, sera très utile non-seulement aux élèves, mais encore aux médecins.

Il est divisé en deux sections: la première comprend l'exposé des propriétés générales physiques, vitales, chimiques, etc., qui appartiennent à toutes les parties organiques, à tous les systèmes; la seconde s'occupe de la description détaillée de chaque système organique, considéré isolément.

En tête de chaque chapitre, l'auteur a indiqué une bibliographie à peu près complète de tous les ouvrages relatifs au sujet dont il traite, de manière à ce que le lecteur y trouve les principales sources à consulter.

L'auteur entre en matière par l'exposition des propriétés physiques, c'est-à-dire de celles qui appartiennent aux parties organiques, non-seulement pendant la vie, mais aussi après la mort. Telles sont la couleur, la dureté, la mollesse, l'élasticité, etc.

Il s'occupe ensuite des propriétés vitales, c'est-à-dire de celles qui n'appartiennent aux parties organiques que pendant la vie, et qui se perdent instantanément ou peu de temps après la mort. Il s'étend surtout sur la contractilité et l'irritabilité, et dit par quels moyens elles peuvent être excitées.

Il termine cette première section par l'exposé des propriétés chimiques, dont la connaissance est aujourd'hui indispensable à toute recherche de micrographie ou d'anatomie.

Dans la seconde section, M. Mandl aborde l'étude des propriétés anatomiques, à laquelle il procède soit à l'œil nu, soit à l'aide du microscope. Il donne le nom de structure aux propriétés anatomiques découvertes par l'examen fait à l'œil nu, réservant le nom de texture à celles que l'on ne découvre qu'à l'aide du microscope.

Après avoir étudié les propriétés anatomiques d'un système, l'auteur en recherche les mêmes parties organiques dans tout le corps; il s'occupe en un mot de la distribution de ce système, il en expose l'ensemble, les rapports avec les autres systèmes, les formes qu'adoptent les parties élémentaires par leur réunion, etc. Alors il s'occupe des différences qui résultent de l'âge; il étudie le développement, étude si éminemment curieuse, mais encore si peu avancée; les différences individuelles, ainsi que l'accroissement et le décroissement; enfin les phénomènes qui se présentent dans la formation nouvelle d'un tissu lorsqu'il a été détruit sur l'homme vivant, et que l'on comprend sous le nom de régénération. Enfin, il fait suivre cette exposition par des considérations sur l'application faite à la physiologie et à la pathologie des résultats obtenus par les recherches anatomiques.

C'est sous tous ces points de vue qu'il étudie successivement le système cellulaire, le système nerveux, le système vasculaire, dans lequel entrent les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques, le sang, la lymphe; le système des appendices tégumentaires, poils, ongles; le système adipeux, le système séreux, le système fibreux, le système cartilagineux, le système osseux, le système musculaire, le système glandulaire et les liquides sécrétés; enfin, le système cutané.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de cet ouvrage, qui a déjà pris rang parmi les livres classiques, et qui, par la richesse et la nouveauté des matériaux, par le soin qu'a pris l'auteur de le mettre au courant des travaux les plus modernes, mérite assurément de prendre place dans la bibliothèque de tout médecin désireux de suivre les progrès de cette partie de la science, progrès auxquels M. Mandl a contribué pour une large part.

Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique ou médicale, Cours professé à la Faculté de médecine de Paris en 1842; par P.-A. Piorry, professeur de pathologie médicale, etc. Tome III°, Angiairopathies ou maladies des conduits de l'air, c'est-à-dire des fosses nasales, du larynx et des bronches, du poumon et de la plèvre. — Un vol. in-8°, de 655 pages. — Paris, 1833. Chez J.-B. Baillière.

Nous avons plusieurs fois, et à l'occasion des volumes précédents, appelé l'attention de nos lecteurs sur cette publication importante, poursuivie avec le plus grand zèle par M. Piorry, et à laquelle il attache justement un titre et des droits de plus à l'estime et à la reconnaissance des praticiens et des élèves. Ce nouveau volume que nous avons sous les yeux ne le cède en rien à ses aînés pour le soin avec lequel l'auteur l'a composé, pour le choix et l'arrangement des matériaux, pour la richesse des détails, pour la sévérité de la critique, pour la justesse des appréciations, et surtout pour la valeur pratique et d'application, but final qu'on doit toujours se proposer dans un ouvrage de cette espèce.

Une œuvre de cette nature se prête difficilement à l'analyse. L'auteur y traite dans autant de chapitres particuliers, que l'on peut considérer comme autant de monographies, des maladies indiquées dans le titre de l'ouvrage. Les articles Bronchite, Croup, Pneumonie, Phthisie, Pleurésie, sont les chapitres importants de ce volume. A toutes les recherches des anciens et des modernes sur cette branche de la pathologie, M. Piorry a réuni le fruit de ses propres et nombreuses observations, et l'on sait quel large sillon il a creusé dans ce vaste champ des maladies de poitrine. On y lira surtout avec le plus grand intérêt les résultats qu'il obtient de la plessimétrie, de ce moyen d'investigation dont il a porté la précision jusqu'aux dernières limites du possible, et pour lequel, en faveur des services qu'il lui rend, on lui pardonne son enthousiasme et sa prédilection.

Cet ouvrage, fruit et résultat d'un travail sérieux et consciencieusement exécuté, est un des meilleurs traités de médecine qui aient été publiés de nos jours. En se familiarisant un peu avec la nomenclature à laquelle nous croyons que l'auteur attache une trop grande importance, on découvre tout ce qu'il offre de solide et d'instructif. Bien différent de tant d'autres œuvres de spéculation pure, celui-ci a été fait au lit du malade, la nature sous les yeux; aussi porte-t-il le cachet d'une rigoureuse observation et de ce sens pratique, la première et la plus indispensable qualité de tout ouvrage destiné à l'enseignement.

Correspondance.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je viens de lire dans la Gazette médicale un article relatif à M. Couturier, qui propose à l'administration des hôpitaux de Lyon d'établir un hospice pour les convalescents. Je ne prétends rien enlever à la généreuse pensée de mon confrère; mais je tiens cependant à constater que l'idée première m'appartient. Depuis long-temps j'ai l'intention de proposer à M. le ministre de l'intérieur un projet complet sur ce nouveau moyen de rendre service à la classe indigente.

J'ai chargé de ce soin M. Magne, inspecteur du 7e arrondissement, connu dans le monde artistique par un grand prix de Rome, et dans le monde médical par le monument élevé à la mémoire de Sanson. Les plans établis par cet architecte devaient et doivent être présentés cette année à l'exposition du Louvre. Voilà pourquoi jusqu'ici j'ai cru devoir garder le silence.

Agréez, etc.

A. Magne,
Elève particulier de Sanson.

l'existence de méningites compliquant les fièvres typhoïdes, dans des cas où une simple rougeur injectait à peine les membranes enveloppes du cerveau, pourquoi ne pourrions-nous pas, considérer comme une complication seulement une méningite bien manifeste, du moment qu'elle se rencontre avec une affection intestinale dont le début a grandement précédé celui de la maladie que nous regardons comme une complication ?

Dr A. FOUCART.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lambelle).

De la réunion immédiate des incisions pratiquées sur les grands foyers de suppuration; par M. le docteur Ed. LABORIE, chef de clinique de la Faculté.

Jamais on n'a refusé de reconnaître l'heureuse influence des larges incisions dans le traitement des phlegmons diffus, soit avant, soit pendant la suppuration. M. Jobert a surtout mis eu pratique cette méthode, et avec des résultats fort remarquables. Nous avons, dans un article inséré dans ce Journal, à propos du traitement des fractures dans le service de chirurgie de Saint-Louis, cité un cas de phlegmon survenu à la suite d'une fracture compliquée de la jambe, phlegmon en pleine suppuration ayant déterminé un vaste décollement de la peau sur toute la face externe de la jambe et de la cuisse, et qui, néanmoins, fut guéri à la suite d'une incision qui, partie du grand trochanter, descendait jusque vers la malléole externe. Nous pourrions rappeler plusieurs faits de ce genre ; et, sans en citer un plus grand nombre, nous dirons qu'un jeune médecin qui exerce avec distinction à Paris, n'a dû la guérison d'un phlegmon de l'avant-bras et de la main qu'à un traitement aussi énergique ; l'incision partait depuis la partie supérieure de l'avant-bras jusqu'à l'extrémité du doigt médius. La valeur de la méthode est incontestée ; ce qui, seulement en dehors, bien entendu, de la répugnance qu'elle duit inspirer au malade, peut la faire souvent rejeter par le chirurgien, c'est qu'après avoir procuré un grand bénéfice immediatement, une large incision devient ultérieurement une complication par la lenteur de sa cicatrisation et par la difformité que souvent elle entraîne à sa suite. Ce serait donc une heureuse modification que celle qui permettrait d'accepter tous les bénéfices de l'incision étendue, sans ces inconvénients consécutifs que nous signalons. C'est là précisément le but que M. Jobert nous paraît avoir atteint dans l'observation que nous allons rapporter. Nous citons ce fait sans exagérer sa valeur; nous croyons cependant qu'il peut devenir un point de départ utile pour des recherches dans ce sens; car il est bien évident que dans les phlegmons avec décollement de la peau, aucune méthode ne peut être comparée à celle de l'incision étendue ; c'est, en effet, le seul procédé qui permette d'extraire complétement le pus, et surtout les parties sphacelées de tissu cellulaire qui, devenues inertes, constituent de véritables corps étrangers agissant comme tels, et aggravent, par conséquent, les accidents inflammatoires.

Fracture de la première phalange du gros orteil du pied gauche. Accidents consécutifs. Phlegmon diffus de la jambe avec décollement de la peau. Large incision. Réunion immédiate des bords de la plaie après l'évacuation du pus et des débris du tissu cellulaire sphacelé. Guérison.

Le 8 juillet 1843, s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis le nommé François-Auguste, exerçant l'état de tonneller, il est âgé de quarante-huit ans et demeure faubourg du Temple, n. 34. Cet homme, d'une bonne constitution, jouissant ordinairement d'une parfaite santé, nous donne les détails suivants sur les causes de l'accident qui ont nécessité son admission dans le service de M. Jobert : il faisait rouler une pièce de vin qui, mal dirigée, vint sur son pied. Après avoir déterminé une contusion assez considérable des parties molles, elle produisit uue fracture transversale de la première phalange du gros orteil,

M. Jobert prescrivit un traitement antiphlogistique vigoureux, mais il ne put parvenir à enrayer les accidents inflammatoires consécutifs. D'abord le mal se limita au lieu même de la fracture, un abcès se forma en ce point, on l'incisa ; puis d'autres foyers purulents se formèrent tant sur le dos du pied que sur la partie inférieure de la jambe, s'accompagnant de décollement de la peau. On fit de même quelques incisions pour évacuer la matière purulente. A la suite de ces lésions, d'abord limitées à la partie inférieure du membre seulement, survinrent quelques symptômes généraux inquiétants et en même temps se dessinèrent sur le membre les caractères de l'inflammation des lymphatiques. Il existait sur le trajet de ces vaisseaux de longues traces rougeâtres douloureuses et sur ces stries des plaques érysipélateuses. Il y avait une vive sensibilité dans le creux poplité, ainsi que dans l'aine, où les ganglions lymphatiques étaient engorgés. Frictions sur tout le membre avec la pommade au nitrate d'argent.

Les frictions déterminèrent une amélioration marquée et, en peu de jours, tous les accidents s'amendèrent. Mais quinze jours après le malade se plaignit de nouveau, et en examinant la partie latérale externe de la jambe où existait surtout la tuméfaction, M. Jobert reconnut une fluctuation manifeste s'étendant sur toute la face externe du membre. Alors il pratiqua une longue incision de 17 centimètres de longueur, à l'aide de laquelle il fit sortir une énorme quantité de pus et des débris de tissu cellulaire mortifié. On reconnut avec le doigt qu'il existait un vaste décollement de toute la moitié externe de l'enveloppe cutanée du membre. Les muscles mêmes de la couche superficielle avaient été disséqués. Le doigt pénétrait facilement dans leurs interstices. Après avoir vidé tout ce vaste foyer, M. Jobert conçut l'idée de réunir immédiatement la plaie qu'il avait faite avec le bistouri, espérant ainsi obtenir plus facilement le recollement des parties altérées. Il commença d'abord par assurer l'écoulement ultérieur du pus qui pourrait encore se former, en pratiquant vers le milieu du membre et venant se rendre perpendiculairement vers le milieu de la première incision une deuxième incision de 5 centimètres. Puis, à l'aide de bandelettes agglutinatives, le chirurgien réunit avec soin toute l'incision longitudinale, ayant soin de laisser un espace libre au niveau de l'incision transversale. On pansa mollement ensuite avec de la charpie et une bande roulée médiocrement serrée.

Quatre jours après on leva l'appareil, et ce fut avec une vive satisfaction que l'on put constater que dans toute son étendue la plaie longitudinale était parfaitement réunie. Il ne s'était écoulé qu'une très petite quantité de pus par la plaie transversale. Le membre était considérablement tuméfié. Les tissus s'étaient recollés dans toute l'étendue du foyer.

La même compression méthodique fut maintenue pendant quelque temps encore, et la guérison du foyer fut définitivement obtenue. Pendant une quinzaine de jours la plaie transversale laissa écouler du pus séreux et quelques débris rares de tissu cellulaire, puis elle prit un bon aspect et se cicatrisa.

Toutes les incisions préalablement pratiquées sur le pied étaient cicatrisées ; il ne restait que le petit abcès primitivement développé au niveau de la phalange fracturée. Cette plaie fut plus longue à se fermer complétement ; la guérison ne fut définitive que dans le mois d'octobre. Actuellement le malade est dans un état parfait : il pourra prochainement quitter l'hôpital.

Ce procédé, qui, comme on le voit dans cette observation, a été suivi d'un succès complet, avait déjà été mis en usage par M. Jobert chez un malade présentant un vaste abcès autour de l'articulation iléo-fémorale. Voici, du reste, brièvement, l'histoire de cette malade, on verra que, dans ce cas encore, la désorganisation des tissus sous-jacents à la peau n'a pas empêché la réunion de se faire par première intention dans toute l'étendue de l'incision pratiquée sur l'abcès.

Vaste abcès développé autour de l'articulation de la hanche. Large incision du foyer. Réunion par première intention des bords de l'incision.

Flick (Marie-Félicité), âgée de vingt-deux ans, couturière, est entrée, le 5 mai 1843, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, dans le service de M. Jobert. Elle est d'une constitution en apparence assez belle. La face est colorée; la peau blanche ; les cheveux sont blonds.

Elle a vu ses règles pour la première fois à quatorze ans; mais quoique régulières, elles ont toujours été peu abondantes.

A l'âge de quinze ans, elle éprouva pour la première fois des douleurs au niveau de l'articulation iléo-fémorale gauche. Jamais elle n'avait ressenti d'accidents rhumatismaux, et rien, dans ses habitudes, n'avait pu contribuer au développement de ce vice. Quoi qu'il en soit de la cause, qui, pour la malade, reste inconnue, voici quels ont été les symptômes et leur ordre d'apparition.

La douleur fut d'abord fixée auteur de l'article; la moindre fatigue la rendait plus violente. Peu à peu les mouvements devinrent aussi pénibles que douloureux. Du reste, la santé générale ne s'altérait en aucune façon ; aussi pendant longtemps on ne prêta pas grande attention à cette affection. Plus tard, comme cela arrive fréquemment, l'articulation du genou devint douloureuse à son tour ; et, suivant toute probabilité, prenant pour une lésion spéciale un accident tout lymphatique, on fit appliquer quelques sangsues autour de l'articulation fémoro-tibiale.

Comme on doit bien le penser, cela n'arrêta en rien la marche de l'affection de la partie supérieure du membre ; elle fit de nouveaux progrès ; et enfin, il y a huit mois, la malade fut forcée de garder le lit. On vit se développer, au lieu où existait la douleur, de la tuméfaction qui s'accrut sensiblement jusqu'au moment où la malade fut admise dans le service de M. Jobert. A cette époque il existait une fluctuation manifeste s'étendant sur le côté externe de la cuisse, depuis trois travers de doigt au-dessus du grand trochanter, jusque vers le milieu du membre. Après une quinzaine de jours de repos, M. Jobert, croyant reconnaître que l'affection n'avait pas envahi l'articulation, se décida à inciser largement le foyer. Il fit une incision suivant l'arc du fémur, présentant environ 25 centimètres, qui donna issue à une grande quantité de pus crêmeux sans odeur. Le foyer, exploré avec soin, ne parut communiquer directement ni avec l'articulation, ni avec quelques parties osseuses malades. Après cette exploration, M. Jobert s'efforça de réunir les lèvres de la plaie ; et pour donner issue au pus s'il s'en formait dans le foyer, il pratiqua, comme dans l'autre cas, une petite incision venant se rendre perpendiculairement sur le milieu de la lèvre postérieure de la plaie, puis il réunit immédiatement, à l'aide de bandelettes agglutinatives qui en même temps comprimaient le foyer. On eut soin de laisser béante l'incision transversale.

Tout se passa pour le mieux ; la grande incision se réunit parfaitement, et pendant quelque temps il s'écoula peu de pus par la petite plaie transversale, qui elle-même se cicatrisa. L'état de la malade s'améliora sensiblement ; la presque totalité du foyer paraissait cicatrisée ; mais plusieurs mois après les douleurs reparurent, et en même temps il se fit en deux points de petites ouvertures fistuleuses à la partie inférieure sur la cicatrice de l'incision longitudinale. En même temps aussi apparurent des douleurs profondes au niveau du corps du fémur.

Actuellement la malade ne souffre plus autour de l'articulation. Peut-être le chirurgien se verra-t-il obligé de prolonger l'incision plus bas, pour ainsi poursuivre le mal et y apporter remède.

Ce fait, comme on le voit, est loin d'être complet ; mais néanmoins nous avons cru être utile en le citant. Il vient à l'appui de cette opinion, partagée par plusieurs chirurgiens, que, quelle que soit la nature des lésions des parties sous-cutanées, on peut, avec avantage, réunir la peau, soit qu'elle ait été divisée accidentellement, soit qu'elle l'ait été par le bistouri. Dans ces deux cas nous voyons des circonstances bien différentes. Dans le premier, il s'agit d'une inflammation récente ayant produit des désordres en apparence incurables ; dans l'autre, au contraire, la lésion est due à une inflammation de date ancienne ; et néanmoins, chez nos deux malades, après évacuation tant du pus que des parties sphacelées, on réunit immédiatement, et le succès couronne la tentative. C'est, comme nous l'avons dit dans un article communiqué à un journal de médecine, ramener aux conditions avantageuses des plaies sous-cutanées ces grandes surfaces suppurantes qui, au contact de l'air extérieur, tendent à devenir la source d'accidents graves, souvent mortels, dans les grands hôpitaux, et surtout à Saint-Louis, où la pourriture d'hôpital apparaît fréquemment.

Du reste, ajoutons que dans sa pratique M. Jobert s'attache toujours à obtenir des réunions immédiates aussi complètes que possible, et les résultats de ce mode de pansement sont constamment avantageux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Mercier adresse la lettre suivante :

En lisant une communication faite à l'Académie dans sa dernière séance par M. Guillon, je me suis applaudi d'abord de voir se propager et se confirmer les idées que je crois avoir le premier émises en France au sujet des valvules du col de la vessie. Mais en me reportant au compte-rendu de votre séance du 19 septembre, je vis que M. Guillon, dont je n'ai sans doute pas l'honneur d'être connu, à en juger par son silence à mon égard, affirme avoir *depuis long-temps* pratiqué, à l'aide d'un instrument *ad hoc*, des opérations destinées à faire disparaître ces valvules et les rétentions d'urine qu'elles occasionnent.

J'ai beaucoup insisté sur ces valvules, dans un mémoire publié au commencement de 1836, et je croyais même que si, depuis cette époque, la question a fait quelques progrès, c'était à mes recherches qu'elle le devait ; car M. Civiale est, si je ne me trompe, le seul avec moi qui en ait fait l'objet de quelque publication, et il n'a fait que répéter ce que j'en avais dit.

Dans le cas où mes prétentions seraient mal fondées, M. Guillon ne manquera pas sans doute d'indiquer, d'une manière précise et authentique, à quelle époque remonte sa découverte.

En attendant, monsieur le président, comme il serait difficile de me comprendre, si je me contentais de dire que je me sers d'instruments *ad hoc*, je vous prie de m'accorder la faculté de faire voir, à la fin de la séance, ceux qui me servent à inciser ou à exciser ces valvules ; et comme il importe que les résultats d'une aussi utile opération ne restent pas dans l'ombre, ayez la bonté de nommer une commission à laquelle j'espère montrer incessamment quelques faits de ce genre.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Hamont relative aux quarantaines contre la peste. Dans la précédente séance, M. Hamont avait lu une note dans laquelle il traitait les points suivants :

La peste est-elle susceptible de se transporter d'Orient en Occident par la navigation ? Existe-t-il des exemples bien constatés de transmission ?

Pour répondre à ces questions, nous n'aurons pas besoin de fouiller bien avant dans les annales de notre histoire maritime ; des faits d'une date très récente démontrent malheureusement que la peste a passé d'Orient en Occident, avec les hommes ou les choses des bâtiments.

En 1841, un navire marchand, *le Malbruck*, quitte le port d'Alexandrie et fait voile pour Malte. Au moment du départ, point de pestiférés dans le bâtiment. Chemin faisant, la peste apparaît à bord. Le navire entre en quarantaine. Malgré la surveillance active des employés de l'administration sanitaire à Malte, un jeune batelier de l'île communique avec les gens de l'équipage, et six jours après, il est atteint et meurt de la peste.

Que la maladie se propage par la contsgion ou par infection, toujours est-il qu'elle se transporte par voie de mer du Levant en Europe.

Les médecins qui admettent la possibilité des transmissions par infection croient à des foyers pestilentiels, et demandent la suppression des lazarets. Ils disent : la peste ne se communique point par les personnes ; elle ne se communique point par les marchandises ; si elle passe les mers, c'est parce qu'il existe un foyer pestilentiel. Où se trouve ce foyer ? Dans le bâtiment. C'est l'air qui en est altéré, et cet air proviendrait des lieux où régnait la peste au moment du départ.

A cette première observation, M. Hamont oppose celle-ci :

Peut-on croire qu'un bâtiment à vapeur ou autre, ballotté au milieu de la Méditerranée, ventilé de toutes parts, en haut, en bas, en avant, en arrière, le jour, la nuit, lavé sur le pont, lavé jusqu'à fond de cale, peut-on croire que ce bâtiment ait concentré l'air dont il était plein quand il a quitté le Levant ?

Les médecins dont M. Hamont examine la théorie, ajoutent : Puisque la peste n'est pas contagieuse, puisque l'air seulement porte le mal, disséminez votre foyer d'infection, débarquez hommes et marchandises au grand air, sur une grande place, et vous n'aurez rien à redouter.

A cela, M. Hamont fait cette réponse :

Un bâtiment à vapeur arrive d'Alexandrie d'Egypte en sept ou huit jours ; il porte patente nette. Les passagers, les marins, les marchandises, tout ce qui est dans le navire est déposé sur le rivage, au grand air, tout a été disséminé. Une pareille opération sera-t-elle suffisante ?

Suivons les gens de l'équipage, voyons où ils vont. Quelques-uns appartenant à des familles pauvres sont reçus par leurs parents, et avec eux ils vont habiter des chambres basses, humides, peu aérées, dans des quartiers insalubres. Là, réunis, ils passent la nuit à table et s'enivrent, et la huitième ou la neuvième nuit, à dater du jour du départ, l'un des marins tombe malade, il est pris de vertiges, des bubons apparaissent; il a la peste.

M. Hamont pense qu'il y a toujours de la peste en Egypte, et bien qu'un navire porte *patente nette*, cela n'indique nullement une absence totale de maladie pestilentielle au point de départ.

En résumé, dit-il, il faut des lazarets pour que l'air d'un bâtiment, pour que les gens du bord épuisent, jettent les miasmes délétères dont peut-être ils sont porteurs. Pour se préserver de la peste, l'Europe avait établi des mesures sanitaires, et jusque dans les dernières années elle marchait d'un commun accord ; toutes les puissances suivaient une loi que toutes avaient également acceptée. Cependant l'Angleterre, l'Autriche brisent le pacte qu'elles avaient signé et annihilent les quarantaines. Il en résulte évidemment que la France se trouve par là privée des avantages immenses que lui procurait sa position géographique vis à vis de l'Orient. Il suit de là que pour aller d'Alexandrie ou de Constantinople à Paris, il y a économie de temps à passer par Londres ou par l'Autriche.

M. Hamont s'élève avec force contre cette circonstance très fâcheuse, et il entre dans de longs développements pour démontrer qu'on peut

anéantir la peste comme on a anéanti déjà d'autres maladies terribles.

M. Rochoux lit un discours en opposition avec ces idées.

M. Londe. Il était inutile de discuter la question de la contagion, puisque M. Aubert et le rapporteur se sont mis en dehors de cette question, et sont partis de cette supposition que la peste est contagieuse. Dans cette supposition, on n'eut pas discuté la nécessité de la modification, mais celle de l'abolition des quarautaines.

Le fait du *Malbruck* est avoué par M. Aubert; mais il n'est pas en opposition avec ses opinions, puisque c'est seulement quand le navire n'a pas eu d'atteintes de peste en mer qu'il n'en a pas et n'en communique pas au port d'arrivée.

Quant à l'air prétendu altéré du bâtiment, nous partageons pleinement l'opinion de M. Hamont. Nous ne croyons pas que le mauvais air se conserve jusqu'à l'arrivée; aussi avons-nous dit que 124 ans d'expérience apprennent que la manifestation de la peste n'a eu lieu qu'après les premiers jours après le départ, et qu'elle n'a jamais dépassé le huitième.

M. Hamont, pour mettre en contradiction ceux qui admettent la théorie de la transmission par infection de l'air, se demande si une malle à demi pleine, ouverte, puis fermée à Alexandrie, et qui contiendra une certaine quantité de l'air semblable à celui dont le bâtiment s'est rempli, ne peut pas être considérée comme un foyer pestilentiel; et il est, dit-il, d'autant plus disposé à admettre cette supposition, que la malle n'aura point été ventilée en route comme l'aura été le navire.

Un homme très honorable, membre de l'intendance de la santé publique de Marseille, manifestant à M. le ministre du commerce dans une lettre et un mémoire une grande ferveur pour la suppression des abus, se disait disposé aussi à croire qu'à Pomègue et au Frioul les rats, passant d'un navire à l'autre, finiraient par communiquer la peste. Vous pensez bien qu'on n'a pu mettre les rats en quarantaine, et cependant les prévisions de l'honorable intendant ne se sont pas encore réalisées. Espérons même qu'elles ne se réaliseront pas et qu'il en sera de même de celle de M. Hamont. Cependant, pour ne pas laisser sans réponse la supposition, rappelons encore que depuis 124 ans, il n'y a jamais eu une seule attaque de peste sur les gardes et porte-faix commis au débarquement et à l'ouverture des ballots de marchandises.

M. Hamont a invoqué la rapidité de la navigation moderne comme une raison de s'opposer aux opinions de M. Aubert.

Mais il a oublié que M. Aubert a subordonné tous ses principes de réforme à la période d'incubation de la peste. Quelle que soit la rapidité de la navigation, pour qu'un bâtiment soit admis en libre pratique, il faudra qu'il se soit toujours écoulé au moins huit jours depuis le jour du départ; or M. Aubert a prouvé par des faits qu'il n'existe pas un seul cas où un bâtiment qui n'a pas eu la peste pendant les premiers huit jours après son départ, l'ait éprouvée ensuite. M. Hamon devait venir avec des faits à l'appui pour combattre cette doctrine.

M. Hamont croit que cette question ne peut être décidée que par un congrès international. C'est là une fin de non recevoir. L'Angleterre et l'Autriche n'en ont pas eu besoin, et certes elles ne possédaient pas une enquête semblable à celle qui a été ordonnée par M. le ministre du commerce et exécutée par un zélé contagioniste..

Pour appuyer son opinion, M. Hamont vous a dépeint en style oriental qui vous a charmés, l'état déplorable de l'Egypte source et foyer permanent de la peste. Mais qui ne voit que M. Hamont s'est mis ici en contradiction avec lui même? La France et l'Europe ont-elles rien de comparable à ce que vous a dépeint M. Hamont? Marseille a eu six fois la peste avant l'établissement des lazarets; depuis, elle l'a eue quatorze fois. Venise, malgré ses lazarets modèles, a plus souffert encore. Plusieurs autres villes de Provence sont dans ce cas. Londres, Paris ont été plusieurs fois ravagées par la peste malgré les lazarets. Aujourd'hui pareilles catastrophes ne se renouvellent plus. Est-ce aux lazarets qu'il faut l'attribuer? Non, mais aux progrès de l'hygiène puqlique.

M. Hamont. Il me semble que de toutes les questions qui s'agitent dans le sein de l'Académie, il n'y en a pas de plus importante que celle qui nous occupe en ce moment. Il s'agit, en effet, d'une affection qui décime les populations, et contre laquelle la science et l'administration doivent réunir leurs efforts pour en préserver les peuples d'Occident. C'est dans ce but que j'ai apporté mes faibles lumières à l'Académie.

Mes opinions ont trouvé des contradicteurs. M. Rochoux me reproche de n'avoir fait que des suppositions. Ce reproche, je le lui renvoie et je crois que je suis mieux fondé. Les opinions de M. Londe sont plus sérieuses et je vois avec plaisir que nous sommes plus près de nous entendre qu'il ne le croit peut-être lui même. La première question dont j'ai dû m'occuper, c'était de savoir si la peste était ou non transmissible. Or, je me fais fort de prouver qu'elle l'est, et si la discussion l'exige, je ferai cette preuve. On vous propose de modifier les quarantaines de manière à ce que l'Autriche et l'Angleterre ne profitent pas des avantages de la navigation avec l'Orient. Mais d'abord, l'Angleterre et l'Autriche ne font pas ce qu'on voudrait qu'on fit en France. La durée de la navigation est plus longue que la durée du temps que M. Aubert voudrait assigner aux provenances de l'Orient. La période d'incubation est-elle de huit jours, comme le dit M. Aubert? Avec tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, je dirai qu'elle est fort variable; qu'elle peut être dans les limites extrêmes de deux jours à plusieurs mois, et que de toutes les opinions réunies on pourrait prendre une moyenne qui serait de dix à douze jours. Cette question ne nous touche pas seulement comme médecins, mais encore comme membres de la grande société civilisée. Je ne crois pas qu'il y ait d'autres moyens de résoudre la question des quarantaines qu'en appelant tous les intérêts à la discuter, et voilà pourquoi j'ai demandé un congrès inter-national.

M. Ferrus. Je ne crois pas que le renvoi au ministre du mémoire de M. Aubert produise de grands résultats. L'Académie n'a pas été investie de cette grande question. Il y a tendance à la traiter purement administrativement, et cela à cause des dissidences qui ont été remarquées parmi les médecins. La science, a-t-on dit, n'est pas d'accord sur ce sujet; il est donc inutile de la consulter. C'est là une grave erreur dans laquelle est tombée l'administration. Qui l'éclairera sur l'étiologie, sur les symptômes, sur la période d'incubation, en un mot sur tous les éléments de la maladie, si elle se prive des lumières de la science médicale? L'administration cependant n'a rien fait pour provoquer l'Académie de médecine à s'occuper de la question. Au contraire, une occasion se présente pour l'investir d'une discussion sérieuse sur ce sujet; ce n'est point à elle qu'elle s'adresse, mais à l'Académie des sciences, juge fort compétent assurément, mais où il paraissait équitable de ne pas s'adresser d'abord.

Le congrès qu'on vous propose n'aurait que des résultats incomplets. D'ailleurs, si je suis bien instruit, ce vœu n'est pas à émettre. Des négociations ont lieu à cet effet; il est probable que ce congrès sera convoqué, mais les médecins en sont exclus.

Par ces considérations, que je développerai si cela est nécessaire, on trouve que l'Académie, dans ce moment, s'occupe trop ou ne s'occupe pas assez de la question. Trop, puisqu'elle n'a pas été conviée à le faire; pas assez, si elle veut que son intervention soit écoutée de l'administration. En un mot, l'Académie me semble en ce moment, ou trop hardie, ou trop modeste.

M. Desportes. On veut résoudre la question par des registres; c'est irrationnel. On renvoie au ministre des chiffres qui ont été puisés dans ses cartons: c'est inutile. Savez-vous pourquoi l'assemblée constituante renversa toute l'administration? C'est que les registres étaient tenus d'une manière déplorable.....

M. le president fait remarquer qu'il est quatre heures, et l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. Magendie présente quelques observations en réponse à la lettre de M. Piedagnel, sur le bouillon des hôpitaux. Cet sujet a beaucoup occupé depuis quelques années la sollicitude du conseil municipal et du conseil des hôpitaux. Depuis quelque temps le bouillon qui se fait dans les hôpitaux est excellent. Cela a été constaté par une commission dont M. Magendie fait partie. Quant au bouillon hollandais, il ne mérite pas les reproches qui lui ont été adressés. A la porte de chaque hôpital il y a une personne chargée de le déguster, et qui ne le laisserait pas entrer s'il était de qualité inférieure. Ce bouillon est fait d'ailleurs publiquement; on connaît les proportions des substances qui le composent. On a fait à l'Hôtel-Dieu des expériences sur le bouillon préparé de la manière dont l'a indiqué M. Piedagnel. Ce bouillon était très faible, n'avait presque pas de saveur, au point que personne ne le conseillerait aux malades; la densité n'est que de 1011 au lieu 1015 ou 1017 que possède le bon bouillon des hôpitaux. Le résidu animal est aussi beaucoup moindre. M. Piedagnel s'est donc trompé en disant que son bouillon avait été trouvé meilleur à l'Hôtel-Dieu que celui qui se prépare dans cet établissement. C'est le contraire qui est la vérité. Son bouillon coûte 20 c.; c'est à peu près ce que coûte le bon bouillon des hôpitaux, dont le prix de revient est de 26 à 28 c. le litre.

Les autres communications de cette séance ont été étrangères aux sciences médicales.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE, 7e Chambre. — Présidence de M. Pinondel.

Procès de M. GANNAL *contre* M. MARCHAL (de Calvi).

L'affaire a été appelée, et les parties ont comparu. Me Emmanuel Arago, avocat de M. Gannal, a déclaré qu'il était prêt, et M. Marchal a fait la même déclaration. Mais M. le président, vu la longueur présumée des débats, a renvoyé l'affaire au vendredi 15 courant, au commencement de l'audience, à onze heures précises.

Cours sur les erreurs et les déceptions en médecine et en chirurgie.

M. Maisonabe, agrégé à la Faculté de médecine, continuera ce cours le 8 de ce mois à huit heures précises du soir, à l'Athénée royal, rue de Valois, Palais-Royal, n. 2.

Dans la première séance, il résumera ce qu'il a exposé le mois de juin dernier à l'appui de cette proposition: *Les difformités de la taille ne peuvent se corriger à quelque degré que ce soit.*

Il reproduira avec ses réponses les objections qui lui ont été faites à ce sujet par plusieurs médecins, dans les trois séances consacrées à sa discussion, sous la présidence d'un membre de l'Académie de médecine.

Dans cette même séance, ou dans la suivante, il exposera les motifs sur lesquels il se fonde pour ne pas croire que l'orthopédie ait le moindre fruit à retirer de la publication de ce qu'on a fort improprement appelé *Relevé général du service orthopédique de l'hôpital des Enfants.*

Ce professeur répondra toutefois au commencement de chaque séance, aux questions qui lui auront été adressées par écrit dans une ou plusieurs des séances précédentes.

Il sera délivré gratuitement des cartes d'entrée à ce cours le 7 et le 8 de ce mois, de midi à trois heures, au bureau de notre journal, et chez M. Lucas, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 4.

Chez L. CASTEL et SEVAL, libraires à Montpellier.

Nouveau Traité des rétrécissements de l'Urètre, et des maladies qu'ils produisent; par Hubert-Rodrigues, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8° de 408 pages. Prix, 6 fr.

Ce livre est conçu dans un bon esprit; l'auteur n'a pas craint de s'effacer pour faire place à tous, et sa critique, franche et loyale, ne tend qu'aux intérêts de la science et au profit de l'art. Il n'a revendiqué le bien de personne; signalant le vrai partout où il l'a trouvé, démasquant l'erreur de quelque part qu'elle vienne, sans ménagement pour l'autorité et l'opinion publique, comme aussi sans morgue et sans arrogance, il n'a fait fonds que sur l'expérience que Bâcon appelle l'expérience lettrée.

Avec les méthodes ordinaires de traitement, les coarctations organiques guérissent rarement d'une manière durable; une partie de l'ouvrage est consacrée à expliquer la raison de cette impuissance, et à établir les sources des indications fondamentales dans les rétentions d'urine par obstacle du canal de l'urètre.

Une Institution précieuse pour les familles a été fondée en Provence, par le docteur Dépierris, qui utilise avec succès l'influence salutaire du beau climat du midi et des bains de mer, unis aux moyens en usage, dans le traitement des difformités et des maladies lymphatiques des enfants des deux sexes. Dans cet établissement, qui est *un Pensionnat de santé*, les enfants, tout en recevant une éducation supérieure, changent bientôt leur tempérament par les conditions topographiques favorables où ils se trouvent. La faiblesse de constitution, le ramollissement des os, les tournures de la taille, les tendances à la phthisie disparaissent; et les enfants sont alors rendus aux familles bien portants et instruits.

Les conditions d'admission sont modérées. S'adresser, pour traiter au docteur Dépierris, directeur de l'Institut orthopédique du château de Malbousquet, à Toulon. *(Affranchir.)*

Pilules ferrugineuses de BLAUD, de Beaucaire.

Le dépôt général des Pilules de Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, etc., accompagnées de son cachet et de son certificat, est toujours à la pharmacie de M. Colmet-d'Aâge, rue Neuve Saint-Merry, 12, à Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 145. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

M. GOURAUD, suppléant.

Constitution médicale régnante ; son influence sur les maladies.

Depuis quelque temps il se passe, dit M. Gouraud, sous nos yeux, un fait sur lequel il importe de fixer votre attention. Vous avez vu que le plus grand nombre des malades de notre service présentent peu de réaction fébrile, quoique la maladie dont ils sont affectés puisse être de nature à s'accompagner, le plus souvent, de fièvre assez vive. C'est, nous croyons, l'effet d'une constitution médicale qui domine maintenant à Paris, et qui modifie, pour ainsi dire, l'organisme et les fonctions circulatoires, de manière que les maladies qui les attaquent se caractérisent par une certaine mollesse et lenteur dans le pouls, et présentent, en revanche, une complication de troubles gastro-intestinaux très marqués; de sorte qu'on pourrait dire, avec quelques médecins localisateurs par excellence, que les maladies de cette époque revêtent plutôt la forme abdominale, quels que soient leur nature et leur siége principal.

Nous avons aussi dans les salles un certain nombre de fièvres intermittentes qui méritent notre attention, soit parce qu'il est assez rare de voir réunis dans un service médical, à Paris, où elles sont rares, tant de cas de cette affection; soit parce que ces cas présentent des particularités dignes de remarque, et susceptibles de réflexions pratiques.

Cette fréquence des fièvres périodiques, dans cette saison, nous semble due positivement à l'influence de cette constitution médicale que nous vous signalons. Nous avons enfin bon nombre d'ictères et d'affections abdominales qui accompagnent comme accessoires d'autres maladies différentes, et qui semblent contre-indiquer, jusqu'à un certain point, le traitement antiphlogistique énergique, ou au moins faire en sorte que, même dans les phlegmasies les plus aiguës, les saignées soient mal supportées.

Ainsi, au n° 2 de la salle St-Jean, était couché un homme affecté d'une pneumonie très grave. Après l'avoir saigné sans succès, ou, pour mieux dire, sans que la maladie locale fût notablement amendée, nous lui donnâmes le tartre stibié à la dose de 10 grains par jour. Sous l'influence de cette médication, le malade eut des sueurs abondantes, le pouls s'affaiblit (il n'eut, du reste, jamais une fièvre bien violente), et enfin la terminaison fut fatale. Ce que je veux vous rappeler à propos de ce cas, c'est le peu de réaction fébrile proportionnellement à la gravité de la lésion organique, et à la faible, ou presque nulle influence que les saignées ont exercée sur la résolution de la maladie.

Dans la même salle il y a un cas de bronchite peu franche avec des symptômes de troubles dans l'appareil digestif. Dans ce cas aussi les symptômes généraux de fièvre sont presque nuls. C'est un autre exemple de ces affections catarrhales des muqueuses, surtout de l'intestinale, qui dominent dans ce moment. Je ne doute pas que nous n'en triomphions facilement avec quelques légers laxatifs et un régime convenable.

Au n° 9, même salle, nous avions une dysenterie assez intense, accompagnée également de très peu de fièvre, et que nous avons traité heureusement par un purgatif. C'était un cas de cette dysentérie sporadique qui est assez commune dans la saison d'automne, et sur la nature de laquelle les médecins ne sont pas encore bien d'accord. Stoll, dans son bel ouvrage *Ratio medendi*, la regardait comme de nature rhumatismale, et avait l'habitude de la traiter par les purgatifs. Sans entrer maintenant dans une discussion sur ce point, nous pouvons dire toujours que Stoll avait raison quant aux moyens thérapeutiques qu'il employait contre cette maladie; car les purgatifs réussissent parfaitement; seulement il ne faut jamais négliger d'être très sévère envers les malades lorsqu'ils entrent en convalescence. Les récidives sont très fréquentes pour peu qu'on s'écarte des règles hygiéniques, et les récidives peuvent être graves.

Au n° 13 de la salle des femmes, est couchée une malade affectée d'une maladie semblable à celle que je vous citais tout à l'heure, toujours compliquée de phénomènes abdominaux; c'était même plutôt un embarras gastro-intestinal qu'une véritable bronchite; car elle fut rapidement enrayée par une dose d'ipécacuanha. C'est là encore une preuve de la facilité avec laquelle les maladies, quelles qu'elles soient, tournent, dans ce moment, à la forme abdominale sous l'influence de ladite constitution médicale.

Nous pourrions multiplier les exemples à l'appui de ce que nous venons d'établir; mais ils nous semblent inutiles. Nous allons maintenant nous arrêter quelques instants sur les principaux cas d'ictère et de fièvres intermittentes qui existent dans le service, en les envisageant sous le point de vue qui nous occupe. Qu'est-ce d'abord que l'ictère? Est-il bien une maladie dans le sens rigoureux du mot? Dans tous les livres, dans tous les ouvrages périodiques, on en parle comme si c'était une véritable maladie, et pourtant ce n'est que le symptôme d'un état morbide multiforme, et un simple symptôme ne constitue pas une maladie. L'ictère néanmoins, comme symptôme, entraîne après lui une série de phénomènes anormaux dans l'économie. Il y a une suffusion générale de la matière colorante de la bile; tous les tissus en sont comme infiltrés; les urines sécrètent aussi des caractères particuliers, sont d'un jaune plus foncé qu'à l'état physiologique, et présentent une coloration verdâtre traitées par l'acide nitrique. Un médecin allemand, dans un petit livre de médecine pratique qui ne manque pas de quelque mérite, dit que les malades affectés de jaunisse tournent assez souvent à l'hydropisie, lorsque leurs urines deviennent pâles et claires. C'est un phénomène que je n'ai pas observé aussi souvent que ce médecin, et sur lequel, par conséquent, il m'est permis d'élever quelque doute.

Les cas principaux d'ictère que nous avons dans le service sont :

Le n° 19, salle Saint-Jean, qui eut d'abord une fièvre intermittente; il se développa ensuite une jaunisse avec hypertrophie du foie; ces affections s'amendaient lorsqu'on découvrit un gonflement considérable de la rate;

Le n° 14, qui long-temps après avoir fait une chute sur la tête à la suite de laquelle il éprouvait une céphalalgie assez permanente, fut envahie par un ictère général très prononcé, avec altération notable de l'organe sécréteur de la bile. Ce cas est très remarquable, et nous en ferons plus tard le sujet de quelques remarques chimiques. Il y a seulement à noter chez cet ictérique, à propos de ce que nous disions tout à l'heure sur les urines, que ce liquide n'est pas clair.

Un des caractères de cette affection est de teindre en jaune les linges des malades par une matière colorante dont la sueur semble contenir les éléments; cet effet n'est pourtant pas constant, comme aussi il n'arrive pas de voir constamment les crachats de ces malades teints en jaune.

Le pouls d'une lenteur remarquable, est aussi un caractère assez commun de l'ictère; de sorte qu'on l'a nommé pouls *ictérique*. Chez notre malade ce caractère existe à un haut degré; peut-être la constitution médicale régnante est-elle pour quelque chose dans cette extraordinaire lenteur. On a voulu en donner une explication; on l'a attribuée au mélange de la bile avec le sang. C'est possible; mais rien ne le prouve, et l'explication jusqu'ici est purement hypothétique.

Nous avons dit au commencement que l'ictère n'est pas une maladie en lui-même, mais un simple symptôme que peuvent accompagner une foule de maladies diverses; c'est principalement un trouble dans les fonctions du foie qui peut le produire; pourtant, combien d'altérations propres de cet organe qui n'offrent pas un tel symptôme! Pour ma part, j'en ai vu un certain nombre; j'ai vu entre autres un cas d'hépatalgie avec présence de calculs biliaires sans trace d'ictère. La seule maladie qui le produit d'une manière constante et inévitable c'est l'obstruction du canal cholédoque, par lequel la bile passe pour arriver au duodénum; et vous en concevez facilement la raison. Toutes les autres affections du foie peuvent ne pas le produire. En même temps on observe ce phénomène dans le cours d'une multitude d'autres maladies qui intéresseront tout autre organe que le foie. Par conséquent, il ne

FEUILLETON.

REVUE DES COURS ET TRIBUNAUX.

JUSTICE CRIMINELLE.

Empoisonnement d'un mari par sa femme et par l'amant de celle-ci. (Cour d'assises du Puy-de-Dôme.)

On se souvient encore du jugement rendu par la Cour d'assises de la Haute-Loire, jugement par lequel la femme Pouchon et le nommé Rocher furent condamnés à la peine capitale comme coupables du crime d'empoisonnement sur la personne de Pouchon, mari de la première. Nous avons fait connaître, à cette époque, les discussions scientifiques qui s'élevèrent aux débats entre les experts appelés pendant l'instruction, soit par le ministère public, soit par la défense, pour prononcer sur le fait de l'empoisonnement. Nous allons donner aujourd'hui, d'après la *Gazette des Tribunaux* et *le Droit*, la substance des nouveaux débats de médecine et de chimie légales qui ont eu lieu devant la Cour d'assises du Puy-de-Dôme. Nous n'avons point à nous occuper ici de l'exposé des faits, que nos lecteurs pourront au besoin retrouver dans notre numéro du 7 septembre; nous passerons de suite aux dépositions et discussions des médecins et chimistes qui se sont trouvés appelés à Riom pour ce procès: aux médecins et chimistes déjà cités lors du premier procès, ont été adjoints pour celui-ci MM. Rognetta, Danger et Flandin.

M. Reynaud, docteur en médecine au Puy, a été appelé le premier à déposer. Il a donné des explications détaillées sur l'exhumation et l'autopsie du cadavre de Pouchon. Il résulte de ces explications, entre autres choses, que l'estomac était distendu et recouvert dans sa moitié droite par le foie, qui y adhérait. Il nous a paru, ajoute-il, que cet organe était altéré dans ses formes et dans l'épaisseur de ses parois, phénomènes soupçonnés d'avance, parce que nous avions, M. Porral et moi, donné des soins à Pouchon, pendant plus de deux années, dans les salles de l'Hôtel-Dieu du Puy, pour une affection grave de l'estomac. Cette circonstance a contribué encore à nous confirmer dans l'identité du cadavre soumis à nos investigations. L'estomac ayant été ouvert avec précaution, nous avons vu, à sa partie droite et en haut, une large ouverture, suite d'une ulcération cicatrisée, qui conduisait dans une petite poche formée dans sa partie supérieure par la portion du foie que nous avons dit adhérer à cet organe, et par des feuillets séreux recouverts d'une membrane muqueuse, comme il en existe dans les kystes ou tumeurs de nouvelle formation. Peu de liquide existait dans l'intérieur de cette poche; mais on y voyait une grande quantité de petits corps durs, de forme et de consistance différentes, avec quelques noyaux de cerises tachetés en noir. Aucune lésion récente ne paraissait exister dans l'étendue de l'estomac.

M. Reynaud termine en ajoutant quelques observations anatomiques qu'il a faites lors de l'ouverture du cadavre de Pouchon, pour compléter celles qu'il vient de présenter.

M. Porral, docteur en médecine au Puy, second expert entendu, rappelle les diverses circonstances de l'autopsie telles qu'elles sont indiquées dans la déposition précédente. Il ajoute ensuite : La veille de l'ouverture des débats devant la Cour d'assises de la Haute-Loire, on a découvert que Pouchon, pendant son séjour à l'hospice, avait reçu des lavements préparés avec de l'acétate de plomb. Ce fait ayant soulevé alors de graves objections de la part de la défense, nous croyons qu'il importe, dans l'intérêt de la justice, que je vous donne quelques explications à cet égard. Il est vrai que j'ai moi-même fait administrer des lavements de plomb à Pouchon, pour combattre une forte dyssenterie et des coliques violentes dont il était atteint; mais ces lavements remontent à une époque fort reculée, puisqu'il est constaté par les registres de l'hospice que c'est dans le courant de février 1841 qu'ils ont été administrés, c'est-à-dire quinze à dix-huit mois avant la mort de Pouchon. Dans ces lavements, je faisais entrer une dose de quatre grammes d'acétate de plomb.

Cette circonstance, toutefois, ne change rien à mon opinion, et je crois pouvoir affirmer que le plomb retrouvé dans le cadavre a une tout autre origine que ces lavements. En effet, ce plomb, ainsi administré, a dû nécessairement et depuis long-temps être chassé de l'organisme par l'action de la force éliminatrice. Je n'en persiste donc pas moins dans les conclusions d'empoisonnement que j'ai adoptées.

M. Jules Barse, pharmacien à Riom, est venu ensuite rendre compte des recherches chimiques auxquelles il s'est livré, conjointement avec MM. les docteurs Reynaud et Porral, et par suite desquelles ils sont arrivés à constater l'existence du plomb dans les organes de Pouchon. Il termine par la reproduction textuelle des conclusions du rapport qu'il a rédigé et signé. Ces conclusions sont les suivantes :

1° Les organes de Pouchon contenaient une quantité notable de plomb reconnue à tous ses caractères physiques et chimiques;

2° Ce métal, sous quelque forme qu'il ait été introduit, a été ingéré pendant la vie, puisque les matières vomies en contenaient une quantité appréciable;

3° Ce plomb ne peut être regardé comme celui que quelques auteurs ont considéré comme faisant partie constituante de l'organisation. Acceptant même l'existence du plomb normal, notre opinion conserverait toute sa force, puisque les quantités obtenues dépassent de beaucoup celle que les auteurs regardent comme la proportion normale de la plus forte. De plus, ce plomb trouvé dans les vomissements prouve évidement que, dans l'estomac, il n'était pas combiné aux tissus solides, et ne faisait pas partie intégrante de l'organisme même;

4° Les préparations de plomb étant, à des doses plus ou moins considérables, toutes vénéneuses, il est certain que Jacques Pouchon a dû subir l'influence du poison et la mort en être la conséquence, soit que le poison en ait été la cause unique, soit que la maladie à laquelle Pouchon était en proie depuis fort long-temps en ait éprouvé une aggravation sérieuse.

M. Orfila, appelé en quatrième lieu à faire connaître son opinion comme médecin et comme chimiste sur les faits en discussion, a d'abord rappelé la déposition qu'il a faite précédemment devant la Cour d'assises de la Haute-Loire; puis, après avoir examiné et discuté longuement la question réduite aux termes les plus simples, c'est-à-dire aux deux hypothèses suivantes : *A.* La mort de Pouchon est-elle le résultat de la maladie à laquelle il était sujet depuis plusieurs années, sans que le plomb retiré de ses organes ait contribué en rien à la produire; *B.* Ou bien Pouchon est-il mort empoisonné par une préparation de plomb? — il est enfin arrivé à sa conclusion qu'il a formulée en ces termes :

Si j'étais obligé d'opter entre les deux hypothèses que je viens d'examiner, je ne balancerais pas à adopter la dernière, et je dirais que *Pouchon est mort empoisonné* par un sel de plomb; mais il n'en est pas ainsi, car je puis embrasser une troisième opinion, à mon avis, plus conforme que les autres à l'état actuel de la science.

Dès qu'il n'est pas impossible, quoique ce soit très peu vraisemblable, que Pouchon ait avalé un sel de plomb insoluble; dès qu'il existe un de ces composés (le sulfure artificiel récemment préparé) qui n'est pas transformé en un sel soluble par l'action du sel commun additionné d'un peu d'acide; dès que l'on peut objecter, à tort suivant moi, que le sel commun et l'acide contenus dans la salade avalée par Pouchon n'étaient pas en quantité suffisante pour rendre soluble et vénéneux le sel insoluble de plomb qui aurait été mêlé à cet aliment, je dois user de réserve, et ne pas affirmer qu'il y a eu empoisonnement. Mais aussi, comme il résulte des documents cités dans cette déposition que ce ne serait que par une exception, en quelque sorte miraculeuse, que les choses se seraient ainsi passées, je dois être autorisé à déclarer que l'empoisonnement de Pouchon par un sel de plomb est excessivement probable.

La Cour et messieurs les jurés apprécieront les motifs de cette réserve. Placé entre l'accusation et la défense, sans se préoccuper des charges qui pèsent contre les accusés, ni des arguments susceptibles de les atténuer ou de les annihiler, le médecin légiste a rempli sa mission dès qu'il s'est conformé aux préceptes les plus rigoureux de la science, et c'est un devoir pour lui, s'il conserve le plus léger doute, de l'exprimer hautement, alors même que ce doute est assez léger, comme dans

faut pas toujours croire à l'existence d'une maladie de cet organe toutes les fois qu'on observe la jaunisse; d'autres organes étant malades, peuvent la faire naître. Nous n'entrerons pas maintenant dans des détails, comme nous n'agiterons pas non plus la question de la nature et des variétés de l'ictère; question qui se présentera plus tard.

Il nous reste, pour compléter ces petites remarques générales sur la constitution médicale régnante, à vous dire quelques mots sur quelques-uns de nos malades affectés de fièvre intermittente.

Nous avons six ou sept cas dans le service, chose extraordinaire, comme nous observions au commencement. Il est vrai que depuis nos relations fréquentes avec l'Afrique, depuis qu'une foule de Français vont habiter ce pays où les fièvres sont dominantes dans certaines localités, et reviennent ensuite en France, ces affections deviennent plus fréquentes; mais pour les cas que nous voyons dans notre service, je crois que la constitution médicale y est pour beaucoup. Ces fièvres, dans l'automne, présentent des particularités qu'il ne faut pas ignorer. D'abord elles sont en général beaucoup plus rebelles aux moyens thérapeutiques, et plus dangereuses que dans les autres saisons.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, même les médecins français, font cette remarque. Il faut par conséquent se tenir en garde pour ne pas laisser trop enraciner une maladie qui épuise à la longue l'organisme; il faut la combattre de bonne heure par des moyens appropriés.

Au n° 4 de la salle des femmes, il est entré il y a quelque temps une femme avec des phénomènes hystériques. Après un examen minutieux, et surtout après l'exploration des parties génitales internes, on est venu à découvrir que le col utérin portait une induration. Pendant qu'on s'occupait du traitement de cette maladie, considérée comme cause principale des accidents hystériques, la malade fut prise de fièvre intermittente. On dirigea l'attention du côté de cette nouvelle affection; on administra le sulfate de quinine; mais les accès fébriles continuaient à revenir. On traita alors plus spécialement la maladie utérine par la cautérisation et, à mesure que celle-ci marchait vers sa résolution, les accès de fièvre périodique devenaient plus rares, et enfin cessèrent complétement. Cela prouverait que cette fièvre était ici subordonnée à l'affection locale de la matrice, et qu'elle en suivait pour ainsi dire les phases; en même temps il serait prouvé que si on peut faire cesser cette fièvre symptomatique, dirait-on, en guérissant l'organe malade nerveux, on ne modifie pas cette maladie locale en traitant la fièvre par le fébrifuge par excellence. C'est, du reste, un fait d'observation que je vous soumets, et que nous retrouverons, j'espère; fait qui peut être fécond en conséquences pratiques de la plus grande importance.

Dans la salle des hommes, au n° 11, est couché un homme qui a été déjà pris d'un certain nombre d'accès caractérisés, avec attaques d'épilepsie. A propos de ce malade, nous pouvons faire la remarque inverse de celle que nous vous avons soumis à l'égard de la malade précédente; c'est que toutes les fois qu'il y a une maladie préexistante à la fièvre d'accès, on peut avoir prise sur cette maladie en traitant convenablement la fièvre. Mais nous échouâmes chez notre malade. Nous lui donnâmes le sulfate de quinine. Il n'y eut d'abord aucun changement, puis les accès de fièvre manquèrent; mais les attaques épileptiformes persistèrent les mêmes, et n'ont été nullement amendées. Ainsi, ce malade ne viendrait pas à l'appui du principe que nous avons posé... Au reste, cet insuccès ne détruirait pas les cas heureux que la science a enregistré des cette nature. Ainsi, Dumas, de Montpellier, dans son ouvrage des maladies chroniques, qu'on peut toujours lire avec fruit, cite un cas d'épilepsie guéri par le sulfate de quinine administré au malade dans le but de combattre des accès de fièvre intermittente qui avaient compliqué l'affection convulsive. Ce fait, certes, est frappant, raconté surtout par un observateur tel que Dumas, mais il ne suffit pas pour prouver que l'épilepsie guérira en guérissant une autre maladie qui vient la compliquer; car cette terrible affection, si rebelle à nos remèdes, guérit quelquefois par des moyens très variés, et même par les seuls efforts de la nature.

Au n° 18 de la même salle, nous avons un autre malade attaqué d'une fièvre intermittente d'Afrique bien caractérisée. Cet homme demeura long-temps dans notre nouvelle colonie sans être atteint de cette fièvre, mais il finit par en devenir victime plus tard. Il fut traité pour cela d'une manière irrégulière. Ce traitement lui porta du soulagement: les accès cessaient pendant quelque temps, puis revenaient: de sorte qu'il ne fut jamais radicalement guéri.

La fièvre était d'abord quotidienne, puis revêtit la forme tierce; depuis une dizaine de jours elle est tierce, bien franche et régulière. Le teint de ce malade est d'un jaune terreux; il a le facies vraiment caractéristique des personnes qui depuis quelque temps sont sous l'influence de cette maladie; sa langue est large, pâle, telle que tous ces malades la présentent; la rate est très volumineuse. C'est, en un mot, un véritable type de fièvre intermittente. On lui donna le sulfate de quinine; la première fois l'accès revint. On attendit l'apyrexie (et c'est toujours ainsi que nous procédons, ne concevant pas comment on peut s'attendre à quelque bon résultat en donnant le fébrifuge pendant l'accès et sans ordre), l'accès cessa immédiatement; depuis deux jours, il n'est plus revenu. Reviendra-t-il encore? Il est possible; et nous continuerons à l'attaquer de la même manière, persuadé d'en triompher une seconde fois. Ce fait est remarquable par la rapidité avec laquelle le sulfate de quinine a fait justice de la fièvre; c'est sous ce rapport surtout que je vous le signale.

Nous devons appeler aussi votre attention sur la quantité d'ascites qui se trouvent maintenant dans notre service, sans prétendre les faire participer à la même influence que les affections dont nous nous sommes entretenus jusqu'ici.

Aujourd'hui, vous le savez, on considère ordinairement les hydropisies comme des résultats morbides symptomatiques d'une affection organique siégeant dans un des organes plus ou moins près de l'abdomen, tels que le foie, le cœur, etc. Il faut convenir que cela est vrai dans un très grand nombre de cas, et, sous ce rapport, les médecins modernes ont rendu un véritable service à l'art de guérir; car en précisant le diagnostic dans ces cas pathologiques, en faisant remonter à la source principale du mal, ils ont mis sur la voie plus sûre du traitement qu'il faut suivre. On signale aussi la maladie de Bright comme produisant l'anasarque des membres.

Les hydropisies vraiment symptomatiques d'autres maladies marchent d'ordinaire de bas en haut, commencent par les membres, et remontent vers les cavités abdominale et thoracique. Elles ont une marche assez régulière, quand elles reconnaissent pour cause une affection du cœur ou du foie; mais elles affectent une certaine irrégularité, lorsqu'elles sont sous la dépendance de la maladie granuleuse du rein, ou de Bright, dans laquelle on remarque aussi une infiltration manifeste dans les membres, qui disparaîtra demain, pour reparaître le lendemain et ainsi de suite.

Tout en admettant l'immense fréquence des hydropisies et des anasarques symptomatiques, et l'erreur des anciens qui regardaient ces cas morbides comme des maladies essentielles, nous ne partageons pas l'opinion de ceux qui nient formellement les hydropisies essentielles ou idiopathiques. Elles sont certainement rares, très rares; mais il y en a des exemples dans la science bien caractérisés, et qu'on ne peut pas révoquer en doute. M. Breschet a fait une bonne thèse sur ces hydropisies qu'il appelle aiguës, à cause de leur marche plus franche et rapide, et de certains symptômes d'acuité qui les accompagnent. Nous croyons que, sous ce rapport, la science n'a pas avancé depuis le travail de ce professeur, et nous partageons ses idées. En général, ces espèces d'hydropisies ne sont pas toujours essentielles et idiopathiques dans le sens rigoureux du mot, car elles reconnaissent souvent comme cause essentielle pour ainsi dire une autre maladie, telle qu'une fièvre éruptive, par exemple; mais elles se distinguent facilement des autres sous le rapport de la marche comme nous avons dit, de certains symptômes et du mode de résolution qui, généralement, est aussi plus franche et plus rapide.

La généalogie des hydropisies aiguës ou essentielles est encore obscure et hypothétique; il est fort probable que le tissu cellulaire de l'économie se trouve quelquefois dans des conditions à gêner l'absorption interstitielle, et qu'ainsi se développent ces collections séreuses subites dans les membres ou dans l'abdomen, qu'on ne peut rattacher à aucune affection appréciable.

Au n° 8 ou 9 de la même salle, il y avait un homme d'un âge moyen, qui fut pris subitement par un anasarque général dans les jambes, le ventre, etc. Tout d'abord on a cru à l'existence d'une affection du cœur, mais l'auscultation et la percussion sur la région précordiale ne révèlent aucun épanchement dans le péricarde, ni aucun bruit anormal au cœur. Il avait une bronchite aiguë, ce qui ne pouvait nullement nous donner l'explication de l'anasarque. Aurait-il eu une maladie de Bright? Il n'est pas probable. Notre attention se porta de ce côté, et nous ne trouvâmes rien qui pût nous entretenir dans cette opinion. L'anasarque dû à la maladie de Bright le plus souvent se développe lentement et d'une manière irrégulière. Ici nous avions à faire à un anasarque subit et à marche très rapide. Les urines, dans l'affection granuleuse du rein, contiennent toujours de l'albumine; dans les urines de notre malade nous n'avons pu en reconnaître aucune trace malgré l'emploi de tous les réactifs possibles. Il y avait donc là presque certitude que notre malade n'avait pas la maladie de Bright. Au reste, il allait mieux sous l'influence du régime auquel nous l'avions soumis, lorsqu'il voulut sortir. C'est fâcheux, car il aurait été un sujet d'instruction pour tous, et il nous importait de voir la terminaison finale de cette hydropisie.

Le nombre des ascites existant actuellement dans notre service est de dix. Je vous signalerai rapidement les principaux, pour que vous puissiez en faire un sujet d'observation particulière.

Salle des femmes, au n° 16, il y a une jeune fille chlorotique et aménorrhéïque; son ventre contient évidemment du liquide. Comment appellerons-nous cette ascite? Nous serions disposé à la nommer *lymphatique*, elle est due manifestement à un état du sang caractérisé par la pauvreté de la fibrine et l'abondance du sérum; elle est, en un mot, sous l'influence de cette diathèse que les anciens appelaient *séreuse* et qui vaut certes beaucoup de dénominations modernes.

Au n° 17, est couchée une autre femme affectée de métrite chronique; elle a aussi un épanchement liquide dans la cavité péritonéale. Quel est le point de départ de cette ascite? Est-ce le péritoine lui-même qui a participé à cette dernière maladie? Nous ne voulons pas l'établir pour le moment: nous reviendrons plus tard sur ce cas intéressant sous d'autres rapports.

Au n° 26 et au n° 32, il y a deux cas de péritonite due à

---

l'espèce, pour n'avoir qu'une portée à peu près insignifiante.

M. Dupasquier, directeur de l'Ecole secondaire de médecine de Lyon, appelé par la défense dans le but d'examiner les conclusions des experts précédents, s'est expliqué comme il suit:

Au mois de janvier dernier, Me Valicon, défenseur des prévenus devant les assises de la Haute-Loire, m'adressa les différents rapports relatifs à la question toxicologique de l'accusation portée contre eux, et me demanda mon avis sur la valeur scientifique de ces pièces. Je répondis que l'une des conclusions du rapport signée de MM. Porral, Reynaud et Barse, ne me paraissait pas complétement justiciable au point de vue de la science, et que les assertions qu'elle renferme étaient tout au moins formulées d'une manière beaucoup trop affirmative. Ainsi l'on prétendait que *toutes* les préparations de plomb étaient vénéneuses; cette opinion me parut erronée. Je la combattis devant la Cour d'assises de la Haute-Loire, et M. Orfila se rangea à mon avis. Dès lors, comme le rapport précité ne mentionnait pas si le plomb trouvé dans le cadavre de Pouchon faisait partie d'un sel vénéneux, une nouvelle expertise fut ordonnée et j'y pris part. Ce nouveau travail chimique laissa cette question indécise, mais révéla plusieurs particularités importantes qui furent signalées dans un nouveau rapport que nous dressâmes, et auxquelles cependant le jury n'accorda pas alors toute l'attention nécessaire. Je me propose, messieurs, de revenir sur des appréciations dignes d'intérêt.

Ici M. Dupasquier discute diverses propositions qu'il formule préalablement.

Première proposition. — *Toutes les compositions de plomb sont-elles vénéneuses?* L'expérience a prouvé la négative; et M. Dupasquier n'insiste pas sur ce point, qui, dit-il, ne lui sera pas contesté.

Seconde proposition. — *Est-il certain que Pouchon ait subi l'influence d'un empoisonnement saturnin, et que sa mort en ait été la conséquence?* Le témoin répond d'une manière nette et précise: Cela n'est pas certain, et tout prouve au contraire que la mort a été naturelle. En effet, on ignore si le plomb trouvé appartient à un composé soluble ou insoluble de ce métal, et les symptômes observés avant la mort se rapportent bien plus à une maladie spontanée qu'à un empoisonnement par le plomb. Pouchon était atteint depuis plus de quatre ans d'une grave désorganisation de l'estomac qui donnait lieu à des vomissements et à des selles sanguinolentes.

En cet endroit M. Dupasquier, s'appuyant sur la désorganisation de l'estomac du défunt, prouve que cette désorganisation peut avoir donné lieu aux symptômes qui ont été observés. Il entre ensuite dans de longs détails sur l'empoisonnement par le plomb, qu'il distingue en chronique et aigu. Il démontre que, dans la maladie de Pouchon, rien n'indique l'empoisonnement chronique ou la colique de plomb et ses variétés. Puis, arrivant à l'empoisonnement aigu, qui seul peut offrir des phénomènes analogues à ceux qui ont précédé la mort de Pouchon, il fait voir que les faits repoussent toute suspicion d'un semblable empoisonnement, ou du moins le rendent extrêmement douteux.

Troisième proposition. — *Le plomb trouvé dans les organes a-t-il pu aggraver la maladie et déterminer la mort?* Non, s'il appartenait à un composé insoluble. Et s'il faisait partie d'un composé soluble, comme il devait être en très petite quantité, puisqu'il n'a point laissé de traces cadavériques, il est possible encore que sa présence n'ait pas été nuisible; car on sait que les organes enflammés supportent assez facilement le contact des médicaments saturnins.

M. Dupasquier conclut enfin comme il suit: En résumé, sur quelque point de la question que je jette les yeux, je n'aperçois que des doutes. Doute sur le fait d'empoisonnement; doute sur l'origine du plomb trouvé; doute partout: aux yeux de la science, le doute n'est rien; pour elle, il faut des preuves nettes, positives, irrécusables, et ces preuves manquent tout à fait dans l'affaire qui nous occupe. Avec le doute, point de corps de délit, point de poison. Or, point de poison, vous le savez, messieurs, point d'empoisonnement.

M. Rognetta, docteur en médecine à Paris, est appelé ensuite à faire connaître son opinion.

Ce médecin déclare qu'il a été consulté de la part des accusés sur la valeur des faits scientifiques de la cause qui les concerne. Il a lu et médité les documents qui lui ont été soumis, et il a essayé de pénétrer aussi avant que possible dans la signification des rapports des hommes de l'art nommés par la justice; il s'est fait des convictions qu'il veut exprimer consciencieusement, et qu'il désire voir contribuer à éclairer la vérité.

Il a dû, dans cette circonstance, faire l'inventaire de la science relativement à l'empoisonnement par le plomb; il a fait quelques expériences décisives sur les animaux, et il a comparé ses résultats aux faits de l'accusation. Ce sont ces résultats et ces comparaisons qu'il expose d'abord.

La première question qu'il s'est proposé de traiter est celle-ci: Quel est le *minimum* de la dose mortelle de l'acétate de plomb chez l'homme? En d'autres termes, quelle quantité faut-il d'acétate de plomb pour empoisonner mortellement un homme d'une manière aiguë? M. Rognetta soutient, en se fondant sur des faits multipliés empruntés à la médecine, et sur les expériences qu'il a entreprises lui même sur des animaux, que les sels solubles de plomb ne sont que très peu toxiques, et qu'on peut en administrer des doses considérables à l'homme sans donner lieu à des phénomènes bien graves.

Il cite des cas où 32 grammes d'acétate de plomb n'ont pas déterminé la mort chez l'homme. Dans tous les faits qu'il rapporte, il s'attache à démontrer: 1° que les symptômes étaient toujours très différents de ceux que Pouchon a présentés; 2° que l'on a constamment trouvé du plomb en grande quantité dans l'estomac après le troisième jour de l'ingestion, soit que l'individu ait succombé et que son cadavre ait pu être disséqué, soit que son estomac ait été vidé des matières qu'il contenait, à l'aide de la pompe stomacale aspirante. Cette circonstance de la présence du poison dans l'estomac vers l'époque du troisième jour, est d'une grande importance dans l'espèce qui constitue le procès actuel, ainsi qu'on va le voir.

La seconde qu'il a dû examiner, c'est de savoir s'il est possible d'empoisonner un homme mortellement et d'une manière aiguë, à l'aide de l'acétate de plomb administré dans une salade ou dans du vin. Il fallait encore ici recourir à l'expérience. M. Rognetta a donc préparé une salade ordinaire, à laquelle il a ajouté dix grammes d'acétate de plomb en poudre; or, il ne faut pas perdre de vue que cette quantité est moindre du tiers que celle qui serait nécessaire pour tuer un homme. Eh bien! la salade ainsi apprêtée était d'un goût horrible et repoussant; à peine en eut-on mangé une bouchée que la cavité buccale et le gosier se trouvèrent frappés d'un goût métallique douceâtre et âpre tellement forts, et d'une contraction spasmodique si forte qu'il fut tout à fait impossible de continuer. Cet essai a été répété à plusieurs reprises, et la salade, conservée pendant plusieurs jours, a toujours produit le même effet, même chez des personnes non prévenues, et qui toutes ont éprouvé la sensation dont il vient d'être parlé, et n'ont pu se résoudre à en goûter une seconde fois. D'ailleurs, il survient sur-le-champ une telle abondance de salive et un crachotement si copieux, qu'il est absolument impossible de continuer à en manger, et cela avec dix grammes d'acétate de plomb seulement. Que serait-ce donc si la salade contenait assez de ce sel pour tuer un homme, c'est-à-dire 40 grammes au moins? M. Rognetta a proposé aux jurés de goûter une salade de cette espèce qu'il préparerait, séance tenante; mais, comme on peut facilement le penser, cette proposition n'a pas été acceptée.

D'un autre côté, ce médecin rapporte qu'il a ajouté 30 grammes d'acétate de plomb du commerce pulvérisé à une demi-bouteille de vin rouge, et que ce dernier s'est trouvé transformé en une boue liquide bleuâtre, ou une sorte de peinture trouble, d'une saveur horriblement repoussante, et telle en un mot qu'il n'est pas d'homme dont les sens ne seraient pas pervertis qui pût en avaler à titre de boisson.

Il ressort donc de ces deux expériences qu'il n'est pas possible d'empoisonner, mortellement et d'une manière aiguë, un homme avec de l'acétate de plomb, ou un autre sel plombique simple, donné dans une salade ou dans du vin.

Pour l'appréciation convenable des faits soumis à son examen, M. Rognetta a dû étudier une troisième question, celle de savoir quelle est la valeur des symptômes que Pouchon a présentés dans sa dernière maladie, comparés avec ceux qui caractérisent l'empoisonnement par le plomb. Comme on le sait par le rapport des médecins du Puy, le

des causes diverses, avec ascite. Ici il n'est pas douteux que l'épanchement survenu est le résultat de l'affection aiguë du péritoine.

Salle des hommes, au nº 8, vous avez l'individu qui ayant avalé, dans un moment de dégoût de la vie, une forte quantité d'eau de javelle, entra dans l'hôpital avec les symptômes d'empoisonnement propres à cette préparation. Nous le fîmes vomir, nous le saignâmes et les accidents se calmèrent; seulement le ventre resta dur comme une pierre. Une application de ventouses, des bains, des cataplasmes soulagèrent sous ce rapport aussi le malade et il sortit de l'hôpital. Quelques jours après il y rentra avec le ventre sensible à la pression, encore dur et contenant une certaine quantité de liquide. Qu'est-il arrivé chez cet homme? D'abord à la suite de l'ingestion de la substance vénéneuse il y eut une gastro-entérite, non pas une gastrite pure et simple, car les symptômes propres de cette dernière affection manquèrent. L'inflammation gastro-intestinale céda sous le traitement employé; le malade sortit dans un état satisfaisant, mais avec le ventre dur et d'une certaine sensibilité; il se développa ensuite une péritonite légère, qui donna lieu à un commencement d'ascite, et c'est dans cet état qu'il est rentré à l'hôpital.

Au nº 22, se trouve un jeune garçon, convalescent de rougeole, et qui aujourd'hui présente évidemment un peu d'hydropisie abdominale. Nous avons déjà eu l'occasion de vous faire observer qu'il faut se méfier beaucoup de la convalescence des fièvres éruptives à cause des accidents qui peuvent venir l'entraver, faute de précautions suffisantes. Ainsi pour les cas de rougeole, il y a à craindre des bronchites chroniques plus ou moins opiniâtres ou graves. L'ascite est assez rare dans la convalescence de cette affetion, beaucoup plus rare que chez les convalescents de scarlatine; mais on l'observe encore et, une preuve, c'est que nous en avons un exemple chez notre petit malade: sous ce rapport, le cas est intéressant. C'est une fâcheuse complication; ce qui retardera beaucoup la guérison définitive. On recommande pourtant de le faire lever un peu pour que le séjour au lit ne l'affaiblisse pas trop, d'autant plus que maintenant il n'a plus le dévoiement des jours derniers, sur lequel du reste nous n'avions pas la moindre inquiétude et qui s'arrête presque spontanément par les seules forces de la nature.

Comment désignerons-nous cette ascite, si elle n'est pas essentielle? Elle est due manifestement à une disposition particulière du tissu cellulaire, comme nous avons dit au commencement.

Au nº 24, est couché un homme de quarante-cinq à cinquante ans, dont la mère est morte d'une affection apparemment tuberculeuse du poumon. Cet homme, se nourrissant habituellement mal, a été pris depuis trois à quatre semaines d'un dévoiement qu'il n'a pas soigné. Il est entré avec cette altération des fonctions intestinales, et avec une toux qui lui dure depuis long-temps.

D'après les commémoratifs sur les parents, surtout sur la mère, on a soupçonné d'abord des tubercules dans les poumons; mais l'exploration attentive de ces organes n'a rien révélé qui pût confirmer de tels soupçons. Pourtant il a des sueurs nocturnes, il a encore du dévoiement; ce sont bien là des symptômes qui se présentent chez les personnes affaiblies, épuisées par une cause quelconque, mais qui ne doivent pas laisser le médecin parfaitement sûr et tranquille sur l'existence d'une affection organique pulmonaire.

Outre cela chez cet homme existe une hydropisie ascite bien marquée, que nous croyons produite par un état cacochyme et d'épuisement profond où se trouve le malade.

Au nº 27, se trouve un malade portant une affection squirreuse de l'estomac. Nous parlerons de ce malade collectivement avec un autre de la même nature que nous avons dans le service, et nous ferons alors quelques réflexions cliniques sur cette terrible maladie. Pour le moment je vous le signale comme un cas d'ascite. Cet épanchement péritonéal, à quoi est-il dû principalement? Est-ce à l'état d'apauvrissement du sang qui existe chez ce malade, et à la présence de la tumeur squirreuse qu'on sent manifestement à la région épigastrique et qui peut, jusqu'à un certain point gêner la circulation? Il est possible que les deux causes aient concouru au même effet.

Dans ces remarques générales nous avons fait des groupes de maladies en touchant seulement les caractères saillants et certains points d'analogie qu'elles pouvaient avoir entre elles: c'est une des bonnes manières d'étudier collectivement les maladies elles-mêmes; mais nous n'avons pu traiter aucune question pathologique à fond, et c'est ce que nous nous proposons de faire dans les conférences consécutives.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT

Dans le traitement des maladies vénériennes ou réputées telles;
par le Dr DESRUELLES.

Le nitrate d'argent peut être considéré, dans certains cas, comme un des moyens antiphlogistiques le plus certain; son emploi externe dans le traitement des maladies vénériennes n'a aucun des inconvénients qu'on pourrait théoriquement lui reprocher d'après sa nature caustique. Il convient lorsque ces affections sont entretenues par une irritation qui n'a pas profondément pénétré dans les tissus; il peut être suivi de succès quand l'état aigu étant éloigné, l'inflammation avec hypertrophie des lames organiques lui succède. On ne peut pas dire alors qu'il agit en excitant une vive réaction; car il est rare qu'il ramène l'unité dans la partie avec laquelle on l'a mis en contact. Nous pouvons dire, avec les Italiens, qu'il est hyposthénisant.

L'état chronique avec modification des tissus est moins favorable à l'emploi du nitrate d'argent que l'état aigu. Il réussit mieux sur les parties externes, découvertes, que sur les parties intérieures, cachées; et cependant, quand alors il provoque une réaction, plus la partie est profonde, étroite, inaccessible à l'air extérieur, moins longue est la durée de cette action vitale, et la guérison est accélérée. La nature, comme on le sait, fait quelquefois des merveilles au moment même où elle nous dérobe les actes inimitables de sa méthode de guérir.

Il y a fort long-temps que, dans mon service au Val-de-Grâce, je me servis du nitrate d'argent comme application externe, d'abord aux doses ordinaires, puis à des doses considérables, et l'expérience nous a prouvé que plus nous étions hardi dans le maniement de cet agent thérapeutique, plus nous obtenions de succès, plus aussi nous abrégions le temps de la cure.

Comment agit le nitrate d'argent appliqué à l'extérieur?

1° *Sur les parties muqueuses ou cutanées frappées d'érythème aigu*, il agit à la manière des astringents, mieux que les sels de cuivre, de plomb, d'alumine. Il y produit une astriction considérable après s'être combiné avec l'épithélium, qu'il convertit en une lame d'un gris noirâtre, miroitante et nacrée, tandis que le sulfate de cuivre, qui se combine aussi avec l'épiderme, lui donne un aspect verdâtre qu'il perd bientôt sans se détacher, au moins entièrement. Les sels de plomb le rendent blanchâtre, dur, l'épaississent, le crispent sans visiblement en altérer la texture, et les sels d'alumine le crispent aussi sans opérer aucun changement visible qui modifierait la nature de l'épithélium.

Le nitrate d'argent semble refouler profondément le sang des vaisseaux du corps muqueux dans ces membranes qui doublent les organes de la génération ou s'y répandent à l'extérieur. Sous son impression, elles pâlissent, perdent leur turgescence, s'affaissent sur elles-mêmes; et, chose remarquable, à l'extérieur surtout, plus la dose du nitrate est forte, moins il y a de réaction, de douleur, si toutefois le tissu n'est pas entamé; car une faible dose qui n'a pu produire l'action relatée plus haut sur l'épithélium, semble imbiber ce tégument et pénétrer au-delà sur un tissu sensible pour y exciter de la douleur et y appeler quelquefois l'irritation de ses vaisseaux.

2° *Sur une membrane muqueuse atteinte d'érythème profond avec altération du corps muqueux*, l'application du nitrate d'argent produit les mêmes phénomènes; mais il faut répéter l'emploi du caustique, et, dans ce cas, la première application doit être faite à dose légère, la seconde à très forte dose.

3° *Sur une surface externe hypertrophiée ou végétante*, ce n'est plus la solution la plus forte qu'il faut employer, c'est le caustique pur, en bâton qu'il faut appliquer, et autant de fois que le réclame l'état de la partie. Dans ce cas, il détruit, ou plutôt il modifie profondément le tissu malade; et lorsqu'il ne reste plus que la rougeur et un peu de sensibilité, on fait cesser l'une et l'autre par l'application de la solution forte.

4° C'est aussi en détruisant les *végétations* ou les *papules des membranes muqueuses internes* que le nitrate d'argent agit. Son application et les doses qu'on doit employer sont différentes, suivant qu'on le porte dans l'urètre de l'homme ou dans le vagin, ou sur le col de la matrice, ou dans l'intérieur du museau de tanche, ou dans la gorge. Dans toutes ces parties (l'urètre de l'homme excepté), le nitrate d'argent doit être employé à haute dose, tantôt sous la forme de nitrate d'argent fondu en rouleau, tantôt et le plus souvent sous forme de nitrate d'argent cristallisé et dissous dans de l'eau distillée, quelquefois un poids égal, le plus souvent à des doses inférieures à celle-ci.

5° *Sur des surfaces dénudées*, le nitrate d'argent, quelle que soit sa forme, produit une vive cuisson; et s'il est employé à haute dose, les parties n'étant plus protégées par l'épithélium, il cautérise et produit une escharre proportionnée plutôt à la longueur de temps qu'il est resté appliqué sur la partie qu'à sa concentration sous forme de rouleau ou en dissolution. Du reste, il ne provoque qu'une réaction peu vive, et l'on n'a rien à redouter de son application.

6° *Sur des surfaces fongueuses*, le nitrate à haute dose divise les petits vaisseaux et produit une hémorrhagie capillaire peu considérable, si l'application n'a été qu'instantanée. Il n'en est rien si elle a eu quelque durée, et que le nitrate dissous ait pu se combiner à la fois avec le tissu malade et avec le sang pour former une escharre noirâtre.

7° *Sur des ulcères*, il en réprime les bourgeons quand on ne fait que l'appliquer, on en cautérise profondément la base quand la réparation est concentrée, et surtout lorsque l'application a eu quelque durée.

8° *Sur les surfaces dénudées et rougeâtres des cornets nasaux ou cloison;* le nitrate d'argent paraît avoir peu de prise.

Du reste, l'action du nitrate d'argent ne se borne pas à la partie qu'il touche, quand cette partie est un canal membraneux; elle semble s'étendre au-delà en perdant de son énergie, et cette extension paraît avoir lieu plutôt d'arrière en avant que dans un sens opposé. Ainsi, par exemple, si l'on cautérise une fistule urinaire, on voit l'ouverture externe du

---

défunt était, depuis quatre ans, affecté d'une gastrite chronique ulcérative, laquelle s'accompagnait principalement de trois symptômes, savoir: maux d'estomac, vomissements et garderobes sanguinolentes. Or, qu'a-t-il présenté dans le cours de sa dernière maladie? Exactement les mêmes symptômes, mais portés à un degré beaucoup plus élevé par suite d'un repas copieux et indigeste composé d'une salade et de vin rouge.

M. Rognetta, après avoir rappelé qu'il est dit positivement dans l'acte d'accusation qu'au dernier moment de sa vie, Pouchon aurait reproché à sa femme de lui avoir fait boire du vin auquel elle avait ajouté quelque chose sous prétexte de le guérir, compare les symptômes de la dernière maladie avec ceux qui sont propres à l'intoxication saturnine, et fait voir qu'il n'existe entre eux aucune identité. D'abord cette chaleur brulante de l'estomac, ce sentiment de flambeau allumé dont Pouchon s'est plaint, et qui lui faisait désirer ardemment de l'eau fraîche, laquelle lui semblait bouillante aussitôt qu'elle était parvenue dans la cavité gastrique; ce symptôme se rencontre dans la gastrite sur-aiguë, et non dans l'empoisonnement par le plomb. Dans ce dernier cas, les douleurs existent, au contraire, dans la partie inférieure du ventre, sont sourdes, vagues, irradiantes, et s'apaisent par la pression. Ensuite, les cris perçants que Pouchon a poussés jusqu'à la mort, et qui ont fait accourir les voisins à son secours, ne se rencontrent pas davantage dans l'intoxication par les préparations plombiques. Loin de là, il y a dans ce dernier cas perte de la voix, aphonie, et cette particularité, d'ailleurs, est commune à la plupart des poisons métalliques. En troisième lieu, on rapporte que Pouchon a conservé jusqu'à la fin de sa vie la netteté de l'intelligence. Or, dans tous les cas d'empoisonnements saturnins que possède la science, il s'est constamment manifesté de délire. Enfin, et ceci est capital dans la question, Pouchon a présenté du dévoiement sanguinolent, tandis que toujours, dans l'intoxication par le plomb, chez l'homme, il y a constipation et rétraction du ventre. On doit donc conclure de tout cela que Pouchon n'a point offert les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement saturnin; que les symptômes de sa maladie ont été, au contraire, en opposition flagrante avec ceux de cet empoisonnement, tandis qu'ils concordent parfaitement avec ceux que détermine la gastrite ulcérative, maladie dont il était affecté depuis quatre ans.

Passant à la quatrième question, celle de l'autopsie cadavérique, M. Rognetta se demande ce qu'on a rencontré à l'examen nécropsique de Pouchon, et fait voir que l'ouverture du cadavre n'a fait constater que les traces d'une gastrite chronique ulcérative ancienne, et rien de ce qui peut déceler un empoisonnement aigu par une préparation plombique. L'estomac, en effet, aurait dû être plein de poison; la membrane muqueuse de ce viscère aurait dû être imbibée, saturée, tannée par le sel de plomb, ainsi qu'il arrive constamment chez les animaux empoisonnés mortellement, et qu'on l'a vu dans les cas observés chez l'homme; et cela, parce qu'il faut des doses considérables pour occasionner la mort. Or, chez Pouchon, il n'y en avait pas un atome, ni dans l'estomac, ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans le cœur, ni dans les poumons. Au lieu d'offrir l'altération si frappante que l'on rencontre toujours sur la membrane muqueuse de l'estomac chez les sujets empoisonnés par le plomb, les médecins du Puy qui ont procédé à l'autopsie ont déclaré que cette membrane était parfaitement saine chez Pouchon. Mais, il y a plus: on a trouvé, dans l'estomac, une poche accidentelle résultant d'une perforation ancienne déterminée par l'affection ulcéreuse pour laquelle Pouchon avait été obligé de séjourner long-temps à l'hôpital. Qu'a-t-on rencontré dans cette poche? Une quantité prodigieuse de sable micacé et de noyaux de cerises que le malade avait avalés!

On comprend aisément que les contractions de l'estomac devaient pousser vers cette poche accidentelle les corps étrangers que ce viscère avait reçus, par la raison que c'était là le point faible, non contractile et qui offrait un abri à tous ces corps. Or, dans cette poche, pas un atome de poison n'a été rencontré! Elle aurait cependant dû en être farcie; car, là, le plomb ne se trouvait pas dans des conditions favorables d'absorption ni d'expulsion, soit par le vomissement soit par les selles; et si l'on n'en a pas rencontré, c'est qu'il n'y en avait pas eu d'introduit dans l'estomac, et il ne pouvait, en effet, y en avoir, puisque Pouchon n'a point offert de symptômes de l'empoisonnement par les sels plombiques.

M. Rognetta s'attache alors à prouver que les conclusions de MM. Reynaud et Porral sont basées sur une erreur enseignée dans la vieille toxicologie, et qui consiste à admettre des poisons dits *irritants*, c'est-à-dire qui agissent par leur action locale sur l'estomac, et des poisons qui agissent par *absorption*, ainsi que cela a été démontré par la nouvelle école dynamique. Les composés de plomb, que M. Reynaud place lui-même parmi les poisons irritants, auraient dû laisser de graves ulcérations dans l'estomac.

Arrivant ensuite à la pièce la plus importante du procès, à l'expertise chimique, M. Rognetta, tout en passant sur les deux premières expertises qui n'ont donné qu'un résultat négatif, adresse ses sincères félicitations à MM. Reynaud et Porral pour la précision de leurs opérations et la netteté de leurs résultats. Quant au troisième expert, M. Barse, qui n'a pas trouvé de poison dans les organes qui auraient dû en être saturés, mais qui en a rencontré une quantité considérable dans le gros intestin, l'argumentateur avoue que la chose lui avait paru sérieuse à la première vue; mais un examen approfondi n'a pas tardé à lui faire reconnaître que cette dernière expertise était complètement illusoire, et qu'on ne pouvait lui accorder grande confiance au point de vue de l'intoxication.

En effet, il existe, parmi les documents acquis à la cause, une pièce qui constate, d'après l'analyse faite par cinq chimistes commis par la Cour d'assises de la Haute-Loire, que la potasse et l'eau distillée dont M. Barse s'est servi dans ses opérations contenaient du plomb en quantité notable. M. Barse ne s'était donc pas assuré de ses réactifs, et, par conséquent, quelle conclusion peut-on tirer de semblables manipulations? N'est-il pas évident que ce chimiste n'a obtenu d'autre corps de délit que celui qui a été introduit, à son insu, dans la masse par l'emploi de réactifs impurs? Cette circonstance suffirait déjà pour frapper de nullité cette laborieuse expertise; mais, il y a plus: le défunt, quinze mois avant sa mort, avait pris, à l'hôpital, des lavements très chargés d'acétate de plomb, et cette particularité est extrêmement grave dans la cause, surtout si l'on réfléchit que M. Barse n'a obtenu de plomb que de l'intestin seulement qui a reçu ces lavements.

Que se passe-t-il lorsqu'on administre un lavement d'acétate de plomb? Le sel plombique, dissous dans une petite quantité de liquide pour qu'il soit plus facile de le retenir, se combine à la membrane muqueuse, pénètre profondément dans les tissus et y demeure indéfiniment. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est ce qu'on observe tous les jours chez les ouvriers occupés dans les fabriques où l'on travaille le plomb. Les particules de ce métal pénètrent l'épiderme, se combinent intimement avec les tissus animaux et la sueur, et on les rencontre sur la peau long-temps encore après que les ouvriers ont cessé d'être occupés dans les fabriques de cette espèce. On a beau faire prendre des bains sulfureux et des bains savonneux, on a beau racler le sulfure de plomb formé par l'action des premiers de ces bains, une nouvelle quantité de plomb reparaît encore à la surface des téguments, venant de la profondeur des tissus.

Un des médecins de Paris, M. le docteur Legroux, ayant observé que cette ténacité du plomb pour les tissus animaux était la cause de ce résidu, et partant de la colique métallique chez beaucoup d'ouvriers, a cherché dernièrement les moyens d'enlever complètement le métal logé dans les pores de l'épiderme, et il n'y est arrivé qu'après une foule d'essais et en recourant à des frictions pratiquées avec des brosses préalablement trempées dans du vinaigre; il donne ainsi naissance à un acétate soluble qui est facilement entraîné par les bains simples. Or, la même ténacité se retrouve dans la membrane muqueuse de l'intestin, qui n'est, comme on sait, autre chose que le derme réfléchi. Il est donc facile de comprendre comment le plomb des lavements administrés à Pouchon a pu séjourner pendant aussi long-temps dans les pores des membranes intestinales.

M. Rognetta termine enfin en résumant sa déposition dans les propositions suivantes:

1° Pour empoisonner un homme mortellement, et d'une manière aiguë avec de l'acétate plombique, il faut des doses considérables de

méat blanchir presqu'immédiatement; si l'on porte une forte solution de nitrate d'argent sur le col utérin ou dans la partie profonde du vagin, l'intérieur de la vulve pâlit, comme si on l'avait touché avec une solution plus faible que celle qu'on a employée profondément. Ce phénomène est moins marqué que dans le canal de l'urètre de l'homme. C'est ce qui explique pourquoi on opère une modification générale de la membrane de l'urètre ou de celle du vagin, en ne touchant qu'une partie de cette membrane. Mais dans ces cas l'intérieur de la vessie et celui de la matrice blanchit-elle, comme les portions antérieures après l'application du nitrate d'argent à la portion membraneuse de l'urètre ou du fond du vagin? Je ne le pense pas; du moins il ne se passe aucun phénomène qui nous l'indique. Cela tient peut-être à ce que le nitrate se répand avec plus de facilité dans un canal étroit que dans une cavité, comme celle de la vessie ou de la matrice. Quoi qu'il en soit, on modifie certainement les parois internes de l'utérus en touchant l'intérieur du museau de tanche soit avec la pierre infernale, soit avec une solution concentrée de nitrate d'argent fondu ou cristallisé.

Nous allons examiner dans quelles maladies le nitrate d'argent peut être appliqué avec succès.

1° *Balanite.* (Rougeur et gonflement du gland avec chaleur et sensibilité extrême de cet organe.)

Cette affection, ordinairement légère, guérit sous l'influence de lotions et de bains émollients; mais elle cède presque immédiatement lorsqu'on applique sur le gland, deux fois par jour, une bandelette de linge imbibée d'une solution de 2 à 4 grammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau distillée. La guérison est presque instantanée.

2° *Posthite.* (Rougeur et gonflement du prépuce, sensibilité peu marquée: 1° à l'extérieur, *Posthite externe*; 2° à l'intérieur, *Posthite interne.*)

Rarement observées à l'état simple et sans complication.

Cette maladie guérit en peu de jours par l'emploi de la solution désignée plus haut.

3° *Balano-Posthite.* (Rougeur, gonflement et sensibilité simultanées du gland et du prépuce.)

Le mode d'application du nitrate d'argent varie suivant la plus ou moins grande mobilité du prépuce ou son immobilité complète. (Phimosis.)

Quand le prépuce peut être porté en arrière, des bandelettes de linge imbibées de la solution indiquée, interposées entre le gland et le prépuce, renouvelées deux fois par jour, font disparaître en un ou trois jours cette affection, même interne, pourvu qu'elle soit récente.

Si le prépuce ne peut être ramené en arrière du gland, des injections avec la solution nitratée doivent être faites entre le gland et le prépuce, et des bandelettes imbibées appliquées à l'extérieur; chaque fois on fait des lotions avec de l'eau froide.

Quoique nous conseillions l'emploi du nitrate d'argent, nous désapprouvons la conduite de ceux qui, dans ce cas, promènent entre le prépuce et le gland, un crayon de nitrate pour cautériser l'une et l'autre parties. Il nous est arrivé, en suivant cette méthode, de voir un gonflement considérable s'emparer de l'organe, et la gangrène dévorer le prépuce et le gland. Les injections ont sur cette pratique l'avantage de faire obtenir la résolution sans voir arriver aucun accident.

Si notre sujet nous permettait d'indiquer ici un autre moyen que celui que nous traitons, nous dirions que des injections faites entre le prépuce et le gland avec un mélange d'une once de collyre de Lanfranc, de six onces d'eau de roses et d'une once de vin d'opium, procurent en peu de temps un avantage qu'on n'obtient pas toujours des injections argentifères.

Dans ces cas de balano-posthites (1) nous entendons parler de celles qui sont exemptes de complication; car le traitement diffère si la balano-posthite est compliquée d'induration du prépuce, de phlébite de la dorsale, d'abcès, d'adhérences, d'urétrites et d'ulcères syphilitiques, avec ou sans clôture du prépuce.

(La suite à un prochain numéro.)

M. le docteur Vidal (de Cassis) a interjeté appel du jugement rendu par la 6e Chambre, le 28 novembre dernier.

(1) Ces dénominations, qu'à l'exemple des auteurs allemands nous avons le premier employées et qu'on paraissait ne pas vouloir admettre, sont aujourd'hui assez généralement adoptées.

Aliment ferrugineux.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

Par le ministère de M. A. Grenet, directeur-gérant de la Caisse centrale des Médecins et Pharmaciens, rue Neuve-Saint-Denis, n° 25.

POSITIONS MÉDICALES à procurer.

Localité,	3500 habitants,	département des Ardennes.
Id.	1200 id.	id. de l'Aisne.
Id.	1200 id.	id. de l'Eure.

CLIENTÈLES MÉDICALES à céder.

Produit,	8 à 9000 fr.,	département d'Eure-et-Loir.
—	4 à 5000	id. id.
—	6000	id. de la Marne.
—	5 à 6000	id. de l'Eure.
—	4000	id. de l'Oise.
—	5 à 6000	id. du Loiret.
—	4000	id. de Seine-et-Oise.
—	6000	id. de Seine-et-Marne.
—	6000	id. de la Meuse.
—	3500	id. de l'Eure.

PHARMACIES à vendre.

A Paris,	vente,	9 à 10,000 fr.
Id.	id.	12,000
Département du Puy-de-Dôme,		30,000 habitants.
Id.	de l'Oise,	14,000 id.
Id.	de la Nièvre,	3,000 id.
Id.	de Seine-et-Oise,	14,000 id.
Id.	d'Indre-et-Loire,	25,000 id.
Id.	de la Gironde,	3,000 id.
Id.	du Loiret,	40,000 id.

ÉTABLISSEMENTS DIVERS à vendre.

Maison de santé,	à Paris,	1er arrondissement.
Maison d'accouchements,	id.	id.
Cabinet de dentiste,	à Lyon.	*(Ecrire franco.)*

ce sel. Une quantité de 32 grammes ne suffit pas pour produire la mort;

2° Il est impossible de produire cet effet à l'aide de l'acétate de plomb dans de la salade ou dans du vin;

3° Les symptômes que Pouchon a présentés dans sa dernière maladie sont ceux de son affection ancienne, exaspérée par un repas indigeste; ces symptômes sont en opposition manifeste avec ceux de l'empoisonnement saturnin. En effet, l'aphonie, le délire, la constipation sont trois caractères essentiels de cet empoisonnement, et Pouchon, au contraire, a conservé jusqu'à la fin sa voix et son intelligedce, et a offert le dévoiement sanguinolent.

4° L'autopsie n'a pas démontré dans l'estomac les lésions propres à l'empoisonnement; car, tandis que ce viscère et la poche accidentelle qu'il présentait auraient dû être saturés de poison dans le cas d'intoxication, ils n'en ont pas fourni un seul atôme;

5° L'expertise chimique, faite avec des réactifs plombifères, ne peut être concluante; et, d'ailleurs, les lavements donnés antérieurement à Pouchon expliquent la présence du plomb dans le gros intestin.

MM. Danger et *Flandin* ont été ensuite entendus; mais les deux journaux des tribunaux dans lesquels nous avons dû puiser pour avoir les détails de ces intéressants débats n'en ont point fait mention, et nous ignorons le motif de ce silence et ce qui a été dit par ces deux chimistes: nous ne pouvons donc en rien dire ici.

A la suite de ces diverses dépositions, M. Orfila répondant à quelques interpellations de M. le président et de M. le procureur-général, a déclaré que ce qu'il venait d'entendre n'avait nullement modifié ses convictions; qu'il pourrait reprendre un à un les arguments nouveaux qu'on a apportés aux débats, et montrer qu'ils n'ont aucune valeur; enfin, qu'il persistait à dire que l'empoisonnement était extrêmement probable. Ayant émis l'opinion que pour tuer un homme déjà affaibli par la maladie, il suffisait d'une dose de plomb plus faible que celle qui est nécessaire pour tuer un homme bien portant, M. Rognetta a demandé la permission d'établir la proposition contraire, et a soutenu, d'après les données de la science, qu'il faut une plus grande quantité d'un sel de plomb pour tuer un homme atteint de maladie inflammatoire que pour tuer un individu sain, les sels de plomb se comportent, dans ces maladies, comme l'émétique dans les fluxions de poitrine.

Le jury ayant rendu un verdict de culpabilité contre les deux accusés, avec admission de circonstances atténuantes, la veuve Pouchon et Rocher ont été condamnés aux travaux forcés à perpétuité.

— Malgré la persistance de M. Orfila dans son opinion relative à l'extrême probabilité de l'empoisonnement, on peut remarquer le progrès qu'il a fait dans la voie du doute, progrès indiqué par la sorte de *mezzo termine* qu'il a adoptée dans sa conclusion, après avoir examiné les deux hypothèses qu'il avait d'abord présentées comme étant les termes les plus simples auxquels la question pût être ramenée. Quand la cassation du premier jugement n'aurait servi qu'à procurer ce résultat, nous le regarderions encore comme un événement heureux, parce qu'il s'agit d'un médecin légiste souvent appelé par les tribunaux, et dont l'opinion est fréquemment consultée. On doit admettre tant de circonspection quand il est question de la vie et de l'honneur de ses concitoyens!

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode d'administration de l'alun dans les cas de coliques de plomb; par M. le docteur Weiglein.

Un médecin allemand, M. Weiglein, emploie avec le plus grand avantage l'alun dans le traitement de la colique saturnine. La manière de l'administrer contre cette affection consiste à en faire prendre 25 milligrammes toutes les trois heures.

Ce médicament, dit-il, n'agit pas alors comme astringent, mais il exerce une action purement clinique. En effet, se trouvant en contact avec les sels de plomb dont les tissus sont imprégnés, il détermine une double décomposition dont les résultats sont, d'une part, du sulfate plombique insoluble et par conséquent inerte; de l'autre, du sulfate potassique qui, devenu libre, agit alors à la manière des cathartiques.

Nous admettrons volontiers, avec M. Weiglein, la neutralisation des sels de plomb par l'acide en excès du sulfate acide aluminico-potassique; mais croire avec lui que le sulfate de potasse qui résulte de la décomposition de 25 milligrammes d'alun donnés toutes les trois heures peut agir comme purgatif, c'est en vérité par trop au-delà du degré de crédulité dont nous sommes capable. *(Schmidt's Jahrbuecher.)*

Pommade contre les gerçures des lèvres; par M. le Dr Pitschaft, de Bade.

Pr. Oxide de zinc sublimé,	4 grammes.
Poudre de lycopode,	4
Pommade rosat,	30

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Cette pommade, suivant l'auteur, est excellente pour guérir les gerçures des lèvres résultant de l'action de l'air sec et froid sur ces parties.

Il n'est pas besoin de dire que l'on doit distinguer avec soin ces gerçures de celles qui ont pour point de départ une cause syphilitique ou dartreuse.

Cette pommade réussit également bien dans les cas d'ulcérations des ongles des orteils (*Paronychie*), si l'on y ajoute l'emploi simultané des bains de pieds. *(Hufeland's Journal.)*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 146. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 12 DÉCEMBRE 1843.

Nous apprenons avec une surprise qui sera généralement partagée, que M. Guérin a interjeté appel du jugement de la sixième chambre. Nous disons que c'est avec surprise ; car quiconque a lu les commentaires dont M. Guérin avait accompagné ce jugement, pouvait croire qu'il comblait tous ses désirs et lui faisait éprouver une satisfaction vive. Il n'en était rien, cependant ! M. Guérin chantait victoire alors même qu'il allait fournir un témoignage irrécusable de sa défaite ; dans son journal, il écrivait : voyez, je suis vainqueur ; tandis qu'au greffe, il protestait contre la décision des juges. Etrange contradiction, que l'inexorable opinion publique a déjà qualifiée ! Et n'avons-nous pas eu mille fois raison de dire que ce jugement était, la consécration solennelle des principes que nous avons soutenus ? Aujourd'hui, n'est-il pas évident comme le soleil, que M. Guérin avait perdu sa cause devant les premiers juges ? Que chacun interroge son bon sens ; appelle-t-on d'un jugement qui donne satisfaction complète ?

Puisqu'on nous attire encore une fois sur le terrain dangereux et émouvant de cette polémique, nous y redescendrons sans hésiter, avec le même calme, la même modération, le même désintéressement, dont nous avons fait preuve jusqu'ici, et auxquels on a rendu justice. Nous l'avons déjà souvent dit, et nous avons besoin de le répéter encore, notre position, dans cette affaire, est parfaitement nette. Nous ne sommes, nous n'avons jamais été l'ennemi de M. Guérin ; tous nos antécédents à son égard le prouvent. Jusqu'à cette époque malheureuse, plusieurs occasions se sont présentées de lui être utile, et il ne peut pas, il ne doit pas avoir perdu le souvenir des services que nous lui avons rendus. Le 30 avril 1842, quelques jours avant sa nomination à l'Académie de médecine, nomination qui, on se le rappelle, souleva une vive opposition, nous écrivions ceci : « Il arrive cependant que l'une des candidatures est très chaudement disputée. Nous ne rapporterons pas toutes les objections qu'on élève contre elle, celles surtout qui appartiennent à un ordre d'idées que la discussion ne peut aborder, et dont d'ailleurs M. J. Guérin, mieux que tout autre, a fait déjà ou fera probablement justice... Mais ce n'est pas dans cet ordre d'idées seulement que les adversaires de M. Guérin vont chercher leurs armes. » (Ici nous indiquions la répugnance que le candidat inspirait à quelques membres à cause de son titre de journaliste, et nous la combattions avec vivacité.) Nous ajoutions : « Nous n'aurions pas d'autres motifs de désirer le succès de la candidature de M. Guérin, que nous ferions des vœux pour lui à cause même de cette répugnance qu'il inspire comme journaliste à quelques hommes fort injustement prévenus contre la presse. Depuis douze ans, M. Guérin dirige avec succès un journal honorable et estimé... En fait comme en droit, en justice comme en sens commun, la candidature de M. Guérin nous paraît sérieuse et légitime... Nous ne sommes ni en communauté de vues, ni en communauté d'intérêts avec le journal que dirige M. Guérin ; mais nos dissidences, quelques graves qu'elles puissent être, n'étouffent pas en nous la justice, et ne nous permettent de donner accès, dans notre cœur, à aucun sentiment d'envie ou de rivalité. »

Ces citations que nous pourrions multiplier, que nous pourrions puiser dans des numéros plus rapprochés de l'époque où nous sommes, sont néanmoins suffisantes pour prouver que notre opposition actuelle ne prend sa source ni dans une inimitié personnelle, ni dans un sentiment d'envie, ni dans un intérêt de rivalité. Aujourd'hui d'ailleurs, et sous quelque point de vue que nous envisagions M. Guérin et la Gazette médicale, nous n'avons rien, absolument rien à envier à son journal ou à lui.

Notre opposition est incitée par un mobile plus élevé, plus noble, plus respectable. Nous défendons le principe sacré du libre examen. Ce principe, dans une inconcevable témérité, M. Guérin a osé le mettre en cause ; alors nos sympathies pour lui se sont éteintes. Nous n'avons vu que le danger de la position, et nous avons couru à la défense de ce qui nous paraissait menacé. Nous avons fermement et résolument arboré le drapeau de l'indépendance scientifique en disant : tant pis pour ceux qui la combattent, tant pis pour ceux qui ne sont pas dans nos rangs. On a jeté le gant aux défenseurs de la liberté d'écrire, et nous l'avons relevé. Ce n'est pas à une sentimentalité douteuse et stérile que nous avons demandé nos inspirations, mais aux éternels principes du juste et de l'honnête. Nous n'avons pas consulté notre intérêt propre, mais l'intérêt de tous, et, mu par ces idées, nous avons hardîment et loyalement marché dans la voie qui nous était ouverte.

Maintenant, que veut-on encore ? Nous ramener à des discussions périlleuses où l'écrivain, sans cesse menacé par une loi draconnienne, est obligé d'envelopper sa pensée sous une cauteleuse prudence ? On ne lassera ni notre patience, ni nos forces. On ne mettra en danger ni notre réserve ni notre prudence. Nous sommes fort par cela même que nous sommes prudent. Nous serons calme et modéré par cela même que nous sommes fort, fort de notre conviction, de la grandeur de notre cause, de la légitimité de nos droits, fort surtout de l'adhésion unanime du corps médical dont nous ne sommes que l'interprète et l'écho.

Que veut-on encore ? Traîner de nouveau devant les tribunaux la science courageuse et loyale, la critique *sérieuse et sincère* ? Mais que peut-on espérer de cette nouvelle action ? La cause n'est-elle pas solennellement, irrévocablement jugée au tribunal redoutable de l'opinion publique ? C'est quelque chose de profondément surprenant de voir un homme absolument seul se poser en lutte avec les sentiments, les convictions, les répugnances de ses contemporains, répondre à la foule qui lui crie : Vous vous perdez, vous courez vers l'abîme : Non, je cours au triomphe !...

En vérité, si nous ne voyions pas là des juges, une cour souveraine, un arrêt à intervenir, qui peut être grave pour nos libertés et l'indépendance de la critique, d'honorables confrères dont cet arrêt peut troubler l'existence, un grand principe enfin à défendre, en vérité nous nous laisserions aller à un sentiment d'indicible pitié pour l'auteur de choses si étranges, si anormales, si incompréhensibles. Notre raison s'égare et se perd dans la recherche des motifs secrets qui font courir après ce bruit, ce retentissement, cet éclat, ces plaidoiries cruelles, ces émotions de l'audience, ces innombrables adhésions du corps médical, ces témoignages de sympathie donnés aux inculpés, cette universelle répulsion contre l'accusateur !

Mais enfin, on le veut, on nous y force, on remet encore en nos mains l'arme défensive de la liberté de la pensée ; encore une fois, tant pis pour ceux qui nous provoquent.

Et pour qu'il soit bien entendu pour tous que les principes que nous défendons sont ceux auxquels le corps médical en masse a donné son adhésion, nous posons nettement la question en disant que nous n'avons jamais soutenu, que nous ne soutiendrons jamais la critique véritablement diffamatoire ; que nous tenons véritablement et sincèrement compte de la ligne de démarcation tracée par les premiers juges ; que la diffamation calomnieuse dont nous avons été nous-mêmes si souvent victimes, et dont nous avons dédaigné la réparation, est, à nos yeux, la plus méprisable et la plus lâche des critiques. C'est ainsi, du reste, que la Société de Chirurgie de Paris et tous les médecins de France l'ont compris.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Kyste hydatique du foie. Ouverture par la méthode à deux temps. Quelques considérations sur les kystes hydatiques du foie.

Flore-Victoire Gabaret est entrée à la Charité le 14 octobre

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

M. Guérin a fait appel. — Ce qu'on dit et ce qu'on pense. — La justice inhabile et impuissante. — Enigme. — Embarras des biographes. — La Belgique et la France. — Les académies en suspens. — Le bouillon de M. Piédagnel. — Nécessité d'une longue pratique en médecine et en cuisine. — Singulier procès entre deux confrères. — Le médecin aux gros sous. — Un héritage d'un demi-million. — Les médecins aux élections. — L'Evangile médical. — A la Clinique de Marseille. — A mes correspondants.

Décidément, M. Guérin est un homme indéchiffrable et incompréhensible. Qui nous dira le secret de cette âme complexe et protéiforme ? Vous le croyez abattu sous le poids du jugement de la sixième chambre ? Pas du tout, et dans un factum tiré, dit-on, à cent mille exemplaires, il répand dans l'Univers le bruit de sa victoire et de son éclatant succès. Alors, et pour cette fois, vous le croyez très satisfait ? Fi donc ! ce jugement qui avait élevé le cœur de M. Guérin à la dernière puissance de la satisfaction, ce même jugement aujourd'hui l'importune et l'irrite, il en veut un autre, désire un arrêt, en un mot, il en appelle ? Le prince des diplomates l'a dit avec profondeur : La parole, et l'écriture aussi, je suppose, a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée. Mais où diable veut en venir M. Guérin ? Quel intérêt peut-il avoir à recommencer devant la Cour royale les scènes émouvantes de la sixième chambre ? Je me perds en conjectures, et cela d'autant plus que le jour même où M. Guérin déclarait son appel, il écrivait dans son journal un article pour prouver que la justice était *inhabile* et *impuissante* à juger des faits de l'ordre de ceux qu'il a cependant déférés aux tribunaux. Quoi ! la justice est inhabile et vous la saisissez ? Quoi ! elle est impuissante et vous en appelez ? Je n'y comprends plus rien, et pour savoir le mot de l'énigme il faudra donc encore vous suivre en Cour royale ? C'est fort désobligeant, je suis tenté de donner ma démission ; surtout si vous devez plaider vous-même.

— Les biographes futurs seront fort embarrassés, si la chose ne s'éclaircit pas, de donner une patrie à M. Guérin. Après tout, je trouve, pour mon compte, le fait peu important. Mais il n'en est pas de même de certaines gens, obstinés fureteurs de titres, qui veulent à tout prix en avoir le cœur net. Je fus rencontré hier par un de ces gens-là qui, d'aussi loin qu'il m'aperçut : Eh bien ! je la tiens, s'écria-t-il ? — Quoi donc ? — La thèse ; voyez, né à Boussu (Belgique). — La Belgique était alors française, cela a été expliqué à l'audience. Et d'ailleurs, le père était Français. — Mais, il n'a pas payé, comme nous, l'impôt de la conscription. — Tant mieux pour lui s'il a pu s'en dispenser ; cet impôt m'a coûté, à moi, 2400 fr. — Mais, il n'est pas électeur. — C'est qu'il ne veut pas l'être. — Mais, il ne monte pas la garde. — Chut ! Parlez bas ! J'ai deux jugements sur le dos et voilà mon sergent-major. — Mais à l'Académie de médecine de Belgique il a été nommé membre correspondant BELGE. — En êtes-vous bien sûr. — Lisez plutôt cet article du n° 49 de la *Gazette médicale belge*.

Pour me débarrasser de cet impitoyable fureteur, je lus, en effet, l'article que voici :

« — M. Jules Guérin, le laborieux rédacteur de la Gazette médicale de Paris, qui récuse aujourd'hui le titre de *Belge*, a été nommé, l'année dernière, dans la séance publique annuelle du 30 octobre de l'Académie de médecine de Belgique, parmi les membres correspondants BELGES. En remercîment de cette nomination, il a fait parvenir à l'Académie (séance du 26 décembre 1842) la plupart de ses publications. Maintenant, que fera l'Académie belge ? Rayera-t-elle le nom de M. Jules Guérin du nombre de ses correspondants BELGES, pour le placer parmi les correspondants ÉTRANGERS ? — Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de la décision que prendra l'Académie, si toutefois elle a le courage d'en prendre une. »

Fiat lux !

Ce n'est pas seulement à l'Académie belge que M. Guérin a procuré des embarras. A l'Académie de Paris, on est singulièrement irrité de ne pas voir arriver le rapport dont il s'est chargé sur l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale. Cette élection en suspens, en laisse d'autres encore en arrière. Toutes ces affaires languissent, et les académiciens les moins actifs, les moins portés au mouvement se plaignent hautement de cet état des choses. L'attention de l'Académie a besoin d'être attirée sérieusement sur ce sujet, ainsi que sur quelques autres dont il sera question prochainement dans ce Journal.

— Il a été beaucoup parlé de bouillon, cette semaine, surtout à l'Académie des sciences, et qui, sans être prévenu, serait entré dans cette docte enceinte, aurait pu croire qu'une nouvelle classe avait été ajoutée à l'Institut. Cette gloire a manqué aux Berchoux, aux de Cussy, aux Brillat-Savarin et autres célèbres fourchettes modernes ; et certes, c'est grand dommage, je dirai même c'est injuste. J'estime que la classe des beaux-arts ne serait nullement déshonorée par une section de l'art culinaire. Je développerai quelque jour mes opinions fort arrêtées sur ce sujet qui touche, comme je le ferai voir, à l'hygiène, à la morale, à la politique, aux arts du dessin, de la sculpture et de l'architecture, aux sciences physiques et chimiques, à l'économie politique et domestique, à l'agriculture et au commerce. Nous n'avons rien dans Hippocrate d'aussi profondément vrai que l'aphorisme célèbre de Brillat-Savarin : Les animaux se repaissent, l'homme mange, l'homme d'esprit seul sait manger. Cet esprit-là ne court pas les rues, je l'assure ; les fins gourmets sont rares, aussi rares que les bons artistes culinaires qui ne montrent les résultats de leurs savantes recherches qu'aux véritables connaisseurs, à ceux qui ne considèrent pas leur ventre comme le tonneau des Danaïdes, à ceux en un mot qui savent manger. Je reviens au bouillon. Un de nos honorables confrères, médecin d'hôpital, écrit à l'Académie des sciences que le bouillon préparé dans les établissements hospitaliers laisse beaucoup à désirer ; que celui que l'administration achète à la Compagnie hollandaise ne vaut guère mieux, en un mot que les pauvres malades, pour qui cet aliment est de première nécessité, ne consomment en général qu'un bouillon de mauvaise qualité. Jusque-là, tout était bien, et malgré les dénégations fort respectables sans doute de M. Magendie, tous ceux qui ont goûté au bouillon des hôpitaux seront de l'avis de M. Piedagnel. Mais pour s'être exprimé ainsi, on assure que M. Piedagnel est menacé d'un procès en diffamation par la Compagnie hollandaise. Oh ! par exemple, je proteste. Il n'y a pas de loi au monde qui puisse forcer à trouver bon ce qui est mauvais, et si le bouillon hollandais s'appuie sur *le digeste*, il faut qu'il prouve, lui, qu'il n'est pas indigeste. Quoi qu'il en soit, ce bouillon exotique est en très bonne odeur à l'Institut. Les honorables membres de l'Académie ont pour ce liquide un faible qui s'est plusieurs fois trahi, soit par des rapports louangeurs, soit par une vive défense lorsqu'il a été attaqué. Tous les goûts sont dans la nature, et, sans le partager, à la rigueur, on peut comprendre celui de l'Institut pour le bouillon hollandais. Mais ce que je ne comprends pas, et voilà où j'en voulais venir, ce que surtout je ne pardonne pas à M. Piedagnel, c'est qu'il ait aspiré à la gloire de Carême ou d'un cordon plus ou moins bleu, en envoyant à l'Institut une formule de bouillon de sa façon. Figurez-vous que je m'y suis laissé prendre, et que, la communication de M. Piedagnel à la main, séduit par son air naïf et candide, et avec toute la gravité d'un expérimentateur, j'ai fait procéder dans toutes les règles à la confection du bouillon vanté par notre confrère. Je vous le dis en quatre mots, monsieur Piedagnel, c'est une épouvantable ratatouille que votre viande hachée menu. C'est fade, c'est plat, sans consistance ni couleur ; le bouillon hollandais est du jus de viande à côté. Merci de votre formule ; je m'en tiendrai à l'expérience et au bon sens pratique de ma cuisinière qui, en fait de bouillon, défierait vous et l'Académie des sciences, M. Magendie en tête. La pratique, voyez-vous, la pratique ! En cuisine comme en médecine, rien ne la supplée. Vous êtes assurément en médecine un praticien distingué, et vous savez ce qu'il vous en a coûté d'études et de veilles. Renoncez, croyez-moi, aux lauriers de cuisine ; votre premier plat donne la mesure de

dernier. C'est une femme de quarante-sept ans, pâle, étiolée, et d'une constitution qui n'a jamais été très robuste. Cependant, sa santé habituelle avait été bonne jusqu'en 1837. A cette époque, elle commença à éprouver des douleurs légères dans le côté droit; elle se plaignait d'un point de côté. Deux fois depuis l'origine de la maladie, les douleurs s'exaspérèrent; elle appliqua des sangsues, prit des bains, et tout se calma. Enfin, elle se décida à entrer à l'hôpital, moins, dit-elle, pour ce qu'elle avait dans le côté, que pour un catarrhe qui la faisait beaucoup souffrir et l'empêchait de dormir pendant la nuit.

Cette malade s'est donc présentée à notre observation avec une tumeur dans l'hypocondre droit. M. Rayer a diagnostiqué un kyste, et M. Velpeau a été prié de l'ouvrir.

Ces tumeurs de la région du foie, qui ont été surtout si bien étudiées par M. Cruveilhier, peuvent être ou un abcès, ou une rétention de la bile, ou un kyste séreux, ou un kyste hydatique. Nous avons déjà publié dans ce même journal (1842) une observation recueillie dans le service de M. Cruveilhier, concernant un malade que nous avons pu suivre pendant un an, et qui portait dans le foie deux kystes hydatiques de la grosseur de la tête.

Quelle que soit, du reste, la maladie que l'on suppose comme cause de la tumeur, le pronostic ne varie que peu si l'on abandonne l'affection à elle-même. Si c'est la vésicule du fiel qui est distendue par suite d'un obstacle mécanique au libre écoulement de la bile, elle ne tarde pas à s'enflammer, à se rompre dans le ventre; une péritonite rapidement mortelle est la suite nécessaire de cette rupture. Que ce soit un abcès, la terminaison est la même; il s'ouvre soit dans le péritoine, soit dans la plèvre. Si la maladie est un kyste séreux ou hydatique, il croît indéfiniment; et quand il arrive enfin que ce kyste se rompt, c'est encore dans le ventre ou dans la poitrine que le liquide s'épanche.

Dans des circonstances, qui toutes doivent se terminer d'une manière aussi grave, il a donc fallu songer à créer une issue aux différents liquides qui pouvaient se rencontrer dans ces tumeurs; mais ici se présente une question qui, par son importance, mérite d'être examinée avec détails.

Ce n'est pas sans danger que l'on pénètre dans les tumeurs du foie, de quelque nature qu'elles puissent être, et pour peu qu'on y réfléchisse, on s'en rendra facilement compte. D'abord, pour arriver au foie, il faut traverser le péritoine, et si l'on entre dans le kyste sans que des adhérences se soient établies entre le feuillet péritonéal de la paroi abdominale et le feuillet qui tapisse le foie, le liquide s'épanchera de toute nécessité dans le ventre, et l'opération deviendra la cause de l'accident qu'elle avait pour but de prévenir. Mais ce n'est pas là le seul danger auquel expose l'ouverture de ces kystes. N'est-il pas évident que, le foyer ouvert, la densité du foie deviendra un obstacle au rapprochement des parois? Elles ne pourront revenir sur elles-mêmes. Ce sera donc un vaste foyer continuellement ouvert, accessible à l'air atmosphérique dont l'action ne tardera pas à se faire sentir; la suppuration s'emparera presque inévitablement de la poche, et la vie du malade sera compromise.

Quant à l'épanchement dans le péritoine survenu par suite du défaut d'adhérences entre les deux plans péritonéaux, nous verrons tout à l'heure que la science possède plusieurs moyens presque certains de l'empêcher; mais pour ce qui est d'éviter les conséquences si fâcheuses de l'entrée de l'air, les moyens à employer sont loin de triompher toujours de cette complication redoutable. Cependant, comme il n'est rien à espérer de l'expectation, il faut bien que le médecin se décide à tenter quelque chose; car la maladie, arrivée au point où elle en est chez le sujet de cette observation, ne peut se terminer que d'une manière fatale: l'indication est donc d'ouvrir le kyste.

Plusieurs procédés ont été imaginés pour ouvrir le kyste du foie, et l'on devine que tous ont eu pour but de déterminer ces adhérences si nécessaires que, sans elles, l'opération tue inévitablement le malade.

M. Récamier s'est servi avec avantage du caustique dans ces sortes de cas. Vingt à trente centigrammes de potasse doivent être appliqués sur la tumeur, de manière à produire une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs; lorsqu'elle est bien formée, on la fend; on réapplique de nouveau le caustique au fond de la plaie: le plus ordinairement l'inflammation est contenue dans de justes limites; des adhérences se forment, et cette seconde application, ou une troisième si cela est nécessaire peut arriver dans le foyer, ou bien encore on pénètre avec l'instrument tranchant dès que les adhérences sont formées. C'est là un moyen qui certes permet d'arriver au but qu'on se propose; mais il faut un temps assez long pour que le caustique se fasse jour jusque dans le kyste. Il est des circonstances où il faut nécessairement faire vite; de plus, on a reproché, dit M. Velpeau, plusieurs inconvénients à l'emploi du caustique: on peut craindre que l'inflammation ne dépasse les limites dans lesquelles on la veut contenir, qu'elle ne s'étale dans le péritoine et ne détermine une phlegmasie de la séreuse qui peut devenir mortelle. Nous nous rappelons, à ce propos, que chez le malade dont nous avons publié l'observation l'an dernier, il s'est manifesté, en effet, un commencement de péritonite dont un traitement approprié a eu promptement raison. On a émis encore une autre crainte propre à détourner de l'emploi du caustique: on a dit qu'il était possible que l'inflammation ne s'emparât que de la couche externe du péritoine.

Ces raisons ont paru suffisantes à plusieurs personnes pour justifier la préférence qu'elles ont accordée à l'instrument tranchant. Ainsi un chirurgien de Dublin, M. Grave, a publié il y a quinze ans environ quelques observations de kystes ouverts par la méthode en deux temps. Il incisait d'abord jusqu'auprès du péritoine; il faisait panser avec de la charpie, de manière à tenir les lèvres de la plaie écartées: ordinairement la tumeur venait proéminer dans ce point, puis elle s'ouvrait ou elle était ouverte avec le bistouri.

Un autre procédé a été imaginé par M. Bégin; il a beaucoup de ressemblance avec le précédent, que M. Bégin ignorait du reste lorsqu'il publia le sien. Il consiste à inciser le péritoine lui-même, et à le débrider dans une certaine étendue.

Evidemment ces deux méthodes sont bonnes; car toutes deux tendent vers un but unique, produire des adhérences, et elles atteignent ce but. M. Velpeau a d'abord pratiqué une ponction exploratrice pour constater la nature du liquide enfermé dans le kyste dont il s'agit ici; un trocart extrêmement fin a été plongé dans la tumeur, il en est sorti un peu de liquide mucilagineux. Cela était important; car, selon M. Velpeau, si la tumeur avait été un abcès, il n'y avait pas à hésiter à l'ouvrir, parce que dans ces sortes de cas il est extrêmement rare que des adhérences ne se soient pas formées; et si par hasard le liquide eût été séreux, il y avait peut-être lieu de se demander s'il n'eût pas été convenable de vider le kyste et d'y pratiquer une injection iodée.

Après la ponction exploratrice, la nature du liquide étant connue, M. Velpeau a mis en usage le procédé de M. Grave; les tégnments ont été incisés, et le doigt porté au fond de la plaie a pu sentir manifestement la fluctuation.

Le premier temps de l'opération était terminé, la plaie a été pansée comme il a été dit plus haut, et depuis le samedi 2 décembre jusqu'au mercredi 6, rien de nouveau n'a été tenté.

M. Velpeau pensant que les adhérences avaient eu le temps de s'établir, a dû procéder au second temps. Au fond de la première plaie on sentait une bosselure très fluctuante; un bistouri étroit a été plongé dans ce point, et aussitôt un jet d'un liquide jaunâtre, très abondant, s'est élancé par l'ouverture; puis bientôt des masses filantes se sont présentées à l'orifice; elles ont interrompu l'écoulement du liquide; il est sorti un certain nombre de ces masses, et le jet a recommencé de nouveau.

Un stylet porté dans l'ouverture a pénétré d'abord dans une poche vaste, puis il a été arrêté par une paroi; mais en l'inclinant un peu, il s'est trouvé dans une large cavité. Au résumé, il est sorti de ce kyste du pus, des matières comme muqueuses, et un liquide analogue à du sérum. En un mot, c'était un liquide hydatique.

Les kystes hydatiques du foie sont une maladie qu'on peut dire assez fréquente, et dont le diagnostic est entouré d'une grande obscurité; le plus souvent, quand la maladie débute, elle reste ignorée tout à fait, même du malade; et ce n'est que quand déjà elle a fait d'assez grands progrès, qu'on commence à s'apercevoir de son existence. Ordinairement les malades se présentent avec une tumeur plus ou moins volumineuse dans l'hypocondre droit; ils accusent un sentiment de tension, de tiraillement, de gêne et de lourdeur dans cette région. Quelquefois la tumeur se circonscrit assez facilement; dans d'autres cas, il est impossible de la limiter; elle est ou molle ou fluctuante, ou d'une rénitence particulière qu'il est plus facile de sentir que d'exprimer. Selon le lieu que la tumeur occupe dans le foie, elle refoule le diaphragme et le poumon, ou l'estomac, ou les autres viscères de l'abdomen; l'état général du malade, dans les premiers temps, est peu modifié; cependant quelques-uns ont des ictères fréquents, et plusieurs se plaignent d'avoir maigri et de sentir leurs forces s'affaiblir chaque jour.

On voit que ces symptômes sont peu propres à donner des renseignements positifs sur la nature de la maladie. La percussion médiate ou immédiate, d'un si grand secours dans une multitude d'affections, jette ici peu de clarté sur le diagnostic. Elle apprend, il est vrai, que le foie est augmenté de volume; elle permet de le limiter, comme on l'avait fait dans le cas actuel; mais que peut-elle enseigner sur la nature de la tumeur?

M. Piorry a assigné comme caractère propre aux hydatides un bruissement particulier, une sensation de frémissement ou de collision des vésicules hydatiques quand on imprime un mouvement à la tumeur. Nous avouons n'avoir pas été assez heureux pour saisir encore un bruit pareil à celui-là. Selon M. Andral, l'absence de symptômes généraux coexistant avec une tumeur du foie, est un des signes qui peuvent mettre sur la voie du véritable diagnostic.

Bien que des sujets aient porté toute leur vie des hydatides du foie, et aient succombé dans un âge avancé à tout autre maladie; bien que d'un autre côté on ne puisse regarder ces sortes de tumeurs comme une maladie inévitablement mortelle, il faut dire cependant que le pronostic des tumeurs hydatiques du foie est en général très grave.

En effet, sans parler de la gêne qui résulte de la pression qu'exerce la tumeur sur les organes vers lesquels elle se développe, pression qui apporte des obstacles à l'accomplissement des fonctions de ces organes, obstacles mécaniques, et contre lesquels par conséquent les médications ne peuvent rien; il n'est pas toujours besoin qu'un travail s'établisse dans le kyste, sa présence seule suffit parfois pour amener des ac-

---

vos forces; vous êtes jugé: j'aurai long-temps sur le cœur votre diabolique décoction: *Manet alta mente repostum.*

Je vous dis que des procès nous n'en sortirons pas. En voici un des plus singuliers, qui, je le crois et je l'espère, n'a jamais eu d'analogue, et qui, avec tout ce qui se passe depuis quelque temps, sera propre à donner à la justice une bonne opinion du corps médical. C'est un procès de confrère à confrère, pour payement et fixation du prix d'honoraires. La chose est assez curieuse pour être racontée. — Dans un des faubourgs les plus célèbres de Paris exerce un praticien d'âge. Ses habitudes envers ses clients sont peu ordinaires, et surtout fort peu du goût des confrères ses voisins. La plus petite somme suffit à sa récompense. Il accepte dix sous, quinze sous, vingt sous, et quand il voit des pièces de deux francs, il est tenté de croire à quelque erreur de ses clients. Quand je dis qu'il accepte, je devrais dire qu'il reçoit; car, en général, c'est sa femme qui, tous les mois, munie d'un grand sac de toile, va faire sa petite collecte de gros sous qu'elle change ensuite aux bureaux d'omnibus. A ce petit commerce, notre confrère n'a pas manqué cependant de gagner une assez belle fortune, dont il est fort ménager. Ces détails étaient nécessaires pour bien comprendre ce qui va suivre. Ce médecin avait un parent fort riche qui vient de mourir, le faisant héritier d'une portion de sa fortune évaluée au moins à un demi-million. Ce parent avait été long-temps malade, et d'une maladie cruelle qui nécessitait des pansements journaliers. Son médecin était un de nos jeunes confrères. Quelque temps après sa mort, celui-ci envoie sa note aux héritiers, en fixant le prix de chaque visite avec pansement à la somme modeste de cinq francs. Qui croyez-vous qui s'est récrié, qui s'est gendarmé, qui a proposé une réduction ridicule, et finalement qui a refusé? Le vieux médecin lui-même qui, venant d'hériter de cinq cent mille francs, propose à son jeune confrère une transaction qu'il a refusée. De là procès. L'affaire viendra prochainement, et je m'informerai du résultat. Quel qu'il soit, les médecins ne peuvent voir qu'avec peine ces conflits de confrère à confrère, et les juges en seront certainement désagréablement impressionnés.

Comme compensation à cet incident assez triste, je remarque avec satisfaction que la médecine parisienne commence à jouer un rôle actif et prend sa part d'influence dans les affaires de la cité. Les dernières élections du conseil général du département ont amené la nomination d'un de nos honorables confrères, M. le docteur Thierry. Aux élections pour les fonctions de maire, plusieurs médecins se trouvent sur les listes de présentation; dans le deuxième arrondissement, M. le professeur Duméril; dans le sixième, M. Ségalas, quelques autres encore dont le souvenir m'échappe. Remarquons, en outre, que toutes ces nominations et présentations appartiennent à l'opposition; circonstance qui explique la répugnance du pouvoir à accorder aux professions libérales les droits électoraux. N'importe, ne nous laissons pas décourager; que nos confrères qui par leurs talents, leur position et leur fortune exercent une influence réelle sur leurs concitoyens, recherchent et saisissent toutes les occasions de leur montrer tout ce qu'il y a de digne, d'éclairé, et d'honorable dans le corps médical. A cette condition seule, notre profession reprendra son influence et son action sur la société, qui ne la dédaigne que parce qu'elle ne la connait pas.

— Je viens vous apporter une bonne nouvelle, disait autrefois saint Jean mon patron. Et moi aussi, mes chers lecteurs; car je ne vous annonce rien moins que l'*Evangile médical*, rien moins qu'un traité des *causes premières de la vie*, de *son essence* et de *ses lois*. Ce nouvel évangile selon saint Christophe, ou M. Christophe tout court, n'en est encore qu'à son premier volume, et de ce premier volume je n'ai encore lu que la dédicace, mais elle m'a procuré un si grand plaisir que je ne serai point assez égoïste pour ne pas vous le faire partager. Je copie textuellement:

PHILOSOPHES MÉDECINS

DE

TOUS LES SIÈCLES ET DE TOUS LES PAYS,

« C'est à vous que je dédie cette œuvre! A vous surtout qui avez plané ou qui planerez un jour sur toutes les intelligences sociales par la hauteur de votre génie! A vous qui, remuant le passé, le présent et l'avenir avez voulu ou voudrez sonder les mystères de la Nature et découvrir le secret ténébreux de l'éternelle vérité!.. .. Puisse mon âme transfusée dans cette doctrine, puissent les émanations échappées au travail de ma pensée, entrer en relation de sensorialité avec vos âmes, avec vos émanations! L'espérance de ce commerce séculaire est l'aspiration de la gloire; et sa réalisation est l'immortalité!.... Si les plus grands chênes d'une forêt s'influencent malgré l'éloignement, les intelligences excentriques ne correspondront-elles pas? Hippocrate, Aristote, n'avez-vous jamais sensationné Sydenham et Condillac; et vous Cabanis et Cuvier, ne nous impressionnerez-vous pas encore?.... Je salue donc votre auréole éclatante, génies passés, présents et futurs, en attendant que l'impartiale histoire juge et catégorise aussi notre nom, soit en le plongeant dans le Ténare mérité de l'oubli, soit en le couronnant peut-être d'un fraternel rayonnement d'avenir!..... »

Amen, monsieur Cristophe! Je désire de tout mon cœur que votre intelligence excentrique sensationne vos lecteurs et que votre âme transfusée dans la leur se mêle à leurs émanations, à celles surtout dont vous parlez à la fin du volume, émanations de 12 francs, qui seraient nécessaires pour terminer l'ouvrage.

— A Marseille, si j'en juge par *la Clinique* de cette ville, on me trouve, depuis le procès de M. Guérin, un peu triste, et même larmoyant, ce dont on me fait reproche. C'est avoir mauvais cœur. L'habitude de voir des naufrages a sans doute émoussé la sensibilité de nos confrères phocéens. Pour moi, qui n'ai vu la mer que du port au château d'If, où je ne pus même arriver, à cause de l'effroyable mal de mer, j'éprouve toute l'intensité des premières impressions, et je n'ai pu voir un homme se noyer sans chercher à le sauver, sans regretter vivement de n'avoir pu le faire. Qu'on rie de ce sentiment, qu'on le tourne en ridicule, je le veux bien, mais je ne puis changer.

— J'ai aussi reçu quelques lettres depuis mardi dernier. Il y en a deux qui sont signées; j'en remercie vivement les signataires, voilà tout ce que je peux en dire. M. C. H. possède une très belle écriture dont je lui fais mon compliment. M. O. manifeste de très beaux sentiments qui ne perdraient rien de leur élévation s'ils s'accordaient en genre, en nombre et en cas. Enfin, M. X. a vu la mer, et celui-là n'est pas effrayé d'un naufrage. Un peu de Charité, Monsieur! Je ne peux frire usage de vos communications, et le pourrais-je, que je ne le voudrais.

Jean RAIMOND.

P.S. D'après les remontrances de ma portière, femme de très grand sens, j'avertis mes correspondants, qui menacent de devenir nombreux, qu'elle ne recevra désormais que les *lettres affranchies*.

Sur l'inoculation de a rougeole; par M. le docteur DE KATONA.

M. de Katona a fait connaître les bons effets que l'on a retirés de l'inoculation de la rougeole pendant la durée d'une épidémie de cette affection. D'après ce qu'il rapporte de l'emploi de ce moyen, les résultats qui en ont été obtenus ont été la préservation complète de tous les sujets inoculés; car, bien qu'ils aient tous été affectés ensuite de l'exanthème rubéolique, cette maladie s'est montrée tellement légère que, chez tous, sans exception, elle s'est terminée sans le moindre accident.

La manière de pratiquer cette sorte d'inoculation est la suivante: A l'aide d'une aiguille à inoculation, on recueille, pendant la durée de l'efflorescence de l'exanthème, un peu du liquide mêlé de sang qui s'écoule d'une des vésicules rubéoliques légèrement excoriée, et l'on fait pénétrer ensuite cette gouttelette de fluide au-dessous de la couche épidermique, comme on le fait pour l'inoculation du virus vaccin.

(*Sachs't Augem Central Zeitung.*)

cidents, tels que le malade succombe, soit à la suite d'une péritonite causée par les tiraillements de la tumeur sur la séreuse, soit à une gastro-entérite, soit à une pneumonie ou une pleuro-pneumonie, selon la direction vers laquelle marche le kyste dans son développement. Le dépérissement, accompagné d'ictère, de douleurs dans l'hypocondre, de dyspnée, peut encore amener la perte du malade avant que rien ne soit changé dans la tumeur; toutefois, ce n'est pas là le cas le plus commun.

Le plus souvent, par l'effet d'une irritation intérieure ou interne, ou encore sous une influence qui échappe, l'inflammation s'empare du kyste, et du moment où la suppuration commence à s'y établir, il survient un dépérissement rapide; la fièvre hectique se manifeste, et le malade meurt en proie aux accidents qui signalent une suppuration interne. Une violence extérieure peut encore tuer le sujet porteur d'hydatides, en occasionnant la rupture de la poche et l'épanchement du liquide qu'elle contient dans la cavité péritonéale.

Mais on conçoit qu'elle doit arriver plus fréquemment, que la suppuration établie dans le kyste hydatique en ulcère les parois, les perfore, et que si des adhérences ne se sont point établies, il arrive ce dont nous avons déjà parlé plus haut, l'épanchement et la mort.

Il n'est pas extrêmement rare non plus de voir des kystes du foie se rompre dans l'estomac, le duodénum, le poumon, et les hydatides être rejetées alors par le vomissement, les selles, ou l'expectoration. Quelques kystes hydatiques se terminent encore en s'altérant, au point de ressembler à des athéromes, des stéatômes, dans lesquels on ne retrouve que des débris d'hydatides plus ou moins méconnaissables.

Enfin une dernière terminaison du kyste hydatique du foie, la plus fréquemment heureuse et aussi fort heureusement une des plus fréquentes, est la rupture du kyste à l'extérieur, après que des adhérences se sont établies entre le feuillet péritonéal du foie et le feuillet correspondant de la paroi abdominale; ce qui, du reste, est aussi le cas le plus ordinaire. Quand cette terminaison doit avoir lieu, le malade éprouve dans l'hypocondre une tension plus violente que de coutume, la tumeur soulève la peau; on sent une fluctuation obscure, l'inflammation gagne les téguments, la peau rougit, devient violette, s'entr'ouvre enfin, et laisse échapper soit un liquide séreux, soit du pus, et les débris d'une ou de plusieurs hydatides.

Quant aux caractères anatomo-pathologiques des tumeurs hydatiques du foie, on comprend qu'ils doivent varier selon la période à laquelle le sujet a succombé. Si le malade a péri avant qu'un travail inflammatoire se soit emparé du kyste hydatique, la tumeur ouverte présente l'aspect d'une poche résistante composée de diverses lames qui semblent superposées les unes aux autres et qu'on peut séparer sans trop de difficultés. Le tissu des kystes ressemble assez au tissu fibreux, sans pourtant présenter cette trame linéaire qu'on rencontre dans celui-ci. La poche varie en résistance selon que la tumeur est plus ou moins avancée. On en a vu dont les parois avaient jusqu'à un centimètre et même plus d'épaisseur. Ces poches sont, en général, fixées extérieurement à ce qui les entoure par un tissu cellulaire d'une densité assez peu considérable pour qu'on puisse les enlever; quelquefois pourtant les tissus voisins deviennent comme fibreux, et l'adhérence du kyste est alors très forte.

Il n'est pas excessivement rare de trouver dans la substance même des kystes des plaques cartilagineuses et parfois osseuses. La face interne des poches hydatiques est ordinairement couverte d'aspérités, de granulations et de matière qui ressemblent à des grains de plâtre.

Enfin l'on trouve dans leur intérieur un plus ou moins grand nombre d'hydatides constituées par des espèces de vessies sphéroïdales variant pour la grosseur depuis un grain de millet jusqu'au volume du poing. Ces vessies sont formées par une membrane qui a l'aspect du blanc d'œuf légèrement cuit, quelquefois un peu colorées par le liquide dans lequel elles nagent, mais en renfermant un qui, le plus souvent, est d'une limpidité et d'une transparence parfaites.

Si le sujet a succombé après que l'inflammation s'est emparée de la tumeur, le liquide qu'elle contient est purulent, mais il arrive encore souvent que les hydatides ont conservé leur transparence; quelquefois même quand le kyste a suppuré on voit sa membrane interne, semblable en tous points à celle qui constitue les hydatides, se détacher, et l'on rencontre son détritus dans le pus. Enfin, dans tous les cas, le duodénum, le colon, le diaphragme, le poumon comprimés selon le sens vers lequel s'est dirigée la tumeur, sont plus ou moins refoulés, enflammés, ulcérés même.

Pour ce qui regarde la question de savoir ce que sont les hydatides en elles-mêmes, c'est un problème difficile à résoudre et qui a souvent occupé les pathologistes. Bidloo pensait que les hydatides étaient formées, ainsi que les kystes séreux qui alors étaient confondus sous le même nom, par la dilatation des vaisseaux lymphatiques, que les valvules déterminaient le volume de chacune, de telle manière qu'elles présentaient une succession de renflements adhérents au sac, dont elles se détachaient par quelques mouvements violents qui les rendaient libres. Vitet, Jœger croyaient que ces hydatides étaient le produit de l'inflammation. Laënnec et Cruveilhier les ont particulièrement étudiées. Ce dernier pense que les hydatides sont des vésicules libres de toutes parts, vivant d'une vie propre et ne demandant à l'animal porteur que le lieu, la chaleur et les produits exhalés qu'elles ont le pouvoir d'assimiler.

Quoi qu'il en soit de ces diverses opinions, ce qu'on sait c'est que trois espèces d'hydatides ont été rencontrées dans les organes de l'homme: l'acéphalocyste, qui est de beaucoup la plus fréquente, qu'on trouve dans le poumon et surtout dans le foie; le cysticerque qui se montre dans le tissu cellulaire, les muscles et le cerveau, et enfin l'echinocoque humain, excessivement rare et peu connu.

Pour dire un dernier mot du sujet de cette observation, il est évident qu'il y a eu inflammation du kyste hydatique chez cette malade et qu'il est probable que la poche se serait rompue si on n'eût pris le parti de l'ouvrir, et que cette rupture aurait amené la mort. Il est parfaitement évident aussi que maintenant le kyste étant ouvert, on n'a remédié qu'à une partie de la maladie, on n'a fait qu'obéir à l'indication la plus pressante. Les dangers auxquels la malade reste exposée sont faciles à pressentir. Ce kyste a altéré le foie profondément, de plus, il représente une sorte de caverne inerte dans l'intérieur de laquelle l'air va pénétrer, réagir chimiquement et donner naissance à des produits nouveaux.

Cependant comme la science possède quelques cas de guérison, il peut rester une espérance.

On va placer une mèche dans l'ouverture et l'on pratiquera des injections détersives dans l'intérieur du kyste.

Du reste, nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra de nouveau chez cette malade qui présente une affection curieuse, intéressante et d'un diagnostic difficile et porté par M. Rayer avec ce talent qu'on lui connaît.

D[r] Pajot.

MAISON ROYALE DE SANTÉ. — M. Monod.

Hernie inguinale chez une femme. Suppuration autour du sac. Guérison.

Madame D..., âgée de soixante-treize ans, d'une forte constitution et d'un embonpoint très prononcé, est entrée le 17 septembre à la Maison royale de santé, pour une tumeur énorme siégeant à la partie inférieure de l'abdomen et dans la grande lèvre gauche.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sont les suivants:

Madame D... a toujours joui d'une excellente santé; c'est au point qu'elle ne s'est jamais alitée pour aucune affection, si ce n'est toutefois pour la petite vérole, qu'elle a eue dans son enfance. Réglée à treize ans, ses menstrues sont venues très régulièrement. Elle a eu douze enfants et trois fausses couches, dont deux à huit mois. Toutes les grossesses ont été simples et les accouchements heureux. En aucun temps elle ne s'est livrée à aucun travail pénible. Les aliments huileux n'ont pas prédominé d'une manière notable dans sa nourriture.

Madame D... est parfaitement sûre que ni son père, ni sa mère n'ont eu de hernie.

Il y a environ six ans, elle montait au troisième étage un seau d'eau. Arrivée à l'avant-dernière marche, elle sentit un craquement et une légère douleur un peu au-dessus de l'aine gauche. Rentrée dans son appartement, elle porta la main où s'était fait le craquement, et ne trouva rien. Au bout de vingt jours, un mois, ce léger accident était oublié, lorsqu'il survint dans le même point une petite tumeur grosse comme une noix, et dont le volume ne tarda pas à s'augmenter incessamment. A partir de ce moment, cette hernie se comporta comme les autres, et fut traitée de même. On ordonna un bandage à Madame D...; mais comme il était excessivement dur et douloureux, elle ne le supportait presque jamais: aussi la hernie, n'étant pas souvent contenue, prit un volume assez considérable.

Les choses en étaient là, lorsque, vers la fin du mois d'août, notre malade, qui demeure faubourg Saint-Denis, alla pendant trois jours de suite, et à pieds, sans bandage, voir un de ses enfants au marché du Temple. Le troisième jour elle eut de très fortes douleurs dans la tumeur herniaire, au point qu'en arrivant chez sa fille elle se trouva mal, et qu'on fut obligé de la reconduire en voiture. (Avant ce temps-là elle n'avait jamais souffert de sa hernie.)

Depuis lors la tumeur augmenta encore de volume; les douleurs persistèrent, mais un peu moins fortes et sourdes; elles n'ont jamais été pulsatives ni lancinantes. Un médecin appelé ordonna des cataplasmes sur la tumeur. Pendant quinze jours que madame D... resta chez elle dans cet état, il n'y eut pas de coliques, pas de nausées ni de vomissements. Les selles étaient rendues comme d'habitude. A part la hernie, qui avait augmenté de volume, et qui était un peu douloureuse, Madame D... ne se trouvait pas malade.

— *Etat de la malade lors de son entrée à la Maison de santé.* — A la partie inférieure de l'abdomen, au niveau à peu près de l'ouverture externe du canal inguinal gauche, commence une tumeur dont le diamètre est oblique de haut en bas, et légèrement de dehors en dedans. Son diamètre vertical est d'environ huit pouces, le diamètre transversal de quatre pouces; elle descend presque jusqu'à l'extrémité de la grande lèvre correspondante. Il n'existe aucun changement de couleur à la peau, et la pression est peu douloureuse. Les parois abdominales sont doublées d'une couche tellement épaisse de substance adipeuse, qu'il est impossible de sentir bien nettement l'ouverture cutanée du canal inguinal. La tumeur n'est ni dure, ni rénitente; elle est molle, pâteuse; offrant la sensation que donnerait une masse encéphaloïde ou une collection purulente profondément située. On n'aperçoit à sa surface aucune veine dilatée, variqueuse.

Pas de symptômes généraux, pas de nausées ni de vomissements. Les selles sont régulières; pas de coliques. La malade a de l'appétit. Un bistouri droit fut plongé dans la tumeur. La lame était enfoncée d'un pouce et demi environ, il sortit un peu de pus sur les côtés; alors M. Monod fit une incision de trois pouces au moins de longueur, et il sortit un flot de pus noirâtre extrêmement fétide, ayant l'odeur des matières stercorales. La plaie étant nettoyée, on put apercevoir au fond une espèce de poche d'un rose légèrement blanc, tranchant fortement sur la couleur rouge-noirâtre des parties environnantes, et qui ressemblait beaucoup à un kyste revenu sur lui-même, comme quand il est vidé à demi. Au doigt et à la vue, cette poche était lisse et donnait la sensation d'une séreuse; elle était légèrement piriforme, la pointe tournée en haut. Avec le doigt introduit dans la plaie, on sentait bien que le collet était dirigé vers l'ouverture cutanée du canal inguinal. Mais il était impossible d'arriver jusqu'à cette ouverture. Inférieurement, le foyer purulent occupait presque toute la longueur de la grande lèvre. Avant d'arriver au foyer, on avait eu à traverser environ un pouce de tissu graisseux. Pansement avec un linge cératé et fenêtré; lavement émollient; une portion.

Pendant trois jours la suppuration conserva l'odeur fétide et la couleur noirâtre qu'elle avait le jour de l'ouverture de l'abcès. Après ce temps-là le pus reprit ses caractères ordinaires, et la plaie marcha à la cicatrisation. La malade sortit le 3 novembre, l'incision n'étant pas encore entièrement fermée.

Avant l'ouverture du foyer purulent, on ne songea même pas à essayer le taxis pour faire rentrer la hernie; on comprenait, au premier aspect, qu'elle entrait pour bien peu de chose dans le volume de la tumeur. En palpant, il était impossible d'ailleurs de sentir le sac.

L'observation que nous venons de rapporter est un de ces cas dans lesquels on comprend de suite combien, sans tenir compte des renseignements, il est difficile, se basant seulement sur les signes et les symptômes, de porter un diagnostic exempt de toute incertitude.

Chez notre malade, si on se fût contenté, tout en examinant soigneusement la tumeur, des détails vagues et contradictoires qu'elle nous donnait, tout d'abord, à moins d'une bien grand perspicacité, je dirai même d'une espèce de divination, on devait songer tout aussi naturellement à une dégénérescence encéphaloïde qu'à une suppuration des enveloppes de la hernie. La première opinion avait peut être même, pour être vraie, plus de probabilités que la seconde. En effet, la malade et les personnes qui l'ont amenée nous disaient, l'une qu'elle souffrait beaucoup depuis quinze jours, l'autre qu'elle avait toujours souffert de sa hernie; que cette hernie avait toujours été en augmentant, et que le bandage était très dur et très douloureux. Si nous rapprochons cela de l'absence de caractères que présentaient les douleurs, de la consistance pâteuse, plutôt que fluctuante, de la tumeur, de la coloration normale de la peau, on conviendra qu'on devait songer nécessairement à une dégénérescence encéphaloïde, et cela est si vrai, qu'un des premiers chirurgiens de Paris qui avait examiné attentivement la tumeur, s'est prononcé pour cette opinion. Tout en admettant cependant la possibilité d'un foyer purulent dans l'observation qui nous occupe, il importait peu, au fond, pour les indications à suivre, que l'on eût affaire à une tumeur encéphaloïde ou à un abcès; mais cela importait énormément pour le pronostic et pour la malade; et puis, tous les cas ne se présentent pas aussi simples que celui que nous venons de rapporter. Ici on savait que derrière la dégénérescence encéphaloïde ou la suppuration, on trouverait sûrement la hernie; mais combien de fois, croyant ouvrir un abcès, explorer une tumeur, n'a-t-on pas ouvert l'intestin!

Un fait physiologique mérite d'attirer l'attention dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la coloration noirâtre et l'odeur de matières fécales qu'avait contractées le pus. Mais ceci ne se rencontre pas seulement pour la suppuration autour d'un sac herniaire, on l'observe encore dans les abcès de la fosse iliaque et de la marge de l'anus; dans les derniers, souvent la muqueuse est détruite; il y a communication entre le foyer et le rectum; la cause est évidente. Dans les deux premiers cas il n'en est plus ainsi: les tuniques intestinales sont parfaitement saines. Ne pourrait-on pas trouver une explication très satisfaisante dans les phénomènes d'endosmose et d'exosmose? Il est vrai que jusqu'à présent nous ne sachions pas qu'on les ait observés sur le vivant. Dans tous les cas, nous ne regarderions pas cela comme une objection. Nous devons noter de plus, que trois jours après l'ouverture de l'abcès, le pus avait repris sa couleur et son odeur ordinaires, l'exosmose n'avait plus lieu.

Nous croyons inutile de dire qu'après l'incision, on ne tenta nullement de réduire la hernie. Après une inflammation comme celle qui avait existé, des adhérences membraneuses s'y opposaient.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

LA CLINIQUE DES HÔPITAUX DES ENFANTS. 13 novembre 1843.

Du céphalœmatome sous-péricranien et de son traitement; par le docteur Otterburg.

Nous donnerons de ce mémoire la partie importante, la théorie nouvelle de la formation du caphalœmatome et son traitement. Voici comment s'exprime l'auteur:

Nous avons donné, en 1840, nos soins à une dame du quartier Richelieu pour un avortement à cinq mois et demi, et nous étions surpris, en examinant le fœtus, de voir sur le pariétal droit une élévation de la largeur d'une pièce de vingt sous, bien arrondie, et remplie d'un liquide rougeâtre qui avait, comme je m'en suis bien convaincu par l'ouverture, certainement nagé entre le périoste et le crâne..... Il y avait une circonstance qui excita ma réflexion, c'était l'absence complète du tissu cellulaire dans l'étendue de la tumeur, entre le crâne et son périoste; le liquide paraissait l'avoir remplacé, tandis qu'il se trouvait du tissu cellulaire bien caractérisé, en l'examinant sous la loupe, sur d'autres parties de ce petit crâne. Le péricrâne qui recouvrait la tumeur, en le comparant avec celui de la partie voisine, était épaissi, et sa face interne évidemment plus lisse; cette dernière qualité était aussi remarquable à la surface du crâne. Le cercle osseux des auteurs était marqué par la limite où le péricrâne, bien pourvu de son tissu cellulaire était adhérent au crâne, ce qui lui donnait un aspect élevé et laissait au doigt, promené sur la detite tumeur, le sentiment d'une élévation dure, formée par le périoste, son tissu cellulaire et le crâne déjà ossifié en cet endroit à l'âge de notre fœtus. Le péricrâne était donc entièrement décollé dans l'intérieur du cercle ou plutôt l'accollement normal au moyen du tissu cellulaire n'avait pas eu lieu. Ce tissu était anormalement remplacé par un liquide sanguinolent; ce liquide, qui avait probablement dû servir à le former dans les premiers temps de la vie fœtale, mais qui avait été aliéné par un défaut d'organisation, était resté inefficace, et au lieu de former une

partie solide pour favoriser l'union d'une membrane avec l'os, était resté à l'état de fluide.

Pour l'auteur donc, le céphalœmatome est un arrêt de développement du tissu cellulaire sous-jacent à la peau du crâne.

Le traitement doit être dirigé vers deux points essentiels ; stimuler l'absorption d'un liquide épanché et produire, par des moyens convenables, sur le point affecté une inflammation qui provoque une adhérence. L'emploi de l'iode remplit ces conditions. L'auteur a eu recours à l'hydriodate de potasse (4 grammes sur 30 d'axonge) deux à trois fois par jour, en petites frictions sur la tumeur. Il considère ce moyen comme spécifique, et pouvant résoudre et guérir la tumeur en trois à six semaine. Quand la résolution ne marche pas assez vite, il emploie en même temps, matin et soir, une légère compresse imbibée de teinture d'iode, en laissant la compresse, une fois placée, sécher sur la tumeur.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Novembre. (Suite.)

Mémoire sur une nouvelle méthode de hâter la guérison des plaies récentes; par M. Réveillé-Parise.

Les faits précédemment exposés, dit l'auteur, quoique empiriquement observés, sont néanmoins assez multipliés, assez évidents, pour faire admettre l'utilité de la ventouse dans les premiers moments d'une blessure reçue. Ces faits, anciens et modernes, deviennent, comme il arrive toujours, les vérificateurs de la science après en avoir été les matériaux, c'est-à-dire qu'en les interprétant d'après l'étude des phénomènes de la vie et ce que fournit l'expérience, il est bon de les formuler en principe clair et positif, pour en déduire des conséquences formelles et évidentes. Ainsi :

La *fin* ou le but qu'on se propose d'atteindre, c'est d'enlever tout principe étranger à la plaie qui vient d'être faite, afin que la nature soit libre dans ses opérations.

Les *conséquences* sont d'obtenir l'adhésion primitive, dite par première intention, ou bien, si cela n'est pas possible, de circonscrire, de diminuer la période d'inflammation et de suppuration.

Le *moyen* consiste dans l'application d'*une ventouse à pompe* sur la surface de la plaie, afin d'opérer une aspiration suffisante pour enlever le *détritus* qui, déterminant l'inflammation, retarderait les phénomènes de cicatrisation. On comprend pourquoi on doit préférer la ventouse à pompe à l'ancien procédé; ce dernier serait praticable à cause de la combustion qui en est la base. Tels sont le principe, les conséquences et le moyen qui, fondés sur l'expérience et les lois de la vie, établissent l'utilité de la méthode en question.

Trois remarques sont néanmoins importantes à faire ici. La première est que la *cucurbite* doit toujours être un peu plus large que la surface de la plaie, afin que cette dernière soit entièrement exposée à l'action de l'instrument.

La seconde, c'est de recourir le plus promptement possible à l'application de la ventouse. Plus cette application sera immédiate, c'est-à-dire rapprochée de l'instant de la blessure, plus il y aura de chances de succès. On conçoit en effet qu'un commencement d'irritation, bien plus encore d'inflammation, suffirait pour contre-indiquer l'application de la ventouse.

La troisième remarque enfin, c'est que ces applications ne sont nullement douloureuses, ou du moins ne le sont qu'à un degré très tolérable. La douleur n'est vive et réelle dans les plaies que quand la réaction inflammatoire se présente, et nous établissons qu'on doit alors s'abstenir de la ventouse. Du reste, la légère congestion capillaire qui a lieu par suite de cette application se dissipe en peu de temps ; quant au saignement par nappe, effet de la ventouse, lorsqu'il se manifeste, on le voit s'arrêter aussitôt que la ventouse est enlevée. On a pu acquérir d'ailleurs la preuve de la vérité de ces assertions toutes les fois qu'on a suivi l'excellent conseil donné par Celse et d'habiles praticiens modernes d'appliquer des ventouses dans les cas de morsures d'animaux enragés ; et pourtant il faut remarquer que les morsures sont en général des plaies très douloureuses.

Il est inutile de dire que l'emploi plus ou moins réitéré de la ventouse à pompe, n'exclut en aucune manière les autres moyens auxquels on a recours pour hâter et compléter la guérison des plaies récentes.

Note sur une espèce particulière de tumeur érectile, et son traitement ; par M. Bouchacourt.

Il résulte de ce travail, que de petites tumeurs douloureuses, d'une texture vasculaire, comme érectile, peuvent se développer dans l'épaisseur de la peau des doigts et des orteils, tout près de l'ongle. Ces tumeurs paraissent avoir pour siége la couche cornée des papilles, et pour caractère essentiel la réunion d'une grande quantité de vaisseaux ; leur dureté les éloigne tout à fait des tumeurs érectiles ordinaires. En se développant, elles peuvent devenir le siége d'une formation osseuse, analogue à l'exostose ; mais elles n'en conservent pas moins leur structure primitive. Enfin, l'excision et la cautérisation profonde semblent être des moyens assez énergiques, même dans cette dernière forme, pour en opérer, sans accidents et d'une manière complète, la destruction.

Sur un nouveau moyen de produire extemporanément un vésicatoire ; par M. Dauq, à Sténay (Meuse).

Ce moyen que l'auteur propose d'appeler *vésicatoire au verre de montre*, n'est, dit-il, consigné nulle part. Dans un verre de montre plat, versez huit ou dix gouttes d'ammoniaque très concentrée ; recouvrez le liquide d'une pièce de liége taillée sur un diamètre un peu moindre que n'est celui du verre, et appliquez ce petit appareil sur la peau préalablement rasée. Maintenez le tout en place à l'aide d'une pression modérée faite avec les doigts.

Aussitôt qu'autour du verre on remarque une zone rosée large d'environ 2 centimètres, on peut être certain que la vésication est achevée ; dans certaines occasions, trente secondes sont à peine nécessaires pour obtenir ce résultat. Il ne reste plus alors qu'à ôter l'appareil, laver la plaie et arracher avec des pinces à dissection l'épiderme qui vient aisément et tout d'un seul lambeau. Le pansement reste subordonné au but qu'on se propose, aux indications de la méthode endermique, par exemple.

Accidents toxiques et mort occasionnés par l'administration du tabac en lavement ; par M. Japiot.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-six ans, porteur d'une hernie étranglée et à qui, après des efforts infructueux de réduction on administra un lavement de 15 grammes de tabac. Un quart d'heure après les symptômes d'un narcotisme le plus intense survinrent, et le malade mourut vingt-cinq minutes après l'administration du lavement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la syphilis par le tartre stibié ; par M. le Dr Smee.

L'auteur fut conduit à essayer le tartre stibié dans les cas de syphilis, par ce motif, que ce médicament agit d'une manière très efficace dans plusieurs autres genres d'affections.

Suivant lui, on doit employer de petites doses souvent répétées de tartre stibié, pour en imprégner peu à peu tout l'organisme. Après avoir administré, s'il en est besoin, un purgatif, on donne, toutes les deux ou trois heures, de 20 à 60 gouttes de vin stibié, ou encore d'une solution aqueuse d'émétique. On lotionne en même temps les parties ulcérées avec du chlore de soude liquide plus ou moins étendu d'eau, suivant le degré de sensibilité des surfaces malades.

Sous l'influence de cette médication, M. Smee dit avoir vu la maladie s'arrêter de suite, si les symptômes étaient bornés à l'existence de quatre ou cinq taches rouges.

On doit continuer néanmoins, dans les cas de cette espèce, l'emploi du moyen pendant trois ou quatre jours, ou même pendant une semaine, et jusqu'à ce que les rougeurs aient disparu en entier.

Les ulcères simples doivent, d'après l'auteur, offrir déjà, au bout de vingt-quatre heures, une modification notable dans leur aspect. Aussitôt que l'ulcération a changé de caractère, il convient de ne plus le soumettre qu'à une ou deux lotions par jour ; et même, dans certains cas, il est bon de ne la recouvrir que d'un linge sec.

Des ulcères superficiels, même lorsqu'ils datent de trois à quatre semaines, parviennent généralement à guérison dans l'espace de quatre ou cinq jours. Toutefois, il est avantageux de continuer encore le tartre stibié jusqu'à ce que la peau ait recouvré son état normal et sa teinte antérieure.

Le traitement du chancre induré est tout à fait semblable à celui du chancre superficiel ; seulement on doit se rappeler que le tartre stibié doit être continué pendant tout le temps que l'induration persiste, même lorsque l'ulcère est déjà cicatrisé.

Dans tous les cas, le médicament doit être administré d'une manière très régulière dès le commencement du traitement, parce que c'est d'abord qu'il montre la plus grande efficacité ; plus tard, il doit être pris à doses progressivement croissantes, parce que, sous l'influence de l'assuétude, sans doute, il paraît perdre de son action énergique.

Dans les ulcères phagédéniques, le tartre stibié agit comme tonique doux ; toutefois, il a besoin d'être associé à des toniques plus actifs, tels que la quinine, le zinc, le fer. Ce dernier corps doit être administré à l'état de protoxide, parce qu'alors il agit mieux sur l'organisme.

Dans les cas d'insomnie ou d'affection nerveuse, on peut y joindre quelques gouttes de laudanum ou un peu de poudre de Dover.

Lorsque les sujets sont très faibles, il est bon de leur prescrire, tous les matins au lever, des frictions sur la surface du corps avec une serviette rude, jusqu'à ce que la peau rougisse légèrement.

Les bubons doivent céder avec plus de facilité, peut-être encore, au tartre stibié qu'au mercure.

Les éruptions cutanées, les maladies syphilitiques des testicules, des ulcères de la bouche et du pharynx, s'amendent et guérissent promptement ; mais dans les deux derniers cas on doit prescrire en même temps l'usage d'un gargarisme de chlorure de soude (4 à 30 grammes) pour un litre d'eau.

Pendant tout le temps que dure le traitement, le régime diététique doit être réglé suivant les circonstances ; cependant il doit, en général, être sévère, et tous les liquides alcooliques doivent être sévèrement interdits. (*The London medical Gazette.*)

Liqueur caustique de l'hôpital de tous les Saints, de Breslaw.

Cette liqueur, qui consiste dans une solution chimique de bichlorure de mercure dans l'acide azotique, paraît être le moyen caustique par excellence dans les cas de condylômes rebelles aux autres moyens analogues, tels entre autres que l'essence de *Thuya occidentalis*, etc. (*Rust's Magazin.*)

NOUVELLES.

Le défaut d'espace seul nous avait empêché d'insérer dans son entier l'adhésion de la Société de médecine de Bourges. M. le secrétaire de cette société nous écrit pour réclamer cette insertion. Nous nous rendons volontiers à cette invitation, tout en faisant remarquer que les principes qui sont contenus dans cette déclaration sont si généralement reconnus et admis, que nous ne croyons pas que la Société de médecine de Bourges leur donne une plus haute sanction et plus d'autorité. Ces principes sont assurément aussi les nôtres ; et la preuve, c'est que nous en acceptons la formule avec empressement. Jamais, pas plus que nous, la Société de chirurgie et les innombrables signataires de la déclaration, n'ont entendu soutenir la *calomnie* et les *calomniateurs*. Ajoutons, en outre, que le tribunal a pensé comme nous. Voici les termes de cette déclaration :

« La Société de médecine de Bourges adhère à la Déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France ; elle est convaincue que toute critique scientifique doit être permise dans l'intérêt même de la science ; *mais que cette critique doit s'arrêter là, et ne pas s'attaquer aux personnes, ni aller jusqu'à la calomnie.* »

— M. le professeur Trousseau a commencé ses leçons cliniques sur les maladies des enfants à l'hôpital Necker. Il les continue les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Un docteur en médecine désirant s'établir à Paris, voudrait acheter une clientelle.

S'adresser au bureau du Journal.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 DÉCEMBRE 43. (16e ANNÉE.) N°. 147. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Quelques considérations sur les polypes de l'utérus; leçon recueillie par M. SERRÉ, interne.

M. Lisfranc enleva dernièrement en ville deux polypes fibreux de la matrice. Il les présentait à ses dernières cliniques, et faisait remarquer le lacis, la membrane vasculaire qui les enveloppait. On sait combien il a insisté dans ses leçons et dans son ouvrage de clinique, sur cette membrane vasculaire. Il la regarde comme très fréquent et comme la source presque unique des métrorrhagies qui accompagnent la présence d'un polype dans l'utérus ou dans le vagin.

A ce sujet, il est entré dans quelques considérations sur les avantages que peut présenter la cautérisation de cette membrane vasculaire, sur l'opportunité de l'opération des polypes utérins, sur la préféreuce à donner, suivant les cas, à la ligature sur l'excision.

On trouvait, il y a quelque temps, dans un article de journal sur les polypes utérins :

1° Que la section du pédicule d'un polype n'était *jamais* suivie d'hémorrhagie ;

2° Que si l'on supposait qu'un écoulement de sang trop considérable puisse se faire après la section du pédicule, on pourrait s'en rendre maître par la cautérisation ;

3° Que les polypes avec métrorrhagies devaient être opérés de suite, puisqu'on ne veut pas de traitement préparatoire, puisque la faiblesse n'est pas une contre-indication, puisque, en un mot, on regarde la section du pédicule comme le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie.

4° Que l'excision devait, dans tous les cas, être préférée à la ligature, puisqu'on regarde cette ligature comme inutile et dangereuse, tandis que la section serait dépourvue de dangers.

M. Lisfranc est bien loin de partager ces idées. Je ne saurais, dit-il, admettre que la section du pédicule d'un polype implanté sur la matrice ne puisse jamais être suivie d'hémorrhagie.

En effet, il n'est pas sans exemple de voir des hémorrhagies se produire à la suite de cette opération ; j'en ai rapporté deux exemples dans mon ouvrage de clinique. Le sang peut alors venir de la surface d'un pédicule excisé, qu'il soit formé en partie ou en totalité par du tissu fibreux, par la membrane vasculaire, par le tissu de la matrice ; qu'il présente ou non des vaisseaux apparents. Les tractions exercés sur le polype pour l'amener au dehors, les différentes manœuvres nécessaires pour faire la section de son pédicule, ne peuvent-elles pas appeler sur la matrice un afflux considérable de sang, la congestionner fortement et donner lieu aussi à une hémorrhagie qui se fera par exhalation, comme l'écoulement menstruel, à la surface interne de la cavité utérine ? Dupuytren, dont on invoque et la pratique, et l'autorité, ne craignait-il pas cette hémorrhagie lorsqu'il conseillait de placer une ligature d'attente ! Et qui d'ailleurs pourrait ne pas croire à sa possibilité, lorsque Eschenbach, Levret, Dupuytren et M. Breschet, ont consigné dans les annales de la science des observations de polypes utérins qui renfermaient dans leur pédicule des vaisseaux volumineux !

Quant à la cautérisation, à laquelle on vous conseillerait de recourir si une hémorrhagie pouvait se produire à la suite de l'opération par excision, cette cautérisation est-elle sans danger? Je ne le crois pas. Elle vient s'ajouter à toutes les causes d'inflammation, telles que les tractions exercées sur la matrice, l'excision du polype, les activer en quelque sorte, et leur donner ainsi plus de puissance.

La ligature n'est pas toujours, je le sais, dépourvue de dangers :

1° Elle peut couper, au moment de son application, le pédicule du polype ; c'est ce qui m'est arrivé dernièrement à la Salpêtrière, pendant que je remplaçais mon honorable collègue M. Mance. J'avais affaire à une malade qui n'avait point d'hémorrhagie, mais que de longues souffrances avaient jetée dans un état de faiblesse extrême.

2° Elle peut porter sur une portion de l'utérus. C'est ce qui arrive lorsque le pédicule du polype est constitué en partie ou en totalité par le tissu de la matrice. On verra alors souvent survenir des douleurs violentes, des convulsions, des phlegmasies.

3° La difficulté de son application entraîne souvent dans des manœuvres longues et difficiles, pendant lesquelles les froissements, les déchirures du polype peuvent donner lieu à un écoulement de sang assez considérable pour avoir des suites funestes. Il est d'ailleurs des cas dans lesquels la forme de la tumeur s'oppose à son application.

4° Le séjour d'instruments dans le vagin, et les écoulements abondants et fétides qui suivent la gangrène du polype, sont d'autres inconvénients qui se rattachent à la ligature.

D'après un très grand nombre de faits, je suis porté à croire que la ligature expose plus à l'inflammation et moins aux hémorrhagies que l'excision. Aussi je préfère l'excision dans tous les cas où je dois opérer, excepté dans ceux où la plus légère perte de sang est à redouter, et même dans ces derniers je suis encore forcé de lui donner la préférence quand la forme de la tumeur s'oppose à l'application de la ligature.

Je suppose maintenant que vous connaissez les inconvénients de l'excision et de la ligature ; je suppose, dis-je, que vous soyez appelé auprès d'une malade qui porte un polype de la matrice, qui éprouve des hémorrhagies qui l'ont jetée dans un état presque anémique, chez laquelle l'écoulement d'une quantité de sang même très faible peut entraîner la mort, irez-vous couper le pédicule du polype ? irez-vous en faire la ligature ? Non, sans doute ; car vous vous exposeriez beaucoup à perdre votre malade, à la voir succomber soit à de violentes douleurs qui auront exalté l'innervation, soit à une perte de sang même peu considérable, soit à une inflammation qui surviendrait alors dans les conditions les plus défavorables.

Voici quelle est dans ce cas ma conduite.

J'établis d'abord cette distinction importante :

1° Ou le polype est dans le vagin ;

2° Ou bien il est contenu en totalité ou en partie dans la matrice.

I. Si le polype est dans le vagin et s'il n'est pas trop volumineux pour que je puisse en atteindre toutes les parties, je porte dessus un pinceau chargé de proto-nitrate acide liquide de mercure, je cautérise fortement la membrane vasculaire qui l'enveloppe et je taris ainsi la source de l'hémorrhagie. J'attends alors ; les forces reviennent, l'embonpoint reparaît, et bientôt je peux opérer dans des conditions infiniment plus favorables.

Mais si le polype est trop volumineux, si je ne puis en atteindre tous les points, je renonce à la cautérisation pour recourir à la ligature qui, dans ce cas, la femme étant presque exsangue, nous le répétons, a moins d'inconvénients que l'excision.

II. Arrive maintenant le cas où le polype est renfermé en totalité ou en partie dans la matrice. (Je suppose toujours qu'il existe des hémorrhagies et que la malade est presque exsangue.) 1° S'il se présente à l'orifice utérin, le col étant dilaté, ou s'il fait en partie saillie dans le vagin, j'introduis le spéculum, je porte sur sa portion libre un pinceau imbibé de proto-nitrate acide liquide de mercure, et je cautérise comme dans le cas où j'ai affaire à un polype qui ne soit pas trop volumineux, qui se trouve tout entier dans le vagin. Toujours, jusqu'aujourd'hui, cette cautérisation a arrêté immédiatement l'hémorrhagie.

On a pu voir, il y a quelque temps, un cas de ce genre chez une malade couchée dans la salle Saint-Augustin. Je soigne en ville un certain nombre de malades qui portent de ces polypes depuis plusieurs années et chez lesquelles la cautérisation arrête toujours et immédiatement des métrorrhagies qui apparaissent de temps en temps.

2° Si ce polype est entièrement renfermé dans la cavité de la matrice, si l'ouverture de cet organe est complétement fermée, je cherche d'abord à obtenir la dilatation du col, et si j'y parviens, je porte le proto-nitrate acide de mercure sur la portion du polype que je peux atteindre. L'hémorrhagie, comme dans le cas où le polype se montre à l'orifice du col ou fait saillie dans le vagin, cesse à l'instant même, bien que la cautérisation n'ait porté le plus souvent que sur un point assez limité de la tumeur. Je suppose ici que le polype étant comprimé dans presque toute l'étendue de la surface par les parois utérines qui le pressent, qui l'emboîtent et dans lesquelles enfin il est étroitement encaissé, ne peut fournir du sang que par l'endroit où il n'est pas en rapport avec elles, c'est-à-dire par le point qui correspond à la dilatation du col.

Si je ne parvenais pas ainsi, au moyen de la cautérisation, à arrêter immédiatement l'hémorrhagie, j'aurais de suite recours à l'opération. Toujours jusqu'aujourd'hui, je le répète, je suis parvenu à faire cesser immédiatement l'hémorrhagie lorsque j'ai pu atteindre le polype avec le proto-nitrate acide liquide de mercure. Et alors j'ai vu la constitution s'améliorer, les digestions se rétablir, l'assimilation reprendre toute son activité, les forces renaître, l'embonpoint reparaître et la nature finir assez souvent par chasser le polype dans le vagin. J'opérais ensuite dans des conditions bien plus favorables et avec beaucoup de chances de succès.

Voici un cas beaucoup plus rare et plus malheureux. C'est celui où le polype est contenu en entier dans la matrice, où il n'y a pas de dilatation possible du col, où les hémorrhagies continuent et menacent à tout moment de faire succomber la malade. Que faire alors? Il n'est pas permis d'attendre ; le plus léger retard peut être funeste. Il faut donc agir, et agir immédiatement. Je saisis le col avec des érignes, j'exerce des tractions lentes et continues, j'amène la matrice à l'orifice du vagin, je fends son col et j'opère suivant les indications que j'ai posées. Cette opération, pratiquée dans la matrice, est beaucoup plus difficile, beaucoup plus dangereuse et beaucoup plus souvent suivie de récidive que si elle est faite sur un polype qui a pénétré dans le vagin.

Je me résume et je suppose d'abord que le polype est dans le vagin :

1° Si la malade se trouve dans les conditions convenables pour le succès de l'opération, j'ai recours à l'excision ;

2° S'il existe des hémorrhagies, si la malade est presque exsangue, je porte le proto-nitrate acide liquide de mercure sur le polype et j'arrête ainsi l'hémorrhagie. J'attends ensuite pour opérer que les forces se soient rétablies ;

3° Si le polype était trop volumineux pour que je puisse en atteindre toutes les parties et arrêter l'hémorrhagie au moyen de la cautérisation, j'aurais recours à la ligature, à moins que la forme de la tumeur ne s'y opposât.

Vient maintenant le cas où le polype est renfermé en totalité ou en partie dans la matrice :

1° Si la vie de la malade n'est pas en danger, j'attends pour opérer que le polype soit descendu dans le vagin ;

2° S'il fait en partie saillie dans le vagin, s'il se montre à l'orifice de la matrice, le col étant dilaté, si la dilatation du col est possible dans le cas où l'utérus est complétement fermé, et s'il existe des hémorrhagies et que la malade soit dans un état presque anémique, je porte le proto-nitrate acide liquide de mercure sur la portion du polype que je puis atteindre ;

3° S'il est entièrement renfermé dans la matrice, si je ne puis dilater le col de cet organe, et s'il existe des hémorrhagies qui menacent de faire succomber le malade, j'abaisse l'utérus et j'opère en donnant la préférence, suivant les cas, soit à l'excision, soit à la ligature, soit au broiement, etc., etc.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Considérations sur les maladies des enfants.

Avant de vous entretenir des faits que vous avez pu observer dans notre service clinique, il importe de bien nous entendre sur la direction qu'il convient de suivre dans nos études, et sur le sens qu'il faut attacher à ces mots : *Maladies des enfants.*

Il est difficile de trouver une bonne définition. Celle que j'adopte, et qui a presque l'air d'une naïveté, est la suivante : « *Les maladies des enfants sont celles que les enfants éprouvent.* » Vous verrez tout à l'heure ce que j'entends par là, et comment se trouvera expliquée cette définition dont je ne me dissimule pas l'apparence presque ridicule.

Presque toutes les maladies, nosologiquement parlant, peuvent atteindre tous les âges ; il en est toutefois, et je n'ai pas besoin, je le présume, d'entrer dans des détails à cet égard, qui sont propres à certains âges comme à un sexe.

Parmi les maladies des enfants, je distingue donc, 1° celles qui sont exclusives à l'enfance ; 2° celles qui pouvant s'observer accidentellement à toutes les époques de la vie, sévissent pourtant d'une manière presque exclusive sur les enfants ; 3° celles qui communes à tous les âges, prennent pendant l'enfance et à cause de la constitution spéciale des malades, une forme, une marche spéciale, et réclament souvent un traitement particulier.

A. Les maladies exclusives de l'enfance ne sont que bien peu nombreuses ; et, sous ce rapport, elles pourraient être passées sous silence sans de très grands inconvénients. Toutefois, nous avons les monstruosités et les vices congéniaux dont nous n'avons pas à nous occuper, et de plus quelques affections dignes d'intérêt, telles que le céphalœmatôme quelquefois si fatal, l'inflammation de la cicatrice ombilicale, cause d'érysipèles presque invariablement mortels, la phlegmasie de la veine ombilicale, phlegmasie qui se communique au foie ou au péritoine, etc., quelquefois à l'un et à l'autre, et qui a également beaucoup de gravité ; l'endurcissement du tissu cellulaire, les accidents de la première dentition ; maladies qui appartiennent exclusivement aux premiers jours ou aux premiers mois de la vie.

B. Les maladies qui s'observent dans tous les âges, mais qui sont pourtant l'apanage presque exclusif de l'enfance, et qui, à ce titre, doivent toujours se ranger parmi les maladies des enfants, sont le croup, la coqueluche, les gourmes, le

muguet idiopathique, l'éclampsie, etc., etc. Il est clair, en effet, que le croup peut frapper même des vieillards, et j'ai pu, dans le département de l'Indre, voir une épidémie où plusieurs vieillards avaient péri victimes de l'angine maligne, et notamment un vieux garde-champêtre de soixante-quinze ans; mais tandis que dans la longue pratique d'un médecin, et quand le croup est seulement sporadique, on a tout au plus une fois l'occasion d'observer le croup chez un adulte, on a au contraire des occasions, malheureusement assez communes, de le voir chez des enfants de deux à sept ans. Il en est de même des convulsions. Il est hors de doute que l'éclampsie proprement dite n'est pas exclusive à l'enfant; et les femmes en couches, les individus atteints d'anasarque scarlatineuse, les ouvriers qui travaillent aux préparations saturnines, sont quelquefois frappés de convulsions; mais combien sont rares ces accidents, si on les compare à ceux des enfants! Il est donc légitime de ranger l'éclampsie, comme le croup, parmi les maladies du premier âge.

C. Toutefois, il faut bien reconnaître que les maladies qui se rangent sous les deux chefs indiqués plus haut, sont bien peu nombreuses en comparaison de celles qui peuvent atteindre en même temps tous les âges de la vie, telles que la cataracte, la pneumonie, la pleurésie, l'entérite, la dysenterie, les maladies éruptives, l'érysipèle, etc., etc., etc. Mais en affectant le vieillard aussi bien que l'enfant, ces maladies sont loin d'avoir la même marche, les mêmes symptômes, la même gravité, les mêmes expressions anatomiques, et loin enfin de réclamer le même traitement. Comparez la pneumonie aux différents âges: presque invariablement lobulaire dans les deux premières années de la vie, et le plus souvent mortelle; elle devient exclusivement lobaire chez l'adulte, et a beaucoup moins de gravité; et tandis que chez ce dernier elle s'accompagne d'une fièvre véhémente, que l'on peut considérer comme le type de la fièvre inflammatoire; chez l'enfant, elle est plus souvent signalée par le refroidissement que par l'augmentation de chaleur de la peau, et vous savez qu'il en est ainsi bien souvent chez le vieillard. Si maintenant nous étudions, comparativement, l'érysipèle dans les différents âges, nous voyons encore, dans les premières années de la vie, cette maladie presque invariablement mortelle; tandis que chez l'adulte, l'érysipèle non traumatique est rarement fatal. Il est donc convenable, il est indispensable de considérer ces maladies dans l'enfance, sous peine de ne pas s'en faire une idée nette. Ce que je viens de dire de l'érysipèle et de la pneumonie, s'applique à presque toutes les maladies. Il en résulte ce principe général: que toutes les affections, ou à peu près, ont, à une époque quelconque de l'enfance, un caractère spécial tenant à l'âge même du malade. Ce qui fera paraître un peu moins singulière la définition que je donnais au commencement de cette conférence: *Les maladies des enfants sont celles que les enfants éprouvent.*

Mais il importe singulièrement de bien s'entendre sur l'époque de la vie à laquelle cette influence de l'âge, en un mot sur l'époque à laquelle les maladies cessent d'avoir un caractère spécial, perdent leur forme *infantile*, si je puis me servir de cette expression, pour revêtir désormais la forme qu'elle conservera dans le reste de la vie, ou tout au moins jusqu'à la vieillesse.

Cette époque varie singulièrement; par conséquent, parmi les maladies, les unes resteront infantiles seulement pendant les premiers mois de la vie, les autres le seront jusque vers l'âge de dix ans; au delà de cet âge, il n'y a plus de maladies de l'enfance, en ce sens que les affections diverses revêtent la forme qu'elles auront désormais pendant la vie adulte,

Pour bien faire comprendre mes idées sur ce point, je me bornerai à vous citer quelques exemples.

L'érysipèle, depuis le moment de la naissance jusqu'à l'âge de trente mois à trois ans, a, chez l'enfant, un caractère spécial sur lequel j'aurai souvent à appeler votre attention dans le cours de ces conférences cliniques. Le mal envahit ordinairement toutes les parties du corps, et, assez souvent, dans le premier mois de la vie, se complique de péritonite, d'inflammation de la veine ombilicale, etc. Aussi, cette affection est-elle le plus souvent mortelle à cette période de la vie. Toutefois, à partir du moment de la naissance jusqu'à la fin de la troisième année, la mortalité va diminuant, en même temps que l'érysipèle se rapproche davantage de celui de l'adulte, sous le point de vue de la forme, de la marche et de la gravité. Cette maladie perd donc de bonne heure le caractère infantile.

Le muguet est dans le même cas. Comme affection symptomatique, il s'observe chez l'enfant plus souvent et avec une forme plus sévère que chez l'adulte; mais, à cela près, il se développe dans des conditions analogues. Mais le muguet idiopathique est à peu près inconnu chez l'adulte: très commun pendant le premier mois de la vie, il devient de plus en plus rare, pour ne s'observer guère passé l'âge de deux ans.

J'en dirai autant de la pneumonie lobulaire, de la méningite granuleuse, qui ne s'observent guère après l'âge de dix ans. De sorte que l'on voit des maladies garder le caractère infantile pendant quelques mois seulement, d'autres pendant quelques années; mais on peut dire qu'elles le perdent toutes vers dix ans.

Ce n'est pas seulement pour les maladies aiguës qu'existent ces époques, en quelque sorte climatériques. Les maladies chroniques sont aussi dans le même cas.

La phthisie tuberculeuse, ce fléau de l'humanité, fait un nombre infini de victimes chez les enfants à la mamelle, aussi bien que chez ceux qui se rapprochent davantage de l'adolescence; mais elle a, dans l'enfance, une forme toute différente de celle qu'elle offrira plus tard. Elle occupe presque constamment les ganglions bronchiques qui se tuméfient, s'abcèdent, et peuvent produire ainsi les accidents les plus étranges; de nombreux ganglions lymphatiques qui suivent le trajet des bronches dans le poumon participent eux-mêmes à la lésion, et simulent des abcès pulmonaires. Le développement des tubercules pulmonaires succède le plus souvent à une pneumonie lobulaire, et envahit par conséquent de préférence la base et la partie postérieure des poumons, contrairement à ce que l'on voit chez l'adulte. En outre, dans un grand nombre de cas, les ulcérations intestinales ne se trouvent pas à l'autopsie.

Cette forme, à peu près exclusive chez les enfants à la mamelle, ne l'est plus au même degré vers l'âge de sept ans; et elle disparaît presque complétement à dix ou douze ans, époque à laquelle la phthisie cesse d'être *infantile*, et prend désormais les caractères qu'elle conservera jusqu'à la vieillesse, époque de la vie où, suivant les curieuses observations de M. Beau, elle prend des formes et un caractère qui la séparent considérablement de la phthisie de l'adolescence et de l'âge mûr.

En nous résumant donc, on peut établir que, en général, après dix ou douze ans, il n'y a plus de maladies d'enfants; que déjà, après l'âge de deux ou trois ans, beaucoup de maladies commencent à prendre le caractère qu'elles auront le reste de la vie; enfin, que certaines affections ne conservent le caractère infantile que pendant quelques mois et même durant quelques jours.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT

Dans le traitement des maladies vénériennes ou réputées telles; par le Dr DESRUELLES.

(Suite du no 145.)

4° *Paraphimosis.* Dans un cas fort grave de paraphimosis avec gonflement considérable du gland et des bourrelets du prépuce, nous avons employé une forte solution de nitrate d'argent.

M. G..., âgé de vingt-quatre ans, à la suite d'un coït suspect, contracta une balano-posthite qui ne l'empêcha pas de se livrer à l'exercice du cheval. La fatigue de l'équitation fit augmenter considérablement l'inflammation. Voulant essayer de ramener le prépuce en arrière pour s'assurer si des ulcères n'y étaient pas cachés, M... chercha à découvrir le gland, et après de grands efforts et des douleurs vives il y parvint. Mais après avoir examiné les parties découvertes, et content de ne trouver qu'une lame de muco-pus qui était répandue sur la surface rouge du gland et du prépuce, il voulut remettre les parties dans leur état normal; toutes ses tentatives furent vaines. Le gland, étranglé par l'anneau préputial, acquit bientôt un volume double de ce qu'il était habituellement, et le prépuce forma derrière la couronne des bourrelets épais, rouges et très douloureux. Les parties irritées étaient réciproquement gênées l'une par l'autre, et chaque moment augmentait la constriction. Arrivé près du malade (c'était en janvier dernier), j'appliquai des fomentations froides pour diminuer la turgescence; mais n'ayant obtenu aucune amélioration, j'entourai les parties avec des bandelettes de linge imbibées d'une solution de 4 grammes de nitrate d'argent dissous dans 16 grammes d'eau distillée.

Le prépuce et le gland perdirent leur rougeur et leur extrême sensibilité; leur volume diminua considérablement, et la réduction du paraphimosis put avoir lieu peu de temps après.

Si nous avions rapporté toutes les observations que nous avons recueillies dans notre service au Val-de-Grâce pendant près de vingt ans, concernant les balanites, les posthites et les balano-posthites traitées par l'application du nitrate d'argent, cette note eût été inutilement grossie de la relation des mêmes faits. Qu'il nous suffise de dire que d'année en année, nous augmentions la dose du nitrate dans la solution que nous employions, et que la résolution de ces érythèmes était d'autant plus prompte que la solution était plus concentrée.

5° *Uretrites* (blennorrhagies). Nous ne nous occuperons pas ici ni de la méthode abortive récemment proposée, qui consiste à injecter dans l'urètre, atteinte d'inflammation aiguë, une forte solution de nitrate d'argent, ni des injections nitratées à doses modérées dont on se sert depuis long-temps pour tarir l'écoulement urétral après la chute de l'irritation, ou du moins quand les phénomènes observés font soupçonner qu'elle a disparu. Nous nous réservons d'aborder cet intéressant sujet, avec tout le soin dont nous sommes capable, dans l'ouvrage que nous allons publier sur la *blennorrhée*, ou *suintement urétral habituel*, sujet important, dont, jusqu'à ce jour, aucun praticien d'hôpital ne s'est occupé d'une manière spéciale. Ce livre, entièrement pratique, sera le résumé analytique de tous les cas connus de blennorrhées, et de ceux en très grand nombre, que nous avons observés, tant au Val-de-Grâce que dans notre pratique particulière. Il faut, comme nous, avoir dirigé pendant long-temps un service spécial, et se livrer à une pratique civile sur les affections vénériennes, pour se faire une idée du nombre toujours croissant de ces blennorrhées, des traitements variés qu'elles réclament, des conséquences graves qu'elles amènent, et des maladies funestes dont elles sont si souvent les suites. Il est à la fois curieux et affligeant de voir une simple blennorrhagie négligée ou mal traitée empoisonner toute une existence d'homme, et multiplier dans sa marche, insidieuse par son apparente bénignité, cette foule de phénomènes insolites qui simulent une multitude d'affections contre lesquelles viennent échouer les traitements qu'on croirait les plus propres à dissocier et anéantir les éléments du mal.

6° *Ophthalmies blennorrhagiques.* Cette redoutable affection marche avec une si grande rapidité, que nos moyens ordinaires, et parmi ceux-ci les antiphlogistiques les plus actifs, ne sauraient l'atteindre et l'arrêter. Il ne faut pas balancer, dès le début de cette phlegmasie désorganisatrice, à promener un crayon de nitrate d'argent sur la face interne des paupières, et d'y instiller du laudanum, revenir à cette cautérisation pour neutraliser les effets de cette effroyable inflammation. J'ai rapporté, dans mon Traité et dans mes Lettres, des observations qui constatent les merveilleux résultats de la pratique que nous conseillons; et dernièrement nous avons arrêté en peu de jours une ophthalmie blennorrhagique chez un jeune homme qui en était atteint. Deux cautérisations ont suffi pour changer la nature du mal et enrayer sa marche désorganisatrice. La réaction est combattue ensuite par les antiphlogistiques actifs et les frictions mercurielles à haute dose pratiquées sur les paupières.

7° *Ulcères vénériens.* C'est dans la période de formation que la cautérisation peut offrir des résultats avantageux. Certainement, lorsqu'on est appelé près d'un malade qui présente la pustule de formation, on peut empêcher le développement de l'ulcère, ou du moins changer sa nature en crevant l'épiderme et en cautérisant profondément la partie où elle apparaît; mais si l'ulcère est formé, l'indication n'est plus aussi générale.

Quand les ulcères siégent dans les follicules, qu'ils ont une base dure, que l'incubation a été courte, la cautérisation a peu de chances de succès; elle peut réussir, mais elle entraîne souvent des accidents fâcheux.

La cautérisation est toujours nuisible, surtout par les accidents constitutionnels qu'elle peut faire développer, lorsqu'après leur formation les ulcères vénériens croissent, s'étendent et suppurent abondamment.. Il n'en est pas de même lorsque la période de cicatrisation se montre.

On peut, on doit même cautériser les ulcères *vénéroïdes;* mais comment les distinguer des ulcères *vénériens?*

Il ne faut jamais cautériser ni les ulcères vénériens à base dure, ni les ulcères phagédéniques. Cette pratique est funeste; elle entraîne la production d'adénite, d'ulcères à la gorge, de végétations à l'anus, de maladies papuleuses et pustuleuses de la peau. Les exemples ne manqueraient pas s'il était nécessaire de les montrer.

8° *Ulcérations des amygdales, du pharynx, du voile du palais.* Ces ulcérations sont avantageusement touchées avec le crayon de nitrate d'argent. Il faut y revenir jusqu'à ce que leur aspect soit entièrement changé. On emploie ensuite le badigeon avec la forte solution.

9° *Ulcérations des cornets du nez.* Nous les touchons avec une sorte de bouillie de nitrate d'argent dont nous imprégnons des instruments en bois appropriés aux parties et revêtus de linge.

10° *Vaginites avec ou sans urétrite.* Dans la période la plus aiguë, on peut toucher la vulve et l'entrée du vagin avec la forte solution de nitrate d'argent; mais il est souvent préférable de calmer les phénomènes inflammatoires; puis, lorsque l'on peut introduire le spéculum, de cautériser les parois du vagin et de mettre une mèche de charpie enduite de cérat au nitrate d'argent. Nous avons guéri par cette méthode un nombre considérable de vaginites. La solution que j'emploie est une solution de 4 grammes de nitrate d'argent dans le même poids d'eau distillée.

Les vaginites chroniques cèdent également bien à ce mode de traitement; mais il faut renouveler les applications un plus grand nombre de fois. Il y a plus de quinze ans que j'emploie cette méthode avec un succès qui ne s'est jamais démenti.

11° *Rougeurs érythémateuses, rougeurs foncées du col avec engorgement mou de l'une ou de l'autre lèvre et abaissement de la matrice.* Ces cas sont très communs; ils cèdent à l'application répétée tous les quatre ou cinq jours de la forte solution de nitrate d'argent.

12° *Erythème du museau de tanche avec ulcérations superficielles ou végétations granuleuses.* Dans ce cas, c'est la pierre infernale qu'il faut porter dans la partie malade, et immédiatement toucher l'intérieur avec un pinceau imbibé de la forte solution.

13° *Métrite chronique avec gonflement induré du col et même du corps de l'utérus, et érythème ou inflammation du museau de tanche et de la paroi interne.* Ce cas grave, outre les moyens médicaux qu'il n'entre pas dans mon sujet d'indiquer, exige une cautérisation profonde portée dans l'intérieur de la matrice avec un pinceau imbibé de la forte solution qu'on introduit à travers le col; on doit ensuite l'y laisser une demi-minute à une minute, et appliquer sur le col un gros pinceau imbibé de la même solution.

14° *Démangeaisons de la vulve.* Nous ne connaissons rien de plus efficace pour les faire cesser que l'application assez souvent répétée de la forte solution de nitrate d'argent.

Nous sommes loin sans doute d'avoir indiqué tous les cas dans lesquels le nitrate d'argent est indiqué et devient un moyen précieux; nous n'avons voulu donner aujourd'hui qu'une simple note sur l'emploi du médicament dont, il y a peu d'années encore, les chirurgiens ne se servaient que pour réprimer les bourgeons charnus des plaies, ne sachant pas que la thérapeutique le placerait un jour au nombre des moyens qui agissent à l'instar des antiphlogistiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 décembre 1843. — Présidence de M. P. DUBOIS.

L'exiguïté du local n'a pas permis de donner à cette séance la solennité accoutumée.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel, lit un rapport sur les prix de 1843. Il annonce qu'à l'inauguration de la nouvelle salle, M. le secrétaire perpétuel lira un discours dans lequel il fera l'histoire de l'Académie, et M. Bousquet lira l'éloge de Bourdois de la Mothe et Double.

Voici l'indication des prix, et le programme pour l'année 1845.

PRIX DÉCERNÉS.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1843 les questions suivantes:

Prix de l'Académie. — « Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte) ; en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel ; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvénients de l'opération de la trachéotomie. » Ce prix était de 1500 fr.

L'Académie a décerné le prix à M. Valleix, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 3, et une mention honorable à M. Delasiauve, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal.—« Du mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale.» Ce prix était de 1200 fr.

L'Académie n'a pas donné de prix ; elle a accordé un encouragement de 600 fr. à M. Baron (Charles), médecin à Paris.

Prix Civrieux. — « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix était de 2000 fr.

L'Académie a décerné le prix de 1000 fr. à M. Gintrac, médecin à Bordeaux, auteur du mémoire n° 2 ; un encouragement de 6 0 fr. à M. Gaussail, médecin à Toulouse, auteur du mémoire n° 1, et un de 400 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 4.

Prix Itard. — Des circonstances s'opposent à ce que ce prix, d'une nature particulière, puisse être donné actuellement ; il le sera à la séance publique de cette année.

Prix pour la propagation de la vaccine. — M. Gaultier de Claubry a proclamé les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1845.

Prix de l'Académie. — « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon ; établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. » Ce prix sera de 1500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » Ce prix sera de 1200 francs.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : « De l'hystérie. » Ce prix sera de 1200 fr.

Prix Itard (de 1843). — Il ne sera décerné qu'à la séance publique de cette année, remise à 1844.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale » de médecine une inscription de 1000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un » prix triennal de 3000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meil- » leur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée ;* » et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera » de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publica- » tion. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de » 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira, du » jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera » donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus impor- » tant apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des » rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas » seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art » de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez nota- » ble pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder » à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces » six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1838, sera décerné en 1844 ; sa valeur sera de 8238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Acad. du 1er sept.* 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1844.

Prix de l'Académie. — « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différents rapports. » Ce prix est de 1500 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, a été remise au concours.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours.» Ce prix est de 1200 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, est remise au concours.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : « Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent. » Ce prix est de 2000 fr.

Les mémoires, pour ces trois concours, dans les formes usitées, et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1844.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 décembre 1843. — Présidence de M. Dumas.

M. Pariset, au nom de MM. Serres, Flourens et au sien, fait un rapport sur un mémoire de M. Séguin, relatif à une méthode d'éducation appropriée aux jeunes idiots et aux jeunes imbéciles.

Le rapporteur, après avoir tracé le tableau des diverses variétés de l'idiotie, après avoir exposé les difficultés de l'éducation des idiots, ajoute : Cependant nous aimons à le déclarer, ces difficultés extrêmes, M. Séguin les a en grande parties surmontées. Une gymnastique variée a donné aux muscles de ses élèves une force plus grande et plus égale. Conduits par des sens mieux exercés, les mouvements qu'ils exécutent ont plus de justesse et de précision. Ainsi ces idiots ont appris à subordonner l'action des organes à celle de l'esprit ; ce dont ils ne s'étaient jamais avisés. Par des méthodes d'enseignement qui lui sont propres, et dont le détail serait ici déplacé, il a initié ses élèves à la connaissance des lettres, à la lecture, à l'écriture, au dessin, aux premières notions de l'arithmétique et de la géométrie. Par le rapprochement des différentes qualités des corps, il les a familiarisés avec les idées abstraites de figure, de coloration, de densité, de pesanteur, etc., et avec les idées de rotation d'un ordre plus élevé, et qui sont les dernières que l'intelligence puisse acquérir, et telles que les idées d'ordre, les idées d'autorité, d'obéissance et de devoir. En appliquant ainsi ses élèves aux travaux du corps et de l'esprit, il les a rendus plus robustes et plus sages. Il a fait une heureuse diversion à des habitudes secrètes et funestes ; et peut-être parviendra-t-il à les leur faire oublier ; car n'ayant qu'une certaine dose d'activité, plus l'homme en donne au travail, plus il en ôte à ses mauvais penchants.

M. Séguin a donc ouvert une nouvelle carrière à la bienfaisance. Il a donné à l'hygiène, à la médecine, à la philosophie morale, un exemple très digne d'être suivi. En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer d'écrire à M. Séguin, pour le remercier de la communication qu'il vous a faite, et l'encourager dans sa charitable entreprise.

Ces conclusions sont adoptées.

— *M. Lefoulon* envoie un mémoire sur les moyens de prévenir et de corriger les irrégularités de la seconde dentition.

M. Lefoulon commence par présenter quelques considérations sur la manière dont les dents permanentes succèdent aux dents de lait. Voici ce qui arrive souvent dans cette circonstance : les deux premières dents de lait étant tombées, deux autres dents se présentent ; mais celles-ci étant plus larges que les précédentes, elles sont obligées de se placer de côté. Alors les parents ont recours à un dentiste, qui manque rarement d'extraire les dents voisines, afin de faire place aux dents nouvelles. Mais qu'advient-il ? Bientôt apparaissent deux autres dents qui sont loin de trouver l'espace nécessaire. Il faut alors extraire les canines, dont la place est à peu près complétement remplie par les quatre incisives de la seconde dentition. Vient ensuite la chute des molaires. On croit que la différence de volume des dents secondaires suffira pour faire place aux canines permanentes qui ne sont pas encore apparues. Mais c'est une erreur ; car il vient de pousser quatre grosses molaires qui, chassant sur l'avant de l'arcade dentaire, ont rempli l'espace sur lequel on comptait pour les canines. Toutes les dents sont jusque-là bien rangées, la satisfaction est générale ; mais voici sur les gencives des protubérances qui annoncent la présence de quatre autres dents : ce sont les canines, qui donnent lieu à ce qu'on nomme les surdents, faute de trouver sur l'arcade dentaire une place que, mieux avisé, on aurait eu soin de leur ménager.

Afin de redresser les dents ainsi déviées, on voit des praticiens en sacrifier une ou plusieurs. M. Lefoulon pense que c'est payer trop cher la cessation d'une difformité simplement désagréable, que de l'acheter par la perte d'un organe important que la nature elle-même ne peut réparer. Il s'élève aussi contre la luxation artificielle appliquée à la déviation des dents.

M. Lefoulon, pour restituer aux parties leur disposition normale, a eu l'idée de mettre à profit l'extensibilité que présentent la voûte du palais et les arcades dentaires. S'il s'agit de difformité provenant de l'extrême étroitesse du palais, il emploie des ressorts qui agissant tantôt concentriquement, tantôt excentriquement sur l'arcade, viennent exercer une pression sur la couronne des dents atteintes d'obliquité, le plus près possible de leur bord libre. Par là, ce dentiste obtient même l'élargissement du palais ; c'est donc un fait acquis à la science, dit M. Lefoulon, que ni la voûte palatine, ni les arcades dentaires ne sont invariablement fixées dans leur dimension, comme on l'a cru pendant long-temps.

S'il y a simple inclinaison, soit en avant, soit en arrière, sans rotation des dents sur leur axe, il suffit d'un seul ressort en or, façonné en fer à cheval, et de telle sorte que sur les côtés il s'adapte aux anfractuosité des dents. S'il y a déviation des dents sur leur axe on emploie un second ressort qui consiste en une petite plaque d'or plus ou moins longue, selon qu'elle doit agir sur une ou plusieurs dents. A l'aide de deux fils de soie on serre fortement les deux extrémités sur le grand ressort, en calculant la pression de manière que le centre de la plaque agisse uniquement sur le bord de la dent qui se trouve hors ligne.

— *M. Clias* adresse son mémoire sur la somascétique naturelle.

— *M. Bonjean*, pharmacien à Chambéry, adresse une note sur l'action obstétricale de l'ergotine. Voici le fait qui a donné lieu à cette note, fait observé par M. le docteur Levrat-Perroton :

Une femme, dont la grossesse a été des plus orageuses, surtout au commencement de la gestation, arrive enfin au terme de sa grossesse. Des douleurs d'enfantement se font sentir ; elles sont assez vives pendant quatre jours, sans amener pourtant aucun résultat probable. Pendant ce laps de temps, le toucher pratiqué plusieurs fois n'apprend rien de la position du fœtus, car je ne puis même atteindre le col utérin. Au troisième jour de ces préliminaires de travail, un fluide sanieux et fétide s'échappe par le vagin ; les mouvements de l'enfant sont nuls. C'est alors que je porte un fâcheux pronostic en annonçant la mort du fœtus, et que déjà il existe une décomposition putride. Le quatrième jour même état et toujours impossibilité d'arriver jusqu'au col de la matrice ; il existe néanmoins de rares et courtes douleurs. A cinq heures du soir, je prescris la potion d'ergotine de M. Bonjean, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Ce remède provoque incontinent d'énergiques contractions expulsives, et à dix heures le fœtus est expulsé. La suite de cet accouchement n'a rien présenté d'anormal.

— *MM. Gruby* et *Delafond* adressent des recherches sur des animalcules se développant en grand nombre dans l'estomac et dans les intestins pendant la digestion des animaux herbivores et carnivores.

En 1685, Lowenhœck a le premier découvert trois espèces d'animalcules microscopiques dans les excréments des grenouilles. Bory de Saint-Vincent, Muller, Ehremberg, ont aussi constaté la présence d'animalcules dans les excréments des salamandres. Lowenhœck dit avoir vu trois espèces d'infusoires dans les excréments des pigeons, des poulets, et même de l'homme ; mais cette dernière découverte fut mise en doute par d'autres observateurs, et particulièrement par Ehremberg.

Jusqu'à ce jour aucun observateur n'a donc démontré l'existence d'animalcules vivant dans l'estomac, et pendant la digestion des animaux supérieurs.

Les animaux ruminants ont, pendant le travail de la digestion, dans le rumen et le réseau, quatre espèces d'animalcules vivants. Les auteurs en donnent ici la description, qui serait difficilement suivie sans le secours des figures.

— M. le docteur *Lafargue* (de Saint-Emilion) adresse une lettre sur l'emploi de la vératrine par inoculation dans le traitement des névralgies faciales, et dans celui de quelques paralysies bornées. On s'y prend pour cette inoculation de la vératrine, préalablement délayée dans une gouttelette d'eau, de manière à en obtenir une sorte de pâte, absolument comme on le fait quand on inocule le virus vaccin.

Aussitôt l'inoculation opérée, le sujet sur lequel on a agi ressent à l'intérieur de chacune des petites plaies une vive douleur, dont on ne peut mieux se rendre compte qu'en la comparant aux élancements qui résulteraient de l'enfoncement sans cesse réitéré de la pointe d'une aiguille à coudre au milieu de la peau.

Cette sensation douloureuse, qui est à son apogée au moment de l'inoculation, se soutient aussi vive pendant dix minutes, diminue ensuite graduellement pour disparaître au bout d'une heure, et avec elle disparaissent aussi l'auréole qui s'est développée autour de la piqûre, et la papule qui s'est formée au-dessous de celle-ci.

Les prosopalgies qui ont résisté aux moyens thérapeutiques ordinaires, et ces cas sont nombreux, trouvent dans l'inoculation de la vératrine un agent qui les domine la plupart du temps.

M. Lafargue pratique dans ce but, matin et soir, une douzaine d'inoculations avec cet alcali sur le point précisément le plus douloureux. Aucun phénomène général n'en résulte. Il est à remarquer que la sensation du remède neutralise pour ainsi dire la douleur du mal. Dans les paralysies, l'influx nerveux se trouve vivement stimulé par cette inoculation, et très souvent, pendant qu'il opérait, il a vu de légers mouvements convulsifs se produire. Mais c'est surtout dans les paralysies du sentiment que cette méthode trouve son application.

— *M. Kemmerer*, médecin à l'île de Rhé, envoie un travail sur l'aérophalax, ou l'art de conserver les animaux par l'air. De près de deux cents expériences il résulte, dit l'auteur, que tout cadavre entier, pourvu d'une peau intacte et suspendu au milieu de l'air libre, de manière à ne toucher les objets environnants par aucun point, à l'abri des mouches, sans introduction d'aucune substance dans le corps, se conserve sans putréfaction, et tend à se dessécher au bout d'un certain temps ; que les procédés d'embaumement employés jusqu'à ce jour sont tout à fait indifférents, puisqu'on obtient les mêmes résultats avec ou sans eux, et qu'on doit attribuer leur efficacité aux circonstances de l'aérophalax.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 novembre 1843. — Présidence de M. Fouquier.

(M. Léger, vice-président, occupe le fauteuil.)

M. Serrurier, secrétaire-général, soumet à la Société le compte-rendu de la séance du 26 octobre, consacrée à la reddition des comptes de l'année 1843.

— *M. Lefebvre*, membre titulaire, écrit pour solliciter le titre de membre honoraire.

— La Société reçoit :

1° Un Mémoire de M. Geute, sur un nouveau moyen de réduire certaines hernies difficilement réductibles ;

3° Un autre Mémoire du même auteur sur le traitement des brûlures ;

3° Un Mémoire italien sur la cure et la conservation des dents, par M. Fattori.

— La Société de chirurgie de Paris envoie plusieurs exemplaires de la protestation en faveur de la liberté de discussion des faits scientifiques, avec invitation de la signer. Une discussion vive s'engage à ce sujet. Plusieurs membres pensent que la liberté scientifique n'est point, et ne saurait être sérieusement en péril ; qu'il n'y a pas plus de raison de protester pour elle que pour la *lumière*, la *vertu* ou toute autre vérité dont l'existence n'a nul besoin de protestation ; que la Société doit d'autant moins s'occuper de cette question, comme corps, que les principes invoqués dans la protestation peuvent servir de voile à des passions particulières. Il a été répondu par d'autres membres qu'il importait peu qu'il y eût ou non des intérêts particuliers en jeu ; que la Société n'avait à considérer que les principes proclamés par la protestation, principes qu'il était de son devoir et de son intérêt de défendre du moment où ils étaient attaqués.

Le scrutin secret a décidé que la question devait être écartée, comme étrangère aux délibérations habituelles de la Société.

Chacun s'est empressé de signer en particulier (1).

— *M. Schuster* adresse des observations de plusieurs tumeurs guéries par l'électro-puncture. Une jeune malade portait à la tempe gauche deux kystes lipomateux du volume d'un marron ; l'un, à un centimètre de distance de l'angle externe de l'orbite ; l'autre, à quelques millimètres en arrière. Voici comment l'auteur décrit le procédé opératoire : « M'étant armé de quatre aiguilles d'acupuncture, dont deux en acier et deux en platine, j'implante ces conducteurs aux deux extrémités antérieures et postérieures du kyste le plus volumineux et j'en fais pénétrer les pointes à une profondeur suffisante pour leur faire traverser le kyste dans toute son épaisseur, de manière à en perforer les deux parois. Après quoi j'attache à chaque paire d'aiguilles un fil métallique communiquant, celui des aiguilles de platine avec le pôle zinc ou oxygène d'une pile voltaïque de 30 éléments chargés au premier degré de mon sélénomètre (1 partie d'acide nitrique sur 39 parties d'eau, en ayant soin d'opérer le mélange seulement au moment de l'application et de verser l'acide concentré directement sur les métaux), et je débutai par la dose la plus faible et n'écartant les pièces de l'armature que d'un seul élément. La malade n'ayant accusé qu'une très faible sensation, j'augmentai lentement le degré de l'écartement polaire, en m'arrêtant dès que la malade m'annonça le sentiment d'une légère cuisson. Cette perception s'étant promptement apaisée, j'accrus de nouveau l'intensité des courants, et ainsi de suite, jusqu'à l'apparition d'une auréole érythémateuse assez prononcée autour de chaque point d'immersion aciculaire. Dès que ce phénomène se fut manifesté, je retirai les conducteurs implantés dans les kystes, et à l'instant même toute sensation incommode avait cessé pour la malade. Quant aux tumeurs, elles n'offraient d'autres traces de galvanisation qu'un léger gonflement emphysémateux, résultat de la décomposition des éléments aqueux de la matière enkystée.

Le lendemain aucun changement appréciable n'est survenu dans le volume des deux tumeurs ; j'éprouve même de la difficulté à découvrir les traces de l'opération de la veille ; cependant je cherche à réintroduire les aiguilles exactement par les même points que la veille, afin d'arriver plus promptement à la formation de petits trajets fistuleux capables de livrer issue au contenu de ces tumeurs. La durée de l'application est d'une demi-heure ; le double de celle de la veille.

Le troisième jour du traitement à peu près même état que la veille ; toutefois les points d'immersion des aiguilles commencent à devenir proéminents, et les dimensions des deux kystes semblent avoir subi une faible réduction.

Enfin le cinquième jour, après quatre applications, je puis constater une réduction subite et tout remarquable survenue dans le volume des deux tumeurs, circonstance qui semble dénoter une communication établie entre les deux kystes. De plus, des escharres commencent à se former distinctement aux endroits traversés par les aiguilles, le long desquelles on voit sourdre un liquide écumeux qui paraît être formé par les parties aqueuses du lipôme entremêlées de bulles gazeuses (d'oxygène et d'hydrogène) et de quelques traces de pus. Les escharres ayant acquis, après trois nouvelles applications, un diamètre de 4 à 5 millimètres chacune, je crus, malgré la diminution croissante de la tumeur qui semblait en présager la diminution prochaine par les seuls effets de la décomposition chimique et de l'accroissement des fonctions abondantes, je crus devoir terminer le traitement en élargissant, à l'aide d'un trocart explorateur, la perforation de l'une des aiguilles, de manière à créer une fistule à travers laquelle je pus exprimer sans difficulté la matière lipomateuse sous forme de petits cylindres vermiculaires, manipulation qui suffit pour vider les deux kystes sans provoquer la moindre douleur. Après m'être assuré de la vacuité des deux poches j'introduisis dans le canal fistuleux une petite mèche de charpie, puis je soumis la tempe à une compression convenable pour favoriser l'adhésion des parois et l'oblitération des kystes, en recommandant au père de l'opérée d'enlever chaque jour les mèches ainsi que le bandage et d'expulser les matières qui pourraient s'être accumulées dans la poche, à l'aide de quelques douces pressions, assez ménagées cependant pour ne point rompre les adhérences. Effectivement l'oblitération des kystes suivit une marche tellement rapide que trois à quatre jours après la dernière séance de galvano-puncture les fistules

(1) 21 membres assistaient à la séance, et 17 ont signé la Déclaration ; ce sont :

MM. Félix Legros, D.-M. ; Duhamel, D.-M ; Moret, D.-M. ; Serrurier, D.-M. ; Tanchou ; Henri, D.-M. ; Belhomme, D.-M. ; Jacques Sorlin, D.-M. ; A. Foucart, D.-M. ; Pédelaborde, D.-M. ; A.-L. Terrier, D.-M. ; P. Guersant, D.-M. ; Thore père, D.-M. ; Martin, D.-M. ; Chalus, D.-M. ; Depertuis, D.-M.

se fermèrent définitivement et sans laisser subsister la moindre trace de leur présence.

Dans un autre cas, M. Schuster ne se servit que d'aiguilles en acier, et il en multiplia le nombre de manière à obtenir promptement des eschares suffisamment étendues ; il éleva la dose du galvanisme à un degré suffisant pour déterminer l'impression d'une médiocre cuisson. A peine une demi-heure fut-elle écoulée qu'une profonde eschare, comprenant toute l'épaisseur des téguments, avait envahi le périmètre de chaque groupe d'aiguilles, eschare qu'il fut facile de perforer, sans douleur pour la malade, à l'aide d'un trocart capillaire, de manière à creuser deux fistules qui livrèrent aussitôt passage à une bouillie épaisse, grisâtre et fétide.

Le secrétaire annuel, Eguisier.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du chlorure de cuivre ammoniacal contre le vomissement chronique; par M. le docteur Eitner, de Steinau.

Un jeune soldat se trouvait convalescent d'une fièvre typhoïde grave, pendant le cours de laquelle une gangrène métastatique étendue s'était manifestée à l'un des grands trochanter, en s'accompagnant d'une hémorrhagie abondante et qui avait failli entraîner la perte du sujet. Pas n'est besoin de dire combien ce dernier était, par suite de cet accident, plongé dans un état de faiblesse générale. D'une pâleur extrême, tous ses membres étaient agités de tremblements, ses pas étaient chancelants; il était tourmenté par des sueurs universelles, par la photophobie, et par un sentiment de froid très vif, et, en définitive, par tous les symptômes qui dénotent une perte considérable des liquides du corps. A ces accidents vint bientôt se joindre un vomissement opiniâtre, qui se répétait tous les matins au lever du malade, et persistait avant et après le déjeuner; puis enfin s'arrêtait pour se reproduire le lendemain de la même manière. Les matières vomies étaient de nature bilieuse, et souvent de couleur verdâtre.

Lorsque l'auteur fut appelé, on avait déjà eu recours à un grand nombre de médicaments, par exemple, au tartre dépuré, aux remèdes acidules, aux carminatifs de toutes sortes, aux excitants, aux pilules eccoprotiques, aux frictions spiritueuses, aux vésicants; mais tous ces moyens étaient restés impuissants.

Considérant qu'en outre de l'état de faiblesse de l'estomac, qui agissait sans aucun doute comme cause prédisposante du mouvement antipéristaltique, il existait encore une altération qualitative de la fonction hépatique, et un état de polycholie et de congestion vers le foie, M. Eitner se détermina à prescrire de prime-abord une solution de tartrate de potasse associée à l'extrait de pissenlit, et il conseilla en même temps un régime diététique approprié.

Sous l'influence de ce mode de traitement, le vomissement, il faut le reconnaître, perdit de son intensité; mais il n'en persista pas moins : il résista même à l'emploi de l'extrait de cigüe et de l'hydrolat de laurier-cerise qui furent ensuite mis en usage. M. Eitner s'imagina alors d'essayer le cuivre ammoniacal à petites doses, sous la forme de la *Liqueur de cuivre de Koechlin*. Le succès de cette médication fut tel que bientôt le vomissement cessa complètement; en même temps les forces se rétablirent, et tout l'ensemble du sujet offrit une amélioration progressive bien sensible.

L'auteur fait aussi mention d'un cas de *morbus ructuosus* dépendant d'un état de faiblesse de l'estomac, suite d'abus des liqueurs alcooliques. Le malade ne pouvait s'entretenir avec quelqu'un sans être continuellement interrompu par des éructations, et quand il cherchait à comprimer ces dernières, il en résultait aussitôt des accidents graves, comme on l'observe chez les sujets hypocondriaques flatulents, chez les sujets très corpulents et très gras, avec développement notable de l'abdomen. M. Eitner prescrivit avec succès l'emploi de l'infusion de valériane avec la teinture aromatique acide, et l'usage des frictions spiritueuses sur la région épigastrique, auxquelles il adjoignit avantageusement les toniques résolutifs et les toniques froids.

(*Annali universali di medicina.*)

Sur les propriétés thérapeutiques de la sabine et de la sauge; Par M. le docteur Pitschaft, de Bade.

Les anciens, aussi bien que les modernes, attribuent à la sabine une puissance diurétique, emménagogue et expulsive ; mais rien n'est plus faux que cette manière de voir, suivant M. Pitschaft. Elle détermine un effet tout à fait spécifique dans les métrorrhagies, et elle constitue le meilleur moyen que possède la thérapeutique pour prévenir les fausses couches immédiates et les accouchements prématurés. Elle est même quelquefois assez active pour empêcher ces accidents de s'effectuer lorsque déjà il existe un commencement de travail. Le médecin de Bade pourrait, dit-il, mentionner plusieurs cas frappants de ce genre recueillis dans sa propre clientelle, et il ajoute qu'il a vu les bons effets de cette médication se soutenir même chez des femmes qui n'avaient pu garder le repos que pendant quelques jours seulement. La sabine possède, suivant lui, une force qui tend à réprimer la réplétion trop considérable des vaisseaux sanguins de l'utérus. D'ailleurs, les hommes qui s'occupent d'économie rurale et les vétérinaires (la médecine peut souvent tirer d'utiles inductions des pratiques usitées par cette double classe d'individus) emploient communément cette plante, dans le pays de M. Pistchaft, pour prévenir l'avortement chez les animaux domestiques.

On doit reconnaître qu'elle exerce une action salutaire sur les plexus veineux de l'abdomen lorsqu'ils sont engorgés, et c'est sans doute de là que provient son efficacité dans la goutte.

Voici la formule d'après laquelle M. Pitschaft l'administre dans les cas dont il s'agit ici.

Pr. Feuilles de sabine,	8 grammes.
Eau bouillante,	200

Faire infuser en vase clos jusqu'à refroidissement, et passer ; ajouter à la colature :

Sirop de cannelle,	30 grammes.

M. S. A.

Cette portion doit être donnée à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures.

L'usage de ce médicament doit être continué pendant huit jours, et même plus long-temps selon les circonstances.

Très fréquemment, M. Pitschaft ajoute à cette potion huit grammes de sommités fleuries de sauge officinale. Cette dernière plante exerce une action directe, mais qui n'a pas été suffisamment appréciée, sur le système génital de la femme, particulièrement dans les cas de laxité et de mollesse des organes. Les anciens la conseillaient contre la stérilité. Il est connu, mais sans qu'on y ait attaché jusqu'ici une importance suffisante, qu'elle est en relation spéciale avec le système capillaire, dans les cas où l'activité de ce dernier se trouve tout à fait abaissée, ce qui amène ordinairement une transpiration excessive. En général, elle active la circulation et les fonctions du système nerveux. On ne doit pas l'oublier dans les cas de tremblement chronique, contre lequel l'art de guérir possède si peu de ressources.

(*Hufeland's Journal.*)

Cas d'épilepsie guérie par la strychnine, après des symptômes d'empoisonnement par cette substance; observation recueillie par M. le docteur Weyland.

Une dame, âgée de de soixante-dix-sept ans, épileptique, et dont l'état n'avait jamais pu être amélioré par l'emploi d'aucun traitement, fut enfin soumise à l'action de la strychnine, d'après la formule suivante :

Pr. Azotate de strychnine,	125 milligrammes ;
Infusion de valériane sauvage,	200 grammes,
Sirop de pavot,	25

M. et F. dissoudre S. A. pour une potion.

La malade en prit une petite cuillerée (cuillerée à café) toutes les heures et demies.

La moitié de cette dose ayant été prise sans aucune amélioration, la malade en fut vivement contrariée, et elle but le restant dans un court espace de temps. Il en résulta bientôt des symptômes d'intoxication : agitation forte ; sensibilité exquise à l'action des stimulants extérieurs, froid, lassitude et sentiment de brisement dans les membres, mouvements convulsifs se manifestant par des secousses pendant lesquelles une douleur intolérable était éprouvée à la nuque et aux extrémités inférieures ; enfin, paroxysmes de tétanos alternant avec un état d'asphyxie et de relâchement semblable à la paralysie.

On administra dix centigrammes d'opium avec cinq centigrammes d'ipécacuanha, et on fit prendre en boisson une décoction très chargée de café.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes d'empoisonnement ne tardèrent pas à se dissiper, mais ce qu'il y eut de plus remarquable et en même temps de plus heureux, c'est que l'épilepsie disparut pour ne plus revenir.

Cette observation ne doit pas conduire à cette conséquence qu'il faille, pour guérir l'apoplexie, aller jusqu'à empoisonner les sujets avec la strychnine ; mais elle prouve du moins qu'après des traitements plus ou moins long-temps soutenus ; la strychnine, donnée à doses graduellement augmentées, peut opérer la guérison d'une affection nerveuse contre lesquelles ont échoué toutes les autres ressources de notre arsenal thérapeutique. (*Giornale per servire ai progressi*, etc.)

NOUVELLES.

Nous venons de recevoir une longue lettre de M. Jules Guérin. Ce factum d'un bout à l'autre est rempli d'injures, par cela même nous serions en droit, parfaitement en droit d'en refuser l'insertion. Si elle eût contenu la moindre menace à cet égard, nous l'aurions certainement refusée. Mais, comprenant de la manière la plus large et la plus libérale la liberté de discussion, nous insérerons dans notre numéro de samedi prochain la lettre de M. Guérin, en désirant que cette publication n'aggrave pas de plus en plus sa cause déjà si compromise. Nous accompagnerons cette lettre des réflexions qu'elle nous suggère.

— M. le docteur Polinière a été élu président de l'Académie royale des sciences, belles lettres et arts de Lyon, pour l'année 1844.

— S. M. le roi de Sardaigne vient de conférer à M. le docteur Carron du Villards le titre de chevalier de l'ordre de SS. Maurice et Lazare.

— On lit dans le *Sud*, de Marseille :

Les deux plus jeunes fils de son excellence Chérif-Pacha, président du conseil privé du vice-roi d'Egypte, MM. Ali-Bey et Kalil-Bey, sont arrivés hier sur le paquebot à vapeur *l'Eurotas;* ils se rendent à Paris pour y continuer leurs études, et sont accompagnés de M. Granet, médecin au service du roi.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 DÉCEMBRE 1845. (16e ANNÉE.) No. 149. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. JADIOUX.

Observations de morve aiguë et de farcin aigu.

Première observation. — *Morve aiguë.*

Coquet (Nicolas), âgé de cinquante-sept ans, palefrenier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 24 octobre dernier.

Voici les renseignements que nous tenons de sa femme :

Cet homme faisait le service de palefrenier depuis sept ans ; l'écurie où il travaillait contient habituellement quatorze chevaux ; il en meurt ordinairement cinq ou six par mois, et on ne les remplace que par d'autres presque toujours malades.

Coquet a dit souvent à sa femme, même au commencement de sa maladie, qu'il pansait des chevaux morveux.

C'est le 14 octobre que Coquet a commencé à être malade; il n'avait plus d'appétit, avait des frissons ; il tremblait beaucoup le soir en rentrant chez lui, avait une chaleur brûlante pendant la nuit, suait beaucoup et avait une soif vive. Cet état a persisté trois jours, pendant lesquels il a toujours continué son ouvrage jusqu'au mardi 17 octobre, où il a été obligé de se mettre au lit : il ne s'est plus relevé. Ce jour-là frissons alternant avec de grandes chaleurs et beaucoup d'anxiété ; du reste, il ne se plaignait ni de la tête, ni de l'estomac.

A partir de ce jour jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il n'a plus eu de frissons, mais une fièvre continuelle avec chaleur brûlante, sueurs énormes, surtout à la tête ; soif continuelle et grande sécheresse de la bouche.

Le 19, il se plaint de douleurs dans le dos et dans la fesse gauche. Le médecin qui est appelé pour lui donner des soins fait appliquer vingt-cinq sangsues sur la fesse, et ordonne aussi une bouteille d'eau de Sedlitz. Le malade n'était pas allé à la selle depuis six jours, et le médecin pensait avoir affaire à une fièvre typhoïde. Le purgatif provoqua une évacuation très abondante.

Le 22, la maladie continuant toujours, nouvelle bouteille d'eau de Sedlitz. Il y avait eu jusqu'alors une sputation de matières épaisses ; mais elle diminue. Du reste, il n'a jamais mouché pendant son séjour chez lui, et l'on n'a point remarqué d'ecoulement par les narines. Il ne s'est jamais plaint de la tête.

Dans la nuit du 23 au 24, il est pris de délire, et se plaint de vives douleurs dans les jambes, tandis qu'il n'en a jamais accusé dans les bras ; parle beaucoup de ses chevaux, veut se lever et aller les panser. C'est alors qu'on se décide à le porter sur un brancard à l'Hôtel-Dieu, où il est admis salle Saint-Lazare, n° 2, le 24 au soir.

Le 25 au matin, nous voyons le malade pour la première fois. C'est un homme grand, un peu amaigri, cheveux blond-châtain. Depuis son entrée, il est dans un état complet de subdélirium, et divague dans ses réponses. On nous dit pour tout renseignement qu'il est malade depuis une huitaine de jours, et qu'il a été traité, chez lui, pour une fièvre typhoïde. La langue est lisse et tout à fait sèche ; la peau moite, le ventre très ballonné ; la figure animée, un peu agitée ; il ne paraît pas très abattu. Nous pensons également qu'il est affecté d'une fièvre typhoïde.

Le 26, même état de subdélirium ; fièvre peu marquée ; pas de toux ; rien à l'auscultation. On aperçoit sur les membres et sur le cou quelques rougeurs, dont quelques-unes commencent à être pustuleuses ; nous pensons à une varioloïde commençante. Décubitus dorsal. Le malade ne dit rien, paraît absorbé.

Le 27, l'éruption, qui a augmenté, frappe notre attention ; elle siége principalement sur la face antérieure des cuisses, sur la face postérieure du membre supérieur. Il n'y a point de pustules sur le ventre, quelques-unes seulement au thorax, et quatre ou cinq à la face et autant au cou. On voit çà et là de grosses pustules toutes rondes, non ombiliquées, toutes entourées d'une auréole rouge assez large ; elles sont un peu dures au toucher. Quelques-unes sont réunies ensemble et forment des espèces de bulles ; toutes sont d'une couleur blanc-jaunâtre et offrent un aspect tout à fait différent de celui d'une éruption variolique. De plus, les voisins du malade nous disent que pendant la nuit, dans son délire, il ne fait que parler de chevaux, qu'il les appelle et les commande. Nous apprenons en outre qu'il est palefrenier, quoique sa pancarte ne portât que la profession de journalier. Quelques croûtes brunâtres, desséchées, dures, situées au-dessus de la narine droite, attestent qu'il y a eu écoulement. On voit sur le bord libre de l'aile droite du nez une pustule blanche, dure, sans auréole, grosse comme un grain de chenevis. En regardant dans la même narine, on y voit d'autres croûtes brunâtres, et plus au fond on entrevoit des élevures blanchâtres. Du reste, cet écoulement a dû être fort peu considérable, puisqu'il n'a pas encore été aperçu par les gens de service. Sur les deux cuisses, à la partie interne et inférieure, on sent une tumeur profonde, dure, grosse comme une petite noix, faisant à peine saillie, accusée seulement par un peu de rougeur diffuse, paraissant située dans l'épaisseur même du vaste interne. On ne voit point d'autres tumeurs sur le reste de la portion antérieure du corps ; la partie postérieure n'est point examinée, à raison du décubitus dorsal du malade. Point de gonflement articulaire ; le malade ne dit rien, et l'on ne peut savoir s'il souffre dans les membres. La peau est moite et visqueuse ; les muscles, au toucher, sont très flasques ; la respiration est très accélérée ; il y a commencement de râle trachéale ; il sort un peu de bave écumeuse par la bouche. Le malade meurt dans la journée.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

Le cadavre offre peu de rigidité cadavérique ; le ventre est toujours ballonné. La peau est molle et flasque, ainsi que les parties musculaires. Les pustules ne sont plus entourées de leur auréole ; elles sont d'un blanc sale ; aucune n'est ombiliquée ; en les incisant, on voit qu'elles reposent sur un épaississement du derme, offrant de petites infiltrations sanguines en quelques points.

Ayant mis à découvert toute la peau recouvrant la partie antérieure des cuisses, on constate la présence d'abcès multiples, faisant une légère saillie sous l'aponévrose fémorale ; ces abcès appartiennent exclusivement aux muscles ; ils sont d'un blanc-mat tranchant sans aucune fusion avec la chair musculaire, qui est coupée comme avec un emporte-pièce ; un seul de ces abcès présente une ecchymose sur l'un de ses bords. Ces collections purulentes se trouvent non seulement sous l'aponévrose fémorale, mais encore sous la gaîne fibreuse des muscles. Les deux tumeurs que nous avions constatées pendant la vie à la partie inférieure et interne de chaque cuisse, correspondent à des abcès intermusculaires de la grosseur d'une noix. Les abcès qui sont apparents sous l'aponévrose sont au nombre de cinq ou six pour chaque cuisse ; mais on voit se dessiner sur chaque muscle, en divers points, de petits soulèvements ; et si l'on incise sur ces saillies, le scalpel tombe sur un abcès situé dans l'épaisseur du muscle. Du reste, on est étonné de la quantité d'abcès qui se trouvent dans l'épaisseur de chaque muscle : je ne serais point exagéré en disant que dans le seul vaste interne de chaque côté il y en avait au moins quarante de toutes grandeurs. Ils ont tous les mêmes caractères, et ne varient que par leur volume, les plus gros offrant le volume d'une noix ou d'une noisette ; le plus grand nombre celui d'un petit pois, et quelques-uns celui d'une tête d'épingle. Tous ces abcès sont formés par un pus blanc jaunâtre, bien lié, crémeux, à peine liquide, et ne pouvant couler ; chez quelques-uns pourtant le pus est presque concret, offrant la consistance du tubercule en voie de ramollissement. On enlève avec la plus grande facilité le pus sur les chairs musculaires, au milieu desquelles il semble être déposé ; aucune trace de membrane pyogénique ; les fibres musculaires en contact avec le pus offrent leur coloration naturelle. Autour d'elles aucune injection, aucune vascularisation. Cependant un examen attentif fait voir que la substance musculaire est elle-même lésée ; la collection purulente n'est point seule-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La guerre d'arguments.— Déroute complète.— La mignonne et le petit-romain. — L'Académie en famille. — La fête d'inauguration. — Jean Raimond en présence de lunettes d'or. — Les hommes d'esprit et les huissiers. — Pèlerinage à Belgrave-Square. — Le duc de Bordeaux et les médecins de Paris. — Quiproquo d'un introducteur. — Un baron et un noble. — La commission des prix Montyon. — Révolution d'intérieur à l'Académie de médecine.

La guerre continue ; seulement le champ de bataille a changé. En attendant le champ clos de l'audience, M. Guérin a fait marcher ses bataillons d'arguments jusque sous nos murs ; il y a fait une trouée, mais sa témérité lui a coûté cher. Par une tactique habile, on l'a laissé s'approcher à son aise, on lui a permis d'enfoncer une porte ouverte, et son armée une fois engagée dans le défilé, elle a été prise en tête, en queue, sur les flancs, de telle sorte que la déroute a été complète, et que c'était pitié de voir ces pauvres arguments, au milieu d'un feu croisé, ne sachant plus de quel côté trouver une issue. Avez-vous remarqué leur air chétif et rabougri à côté de nos grands gaillards ? Avez-vous vu cette taille *mignonne* qui n'allait pas à la ceinture de nos *petits-romains?* Et c'est avec une pareille armée que le général Guérin voulait s'emparer de notre place !... La leçon a été rude, mais elle était nécessaire. Quand on ne peut disposer que de tels combattants, on doit se contenter de battre la campagne, et se tenir aussi éloigné que possible d'une citadelle imprenable ; car elle est gardée par les canons de la logique.

— Ce bombardement qui, nous l'espérons bien pour nos lecteurs et pour nous-mêmes, sera le dernier, a été du reste à peu près le seul événement de la semaine. La séance annuelle de l'Académie de médecine s'est passée en famille, sans fauteuils dorés, sans un seul habit brodé, sans le moindre chapeau à claque, sans la plus innocente de toutes les épées, je veux dire celle de M. Mérat, et aussi sans une seule de ces brillantes périodes que chante si bien M. Pariset. Tout cela, fauteuils, chapeaux, épées, broderies et périodes est réservé pour la séance d'inauguration de la nouvelle salle. Elle n'aura lieu, cette séance, selon toutes les probabilités, que vers la fin de l'hiver, alors que tout renaît et les fleurs des champs et les fleurs de rhétorique. L'illustre secrétaire perpétuel doit chanter l'Académie, sa naissance, son existence passée et présente, et, comme les poëtes ont le don de prévision, il dira son avenir. Dans cette même séance, M. Bousquet racontera l'histoire de deux académiciens célèbres à des titres divers, Bourdois de Lamothe et Double ; Bourdois, sur qui l'Académie comptait pour un legs considérable, Bourdois envers qui l'Académie, trop hâtivement reconnaissante, suspendit sa séance à la nouvelle de sa mort, car Bourdois avait oublié de faire son testament ; Double, qui n'avait rien promis, mais qui a laissé à l'Académie un legs plus précieux que de l'argent, une tradition de dignité, de convenance, de politesse, dont il est bien désirable qu'elle ne perde pas le souvenir. Voilà la fête d'inauguration qui se prépare, et cela dans une salle neuve, décemment ornée, suffisamment spacieuse et où l'Académie et le public seront parfaitement à l'aise.

— En attendant nous avons eu un rapport bien fait de M. Dubois (d'Amiens) sur les prix de l'année, qui, à l'exception du prix Itard, réservé pour la séance d'inauguration, ont tous été décernés. On a aussi parlé d'un rapport très remarquable fait par M. Melier sur le concours du prix Civrieux. Cette lecture aurait excité un plaisir tel, qu'une double proposition en a été la conséquence, l'impression de ce rapport d'abord, et puis qu'il fût lu au commencement et non à la fin de la séance. Jean Raimond, qui a quelques peccadilles à se reprocher à l'endroit de M. Mélier, saisit avec empressement l'occasion de reconnaître que cet académicien a réalisé toutes les espérances de ses amis et fait mentir les prophéties de ses adversaires. Je le déclare, moi, un homme d'esprit et je le prouve. Un de ces jours, il dînait chez un confrère. Après le dîner, le hasard mit la conversation sur les causeries hebdomadaires. Vous le voyez, dit-il en riant, Jean Raimond ne m'a rien fait perdre, ni mon habit noir, ni ma cravate blanche, ni mes lunettes d'or ; j'ai tout gardé, même la *Gazette des Hôpitaux,* dont je suis l'abonné fidèle et dont je le deviendrais, si je ne l'étais pas, à cause même de ses feuilletons.

On n'est ni plus aimable ni plus bienveillant que cet honorable confrère. Parlez-moi de gens qui comprennent ainsi les petites licences du feuilleton, qui ont assez d'esprit pour en rire, assez de bon sens pour les trouver légitimes, en temps d'élection, en temps de procès surtout, assez de talent pour ne pas les craindre, un cœur assez élevé pour les absoudre ! Mais de ces gens qui vous répondent sur papier timbré, qui traînent Rabelais à l'audience, qui écument d'un bon mot, qui calculent combien de mille francs vaut une innocente épigramme, de ces gens-là..... Jean Raimond ne rira plus qu'avec permission de M. le procureur du roi.

— Voici une petite anecdote qui me vient de Londres. A ces nombreux et aristocratiques pélerinages qui se sont dirigés vers Belgrave-Square, résidence du duc de Bordeaux, la médecine parisienne a aussi fourni son contingent. Je n'ai nulle envie, dieu merci ! de ridiculiser cette fidélité au malheur ; je l'honore et la respecte, et dans l'espèce même elle a quelque chose de touchant et de pieux. L'un de ces médecins est celui qui reçut le prince dans ses mains à son entrée dans la vie, l'autre est celui qui prodigua à son enfance les soins éclairés de notre art. Dans cette démarche de nos confrères on ne peut donc rien voir que d'honorable. Mais enfin on l'a dit, le rire est souvent près des larmes, et qu'il me soit permis de raconter un quiproquo dont nos confrères auront probablement ri tous les premiers.

Dans le salon de Belgrave-Square se trouvait tous les jours réunie la fine fleur de l'aristocratie française. Ce n'était que princes, ducs, comtes et marquis. Un de nos confrères se présente. L'introducteur lui demande son nom : — Baron, répond-il. — Baron qui, demande l'introducteur habitué à n'entendre que des noms patriciens ? — Baron tout court, médecin. — M. le docteur Baron-Toutcourt, annonce l'introducteur en ouvrant les deux battants. Malgré l'émotion de l'entrevue, on assure que l'auguste exilé et son fidèle visiteur ne purent s'empêcher de rire du quiproquo de l'introducteur.

Celui relatif au second de nos confrères est moins sensible à la prononciation, mais à la lecture il a aussi son petit mérite. L'introducteur l'annonça en faisant sentir la particule, et le lendemain le *Morning-Post* mêlait au milieu des noms les plus aristocratiques, le nom plus plébéien, mais nobilisé, de M. de Neux.

— A l'Académie des sciences, rien de nouveau, du moins pour ce qui nous concerne. La commission des prix Montyon, en médecine, qui s'est donné de trop longs et de trop doux loisirs, cherche aujourd'hui à réparer le temps perdu, et fonctionne et la nuit et le jour. Vains efforts ! et quand elle représenterait une machine de la force de deux cents chevaux, elle ne pourrait parvenir à déblayer ce terrain encombré de livres, de brochures, de mémoires, d'instruments à tout usage et de tout métal. Là, en effet, c'est-à-dire vers le prix Montyon, tout converge en médecine, et il est curieux de voir quelquefois l'excentricité des prétentions soulevées par cette fondation. En citer quelques-unes ce serait les juger, et je n'ai pas cette mission. Il faut espérer, du reste, que les nouveaux membres qui font pour la première fois partie de cette commission, lui feront perdre quelques traditions de complaisance dont les véritables travailleurs qui n'ont pas eu le temps de se faire beaucoup d'amis ont eu quelquefois à se plaindre. L'opinion publique n'a pas toujours ratifié la légitimité de certaines récompenses, et l'usage postérieur qui dans quelques circonstances en a été fait doit tenir les dispensateurs en garde contre certaines ambitions.

— A l'Académie de médecine, le bureau et les commissions seront renouvelés dans la première séance. C'est là une petite révolution d'intérieur qui ne manque pas d'animation, et dont la presse, à mon avis, ne s'occupe pas suffisamment. Les fonctions de président, par exemple, sont on ne peut plus importantes dans l'Académie de médecine. Dans nul autre corps savant les discussions ne sont aussi nombreuses, aussi vives, aussi animées, quelquefois aussi longues et aussi

ment déposée entre les fibres musculaires, elle paraît formée aux dépens même du muscle; car l'on voit des fibres musculaires usées, corrodées en partie, et interrompues dans leur continuité par la présence du pus, comme si la cavité de l'abcès avait été taillée dans l'épaisseur des faisceaux charnus. Cette transformation de la fibre musculaire en pus semble donc rigoureusement établie. Ayant incisé d'autres parties musculaires aux jambes, aux bras, aux avant-bras, nous avons partout retrouvé ces collections purulentes identiques et en nombre très considérable. Je n'ai à citer qu'une seule exception. J'ai fait bien des incisions dans les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, et n'ai pu y découvrir la moindre trace de pus. Il y en avait aussi fort peu dans les muscles pectoraux. Je n'ai examiné aucun muscle de la région postérieure du trou, pas plus que la région fessière gauche où le malade avait souffert, et où on lui appliqué des sangsues avant son entrée à l'hôpital; c'est que nous n'avons eu ces renseignements que postérieurement à l'autopsie.

Le cœur est décoloré, flasque, sans abcès intermusculaire; les poumons, outre l'engouement si fréquent de la partie postérieure et inférieure, offrent dans le lobe inférieur droit un noyau dur, gros comme une noix, central, qui, à l'incision, a présenté un tissu formé sur toute la périphérie par du sang noir, infiltré, consistant, et au milieu un commencement de ramolliissement avec une coloration différente, non plus noire, mais d'un rouge amarante foncé. Nous avons pensé que c'était là le premier degré de la transformation des liquides et des solides en matière purulente. Le foie n'offre rien d'anormal. La rate est assez volumineuse, un peu ramollie, et ne présente pas cette teinte bicolore, et ces petits noyaux formés par du sang infiltré qu'on y rencontre quelquefois dans des cas semblables.

A l'ouverture du crâne, après l'incision de la dure-mère, on constate un épanchement assez considérable de liquide sous-arachnoïdien. La surface de l'encéphale présente les lésions ordinaires de la méningite symptomatique : il n'y a de pus nulle part.

Les parties molles qui environnent le pharynx n'offrent point de collections purulentes. La muqueuse pharyngienne, assez colorée en général, se trouve boursouflée sur les points où elle tapisse la partie postérieure du larynx, et en particulier sur les cartilages arythénoïdes, où l'on aperçoit des rougeurs très marquées, un peu diffuses et sur l'un de ces cartilages une érosion superficielle attestant la préexistence d'une pustule.

Dans les fosses nasales l'on voit des deux côtés sur les cornets moyens plusieurs ulcérations de cinq à six millimètres de diamètre, à bords peu élevés et ramollis. Dans la narine gauche se trouve une pustule blanche, arrondie, dure, grosse comme un grain de cheuevis, et dans la droite deux ou trois légères ulcérations avec autant de pustules. La rougeur de la muqueuse schneidérienne est peu prononcée.

Nous avons regretté que des circonstances administratives concernant l'enterrement du sieur Coquet ne nous aient pas permis de poursuivre avec plus de soin cette autopsie, et d'examiner attentivement le système veineux.

Deuxième observation. — *Farcin aigu.*

Simon Delaune, âgé de trente-deux ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1842.

Pour tout renseignement, nous apprenons qu'il est maquignon, qu'il est malade depuis quinze jours; que depuis ce temps il ne soigne plus ses chevaux, et que son mal a commencé par les jambes.

Le 13 au soir, nous le voyons pour la première fois. Il est dans un état incomplet de délire; il parle et divague beaucoup; la face est un peu animée, et les yeux légèrement injectés; décubitus dorsal. On voit au milieu du mollet gauche, sur sa partie externe, un abcès gros comme un œuf, et un autre un peu plus gros sur la partie interne et inférieure de la cuisse droite; tous les deux sont extrêmement fluctuants dans toute leur étendue; la peau qui les recouvre est rouge, et ils sont douloureux au toucher.

Nous trouvons à l'auscultation de la poitrine en arrière, à la base des deux poumons, du râle crépitant, ainsi que dans la fosse seus-épineuse gauche, où il y a en même temps un souffle bronchique et une matité assez prononcés. Le malade, tout en divaguant, nous dit qu'il a rendu chez lui de mauvais crachats. Il n'y a pas beaucoup de dyspnée.

Le nez n'offre pas de traces d'écoulement, et il n'y en a pas encore eu. Pas de traces d'éruption à la peau, qui est sèche et peu chaude. Le pouls est à 92, petit et faible. La langue est humide. La respiration est assez haute, et donne 34 inspirations. Le ventre est un peu ballonné. Le malade dit ne pas avoir de dévoiement, et souffrir fort peu de la tête; il répond, du reste, très incomplétement aux questions. Potion avec 60 centigr. de tartre stibié.

Le 14 au matin, la face est très altérée; les paroles sont brèves, saccadées; délire complet; pouls irrégulier, faible, petit, s'élevant à 120 pulsations. Nous remarquons sur la face dorsale de l'avant-bras gauche un abcès très fluctuant, gros comme une noisette. Vésicatoires à chaque jambe.

Le soir, la respiration est très haute et très fréquente; la face encore plus altérée, inquiète; le régard fixe, la langue sèche, les bras tremblants, un peu de céphalalgie, pouls à 134; chaleur forte, sèche; le malade ne parle plus, et paraît très accablé; il n'y a pas de nouveaux abcès, ni de pustules à la peau, ni d'écoulement par les narines.

Le 15, délire tranquille toute la nuit; respiration très fréquente et très haute; sueur visqueuse sur toute la face. Le soir, râle trachéal. Mort à huit heures.

Autopsie — L'abcès situé sur le bord externe de la jambe gauche a cinq centimètres de long sur deux et demi de large; il fait une saillie notable, quoique logé dans l'épaisseur du muscle gastro-cnémien; il n'y a point d'induration autour de cette collection purulente, et le pus en est rougeâtre. Il existe un autre abcès sur la face interne et inférieure de la cuisse droite, très saillant, mou et fluctuant dans toute son étendue, logé dans l'épaisseur du vaste interne, et également sans induration périphérique. Un troisième abcès, situé dans les chairs de l'extenseur commun, se rencontre sur la face dorsale de l'avant-bras gauche; cinq centimètres plus bas, quatrième abcès gros comme une olive, logé dans l'épaisseur des couches profondes musculaires.

Les articulations du genou et des poignets ont été ouvertes, et offrent leur état normal, ainsi que les reins, la rate et le foie.

Le poumon droit est congestionné dans son lobe inférieur; au centre du lobe moyen, il existe un noyau induré de la grosseur d'une aveline, commençant à entrer en suppuration. Au poumon gauche, au niveau de la scissure interlobaire, se voit un abcès constitué par un pus crémeux, grand comme une pièce de deux francs, situé entre les deux feuillets de la plèvre. On enlève facilement le pus sur la paroi pulmonaire de l'abcès, sur laquelle on trouve la plèvre lisse et tachetée de marbrures blanches. En pressant sur ce point, l'on sent un noyau dur, gros comme un petit œuf, et en incisant sur ces marbrures d'apparence purulente, on entre dans un abcès parfaitement circonscrit et limité par du tissu pulmonaire notablement induré, et d'un noir rougeâtre; le pus en est crémeux et épais. A partir de ce point, et en incisant sur toute la face postérieure du lobe inférieur gauche, on trouve le poumon induré superficiellement dans une épaisseur de 7 à 8 millimètres, et parsemé de noyaux blancs, grisâtres en certains points; tandis que dans d'autres, ils sont si nombreux qu'ils semblent constituer une véritable infiltration. On peut suivre les nuances diverses de coloration du rouge noir à un rouge plus pâle, puis à un gris foncé, puis à un blanc plus ou moins mat; ce qui indique la transformation des noyaux indurés en matière purulente. Le reste du poumon est sain et parfaitement crépitant en avant. Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres.

La pie-mère et l'arachnoïde sont d'un blanc opalin dans presque toute leur étendue; il y a une grande quantité de sérosité citrine entre les méninges et l'encéphale.

Il n'y a rien aux fosses nasales, ni au pharynx, ni aux larynx, ni dans la cavité buccale, pas plus que d'éruptions pustuleuses à la peau.

Remarques. Nous n'avons pu nous empêcher de reconnaître un cas de farcin aigu dans l'observation que nous venons de rapporter; sans doute on pourra nous objecter avec raison que les renseignements sur le fait de contagion sont bien incomplets; que nous ne savons pas si notre malade avait été en rapport avec des chevaux malades, si ces mêmes animaux étaient atteints de morve ou de farcin. Quoique des circonstances indépendantes de notre volonté nous aient empêché d'obtenir des renseignements plus exacts, il n'en reste pas moins établi que cet individu était maquignon, qu'il était en rapport avec des chevaux lorsqu'il est tombé malade, et la présomption de contagion, tirée de l'exercice même de sa profession, devient une certitude réelle par l'examen de la marche de la maladie, et des lésions révélées par l'autopsie. Quant à notre première observation, on ne contestera pas, je pense, le fait de contagion; il est trop clair et trop évident; du reste il ne peut pas y avoir de doute aujourd'hui sur la possibilité et la réalité de la transmission de la morve et du farcin du cheval à l'homme; c'est une vérité acquise à la science, et suffisamment établie par les débats qu'a soulevés naguère cette question; un fait malheureusement trop connu, la mort de notre collègue Rochet, semble prouver la possibilité de la contagion d'homme à homme.

Je ne veux ajouter en terminant qu'une seule réflexion, ou plutôt poser une seule question dont la solution délicate a besoin d'un plus grand nombre de faits. Le farcin et la morve sont pratiquement distingués l'un de l'autre par l'absence ou la présence de la lésion des fosses nasales, et ce caractère en établit suffisamment la distinction nosologique, distinction qu'il faut appliquer à l'homme aussi bien qu'aux animaux, comme l'a très bien dit M. Ambroise Tardieu dans son excellente thèse (De la morve et du farcin chroniques. Paris, 1843). Mais ces deux maladies, aujourd'hui si distinctes entre elles, ne peuvent-elles pas être confondues avec d'autres maladies qui offrent avec elles la plus grande ressemblance? Ici je ne veux parler que du farcin; car la lésion des fosses nasales sépare la morve de toute autre espèce pathologique et en est le caractère pathognomonique. Ne peut-on pas confondre le farcin aigu avec la maladie décrite sous le nom de diathèse purulente, et en particulier avec la diathèse purulente spontanée? Cette confusion, il est difficile d'y échapper, et cela est si vrai que l'auteur lui-même de la diathèse purulente (De la morve et du farcin considérés sous le point de vue de la doctrine de la diathèse purulente, — Rec. de méd. vétér., 1839, p. 63) considère la morve et le farcin comme une véritable diathèse purulente, et que M. Tardien adopte la même opinion (loc. cit., p. 18).

C'est plutôt une cognation réelle, un rapport générique, qu'on a voulu signaler qu'une identité spécifique, et je crois qu'il est loin de la pensée des auteurs que je viens de citer, de rayer du cadre nosologique des maladies aussi distinctes pour les confondre en une seule maladie, la diathèse purulente. Mais, quoique dans notre opinion la morve, le farcin et la diathèse purulente soient des espèces nosologiques véritables, nous éprouvons un véritable embarras à diagnostiquer le farcin aigu chez l'homme d'avec la diathèse purulente spontanée. Je ne pense pas qu'on puisse aujourd'hui nier cette dernière espèce nosologique; assez de faits existent maintenant dans la science pour porter la conviction dans les esprits, et il n'y a plus que des préoccupations singulières, ou d'anciens préjugés, qui puissent expliquer la négation de cette espèce morbide. En signalant la difficulté de ce diagnostic, nous voulons seulement poser la question; en dehors du fait de contagion, nous trouvons dans le farcin aigu et la diathèse purulente une foule de caractères communs, la présence d'abcès ordinairement multiples, viscéraux ou intermusculaires, les douleurs articulaires, les éruptions cutanées (car il y en a quelquefois aussi dans la diathèse purulente), la marche rémittente, la teinte ictérique, les frissons irréguliers, etc....

Ayant indiqué ce que ces deux maladies ont de commun, nous voudrions pouvoir en signaler les différences; nous ne croyons pas qu'il y ait assez de travaux sur ce point. Nous attendons les faits.

IMBERT-GOURBEYRE, *interne des hôpitaux.*

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Polype fibreux énorme des narines avec destruction partielle de l'os propre du nez et de la peau du côté droit à travers lesquels il faisait saillie. Arrachement pratiqué avec beaucoup de difficulté. Guérison très avancée.

(Suite du numéro précédent.)

Nous allons revenir, dit M. Roux, pour quelques instants sur le jeune homme opéré avant-hier d'un polype fibreux des narines. Le malade, malgré l'opération longue et pénible qu'il

stériles. Ce n'est pas chose facile, dans cette enceinte, de bien diriger une discussion, de la ramener quand elle s'égare, et cela arrive si souvent, de pousser à sa terminaison quand elle est épuisée, chose qui n'arriverait jamais si on laissait faire certains orateurs. Fermeté, dignité, urbanité, beaucoup de sang-froid et d'à-propos, voilà les principales qualités que doit posséder un président de l'Académie de médecine. Sous tous ces points de vue, l'Académie, pendant l'année qui finit, n'a eu rien à désirer. Son président, M. P. Dubois, laissera des souvenirs et des regrets; il s'est acquis aussi des droits à la vive reconnaissance de la compagnie, par son intervention active auprès du ministre pour faire arriver les choses où elles en sont relativement à la nouvelle salle.

La nomination de M. Ferrus à la présidence, pour l'année 1844, ne semble donner lieu à aucune opposition. C'est l'usage constant de l'Académie d'appeler le vice-président au fauteuil, et l'Académie ne pourrait faire un choix ni plus digne, ni plus honorable. M. Ferrus a toujours montré le plus grand zèle pour les intérêts de l'Académie; on le sait animé pour elle des meilleures intentions; c'est un esprit élevé et libéral, et à ce dernier titre je lui signalerai le peu de libéralité du conseil d'administration, qui prive les journalistes de la communication des pièces de la correspondance, décision très nuisible à la publicité, à l'intérêt des travailleurs, à l'intérêt de l'Académie elle-même, et contre laquelle la presse n'a cessé de protester depuis six ans.

Une certaine division règne sur le choix à faire du vice-président. Quelques membres de l'Académie ont jeté les yeux sur M. Caventou, et ce choix serait fort agréable à messieurs les pharmaciens en général; mais la majorité semble pencher en faveur de M. Roche. Pour mon compte, je vote pour lui, et voter doit s'entendre ici dans son sens étymologique, c'est-à-dire, faire des vœux. Ce sont des hommes de cette trempe indépendante et forte qui conviennent à l'Académie.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel, s'est acquitté de sa tâche de manière à s'assurer une réélection qui, du reste, est dans les usages et les convenances de l'Académie. Quelques personnes lui opposeront M. Ollivier (d'Angers), moins pour faire niche à M. Dubois, que pour attirer sur M. Ollivier l'attention des votans pour l'année prochaine.

M. Londe réunira un grand nombre de suffrages pour entrer dans le conseil d'administration. Je le désire de tout mon cœur, et avec moi tous ceux qui tiennent à ce que les hommes indépendants et animés de bonnes intentions aient voix en chapitre à l'Académie. Les nominations au conseil d'administration sont fort importantes. C'est là que se trace la direction des affaires; c'est là que sont renvoyées toutes les décisions épineuses, délicates, qui peuvent engager la responsabilité ou la dignité de l'Académie. Dans l'état actuel des choses, et sans vouloir m'expliquer plus explicitement, il y a urgence à faire entrer dans le conseil des hommes encore jeunes, actifs, laborieux, d'un esprit droit et d'un caractère indépendant et ferme. M. Londe réunit toutes ces conditions, et j'espère que l'Académie en jugera de même.

— Voilà tout ce que j'avais à vous dire aujourd'hui; si j'en savais plus long je vous donnerais encore une colonne. Mais mieux vaut s'arrêter que de chercher péniblement à délayer des choses communes et sans intérêt dans un style où l'on sent bien vite la fatigue et l'ennui. Ceci soit dit pour ceux qui m'ont quelquefois reproché la briéveté du feuilleton. Je ne peux raconter que ce que je sais; ici c'est de l'actualité que vous recherchez; quand l'actualité manque, je ne fouille pas dans des souvenirs rétrospectifs, je m'arrête et je crois bien faire soit pour vous, soit pour moi.

JEAN RAIMOND.

NOUVELLES.

La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

Dans cette séance, M. Morin a été nommé membre de l'Académie (section de mécanique), en remplacement de M. Coriolis.

A cause de la fête de Noël, la prochaine séance aura lieu mardi prochain au lieu de lundi.

— M. le docteur Voisin, médecin depuis douze ans des Idiots de la rue de Sèvres, vient, dit-on, de donner sa démission de cette place. On assure aussi que M. le docteur Blandet doit lui succéder. M. Blandet, que nous sachions, n'est pas médecin du Bureau central; il n'a pas obtenu au concours une des places de médecin adjoint nouvellement créées par l'administration pour le service médical des aliénés; de sorte que ce serait encore là un nouvel exemple de l'introduction dans les hôpitaux de médecins sans épreuves préalables. Cette nomination devrait d'autant plus attirer l'attention, que très prochainement le service des idiots de la rue de Sèvres sera réuni à la Salpêtrière. Or, de deux choses l'une, ou bien M. Lelut, médecin des idiotes de la Salpêtrière doit prendre ce service (annexe du sien), ou bien il y a une nouvelle place à donner, et alors il y a un nouveau concours de médecin-adjoint. Toute autre voie est illégale, et serait prise plus en vue du favoritisme que des intérêts des malades et de l'institution du concours.

— Le conseil municipal de Paris va, sous peu de temps, être appelé à décider en dernier ressort la création d'un hôpital-modèle de 600 lits dans le quartier nord de la capitale, au clos Saint-Lazare, choisi par le préfet et le conseil des hospices.

a subie, se porte proportionnellement très bien ; il a à peine un peu de fièvre ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive, et nous croyons pouvoir lui accorder aujourd'hui quelques soupes ? car il est très épuisé des hémorrhagies précédentes, et il y a indication de soutenir un peu l'organisme.

Quant à l'opération, nous avons commencé par ouvrir dans toute son étendue le nez ; c'est un parti hardi que nous nous sommes décidé à prendre afin d'avoir assez de place pour agir sur l'énorme tumeur que nous devions enlever. Aucun chirurgien, que je sache, Hunter lui-même, n'a osé prendre une telle décision dans des cas analogues ; car tous ont été retenus par la grande et juste raison de ne pas entamer une partie de la face qui est des plus importantes, et laquelle, déformée, rendrait la figure aussi difforme. Cette considération nous a bien aussi arrêté long-temps, et ce n'est pas sans les plus vives répugnances, et pressé, pour ainsi dire, par l'intérêt même du malade, que nous avons embrassé ce parti. Dans ces cas extrêmes, c'est le devoir le plus sacré du chirurgien de faire en sorte qu'après l'opération il reste sur les parties opérées le moins de traces possible du passage des instruments, et d'effacer, autant que faire se peut, la difformité résultante. C'est aussi pour nous la première fois que nous avons dû fendre complètement les narines ; jamais il ne nous est arrivé, dans les cas nombreux de polypes de cette région qui se sont présentés dans notre longue pratique ; deux ou trois fois seulement nous nous sommes décidé à fendre le voile du palais pour extraire plus librement, et d'une manière plus complète, des polypes des fosses nasales qui proéminaient dans l'arrière-gorge, sauf à pratiquer ensuite, sur ces individus, l'opération de la staphyloraphie, qui, du reste, eut toujours un plein succès. Ainsi donc, ce n'est vraiment, nous le répétons, qu'à contre-cœur, et pour obéir à l'impérieuse nécessité de débarrasser ce jeune homme d'une affectiongrave, et dangereuse dans l'avenir, que nous avons pris hardiment le parti de lui défigurer un peu la face, dans l'espoir de remédier jusqu'à un certain point à cette difformité plus tard.

Nous avons fait, outre l'incision médiane du nez, un lambeau carré sur le côté gauche, et une incision au haut du côté du sourcil et à la base du front, pour nous donner un peu plus d'espace. car la tumeur avait un volume énorme. Cette tumeur tenait évidemment à la partie supérieure des narines, et en même temps au périoste de la surface basilaire de l'occipitale, se prolongeant sur le pharynx. Quoique fournie d'une base large et épaisse, nous la trouvâmes assez bien isolée, et nous pensons y faire agir assez commodément les instruments tranchants destinés à la couper. Nous avons dû, à cause de son grand volume, l'enlever en deux fois, en la coupant par moitié. Malgré l'usage des instruments tranchants, bistouri et ciseaux, il n'y eut pas considérablement de sang perdu, ni pendant, ni après l'opération; on peut même dire que le malade a perdu plus de sang dans les hémorrhagies qui eurent lieu à la suite des tentatives répétées faites dans les mois précédents à l'opération, que dans l'opération elle-même.

Je vous ferai remarquer, enfin, que les os avec lesquels la tumeur avait des rapports ont dû être mis à découvert, et un peu broyés même; il n'était pas possible autrement. La tumeur avait pris très probablement son origine dans le périoste des os propres du pied et de la surface basilaire; et, à cet égard, permettez moi une petite digression, qui ne sera pas sans utilité.

Ces espèces de polypes ont pour matrice, pour organe générateur, le périoste des os sur lesquels ils se développent ; pour cela, nous ferons bien de les désigner par le nom générique et collectif de tumeurs des os. Le périoste est un tissu plein de vie et d'activité, doué d'une existence à part, et beaucoup plus vivace que toutes les autres parties fibreuses et cartilagineuses, avec lesquelles ordinairement on a l'habitude de le confondre. Bichat l'a bien démontré dans ses immortels travaux. Il en résulte qu'une foule de maladies qu'on croit se développer sur les surfaces osseuses et qu'on croit propres des os, appartiennent entièrement au périoste. Cette doctrine si conforme aux idées saines de la pathologie et de la clinique, se trouve professée dans quelques ouvrages anciens et pleins d'observations précieuses, et supérieurs à cet égard à beaucoup d'ouvrages modernes. Parmi les chirurgiens modernes, je me suis toujours préoccupé de ces tumeurs du périoste, en combattant les opinions contraires que je crois erronées.

On peut appliquer maintenant ces idées générales aux polypes fibreux des narines. Il est pour cela facile à comprendre qu'en enlevant ces sortes de tumeurs on doit nécessairement mettre à nu les os sur lesquels elles existent ; car on est obligé d'enlever en même temps le périoste qui les a produites. C'est ce qui nous est arrivé chez notre malade.

Il faut bien se garder pourtant de confondre ces tumeurs, ou polypes fibreux des narines, avec les polypes semblables de l'utérus; car sous le rapport de l'origine, et du mode de formation, il y a entre les deux espèces une différence considérable. Pour cette raison, le mot *fibreux* est peut-être un peu trop vague, et employé quelquefois d'une manière très inexacte. Ainsi, les tumeurs fibreuses de la matrice, sur lesquelles nous n'entendons nous entretenir ici spécialement, se forment de toutes pièces dans les interstices des fibres propres de l'organe, ne dépendant nullement d'un état pathologique d'un travail anormal de l'organe même de la gestation ; les polypes fibreux des narines, au contraire, tiennent à un état pathologique, à une espèce de végétation ou travail morbide du périoste lui-même qui se condense, s'épaissit, et donne lieu à ces productions anormales.

Il n'y a que ces polypes fibreux des narines qui ont le triste privilége, en se développant, d'user, de détruire les os sur lesquels ils sont implantés ou qui les entourent, et se frayant des voies au dehors à travers l'enveloppe cutanée elle-même; nous en avons eu un bel exemple chez le jeune homme opéré dont la tumeur avait usé une partie des os propres du nez droits et la peau correspondante, et faisait saillie au dehors, comme elle avait usé en même temps le palais dans l'intérieur de la bouche, et proéminait en partie dans cette cavité. Il n'y a que ces espèces de tumeurs qui produisent de semblables effets. Les polypes muqueux, par exemple, quoique d'un volume énorme, n'arrivent jamais à attaquer les os de cette manière. J'ai une fois enlevé sur un individu trente-trois de ces polypes ; la masse était si volumineuse que le nez du sujet en était énormément distendu, les os étaient fortement déplacés, mais aucunement usés ou détruits ; de sorte que, les polypes muqueux arrachés, toutes les parties rentraient dans leurs limites naturelles et reprenaient leur état normal. La raison pour laquelle ces polypes peuvent distendre plus ou moins les os qui les renferment, mais jamais les user, consiste principalement en ce qu'ils sont pour ainsi dire des organes hygrométriques, se gonflent et se dégonflent alternativement selon l'état hygrométrique de l'atmosphère, sont naturellement mous, flexibles ; tandis que les polypes fibreux sont d'un tissu compacte, résistant et capable de triompher des obstacles les plus grands, etc.

L'énorme plaie qu'on avait faite a été fermée en réunissant ses bords par des points de suture, et on a achevé le pansement par un linge cératé dont on a couvert l'ouverture de la peau que le polype même avait produite, et qui maintenant restait béante.

Le 3 décembre, le malade continue à bien aller. Les fils sont tombés tous, et la plaie est parfaitement réunie dans toute son étendue. Il n'y a toujours que la petite ouverture latérale faite à la peau par le polype, et qui est un peu longue à se combler ; car il y a eu usure des tissus et perte de substance. En outre, les os propres du nez, auxquels la peau adhère dans cet endroit, étant écartés, en partie même peut-être détruits, tiennent les bords de la plaie écartés, et opposent un nouvel obstacle à leur réunion. La voix du malade a un son guttural remarquable, semblable à celui des individus affectés de division du voile du palais ; il parle pourtant un peu plus librement et clairement que les premiers jours, et il y a à espérer que peu à peu la voix reviendra à son timbre normal. Il n'y a pas de fièvre, pas de dévoiement ; l'appétit est bon et les digestions se font bien. On le nourrit un peu, mais toujours avec ménagement, crainte d'accidents consécutifs généraux.

Le 6, le mieux se soutient ; la cicatrice de la plaie du nez et du front est linéaire et à peine visible, de sorte qu'on n'a pas à craindre, de ce côté, une difformité sensible de la figure. Même état pour le reste.

Le 8, la plaie externe du côté droit du nez se rétrécit un peu. Le malade a craché, ces jours derniers, du pus provenant très probablement du pédicule du polype. Aujourd'hui il n'en crache presque plus. Le palais, qui présentait une ouverture à son milieu, était très déprimé par la tumeur, tend à se relever, et présente une ouverture bien plus petite. L'état général du malade est excellent ; pas de fièvre, pas de douleurs de tête ni d'étourdissements. L'appétit est revenu, et les digestions s'accomplissent très bien. Déjà les forces se sont beaucoup relevées. En un mot, tout fait croire que le malade est hors de tout danger, et que bientôt il quittera l'hôpital parfaitement guéri. Pourtant si, contre toute probabilité, quelques accidents survenaient, nous ne manquerons pas d'en rendre compte.

SOCIÉTÉ MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 8 novembre 1843. — Présidence de M. Cornac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La *Correspondance* comprend : 1° les numéros d'octobre et de novembre de la Clinique vétérinaire de M. Leblanc ; 2° une circulaire des membres de la Société de chirurgie de Paris, demandant l'adhésion de la Société médicale d'Emulation à une déclaration de principes déjà signée par plusieurs membres individuellement.

La Société adhère ; elle décide que les membres du bureau signeront en son nom.

M. Piedagnel dit, au sujet de la communication faite par M. Caffe dans la séance précédente sur la guérison de la sciatique par l'application des vésicatoires au talon, qu'il l'a essayée infructueusement. Après avoir par des macérations prolongées ramolli l'épiderme, il n'a pu parvenir à le faire soulever au moyen des cantharides. Une femme, cependant, ayant été soumise six jours à ce traitement, éprouva quelque soulagement : mais la pâte cantharidée avait été à la fin appliquée un peu au-dessus du talon ; là, où l'épiderme n'a qu'une épaisseur médiocre, et il y avait un vésicatoire. Ce cas ne prouve donc rien en faveur du procédé.

M. Forget trouve que le fait donné par M. Cafte manque de détaits.

M. Caffe répond qu'il a moins eu à cœur d'exposer les résultats de sa propre pratique, que d'indiquer ceux de M. Quadri.

M. Larrey, qui s'était engagé à expérimenter la cautérisation pratiquée entre les orteils, dit : J'avais ces jours derniers dans mon service quatre malades, sur lesquels avaient échoué les vésicatoires, les frictions, etc. Un des malades s'est trouvé notablement soulagé le lendemain de l'application du cautère actuel; mais l'amélioration ne s'est pas soutenue. Chez les trois autres il n'y a pas eu d'amélioration.

M. Laborie est d'avis qu'il n'y a rien d'irrationnel à poursuivre le mal sur l'extrémité inférieure du nerf, puisque souvent la névralgie sciatique est déterminée par le séjour prolongé des pieds dans l'humidité.

— *M. Caffe* lit un rapport sur un travail de M. le docteur Brachet (de Lyon), membre correspondant de la Société, intitulé : Des causes de la lassitude et de l'anhélation dans les ascensions sur les montagnes les plus élevées.

Les troubles des fonctions dans les ascensions sur les hautes montagnes, dus à la rareté de l'air comme cause immédiate, offrent des caractères très prononcés, mais cependant variables aux différentes hauteurs, et presque pour chaque individu. Ce *mal de montagne* est aussi douloureux que le *mal de mer*. Une faiblesse extrême, l'impossibilité de faire plus de quelques pas sans reprendre haleine, le besoin fréquent de s'asseoir, besoin tellement impérieux que le danger le plus imminent, dit Saussure, qui réalisa le premier l'ascension du Mont-Blanc, ne ferait pas faire un pas de plus, tels sont les caractères essentiels; des vertiges, des envies de vomir, des hémorrhagies par les lèvres et par les gencives, la tuméfaction des conjonctives s'y joignent souvent. M. de Humboldt, dans son voyage au sommet du Chimborazo, eut un mal d'estomac si violent, qu'il en perdit connaissance. La disposition au sommeil est encore un des effets les plus habituels, mais elle disparaît dès qu'on cesse de monter. Ce semble, au reste, quelque chose d'étrange que de rencontrer cette tendance, en même temps qu'une légèreté apparente si marquée, que M. Sherwit, le comte de Tilly et M. Alkins expriment tous cette sensation, en disant qu'il leur semble que la semelle de leur soulier effleure la neige et que l'on pourrait passer une lame de couteau entre l'une et l'autre.

Les observations faites sur le système circulatoire indiquent une grande amélioration. Les fonctions digestives, au contraire, participent de l'inertie musculaire générale : la plupart des voyageurs n'avaient que fort peu d'appétit.

Comme exceptions individuelles à ces perturbations on peut rapprocher les faits suivants : MM. de Humboldt et Heberden étant montés au pic de Ténériffe à 3638 mètres (11,200 pieds), y respiraient en toute liberté. M. Clissol, parvenu au sommet du Mont-Blanc, dit qu'il se sentait encore capable de s'élever davantage. M. le comte de Tilly faisait 150 pas sur le sommet du Mont-Blanc sans prendre haleine ; il n'y éprouva pas le besoin de dormir et y eut un appétit dévorant.

Pour moi, dit le rapporteur, je reste convaincu, et ce n'est pas mon expérience seulement que j'invoque, que ces troubles n'ont lieu que quand on est parvenu tout à fait aux sommités les plus élevées du globe, ou lorsqu'une ascension aérostatique nous a emportés au-delà des limites terrestres. Partout ailleurs le séjour sur les montagnes est une des conditions qui nous vivifie davantage. La vivacité et la ténuité de l'air des montagnes raniment pour ainsi dire à chaque inspiration. J'ai vu des femmes frêles, délicates, des vieillards et des enfants gravir sans maladie et sans lassitude des élévations assez grandes.

Passant ensuite à l'explication des divers phénomènes dont nous venons de parler, il rappelle que les interprétations n'ont pas manqué. Il en est une surtout, assez séduisante, car l'expérimentation physiologique lui vient en confirmation. Dans une lettre à l'Académie des sciences (janvier 1837), en lui adressant l'ouvrage de M. Weber, intitulé : Recherches mathématiques et physiologiques sur le mécanisme des organes locomoteurs de l'homme, M. de Humboldt signalait que le bourrelet ligamenteux qui entoure l'articulation coxo-fémorale fait l'office de soupape. La jambe ne tombe pas quand on a coupé tous les muscles, mais elle tombe aussitôt que par une perforation de la membrane capsulaire l'air trouve accès dans sa cavité. La diminution de la compression de l'air sur cette soupape serait donc, d'après Weber, une cause de la fatigue éprouvée sur les hautes montagnes.

D'autres influences concourent bien certainement aussi à la production des mêmes effets. Les gaz contenus dans le tube intestinal, qui en est le seul réservoir dans notre économie, se dilatent en raison de la diminution de la pression extérieure. La dilatation abdominale refoule le diaphragme dans le thorax, dont elle restreint la capacité et gêne les fonctions. On peut avoir une sensation assez analogue en se rappelant ce qui survient après qu'on a bu une certaine quantité de vin de Champagne, d'eau gazeuse ou d'aliments facilement fermentescibles. Alors les secousses de la locomotion agitent le liquide intestinal, favorisent la formation et le dégagement des gaz, d'autant mieux que ces mouvements se passent sur des surfaces membraneuses élastiques ; aussi est-il d'observation que l'ivresse, dans ces circonstances, se manifeste beaucoup plus promptement par l'agitation, le déplacement de l'individu, que dans l'état de repos.

Les expériences de Robertson, l'aéronaute, publiées dans ses Mémoires, celles de nos honorables confrères Junod, Pravaz justifient ces déductions.

Quant à M. Brachet, il trouve que rien n'est plus facile que de se rendre compte de la lassitude et de l'anhélation sur les très hautes montagnes. Il est reconnu que le sang artériel en passant à travers les organes y perd sa couleur vermeille et qu'il y devient d'un rouge noir. M. Brachet a démontré que cette couleur est d'autant plus foncée que les organes sont plus en activité. Prenant les muscles pour exemple, il a prouvé que le sang artériel, en traversant leur tissu pendant le repos, y devient beaucoup moins noir qu'en passant à travers les membres en contraction. Cette vérité une fois établie, il en a fait l'application à plusieurs circonstances physiologiques dont l'explication était jusqu'à ce jour insuffisante. Par exemple : la raréfaction de l'air explique bien la gêne et la difficulté de la respiration, mais elle n'explique pas l'anhélation et la lassitude extraordinaires qu'occasionne le moindre mouvement. Comment pourrait-elle l'expliquer, puisque dans les ascensions en ballon on ne les éprouve pas, au rapport des aéronautes !

Voici, d'après la théorie de M. Brachet, la clef de cette différence : Pendant le repos, le sang revient au cœur moins noir, moins désoxygéné ; il a par conséquent besoin de moins d'oxygène pour repasser à l'état vermeil, et la quantité qui s'en trouve dans l'air raréfié est suffisante pour opérer cette conversion. Par le mouvement, le sang devient noir ; il exige donc plus d'oxygène que n'en contient l'air raréfié qui se précipite dans la poitrine ; d'où la nécessité de suppléer à sa quantité absolue par la rapidité du mouvement de l'air mis en contact avec le sang. Cette même théorie s'applique à la lassitude si prompte et si grande qu'on éprouve dans les mêmes conditions : un sang suffisamment excitateur n'est plus envoyé aux organes et en particulier aux muscles.

Ainsi donc : 1° L'anhélation produite par le mouvement sur les hautes montagnes dépend de ce que le sang arrive plus noir aux poumons, et de ce qu'il ne trouve pas dans l'air raréfié une quantité d'oxygène suffisante pour se révivifier assez promptement. 2° La lassitude dépend de ce que le sang, moins hématosé, ne porte plus aux muscles l'incitation normale.

Conclusions : Remercîments à l'auteur. — Adopté.

M. Bourjot ajoute quelques détails qui lui semblent compléter certaines lacunes : Dans deux ascensions sur l'Etna, à une hauteur de six mille pieds seulement, hauteur assez grande cependant pour que le sommet soit toujours dans la neige ; il a éprouvé : 1° comme l'a noté M. Caffe, une fatigue si grande qu'il lui fallait se reposer de cinq en cinq pas ; 2° un besoin presque irrésistible de sommeil ; 3° une grande sécheresse de la bouche et des organes salivaires, qu'il ne diminuait qu'à force de mâcher des feuilles de rumex et des citrons.— Peut-être la sécheresse de l'air est-elle une des causes qui s'opposent à l'hématose. — Après avoir dormi trois heures au sommet de l'Etna avec les deux personnes qui l'accompagnaient, M. Bourjot sentait, à mesure qu'il descendait, ses forces augmenter et une sorte de délire gai s'empara des voyageurs.

M. Caffe répond qu'il avait eu l'intention de parler seulement des sensations des autres. S'il avait voulu faire l'histoire des siennes, il aurait raconté qu'étant aussi monté à de grandes hauteurs, il avait vérifié la plupart des sensations indiquées par la majorité des voyageurs ; qu'une fois surtout il avait si horriblement souffert de la faim, qu'il en avait versé des larmes.

— *M. Bourjot* lit en son nom et en celui de M. Caffe, un rapport sur un travail de M. le docteur Szokalski sur la *pupille artificielle* :

« Nous voyons avec peine se multiplier à profusion les travaux de chirurgie oculaire, dans le but évident de la part de nos jeunes confrères de se créer une position dans cette partie de la chirurgie, et quelques observations à ce sujet, si elles sortent de cette enceinte, pourront peut-être empêcher des mécomptes. Il fut un temps où la médecine oculaire formait dans le centre parisien, disons mieux, dans chaque capitale, une spécialité très lucrative et honorée. Devenzel, Demours, avant eux maître Janin Grandjean, exerçaient l'oculistique avec faveur et succès. En sera-t-il de même bientôt ? Nous croyons le contraire, malgré les efforts qu'avec Sanson, notre maître, nous avons faits pour ressaisir ce rameau devenu banal de la chirurgie. L'oculistique est tombée dans le domaine chirurgical commun ; chaque chirurgien, à la tête d'un service d'hôpital régulier, opère la cataracte, la pupille

artificielle. Dans tous les chefs-lieux de départements ; je citerai à Orléans, feu L'Evêque; au Mans, M. Janin ; à Angers, M. Mirault, etc. On comprend alors que plus il se crée, si je puis dire, en province, de centres chirurgicaux, plus le foyer de Paris doit tendre à s'éteindre. Aussi la chirurgie oculaire n'offrira, à une ou deux positions près, et elles sont pour long-temps prises, qu'une glane fort peu productive, et il devient dangéreux de se trouver en face de soi-même avec une spécialité qui donne moins qu'elle n'a semblé promettre. Mais j'arrive à mon rapport.

» Notre confrère commence par une observation de pupille artificielle consécutive à l'opération malheureuse de la cataracte. Les principes qu'il pose à cet égard sont d'attendre que l'inflammation et ses conséquences soient arrêtées, terminées. Peut-être pourrait-on dire le contraire, et devra-t-on enter une inflammation sur l'autre pour n'en avoir qu'une à combattre. M. Szokalski a opéré par excision avec les ciseaux. C'est sans contredit ce qu'il y a de mieux. Ce tissu de l'iris est très résistant il se laisse couper déjà avec assez de peine; mais il résiste tout à fait aux instruments piquants ou coupant en perforant, à moins qu'il ne soit fortement tendu.

» J'accepte les catégories ouvertes par M. Szokalski, pour y renfermer les cas qui réclament la pupille artificielle : 1° occlusions spontanées ; 2° occlusions consécutives à l'opération de la cataracte; 3° les cas de pupille artificielle par suite d'opacité centrale de la cornée. Judicieusement, M. Szokalski avance que ces deux dernières catégories renferment les cas les plus favorables. Evidemment le globe de l'œil est sain, il n'a éprouvé que les atteintes d'un trauma, ou d'une lésion externe.

» Dans les cas de cataracte manquée ou d'inflammation spontanée, souvent on a derrière soi l'iris affectée d'atrésie, ou de synéchie antérieure ou postérieure le cristallin entier, ou fragmenté, ou un magma, qui forme l'occlusion de la pupille. M. S. pense que dans ce cas il faut extraire le cristallin plutôt que de le déprimer. Peut-être ne faut-il faire ni l'un ni l'autre, car le tout sera tellement adhérent, capsule, iris, procès ciliaire, qu'une tentative d'extraction ou de pression pourra amener un décollement presque total de l'iris. Par une excision la plus externe possible, on aura assez de lumière passant entre le cercle ciliaire et le limbe du cristallin pour rendre une vue imparfaite, mais suffisante.

» J'aime mieux le procédé de Wenzel, quand on veut pratiquer la corectomie, qui consiste à entamer cornée et iris du même coup, et avec le seul kératotome, que l'invention et le couteau mécanique de Stromeyer. Toute simple fente, sans excision, n'aboutit souvent à aucun bon résultat. Plus bas, le docteur Szokalski se prononce pour le décollement, en attirant le pli irien dans la plaie cornéale, où il se trouvera pincé, et où il contractera une salutaire adhérence. Nous sommes de l'avis de M. Szokalski, exciser dans tous les cas avec ou sans décollement, comme on peut, ou l'on peut. La pupille artificielle n'est jamais une opération correcte, régulière, normale; c'est la ressource des cas désespérés. Dans les cas où l'on doit à cause d'un leucoma central n'avoir qu'une pupille artificielle latérale, notre confrère pense qu'il faut, et avant lui M. Cunier, un des oculistes les plus entreprenants de la Belgique, l'avait mis en avant, qu'il faut provoquer le strabisme en sens contraire. Soit la pupille en dehors, il faut provoquer le tirage en dedans en coupant le muscle externe. Ceci est fort beau en théorie; M. Szokalski assure avoir fait et conduit à bien cette hasardeuse opération, et M. Cunier affirme aussi le même succès. Mais comme il n'est pas plus certain de donner que d'enlever le strabisme, je ne me permettrais cette opération que dans un cas désespéré, et où le malade réclamerait cette tentative avec une instance telle, qu'elle mettrait ma responsabilité à l'abri.

» En résumé, le travail de notre confrère étranger, et sans doute nationalisé français, mérite des éloges; il est judicieux, et promet une ophtalmotriate distingué. Je conclus à ce que la Société vote des remerciements pour sa communication. »— Adopté.

— *Des causes physiques et morales de la folie ;* par M. Belhomme. — On sait que M. Moreau de Jonnès vient de formuler que les causes physiques l'emportent de moitié sur les causes morales dans la production de la folie, opinion tout à fait contraire à celle qui a généralement cours. M. Belhomme rappelle qu'en 1839, il constata le premier la prédominance des causes physiques : elles étaient, d'après son relevé, dans le rapport de 5035 à 2659 : or, il faisait entrer dans le cadre des causes physiques la mauvaise conformation primitive du crâne, les congestions cérébrales, les suites de l'apoplexie, la paralysie, l'hystérie, l'épilepsie, l'abus du vin, de l'onanisme et du mercure, les effets de la menstruation, la suppression des règles, les suites de couches, la grossesse.

L'auteur insiste sur les prédispositions qu'il croit dépendre surtout du physique, de la cause organique primitive. L'observation de la transmission de la folie par hérédité est un puissant argument. Les partisans des causes morales ont vainement cherché à s'appuyer sur ce que la civilisation augmenterait la proportion des aliénés. Est-ce que les passions étant plus développées, les excès ne sont pas plus nombreux ? Les causes morales augmentent avec la civilisation, mais les causes physiques augmentent aussi. Et puis il y a dans presque tous les cas des phénomènes complexes de causalité ; il est souvent si difficile, dans un cas donné, de déterminer d'où est partie la plus grande influence, qu'on conçoit aisément comment des esprits prévenus, spiritualistes ou physiologistes, rangeront un fait dans telle ou telle catégorie. Non-seulement la statistique est en général mal faite, mais encore elle est faite sur de mauvaises bases. L'inconduite, le libertinage sont signalés comme causes morales ; pourquoi ne seraient-ils pas désignés comme causes physiques ?

En résumé, M. Belhomme établit les propositions suivantes :

1° Les causes physiques de la folie sont aussi nombreuses, sinon plus nombreuses que les causes morales.

2° Il faut éviter les idées systématiques dans l'appréciation des causes de la folie.

3° Il faut tenir compte, avant tout, de la prédisposition héréditaire ou innée.

4° La folie débute rarement d'une manière spontanée ; il y a souvent succession des causes physiques et morales, et il est aussi difficile de se prononcer sur l'action unique d'une cause quelconque, que de reconnaître sa valeur absolue.

5° On ne doit pas faire figurer l'idiotie parmi les causes de la folie, mais les vices d'organisation primitive.

6° L'épilepsie est souvent cause de folie.

7° La civilisation produit autant et peut-être plus de causes physiques que de causes morales.

8° Les causes physiques et morales se tiennent tellement, qu'on ne peut concevoir une action immédiate sur l'intelligence et le moral de l'homme sans l'intermédiaire de ses organes.

9° Pour qu'une statistique ait une valeur réelle, il faudrait que les faits qui y sont relatés fussent observés par le médecin qui fait la statistique.

Dr J. Chenest.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité des bains d'airelle myrtille contre la diarrhée ;
par M. le docteur Begasse, de Belzig.

M. Begasse fut appelé, le 4 juin 1841, chez un ouvrier âgé d'une quarantaine d'années, et déjà usé comme s'il fût arrivé à la vieillesse. Cet homme était alité depuis quinze jours et plongé dans un état d'abattement considérable; les traits affaissés ; le pouls très lents; la chaleur de la peau naturelle; la langue épaisse, couverte d'un enduit blanc et tendant à la sécheresse ; l'appétit nul ; point de sommeil ; une diarrhée aqueuse qui déterminait de quatre à six évacuations dans le courant de la journée.

La maladie s'était déclarée peu de temps après que le sujet avait eu à laver des moutons et à écheniller des arbres. Pendant ce dernier travail, il avait dû écraser un grand nombre de chenilles avec les doigts, et bientôt ensuite il avait été pris de nausées violentes et d'une anorexie complète.

En outre, à la suite d'une petite lésion de l'un des orteils du pied gauche, il était survenu une inflammation des vaisseaux lymphatiques de toute l'extrémité correspondante, puis un érysipèle accompagné de douleurs qui se faisaient sentir jusque dans les glandes inguinales.

L'état général du malade, et surtout la diminution si prononcée des forces vitales, ne laissaient que peu ou même pas d'espoir de le ramener à la santé.

Un traitement anti-gastrique, consistant spécialement dans l'emploi de l'ipécacuanha associé à l'ammoniaque et à la teinture thébaïque, le colombo, la noix vomique, les révulsifs et les boissons mucilagineuses, furent successivement mis en usage sans le moindre résultat avantageux : l'état resta le même, et les lavements mucilagineux opiacés furent eux-mêmes impuissants à combattre la diarrhée opiniâtre qui, dans tous les cas, devait être considérée comme le symptôme le plus important.

Le malade, chez lequel les accidents acquéraient chaque jour un nouveau degré d'intensité, allait en dépérissant de plus en plus ; le pouls devint plus lent, plus faible et même intermittent ; la peau, toujours froide, perdit entièrement son élasticité. M. Bégasse, considérant déjà le sujet comme tout à fait perdu, allait se décider à suspendre tout traitement, lorsqu'il songea tout à coup à la puissance astringente des baies d'airelle myrtille desséchées. Ce médicament, s'il devait rester sans succès comme les précédents, avait du moins l'avantage de ne pouvoir être nuisible. En conséquence, M. Begasse en prescrivit 30 grammes en substance, et, chose inouïe ! dès l'ingestion de cette dose, la diarrhée céda, et déjà dans la soirée une amélioration notable pouvait être remarquée ; l'énergie vitale recommençait à se montrer, et les yeux n'étaient plus ternes ni enfoncés dans leur orbite. Il n'y eut plus d'évacuations alvines pendant les cinq jours qui suivirent ; le sommeil et l'appétit ne tardèrent pas à reparaître, et le malade fut enfin rendu à la santé. Toutefois, l'auteur ajoute que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques se termina par suppuration.

(*Medicinische Zeitung.*)

Traitement du rachitisme à l'hôpital des Enfants Malades de Dresde; par M. le docteur Kuettner.

Comme les jeunes sujets qui sont conduits à l'hôpital dans cet état de rachitisme sont ordinairement gorgés de nourriture de mauvaise qualité, on commence par leur administrer, s'il en est besoin, un médicament fortement évacuant et qui est en même temps susceptible d'augmenter l'action vitale du conduit digestif. Le médicament auquel on donne habituellement la préférence pour cet objet consiste dans une poudre aromatique de jalap préparée d'après la formule suivante :

Pr.	Poudre de jalap,	24 grammes.
	Poudre de réglisse,	24
	Sucre blanc,	45
	Poudre Content,	45
	Huile volatile de calamus aromaticus,	12 gouttes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

La poudre Content se prépare d'après la formule ci-dessous :

Pr.	Sucre très blanc,	500 grammes.
	Farine de riz,	1000
	Cacao mondé,	750
	Poudre de cannelle,	24
	Poudre de girofle,	8
	Poudre de cardamome,	4
	Baume du Pérou noir,	5 gouttes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

La poudre aromatique de jalap contient, par chaque trente grammes, quatre grammes de jalap. On l'administre à la dose d'une cuillerée à café, une à trois fois par jour.

En général, après avoir employé ce moyen à diverses reprises pendant quelques semaines, on commence à remarquer une amélioration notable dans l'état des jeunes sujets, par exemple, une plus grande vivacité, un appétit plus prononcé, des évacuations alvines plus régulières, un désir plus marqué de se tenir sur les jambes.

Alors, ou même, suivant les circonstances, sans avoir eu recours à ce traitement préparatoire, on administre l'huile de foie de morue, véritable spécifique contre le rachitisme. Cette huile, donnée à la dose de quelques cuillerées à bouche par jour, suffit ordinairement pour rétablir la santé. La quantité moyenne pour chaque enfant est d'environ neuf cents à mille grammes.

Dans les cas où les fortifiants sont indiqués, soit associés à l'huile, soit après son emploi, le calamus aromaticus et le fer se montrent toujours les plus avantageux.

Ce traitement interne est d'ailleurs secondé par une médication externe destinée à ranimer l'action vitale de la peau, et qui consiste en bains tièdes préparés avec une infusion chargée de tiges et feuilles de genevrier en frictions avec l'huile de foie de morue, après quoi on enveloppe le corps des jeunes enfants dans des morceaux d'étoffe de laine bien chauds. Quelquefois aussi on substitue à ces moyens les frictions sèches sur la peau et les bains de sable échauffé par les rayons solaires.

Le régime diététique a pour base les aliments animaux.

La durée moyenne du traitement est de trois mois.

L'auteur considère comme un signe certain de rétablissement la possibilité de marcher librement, sans aide et pendant long-temps.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 DÉCEMBRE 1843. (16e ANNÉE.) N°. 150. TOME V. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 20 DÉCEMBRE 1843.

Procès de M. GANNAL *contre* M. MARCHAL (DE CALVI).

Le défaut d'espace nous a empêchés de reproduire les débats du procès intenté par M. Gannal à M. Marchal (de Calvi). Nous remplirons aujourd'hui cette lacune; car la question est d'un intérêt général pour les médecins. M. Gannal, assisté de Me E. Arago, a fait tenir à cet avocat un langage peu propre à lui concilier les sympathies du corps médical. Nous le mettons sous les yeux de nos lecteurs, afin qu'ils puissent bien apprécier la nature et le caractère du procès intenté par un monopole illégitime et inconvenant. Si M. Gannal avait cherché à perdre sa cause auprès de l'opinion et de l'estime des médecins, il n'aurait pu mieux réussir.

M. Marchal (de Calvi) a plaidé lui-même, et il l'a fait de manière à réhabiliter auprès des juges et du public la dignité médicale, que son adversaire avait voulu flétrir. Son argumentation a été nette, pressante, solide. Nous sommes heureux et fiers d'avoir à signaler un nouveau succès littéraire et oratoire devant les tribunaux, qui peuvent apprécier eux-mêmes tout ce qu'il y a de talent et d'honorabilité dans ce corps médical, que des procès malheureux font paraître à leur barre.

Voici les détails du procès relatif à l'embaumement.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE. (7e Chambre.)

Audience du 15 *décembre.* — Présidence de M. PINONDEL.

Procédé d'embaumement. — Contrefaçon. — M. Gannal contre M. le docteur Marchal (de Calvi.)

Cette affaire, qui préoccupe vivement les médecins, avait attiré une assez grande affluence de docteurs. Le retentissement qu'a eu le procédé d'embaumement auquel M. Gannal a donné son nom, et la prétention de ses adversaires, qui soutiennent que cette méthode était depuis long-temps connue, expliquent l'intérêt que ce procès a fait naître dans la science.

Le plaignant déclare se nommer Jean-Nicolas Gannal, âgé de cinquante-trois ans, être chimiste, et demeurer rue de Seine-Saint-Germain.

M. Marchal (de Calvi), docteur en médecine, est âgé de vingt-huit ans.

M. le président. Vous savez, Monsieur, de quel délit vous êtes prévenu; M. Gannal vous reproche de vous être approprié sa méthode pour laquelle il a pris un brevet d'invention en 1837.

M. Marchal. J'ai procédé à un embaumement selon la méthode de M. Tranchina (de Naples), publiée en 1835, ainsi que je le prouverai, tandis que le brevet pris par M. Gannal est de 1837. J'ajoute que le procédé dont je me suis servi n'est pas le même que celui de M. Gannal.

Me Emmanuel Arago prend la parole pour M. Gannal :

Messieurs, dit l'avocat, le procès en contrefaçon qui nous amène aujourd'hui devant vous ne ressemble pas à tous ceux que l'on vient d'habitude soumettre à votre jugement. Le contrefacteur ordinaire se cache, agit dans l'ombre, et ne paraît à votre barre que contraint et forcé. L'attitude du prévenu, qui s'avance ici tête haute, après avoir lui-même provoqué le débat, demande quelques explications indispensables, selon moi, pour éclairer la cause, et pour lui donner à vos yeux son véritable caractère.

M. Gannal est, vous le savez tous, inventeur d'un procédé d'embaumement dont il s'est réservé l'exploitation industrielle par un brevet délivré le 29 septembre 1837. Depuis lors, ce brevet a été exploité sans conteste, excepté un seul procès que M. Gannal a gagné. Mais il a rencontré bien des obstacles, bien des préventions; il a dû soutenir bien des luttes. Ces obstacles lui ont été suscités par des hommes froissés dans leurs intérêts matériels.

Comment est né le procès? Le lundi 31 juillet 1843, M. Marchal (de Calvi) lit un mémoire à l'Académie des sciences pour prouver que tout médecin peut embaumer par la nouvelle méthode, malgré le brevet Gannal. Or, examinons la sanction qu'avait reçue le procédé de M. Gannal. En 1833, à une époque où M. Marchal était encore sur les bancs de l'Ecole, M. Gannal présenta son travail à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Des commissaires sont nommés, et tous choisis parmi ce que ces deux sociétés savantes renferment de plus distingué. A l'Académie des sciences, c'étaient MM. Savart, Flourens, Chevreul, Serres et Breschet; à l'Académie de médecine, MM. Sanson, Roux, Guéneau de Mussy et Dizé. Le rapport fut des plus élogieux. En 1835, un prix est décerné à M. Gannal par l'Académie des sciences, et en 1836 il obtient le prix Montyon.

Tant qu'il s'est agi de science, d'honneur et de gloire, pas une réclamation ne s'est élevée contre mon client. Il s'agit aujourd'hui d'un brevet d'industrie, d'argent, des clameurs s'élèvent de toutes parts. La conséquence est facile à tirer; ce n'est pas la science qui réclame pour ses droits, c'est l'industrialisme médical qui se déchaîne contre nous.

Et cela est si vrai, qu'on a osé, en plein amphithéâtre, proposer d'ouvrir une souscription pour soutenir M. Marchal dans le procès que nous lui intentons. Je lis cela dans une lettre imprimée et signée, je n'ose vous dire de quel nom. Voyez, Messieurs, cette signature, et vous gémirez comme moi de l'abaissement qui pousse des hommes graves à des actes de cette espèce. On s'indignerait trop, si l'on s'en indignait; on ne peut en avoir que pitié.

Quel est, Messieurs, le principal argument de nos adversaires? Ils nous disent : M. Gannal n'a pas le droit d'embaumer, parce qu'il n'est pas médecin. Voyons, examinons.

Qu'est-ce que la médecine? L'art de guérir, n'est-il pas vrai? M. Gannal n'aspire point à ce noble résultat. Calmez-vous donc, Messieurs de la Faculté, on n'usurpe pas votre droit. La tâche de M. Gannal commence où la vôtre finit; il n'arrive jamais auprès de vos clients qu'au moment où ceux-ci n'ont plus besoin de vous. Tâchez qu'il ait moins de besogne; c'est la meilleure manière de le combattre, et il ne s'en plaindra pas. Il n'y a nulle similitude entre vos travaux et les siens; vous êtes médecins, et vous professez une science; il n'est qu'embaumeur, et ne pratique qu'un métier; vous êtes les artistes, il encadre vos œuvres

L'avocat, discutant le point du procès, explique en quoi consiste le procès de Gannal, et, le comparant à ce qu'a fait M. Marchal, s'efforce d'établir que la contrefaçon est flagrante.

Me Arago termine en déclarant qu'il attendra que M. Marchal ait exposé son système pour réfuter des arguments qu'il ne peut prévoir.

Me Pietri, qui assiste M. Marchal (de Calvi), donne au Tribunal lecture des conclusions suivantes :

« Attendu que l'opération de l'embaumement étant une opération chirurgicale et intellectuelle, ne peut être brevetée; que, d'ailleurs, le brevet de M. Gannal n'est valable qu'en ce qui touche le liquide qu'il emploie, la méthode en elle-même, c'est-à-dire l'injection artérielle sans autre mutilation qu'une incision au côté gauche du cou, existant déjà dans la science, et ayant déjà été décrite en détail et pratiquée notamment par le docteur Tranchina, de Naples; que ce procédé, consigné et décrit spécialement dans la *Gazette des Hôpitaux*, journal imprimé et publié à Paris, numéro du 7 juillet 1835, était par conséquent dans le domaine public antérieurement à l'obtention du brevet de M. Gannal;

» Attendu, d'un autre côté, que non-seulement M. Marchal n'a pas employé les matières de M. Gannal, seules susceptibles d'être brevetées, mais encore qu'il a nominativement, et suivant la déclaration par lui faite au commissaire de police présent à l'opération, employé un procédé antérieur de deux ans au brevet de M. Gannal;

» Déclarer M. Gannal mal fondé dans sa demande, et l'en débouter.»

M. Marchal (de Calvi) prend ensuite la parole.

« Je diviserai les observations que je dois avoir l'honneur de présenter au Tribunal, en quatre parties. Dans la première, je ferai l'historique du procès; dans la seconde, j'examinerai si l'opération de l'embaumement est brévetable; dans la troisième, supposé que cette opération soit brévetable, j'examinerai s'il y a eu par mon fait contrefaçon du brevet de M. Gannal; dans la quatrième, enfin, je dirai quelques mots du procès d'Auxerre, dont on vous a parlé.

» On a insinué que j'avais voulu accroître mon nom aux dépens de M. Gannal. L'*historique du procès* montrera quels ont été mes véritables mobiles.

» Le 29 septembre 1837, M. Gannal prend un brevet pour l'exploitation du corps humain en matière d'embaumement. Etrange commerce! Mais quel est l'homme qui prend ce brevet? Il n'est pas docteur en médecine; il n'est même pas officier de santé; il n'a pas qualité pour toucher au corps humain!

» Que fait cet homme, après avoir pris son brevet? Il fait des annonces; il en fait encore; il en fait toujours. Il se fait lithographier, et, pour que la postérité ne soit pas en peine de renseignements, il fait mettre son adresse au bas de son portrait. S'il s'en était tenu là, personne n'eût songé à l'attaquer. Mais l'appétit vient en..... embaumant, et, après avoir fait quelques embaumements, M. Gannal veut les faire tous. Pour cela, comme il est breveté pour la méthode d'embaumement par injection, et comme, en France, même parmi les gens éclairés, un brevet constate un droit réel, M. Gannal, garanti de ce côté, n'aura plus qu'à rendre impossible l'emploi de la méthode par incision. Le moyen qui se présente à cet effet, et devant lequel M. Gannal n'est pas homme à reculer, c'est de conspuer, de dénigrer, d'insulter tout médecin qui pratiquera un embaumement suivant ce dernier mode. Cette tactique était habile, mais elle avait ses dangers; c'est elle, effectivement, qui m'a amené à examiner ce qu'il y avait de réel dans le droit de M. Gannal. Je viens de parler d'un système d'injures; je vais fournir mes preuves.

» En mai 1838, M. le prince de Talleyrand meurt. M. Gannal est en émoi. Un instant il est question d'avoir recours à lui; mais il ne répond de la conservation que pour *cinq ans*, et la famille du prince veut d'ailleurs que celui-ci soit embaumé comme sont embaumés les rois. M. Gannal est donc évincé. A qui s'en prend-il? A M. Cruveilhier, médecin du prince. Vous connaissez M. Cruveilhier. Haute probité sociale et scientifique, distinction parfaite dans les formes, grand savoir, cela va sans dire : voilà sous quels traits se présente à vous ce célèbre professeur. Eh bien! Messieurs, voici de quelle manière il est traité par M. Gannal, dans une lettre insérée dans un grand nombre de journaux politiques : « Comment se fait-il que le procédé de M. Gannal, préféré par M. Cruveilhier s'il se fût agi d'embaumer une personne de sa famille, etc., n'ait plus paru à M. Cruveilhier avoir le même mérite pour préserver de la destruction les dépouilles mortelles de deux riches personnages; d'abord, de M. le comte de Noailles, sur la succession duquel M. Cruveilhier a prélevé dernièrement la somme énorme de *neuf mille francs*; et puis encore de M. le prince de Talleyrand, dont l'embaumement ne sera certainement pas moins généreusement rétribué. » J'ai entre les mains la réponse indignée de M. Cruveilhier, publiée dans les mêmes journaux. M. Gannal y est convaincu d'*ingratitude et de calomnie :* d'ingratitude, parce que M. Cruveilhier avait conseillé à la famille du prince de s'adresser à lui; de calomnie, parce qu'il est faux qu'après l'éviction de M. Gannal, M. Cruveilhier soit demeuré chargé de l'embaumement de M. de Talleyrand, et parce qu'il est faux que M. Cruveilhier ait donné ses soins à M. de Noailles, plus faux encore qu'il ait présidé à son embaumement.

» Ce n'est pas tout, et vous allez frémir d'indignation. Vous venez de voir, en 1838, M. Cruveilhier déclarer publiquement qu'il n'a point pris part à l'embaumement de M. de Talleyrand. Cela n'empêche pas, en 1842, M. Gannal, dans une brochure contre M. Pasquier, chirurgien du prince royal, d'accuser incidemment M. Cruveilhier, d'avoir *haché un prince de notre époque* (M. de Talleyrand), et d'*avoir fait jeter son cerveau dans l'égout de la rue Saint-Florentin.* (M. Marchal lit le passage de la brochure de M. Gannal. Sensation prolongée.)

Le prince royal est enlevé par un fatal accident. Un père dit au médecin de son fils : — Le corps de notre enfant attend de derniers soins, et ce sera pour nous une consolation de penser qu'ils lui auront été rendus par des mains amies. Nous savons combien cette tâche vous sera pénible; notre reconnaissance en sera plus vive. — Le médecin ne recule pas devant ce devoir. Tant que dure l'opération, il a un orage dans le cerveau; une telle émotion l'agite, de si cruelles impressions se pressent et s'amassent dans son âme, qu'à quelque temps de là il tombe dangereusement malade. Ce n'était point assez de ces épreuves, et M. Gannal, qui s'indigne de n'avoir pu exhiber son enseigne dans une si magnifique occasion, M. Gannal, au nom d'un vil intérêt, écrit cette brochure contre lui. Voici des passages de ce libelle :

— « Votre conduite, en cette circonstance, tend à prouver que vous
» n'avez pas pour vous-même l'estime et la considération que vous
» voulez trouver dans les autres..... A voir le cas que vous faites de
» votre caractère et de votre dignité, je serais tenté d'imiter votre
» exemple et de vous laisser là. »

» Dans un moment, qu'il ne tient qu'à nous de regarder comme lucide, M. Gannal se pose cette question : « Qui suis-je? » et il se répond : « Je suis un charlatan. » Puis, supposant que c'est M. Pasquier qui a fait la réponse, il reprend : « Et c'est vous qui le dites, Monsieur;
» voyons donc si je dois accepter ce nom et qui de moi ou de vous y
» a le plus de droits. »

» Or, qu'a fait M. Pasquier? ce chirurgien s'est-il caché pour pratiquer cet embaumement? était-il seul, volontairement livré à lui-même? Nullement. M. Fouquier, premier médecin du roi, d'après les ordres de S. M., y assistait; M. Blandin, consultant du roi, y était aussi. On a discuté, et ce n'est qu'après discussion qu'on a opéré.

» Dès ce moment vous savez, Messieurs, quels ont été mes motifs, et pourquoi j'ai cru qu'il était nécessaire et honnête d'examiner les prétentions de M. Gannal. M. Gannal conspue, dénigre, insulte les médecins, et il choisit les plus honorables. Je suis médecin; de plus, j'appartiens à la presse médicale. A ce dernier titre, je ressens, un des premiers, les atteintes portées à la profession.

» Voilà donc, Messieurs, pourquoi j'ai lu mon Mémoire à l'Institut. Et à ce mémoire où, malgré tout, par respect pour l'Académie, par respect pour moi-même, je traitais M. Gannal avec la plus grande modération et avec égard, voici comment M. Gannal a répondu. »

Ici M. Marchal analyse rapidement la brochure injurieuse de M. Gannal contre lui, ainsi que la polémique qui s'est engagée ensuite, et qui s'est terminée par le défi de M. Gannal à M. Marchal de faire un embaumement par injection. Il montre comment, après que lui, M. Marchal, eut donné la plus grande publicité à l'embaumement qu'il venait de pratiquer, M. Gannal écrivit dans les journaux qu'il avait *saisi* M. Marchal; ce qui était faux, et comment le même M. Gannal prétendit encore avoir précédemment *saisi* M. le professeur Trousseau; ce qui était faux également. Il termine cette première partie en se résumant sur ce qu'il appelle les manœuvres habituelles de M. Gannal.

Dans la seconde partie de son discours, l'orateur examine, comme il a été dit, si l'opération de l'embaumement est brevetable. « Par qui cette opération a-t-elle été pratiquée jusqu'ici, dit-il? Ne parlons pas de ce qui avait lieu en Egypte. Nous avons un obélisque, par curiosité d'antiquaires, et nous ne sommes pas au temps des Pharaons. Parlons de notre pays. L'opération de l'embaumement a toujours été pratiquée par les médecins. Elle est décrite dans les ouvrages de médecine. Voyez Paré, Dionis, le Dictionnaire des Sciences médicales, le Dictionnaire de Médecine, le Dictionnaire de M. Fabre. Ensuite, *en elle-même*, qu'est-ce qu'une opération qui consiste à découvrir une artère sur l'homme? Que l'individu sur lequel on la pratique soit mort ou vif, en elle-même elle ne change pas, et elle demeure une opération chirurgicale. Il faudra donc que les médecins soient tributaires d'un étranger pour une opération qu'ils ont toujours pratiquée et qui de sa nature est positivement chirurgicale!

» D'un autre côté, est-ce que tous les morts sont morts? Est-ce qu'il n'y a pas de morts apparentes? Et l'on mettra en présence de ces cas redoutables un homme qui n'est pas médecin? Puis, est-ce que l'on pourra forcer la confiance et le sentiment des familles, quand il s'agit des soins pieux à donner à la dépouille d'une personne aimée. Et encore, les familles ne peuvent-elles avoir des secrets à garder en ce qui touche la constitution de leurs membres? Il y a une autre raison, et celle-ci, malgré mon ignorance, je me hasarderai à la chercher dans la jurisprudence. Comment la loi exprime-t-elle sa protection vis-à-vis du breveté? En faisant saisir l'*objet* contrefait. On ira donc arracher un enfant mort des bras de sa mère pour donner satisfaction à un intérêt commercial? Et si je prétends que M. Gannal emploie d'autres substances que celles qui sont stipulées dans son mémoire descriptif, exhumera-t-on, par exemple, le corps de l'archevêque de Paris pour vérifier le fait? Enfin, est-il moral de fonder un brevet industriel sur le corps humain? Où en sommes-nous, grand Dieu! L'industrialisme en est venu là! O cynisme! le corps humain, fait à l'image de Dieu, assimilé à une marchandise! Vous avez un enfant, et vous le perdez; et ce n'est plus votre enfant, ce n'est plus l'enfant de son père et de sa mère, c'est la marchandise de Gannal!... (Sensation.) En somme, pour toutes sortes de raisons, l'opération de l'embaumement n'est pas brevetable.

» Je passe à la troisième partie. Supposons que l'opération de l'embaumement soit brevetable, et voyons si le brevet de M. Gannal a été contrefait.

» En quoi consiste le procédé de M. Gannal? Dans l'injection d'un liquide particulier au travers de l'artère carotide, sans autre mutilation que l'injection propre à découvrir l'artère. Décomposons : 1° Injection; 2° injection sans mutilation; 3° emploi d'un liquide particulier. Voilà ce qui constitue ce procédé.

» 1° Est-ce l'injection qui appartient à M. Gannal? Je crains de ne pas paraître sérieux en répondant à cette question. Ruysch conservait les cadavres au moyen de l'injection (*voyez* le Traité d'Education de Fillassier et les Eloges historiques de Fontenelle); M. Berzelius, en 1825 (édition suédoise), a spécifié l'emploi de l'injection à titre de moyen conservateur des cadavres; Lauth, en 1829 (*voyez* le *Manuel de l'anatomiste*), a décrit cette méthode; enfin elle a été décrite en 1835 sous le nom de M. Tranchina, qui l'avait fait connaître en Italie avant cette époque. L'injection n'appartient donc pas à M. Gannal.

» 2° L'injection *sans autre mutilation* que l'incision propre à découvrir l'artère, lui appartient-elle? Mais ce cabinet, que le vieux Ruysch vendit à Pierre-le-Grand, de quoi se composait-il? De sujets intacts,

chez lesquels on n'avait procédé, Fontenelle le note expressément, à *aucune extraction de viscères*. Et ces sujets étaient si parfaitement conservés, que le tzar embrassa un petit enfant encore aimable, dit le même écrivain, et qui semblait lui sourire. Et Tranchina, comment opère-t-il ? Toute son opération, est-il dit, consiste à injecter un liquide arsenical à travers la carotide. Or, le procédé de Tranchina était publié, en France, en 1835, tandis que le brevet de M. Gannal ne date que de 1837. Donc, l'injection *sans autre mutilation* que l'incision propre à découvrir l'artère n'appartient pas à M. Gannal.

» 3° Le liquide spécifié dans le *mémoire descriptif* appartient-il à M. Gannal ? Mais d'abord, et je m'adresse spécialement ici au ministère public : comment se fait-il que dans un mémoire pour M. de Brouard, par M. Challe, avocat d'Auxerre, et dans le jugement du tribunal de Sens, ce liquide soit présenté comme purement alumineux, tandis qu'aujourd'hui il renferme de l'arsenic ? A quelle époque M. Gannal a-t-il ajouté l'arsenic à son liquide.

» J'ai besoin de ce renseignement, et je m'adresse au ministère public pour l'obtenir. (Une discussion très vive s'engage entre M. Marchal et les avocats de M. Gannal.) J'admets, reprend M. Marchal, j'admets, en m'en rapportant au témoignage honorable de M. Arago, que l'arsenic ait toujours fait partie du liquide de M. Gannal. Dans ce cas, je suis obligé de répondre à la question que je me posais tout à l'heure : Oui et non. Oui, le liquide de M. Gannal lui appartient en ce qui touche le sulfate d'alumine. Non, il ne lui appartient pas en ce qui touche l'arsenic, puisque, deux ans auparavant, Tranchina avait employé cette dernière substance. On peut dire toutefois que du sulfate d'albumine et de l'arsénic résulte un mélange spécial qui appartient en propre à M. Gannal. D'accord ; mais je n'ai pas employé ce mélange, puisque, ayant appliqué le procédé de Tranchina, j'ai fait usage de l'arsenic pur et simple. Je dis plus : il me serait permis d'employer le mélange de M. Gannal, que je m'en garderais bien, les faits qui sont à ma connaissance m'inspirant très peu de confiance dans ses vertus conservatrices.

» En définitive, dans le procédé de M. Gannal, il n'y a de M. Gannal que le liquide. Je n'ai pas employé ce liquide. Que peut prétendre contre moi M. Gannal ?

» Maintenant, plaçons-nous à un autre point de vue, J'ai employé *nommément* le procédé de Tranchina. Ce procédé, à ne parler que de sa publication en France, est antérieur de deux ans à l'octroi du brevet de M. Gannal.

» Il y a plus : non-seulement ce procédé est antérieur à celui de M. Gannal, mais encore il ne lui est pas identique. Tranchina injecte de l'arsenic dissous dans le ventre ; M. Gannal ne fait pas cette injection accessoire.

» Enfin, non-seulement ce procédé est antérieur et n'est pas identique, mais encore je l'ai modifié à cause des circonstances particulières du cas dans lequel j'ai opéré. C'est ainsi que j'ai dû introduire de l'arsenic dans la vessie et dans l'estomac.

» En résumé, d'une part, la seule chose qui appartienne à M. Gannal dans son procédé, c'est son liquide, et je n'ai pas fait usage de son liquide ; de l'autre, en employant nommément le procédé de Tranchina, j'ai employé un procédé antérieur de deux ans au brevet de M. Gannal, et non identique au procédé de ce dernier ; de plus, je l'ai modifié dans l'application. Je demande quelle logique il peut y avoir dans la poursuite de M. Gannal ?

» Quelques mots maintenant du procès d'Auxerre, et j'ai terminé. M. Gannal a gagné à Auxerre, contre M. de Brouard, qui avait gagné à Sens. J'ai sous les yeux le jugement du tribunal d'Auxerre. Vous le lirez, Messieurs, et la justice se jugera elle-même. Je déplore, pour mon compte, que l'on ait réussi à l'induire en erreur. On est parvenu à faire croire aux magistrats d'Auxerre que M. Gannal avait été récompensé par les académies pour sa méthode d'embaumement ; tandis que, très expressément, les académies n'ont entendu encourager que les essais qu'il a tentés pour conserver les corps destinés aux études anatomiques. Il n'échappe à personne qu'il y a une très grande différence entre une de ces choses et l'autre. Partant de ce point, les juges se sont dit : Puisque la méthode d'embaumement de M. Gannal a été récompensée par les académies, cette méthode doit être personnelle et nouvelle : juste conséquence d'une prémice erronée. Le Tribunal n'a pas été seul abusé, tout le public l'a été. Le public ne dissèque pas. Que sert de lui dire qu'on a été encouragé pour avoir essayé d'assainir l'art de la dissection ? Mais le public se fait embaumer, et on lui dit qu'on a été récompensé pour avoir découvert la meilleure méthode d'embaumement.

» Une autre circonstance a fait illusion aux juges d'Auxerre, c'est que M. de Brouard avait énoncé qu'il procéderait suivant la méthode de M. Gannal. M. Gannal a tellement dit que la méthode par injection était à lui, qu'il est aisé de concevoir que, dans un moment de précipitation, M. de Brouard ait, pour ainsi dire, individualisé la méthode pour se faire mieux comprendre. Quoi qu'il en soit, M. de Brouard ayant énoncé qu'il opérerait suivant le procédé de M. Gannal, on l'a condamné, non sur son fait, car il n'avait pas employé le liquide de M. Gannal, mais sur son dire.

» Il n'y a que cela, Messieurs, dans le jugement d'Auxerre. Je doute que Me Arago, qui vous en a parlé, eût voulu en faire l'analyse ; et je doute aussi qu'il soit profitable à son client.

» Je ne suis pas venu ici pour moi ; j'y suis venu pour la vérité ; j'y suis venu pour faire cesser un scandale. Ai-je besoin de dire que je ne veux pas faire d'embaumements ? J'en ai fait un pour établir le droit des médecins, et je l'ai fait gratuitement. Me Arago a bien voulu reconnaître lui-même que je ne suis ni ne veux être le rival de M. Gannal, et j'avoue que je porte mes vues plus haut.

» Je m'arrête, Messieurs, et je crois, sans trop de présomption, avoir gagné ma cause en raison. Si je l'ai gagnée en raison, je ne puis la perdre en justice ; car la justice ne doit être autre chose que la raison revêtue de la forme légale. »

Cette brillante improvisation, qui a duré plus de deux heures, a produit une grande sensation.

L'audience a été remise à huitaine pour entendre la réplique de Me Arago, le réquisitoire du ministère public et le jugement.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Chancres à la vulve. Ulcérations à la main, d'origine et de nature douteuses. Inoculation.

Le 29 octobre 1843, est entré à l'hôpital de Lourcine la nommée Lefèvre, âgée de dix-neuf ans, domestique, couchée au n° 12 de la salle Saint-Bruno.

Cette malade, d'une bonne santé, du reste, présente à la vulve et au pourtour de l'anus, des chancres multiples, parfaitement caractérisés. Soumise au traitement local ordinaire employé dans cette affection par M. Cullerier, qui ne fait ordinairement suivre aux malades aucun traitement général lorsqu'ils ne présentent pas de symptômes d'infection constitutionnelle, elle commençait au bout de quatre à cinq jours à se trouver mieux, lorsqu'un matin à la visite, remarquant qu'elle avait le doigt médius de la main gauche enveloppé d'un linge, M. Cullerier l'interrogea à ce sujet. La malade lui dit qu'elle s'était fait une petite coupure. Le doigt, examiné avec attention, offrait effectivement une coupure peu étendue, qui semblait avoir donné lieu à une petite tourniole. Le pourtour de l'ongle gonflé avait un aspect bleuâtre, et présentait une petite ulcération sur le repli que fait la peau lorsqu'elle abandonne la face dorsale de l'ongle ; ulcération qui offrait un commencement de cicatrisation, et que la malade pansait avec du cérat.

Le 7 novembre, l'ulcération indiquée plus haut, à bords un peu relevés, présente un aspect mal déterminé qui laisse des doutes sur sa nature et sur son origine. Le même jour, on s'aperçoit que la malade a enveloppé d'un linge le doigt annulaire de la main droite, auquel elle dit s'être fait également une coupure, datant à peu près de la même époque que celle de la main gauche. Examinée comme l'autre avec un soin minutieux, cette petite plaie repose sur un fond engorgé d'un rouge violet, offrant une légère desquamation de la peau, comme il arrive après la guérison d'un gros bouton d'*ecthyma*. On remarque à son centre une petite croûte jaunâtre, qui, enlevée, laisse à découvert une petite plaie faite comme par un emporte-pièce ; le fond et les bords de cette plaie ont une coloration beaucoup plus foncée que les plaies simples ; caractères qui, joints aux circonstances suivantes, à savoir : que si c'eût été une écorchure, une plaie simple, elle aurait dû, vu son peu de profondeur, se guérir en deux ou trois jours, font élever des doutes sur la nature de l'affection, comme sur celle du doigt médius de la main gauche.

Interrogée sur ses antécédents, la malade raconte qu'il y a deux mois environ il lui est survenu à la grande lèvre du côté gauche, un abcès qui a suppuré fort long-temps, et que c'est à sa suite que sont survenues les ulcérations que l'on observe sur le bord libre de la grande lèvre gauche. Les ulcérations, parmi lesquelles on en remarque une qui a percé la petite lèvre et communique avec le vagin, sont des chancres parfaitement caractérisés. Elle ne sait ou ne veut donner aucun détail sur l'état de la personne qu'elle soupçonne lui avoir donné ces chancres.

Habituée à se laver les parties génitales chaque jour, elle n'a point cessé, après s'être coupée, l'usage de ces lotions, et n'a pris aucune précaution pour préserver les plaies du contact des matières formées par les ulcérations des organes. Quatre ou cinq jours après s'être ainsi blessée, elle remarqua qu'au lieu de se guérir la plaie du doigt médius de la main gauche ne faisait qu'augmenter de profondeur et d'étendue, et que celle qui existait sur la première phalange du doigt annulaire de la main droite, après avoir semblé presque guérie, avait pris tout à coup l'aspect d'un petit clou qui s'est ouvert de lui-même, présentant un aspect tout à fait semblable à celui des plaies produites plus tard par l'inoculation.

Le 7 novembre, on pratiqua l'inoculation de chacune des deux plaies sur l'avant-bras correspondant.

Le surlendemain, 9 novembre, la piqûre faite au bras gauche est complétement séchée. Celle du bras droit est rouge, enflammée, et semble présenter une pointe acuminée, saillante au-dessus du niveau de la peau.

Le 10, les résultats de l'inoculation pratiquée au bras gauche sont négatifs. Le bras droit présente, dans le point où l'inoculation a été faite, une pustule à base rouge, gonflée, dont le sommet qui a été écorché, offre une petite croûte jaunâtre. En enlevant cette croûte, on met à nu une petite plaie ronde, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, véritable pustule syphilitique. Le même jour, la plaie du doigt médius de la main gauche est entièrement cicatrisée. Celle du doigt annulaire de la main droite persiste.

Le 11, une seconde inoculation est pratiquée sur l'avant-bras droit, mais un peu plus bas, avec le pus fourni par la pustule résultant de la première expérience, et que nous venons de décrire. On cautérise avec le crayon de nitrate d'argent la pustole du 7 novembre.

Le 13, deux jours après, l'inoculation du 11 a donné naissance à une pustule caractéristique qui est sur-le-champ cautérisée avec le caustique de Vienne.

Le 15, la première pustule est toujours rouge ; l'eschare soulevée par du pus est arrachée, et la plaie est de nouveau cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 25, les chancres des parties génitales sont presque entièrement cicatrisés ; ceux du bras et la plaie de la main droite sont en voie de guérison.

Dans les premiers jours de décembre, nous voyons de nouveau la malade, qui est parfaitement guérie des accidents locaux qu'elle a présentés.

— Bien que très simple au premier abord, et ne paraissant pas présenter des circonstances dignes de fixer l'attention d'une manière particulière, le cas dans les détails duquel nous venons d'entrer nous a semblé de la plus haute importance et d'une grande valeur, non pas tant pour le fait en lui-même, qu'à cause des questions de doctrine qui s'y trouvent soulevées.

Deux questions se présentent tout d'abord à l'esprit aussitôt après la lecture attentive de l'observation qui précède :

1° Les plaies qui se sont montrées au doigt médius de la main gauche et au doigt annulaire de la main droite, étaient-elles simples ou de nature spécifique ?

2° Une fois admise la nature syphilitique de l'une de ces deux plaies, comment devra-t-on expliquer sa production et son mode d'origine ; en d'autres termes, la nature spécifique de cette plaie est-elle le résultat d'une infection générale, d'une syphilis constitutionnelle, ou d'une infection locale directe ?

Quant à la première de ces deux questions, la solution en est facile. Les deux plaies sont survenues à peu près à la même époque, à la suite, toutes deux, d'une coupure.

Bien que leur aspect à toutes deux fût un peu louche, et présentât des caractères un peu suspects, on ne pouvait de prime abord se prononcer définitivement sur leur nature ; mais au bout de quelques jours, il ne restait plus le moindre doute. L'une s'était guérie sous l'influence d'un pansement simple avec le cérat ; et dans l'espace de trois ou quatre fois ving-quatre heures ; de plus, le pus inoculé à l'avant-bras de la malade n'avait donné naissance à aucune pustule ni ulcération semblables à celles qui se montrent après l'inoculation du pus syphilitique. L'autre, au contraire, bien que cautérisée énergiquement avec le nitrate d'argent, fut longue à se guérir, et l'inoculation du pus pris à sa surface avec la pointe d'une lancette détermina la formation d'une pustule suivie d'une ulcération caractéristique, qui elle-même donna naissance à une autre pustule analogue, produite par le même procédé. D'après cela, il ne pouvait rester aucun doute sur la nature simple de la plaie de la main gauche, syphilitique de l'ulcération de la main droite. Cependant, nous devons ajouter, pour rendre complétement l'opinion de M. Cullerier, que si l'inoculation n'a donné pour la plaie de la main gauche aucun résultat, cela ne prouve pas d'une manière incontestable qu'il n'y eût rien de syphilitique. Peut-être était-ce un chancre, mais en voie de cicatrisation, et le moment où le pus fut pris pour l'inoculation était-il trop rapproché de l'époque de la cicatrisation.

Une fois admise, avons-nous dit, la nature syphilitique de la plaie de la main droite, comment expliquer sa production et son mode d'origine ? Nous avons entendu l'un des chirurgiens de l'hôpital émettre cette opinion, que peut-être, et probablement même, la nature syphilitique de la plaie de la main droite était due à ce que, la malade ayant présenté des symptômes de syphilis primitive qu'elle avait encore lors de son entrée à l'hôpital, nous voulons dire des chancres en grand nombre dont on constata l'existence aux parties génitales, une infection générale avait pu être la suite de cette syphilis primitive, et déterminer la spécificité de l'ulcération du doigt. Examinons cette opinion, et tâchons de la soumettre à une discussion sévère.

Il pourrait sembler, au premier coup d'œil, assez facile que pareille chose arrivât. En admettant avec les auteurs modernes que le chancre soit le cachet de la syphilis, cette femme en présentait un grand nombre aux parties génitales. De plus, les accidents secondaires ne se développent que rarement avant la troisième semaine, et rarement après le sixième mois. La malade était infectée depuis deux mois environ. De plus, pouvait-on dire encore, la malade n'ayant suivi aucun traitement général, se trouvait dans des conditions plus favorables pour être soumise aux chances d'une infection constitutionnelle. Enfin, une preuve qu'elle était prise dans sa constitution, c'est que des végétations parurent sur la membrane muqueuse des organes génitaux, quinze jours environ après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Telle est loin d'être l'opinion de M. Cullerier dans ce cas et dans ceux qui présentent des circonstances analogues. Bien au contraire de ceux qui s'imagineraient pouvoir trouver dans la nature spécifique de la plaie de la main droite un signe de syphilis constitutionnelle, M. Cullerier pense que l'infection et la nature spécifique de cette plaie dépendent du contact direct du pus syphilitique des ulcères primitifs avec une excoriation ou une entamure de la peau. Et d'abord, il est rare que la constitution soit prise sans induration d'un chancre ; or, chez la malade dont nous avons parlé, on ne peut trouver aucune trace d'induration dans les ulcérations syphilitiques primitives qu'elle présentait à la vulve. Nous ferons cependant assez bon marché de ce fait ; car il serait, à la rigueur, possible qu'un chancre eût échappé à l'observation même la plus minutieuse.

Mais n'est-il pas très vraisemblable que, la malade se lavant une et même plusieurs fois par jour les parties génitales, et n'ayant pas discontinué ces lotions depuis le commencement de sa maladie, les entamures de la peau se seront trouvées en contact avec le pus syphilitique, qui leur aura communiqué le caractère spécial de l'ulcère primitif !

La preuve la plus convaincante pour M. Cullerier que les choses ont dû se passer de cette manière et n'ont pu se passer autrement, c'est le résultat qu'il a obtenu de l'inoculation du pus de l'ulcération de la main, résultat qui n'a été autre qu'un chancre, dont le pus inoculé sur une partie du bras, a produit à son tour un autre chancre. Or, si l'ulcératien du doigt se fût transformée en ulcère syphilitique consécutif par suite d'une infection constitutionnelle du sujet, cette plaie devant à des accidents secondaires sa nature spécifique, n'eût pu, par l'inoculation, produire des ulcérations identiques, puisque, comme nous allons l'expliquer plus bas, les accidents secondaires ne sont pas inoculables.

Qu'une coupure, une entamure quelconque de la peau puisse chez un sujet affecté de syphilis constitutionnelle et sous l'influence de cette diathèse se transformer en ulcération de nature spécifique, c'est ce que, moins que personne, M. Cullerier n'est disposé à nier. Mais que sans contact direct sans infection locale et immédiate, ces plaies puissent se transformer en chancres, c'est ce qu'il ne saurait en aucune manière admettre. Expliquons-nous. Pour M. Cullerier, qui partage complétement sous ce point de vue les idées de M. Ricord, le chancre est le cachet de la syphilis ; il ne pourrait y avoir de syphilis constitutionnelle qui n'eût été précédée de chancre. Mais il ne donne le nom de chancre qu'à l'ulcération primitive, déterminée par contact direct et pouvant se reproduire par l'inoculation. Or, dans le cas précédent, on a vu cette ulcération produire des résultats bien caractéristiques. C'est dans des circonstances de ce genre que l'inoculation est un moyen d'une haute importance, puisque seule elle peut éclairer le diagnostic et fournir à la thérapeutique des indications utiles. Qu'aurait-on pu, sans elle, penser dans un cas analogue à celui-ci, et quelle aurait dû être l'opinion du chirurgien sur la nature des plaies observées à la main de la malade ? On ne pouvait se guider sur le simple aspect de l'ulcération.

« La différence des accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle et des accidents primitifs, dit M. Ricord, est moins dans la forme matérielle que dans la qualité des sécrétions morbides. En effet, l'aspect d'un ulcère, son siége, l'époque de son apparition, le plus ou moins d'inflammation qui l'accompagne, et l'application du mode d'action de la cause présumable qui le produit peuvent souvent tromper; mais les qualités du pus inoculable, dans le seul cas d'accidents primitifs, ne tromperont jamais pour établir la différence. » Ici, comme dans tous les faits incertains, l'inoculation a levé tous les doutes et a parfaitement édifié M. Cullerier sur la nature et la valeur des ulcérations de la main ainsi que sur leur mode d'origine et de production. C'est dans des cas de cette nature que l'inoculation est un moyen utile et qu'il est impossible de remplacer. Certes, si elle n'avait pas un but d'utilité direct, si elle ne devait éclairer le diagnostic et guider le praticien dans l'emploi des moyens thérapeutiques, si l'on ne voyait en elle qu'un moyen de satisfaction, une vaine curiosité, elle ne mériterait pas toute la valeur qu'on lui accorde. Nous venons de voir par l'exemple précédent qu'il n'en est point ainsi, et qu'elle seule est le véritable *criterium* auquel on doit s'en rapporter lorsque dans des cas de cette nature il y a doute ou divergence d'opinion.

Quant à ce que l'on aurait pu dire de l'existence d'une syphilis constitutionnelle chez notre malade en arguant des végétations qu'elle présenta quinze jours environ après son entrée à l'hôpital, M. Cullerier pense que ce serait être dans l'erreur que de regarder les végétations comme produites par le virus syphilitique. Ce virus peut bien, pour nous servir d'une expression de Hunter, développer dans les parties de la génération une disposition à former des excroissances auxquelles on a donné le nom de végétations; mais elles sont loin de reconnaître pour cause unique et spéciale le virus syphilitique. Les végétations peuvent être produites par une diathèse syphilitique, mais elles ne sont jamais la preuve certaine et irrécusable d'une infection récente, soit d'un empoisonnement général.

Quant à ce que nous avons dit plus haut, que chez les malades qui ne présentent que des chancres sans induration, M. Cullerier ne fait suivre aucun traitement général; nous n'y insisterons pas davantage; nous nous contenterons de dire que M. Cullerier a renoncé souvent à l'emploi des moyens thérapeutiques généraux dans le cas d'accidents primitifs, parce qu'il a cru remarquer que ces moyens ne mettent pas constamment le malade à l'abri des accidents secondaires.

Nous avons cru d'autant plus devoir insister sur le fait éminemment pratique dans le détail duquel nous sommes entré, que, n'eût-on pas pu s'éclairer par l'inoculation, la possibilité, la probabilité de l'infection par le contact direct du pus sur une excoriation de la peau vient d'être tout récemment prouvée par l'accident arrivé à M. Ricord, accident dont il a entretenu l'Académie de médecine il y a près d'un mois, et qui n'a eu heureusement aucune suite fâcheuse.

A. FOUCART.

HOTEL-DIEU. — M. RÉCAMIER.

Epilepsie guérie par l'emploi des vésicatoires volants.

Une observation des plus intéressante sous le point de vue pratique, est celle que nous allons donner ici. C'est un cas de guérison d'épilepsie bien confirmée et sanctionnée par le temps.

Joseph B..., âgé de trente-deux ans, tailleur, d'une constitution forte, mais adipeuse et peu musclée, est pris pour la première fois d'une attaque d'épilepsie le 9 novembre 1839, sans qu'on puisse en saisir la cause occasionnelle. Il tombe dans le feu et se brûle la cuisse droite sans en avoir la sensation. Il est saigné sur le champ. La nuit suivante, deux nouvelles attaques ont lieu; une émotion pénible en détermine une quatrième quelques jours après. Une deuxième saignée est pratiquée; on lui applique vingt sangsues à l'anus, et on lui administre un purgatif. Quatre autres attaques se répètent jusqu'au 7 décembre, jour de son entrée à l'hôpital dans le service de M. Récamier.

L'accès épileptique s'annonce par un tremblement et une vibration intérieure qui ne se font sentir que dans une moitié du corps et de la face; le corps est symétriquemer[illegible]é par la ligne médiane. Simultanément, le malade ép[illegible] crampe au mollet gauche. Ces prodromes durent q[illegible] condes et l'accès épileptique fait explosion. Le m[illegible] n'avoir perdu connaissance entièrement que trois [illegible] huit attaques qu'il a eues chez lui. Depuis le prem[illegible] la jambe gauche, à partir du pied jusqu'au milieu de la cuisse, est restée engourdie et à demi paralysée.

La seconde nuit qu'il passa à l'hôpital, il eut une attaque pendant laquelle il perdit connaissance.

Le 9 décembre, à cause de l'état saburral de la langue et de l'inappétence, on lui administra un grain d'émétique en lavage. Le malade eut six vomissements; il rendit pourtant peu de bile.

Jusqu'au 17 il n'éprouva plus rien. La jambe resta dans le même état. Ce jour-là il eut un léger accès. On lui prescrivit la potion suivante :

Eau de menthe,	120 grammes.
Eau de luce,	24 gouttes.
Eau distillée de laurier-cerise,	[illegible]0 grammes.
Sirop de pivoine,	32

Le 24 décembre, il eut, dans la m[illegible] une attaque ainsi caractérisée : d'abord, crampe du m[illegible] gauche, puis gonflement et rougeur livide du visage; contraction des muscles de la face qui devient hideuse; un peu d'écume à la bouche; quelques sons rauques poussés du fond de la gorge; mouvements de la tête d'avant en arrière; raideur tétanique du tronc; respiration convulsive; contorsion du bras en dedans; pouls un peu fréquent, dur et régulier, etc. L'accès dura deux minutes au plus, et le malade revint à lui sans avoir le souvenir de ce qui s'était passé. M. Récamier fait poser un vésicatoire au-dessus de l'endroit où se fait sentir la crampe. Ce vésicatoire, de la largeur de trois doigts, embrasse toute la circonférence du mollet comme une jarretière. Trois jours après la crampe se manifesta au bas de la cuisse, et fut suivie d'une attaque d'épilepsie peu violente. Un vésicatoire nouveau environne entièrement le milieu de la cuisse.

Après l'application de ces deux vésicatoires, la paralysie de la jambe s'en alla en grande partie, et le malade put marcher plus facilement.

Le 2 janvier 1840, le pied gauche est beaucoup engourdi, surtout à sa face dorsale; on le couvrit d'un vésicatoire et l'engourdissement disparut.

Le 6 janvier, douleur dans le mollet; vésicatoire circulaire au-dessus du point douloureux, qui produit le même effet.

Le 10, depuis deux jours le malade éprouve, à partir de la hanche gauche jusqu'au mamelon du même côté, des secousses et des fourmillements avec une tendance aux attaques épileptiques. Un vésicatoire est appliqué, qui entoure comme une ceinture la base de la poitrine.

Le 18, le malade accuse une sensation pénible de fourmillement au-dessus du mamelon à droite, et un engourdissement douloureux au-dessus de la cheville du pied droit. Un vésicatoire en collier entoure le cou, et un autre le bas du mollet droit. Celui du thorax est sec; on ne le renouvelle plus.

Le 22, quelques sautillements douloureux vont du coude à l'épaule gauche. Vésicatoire en bracelet au-dessous du coude. Le malade prendra en outre, soir et matin, une pilule ainsi composée :

Oxyde blanc de zinc,	5 centigram.
Camphre,	3
Extrait de belladone,	*idem.*

Le 25, il paraît au malade que des milliers de fourmis remontent du pied au genou gauche, et de là à l'aine. Continuation des pilules.

Le 26, engourdissement dans le dos; constipation depuis quatre jours. Lavement purgatif qui procure une forte évacuation et la disparition de l'engourdissement.

Le 27, la sensation de formication existe toujours à la jambe gauche. Vésicatoire qui environne la cuisse.

Le 29, le malade n'éprouve plus rien; on lui donne tous les jours trois des pilules ci-dessus formulées, dont l'usage est continué encore pendant trois semaines, et le malade sort très bien portant dans les premiers jours de mars 1840.

Nous avons revu de temps en temps cet individu, et nous nous sommes convaincu que la guérison ne s'était pas démentie. Nous l'avons revu encore tout récemment dans l'état le plus satisfaisant.

Ce malade n'a jamais ressenti le moindre mouvement fébrile, malgré les douleurs dont il était tourmenté.

Quant à la cause occasionnelle de la maladie, il n'a pas été possible de la saisir, aucune lésion matérielle apparente n'existant pour expliquer l'*aura*.

Dans ce fait, les accès épileptiformes ont été plus nombreux que les véritables attaques d'épilepsie. Ces accès, dans lesquels la perte totale de connaissance n'a pas lieu, n'en constituent pas moins, pour un grand nombre de pathologistes, de véritables attaques épileptiques, qui ne diffèrent des autres que par leur moindre intensité.

Il arrive assez souvent de voir cette mala[illegible] commencer avec cette bénignité, puis aller en croissant jusqu'aux symptômes les plus graves; ou, après avoir débuté violemment, se réduire, soit l'effet du temps, soit l'influence du traitement, à un simple vertige, à une secousse tétanique, ce dont les personnes présentes ne s'aperçoivent même pas. Ces légers accidents se répètent souvent bien des fois avant qu'un accès complet ne vienne à éclater.

Il ne manque pas de cas d'épilepsie avec *aura*, dont on a pu faire avorter l'accès, soit au moyen d'une ligature très serrée au-dessus de l'endroit d'où l'*aura* partait, soit par l'application d'un vésicatoire sur le siége même de l'*aura*, lorsqu'il n'y a pas possibilité d'y faire une ligature, tel que, par exemple, la fesse, le dos, l'épaule, etc.

On cite quelques guérisons obtenues par l'amputation d'un doigt et surtout du gros orteil devenus le siége habituel de l'*aura*. L'application de cautères, de sétons sur l'endroit d'où partait l'*aura*, a quelquefois été suivie de succès. Il en est de même de la cautérisation avec le fer rouge.

Mais quand l'*aura* se déplaçait, comme il arrive souvent, pour se jeter sur certaines parties délicates du corps, on ne pouvait ou on n'osait le poursuivre, et le mal persistait.

Personne jusqu'ici, que nous sachions, n'avait songé à lui barrer le passage d'une manière aussi hardie que l'a fait M. Récamier dans le fait que nous venons d'exposer. Cette manière a réussi au delà de toute espérance en anéantissant l'*aura*, et par cela même l'épilepsie; mais malheureusement tous les accès épileptiformes ne sont pas toujours déterminés par un *aura* appréciable; la plupart des malades sont pris aussitôt par la tête, et ont à peine le sentiment de l'attaque dont ils vont être frappés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 décembre 1843. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Téophile Roussel adresse une note sur la pellagre observée à Paris.

— *M. Guillon* adresse une lettre sur la rétention d'urine produite par une valvule urétro-vésicale, et sur son traitement curatif, en réponse à la lettre de M. Mercier lue dans l'avant-dernière séance. (Nous la publierons dans le prochain numéro.)

— *M. P. Dubois* présente un enfant âgé de trois ans, atteint d'anencéphalie partielle.

L'examen de ce cas très intéressant est renvoyé à une commission composée de MM. Ferrus, Adelon et Ollivier (d'Angers).

— L'ordre du jour appelle l'élection des membres qui composeront le bureau pour l'année 1844.

Le scrutin s'ouvre pour la nomination du président. Le nombre des votants est de 88.

M. Ferrus obtient 68 voix; M. Roche, 11; M. Caventou, 5; MM. Bussi, Castel et Gerdy, chacun une.

M. Ferrus ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu président pour 1844.

On passe à l'élection du vice-président. Le nombre des votants est de 97.

M. Caventou obtient 66 voix; M. Roche, 30; en conséquence, M. Caventou est élu vice-président.

On passe à l'élection du secrétaire annuel. Nombre des votants, 76.

M. Dubois (d'Amiens) obtient 60 suffrages; M. Ollivier (d'Angers), 8; M. Dubois (d'Amiens) est réélu secrétaire annuel.

On procède à l'élection de trois membres, qui feront partie du conseil d'administration.

MM. Paul Dubois, Londe et Louis obtiennent la majorité des suffrages, et feront partie du conseil pour l'année 1844.

La séance est levée après cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 3 octobre 1843. — Présidence de M. TOIRAC.

M. Foy a la parole pour un rapport sur la demande d'admission de M. Dubart, pharmacien.

De tout temps, dit le rapporteur, la falsification des drogues simples et des drogues composées a été pratiquée, et malheureusement les circonstances politiques n'ont pas toujours été les motifs d'une manœuvre aussi coupable. La cupidité est venu s'ajouter aux entraves et aux difficultés des guerres. A la substitution des produits exotiques par des produits indigènes, substitution devenue nécessaire dans un temps, encouragée même, à laquelle nous devons la fabrication du sucre de betteraves, de la soude artificielle, la connaissance de quelques succédanés précieux, à cette substitution, disons nous, a succédé la fabrication en grand de tout ce que la nature fournit si libéralement. Marseille a été et est encore aujourd'hui le grand atelier des sophisticateurs; mais cette capitale n'est pas la seule qui se livre à ce genre d'industrie. D'autres villes, Paris surtout, rivalisent de hardiesse et d'effronterie. La nature pourrait presque se reposer, tant certains mélangeurs, quelques pseudo-chimistes, sont habiles à l'imiter dans ses productions. Rien ne paraît impossible. L'ingrédient le plus simple, le plus commun, est créé, formé, façonné comme le plus composé, le plus rare, le plus cher. Tel marchand vous vend de la farine de lin mélangé à du son, à de la sciure de bois; de la graine de millet recouverte d'une couche de mucilage, de gomme, et de poivre en poudre, pour du poivre en grains. Tel autre vous livre du quinquina épuisé de sa quinine; de l'opium, qui ne contient plus de morphine; des poches de musc et de castoréum remplies par du sang desséché; de la terre, etc. Et pourtant il s'agit ici de notre santé, de notre conservation! Et pourtant, les raisons d'autrefois n'existent plus! La paix règne partout, ou presque partout. Le commerce est redevenu libre; les communications sont de plus en plus promptes et faciles. Pourquoi donc frauder et tromper encore? Pour réaliser aux dépens de ses semblables, et en peu de temps, une grande, mais honteuse fortune... C'était pour signaler et arrêter un pareil scandale, pour éveiller l'attention du médecin et du pharmacien, pour éclairer le consommateur, que des auteurs recommandables, tels que Fabre, Desmarets, Bussy, Boutron-Charlard, etc., ont publié des ouvrages touchant la sophistication des drogues, des denrées coloniales. C'est encore dans le même but que MM. Fée, Guibourt, et beaucoup d'autres pharmacologistes ont signalé dans leurs traités de matières médicale, les moyens de reconnaître la pureté des médicaments simples; c'est enfin pour mériter votre suffrage, pour s'asseoir au milieu de vous, que M. Dubart, pharmacien de l'École de Paris, vous a adressé une note relative à deux genres nouveaux de falsification, savoir : 1° de la gomme arabique, par la gélatine; 2° du sous-nitrate de bismuth par le carbonate de chaux.

Pour la première sophistication due au prix élevé de la gomme du Sénégal, rendue facile par la forme granulée de ce que l'on trouve dans le commerce sous le nom de *menus de gomme arabique*, mais à laquelle on échappera toujours en suivant scrupuleusement cette loi pharmaceutique qui veut que toutes les substances simples soient achetées non concassées, non pulvérisées, mais entières, M. Dubart propose, comme moyens de déceler la fraude : 1° la solution aqueuse qui est complète quand la gomme est pure; incomplète dans le cas contraire; 2° la solution alcoolique et l'évaporation à siccité, qui font découvrir les matières résineuses ajoutées; 3° enfin la distillation à vases clos qui donne des produits différents, suivant que la substance soumise à l'analyse est de nature végétale ou animale. Ces quatre opérations, répétées par nous, ont été plus que suffisantes pour nous mettre d'accord avec M. Dubart, et pour fixer notre jugement sur l'échantillon qui nous a été remis, et dont l'odeur seule annonçait déjà la présence de la gélatine.

Quant à la seconde falsification, celle du sous-nitrate de bismuth par le carbonate de chaux, voici comment notre confrère l'a découverte : « J'ai ramené, dit-il, à l'état d'azotate acide le sous-nitrate de bismuth soupçonné, en le dissolvant dans l'acide azotique. Outre la dissolution, il en est résulté une effervescence assez vive. Traitant ensuite par l'eau, j'ai reconstitué le sous-azotate de bismuth qui s'est précipité; puis, faisant passer à travers la liqueur un courant d'acide sulfhydrique, j'ai transformé en sulfure insoluble la totalité de l'azotate acide de bismuth qui résiste toujours à l'action de l'eau. La liqueur, déposée et filtrée, j'ai chassé par l'ébullition l'excès d'acide sulfhydrique qu'elle contenait; enfin, par l'acide oxalique, j'ai obtenu un précipité blanc, insoluble dans l'eau bouillante, etc. Ce précipité était de l'oxalate de chaux. »

Tel est, continue M. Foy, le travail que votre commission a eu à examiner, et qu'elle reconnaît bon et utile. Un mot encore : les sophistications dont nous venons de vous entretenir existent-elles réellement dans le commerce de la drogoerie? Oui, si nous en croyons notre jeune confrère, et nous n'avons aucune raison de suspecter son dire; non, si nous nous en rapportons aux droguistes, aux courtiers que nous avons interrogés à cet égard. Mais on sait avec quelle légèreté les inculpés traitent la vérité. Pour beaucoup de ces derniers, cette vertu n'est souvent qu'une simple denrée coloniale. D'après ces considérations votre commission a admis comme vrais les faits signalés par M. Dubart.

M. le rapporteur termine en proposant l'admission du candidat, laquelle est mise au scrutin, et prononcée.

M. Félix Legros fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Bonnafont, et analyse une brochure de ce médecin, intitulée : *Géographie médicale d'Alger et de ses environs.* Nous extrayons de ce rapport les passages suivants :

« ..... M. Bonnafont débute par nous annoncer qu'Alger et ses env.-

rons sont aussi salubres aujourd'hui (1839), que la plupart des localités de la France; puis il donne quelques conseils pour le fondateur d'une colonie qui devra s'appuyer d'un bras sur la législation qu'il respectera, de l'autre sur la médecine dont il écoutera les conseils: à droite, la loi qui gouverne; à gauche, la médecine qui guérit. Et alors, dit-il, combien de ces lieux, jadis les tombeaux de ceux qui les approchaient, deviendront habitables et riches par les bienfaits de la *civilisation !* Ce grand mot n'est pas nouveau pour vos oreilles, Messieurs; un de nos collègues l'a rapporté de ses orientales pérégrinations, et vous l'a présenté comme le seul remède au plus grand des fléauxt C'est qu'en effet, s'il existe une panacée, morale ou physique, il fau. la chercher dans la civilisation. Déjà elle a changé l'Algérie. La nature morte a fait place à la nature vivante; le colon actif, le propriétaire intéressé labourent et produisent là où l'Arabe inerte dormait sans souci du lendemain.

» L'auteur décrit la topographie d'Alger, cet ancien nid de pirates. — L'aérographie est étudiée avec soin. L'air d'Alger et de ses environs est sain et tempéré, plutôt tiède que froid en hiver; il n'incommode pas trop, quoiqu'un peu chaud en été; il ne gèle jamais; la neige y est rare; les saisons se succèdent d'une manière presque insensible; depuis le lever du soleil jusque vers neuf heures du matin, la brise ne soufflant pas, la chaleur est suffocante et agit puissamment sur le système nerveux et musculaire. L'hiver ne commence qu'au mois de février; il est doux, le thermomètre atteignant rarement 7° centigr. au-dessus de 0. La végétation n'est jamais arrêtée. Les pluies commencent au mois de novembre jusqu'au mois d'avril, durent environ 57 jours, et atteignent, année commune, 28 pouces (0 m. 79). A Paris, où il pleut de neuf à dix mois, la quantité d'eau ne s'élève qu'à 0 m. 53. D'où il est facile de voir que la pluie doit tomber par torrents en Algérie.

» Vient l'étude des vents, sans oublier le fameux vent du désert, dont le moindre inconvénient est de causer des ophthalmies presque toujours suivies de cécité; celle des trombes, rares sur la terre, assez fréquentes en mer pendant la saison des pluies; des tremblements de terre qui, depuis 1830, se sont fait sentir quatre fois.

» Les rivières sont le sujet d'un examen sérieux. Les sources sont nombreuses, et, pour ainsi dire, à fleur de terre. Celles thermales et sulfureuses ne sont pas assez communes pour y former un établissement dont le besoin est fortement senti. Voilà pour l'aperçu général.

» Chap. 1er. Aucune épidémie spéciale ne s'est montrée à Alger depuis que nous le possédons. Le choléra n'y a pas sévi plus cruellement qu'ailleurs. Les journaux de France, dit l'auteur, toujours mal informés, ont retenti et retentissent encore de déclamations sinistres relativement aux maladies et à la mortalité qu'ils disent sévir sur la population européenne d'Alger. C'est qu'ils ont omis, et à dessein peut-être, de mettre sous les yeux de leurs lecteurs, les circonstances particulières et tout à fait indépendantes du climat, qui ont amené ces maladies et cette mortalité. — Cette diatribe contre la presse est d'autant plus malheureuse, que l'auteur avoue plus tard cette mortalité, au moins pour les colons allemands, qui ne doivent pas, je pense, être rayés de l'espèce humaine. A la vérité, les fièvres intermittentes si fréquentes, si graves dans le principe de notre occupation, diminuent chaque jour, grâce à l'assainissement de cette contrée produit par le dessèchement des marais et par la culture.

» Dans le chap. II, M. Bonnafont donne quelques conseils fort bons mais fort connus, pour se préserver des miasmes: c'est de ne jamais s'exposer à l'air vif du matin sans avoir pris quelque substance alimentaire.

» Dans le chap. III, les avis hygiéniques ne sont pas épargnés aux nouveaux arrivés.

» Le chap. IV effleure la question de l'influence que peut exercer le climat d'Alger sur la marche de la phthisie pulmonaire, question presque impossible à résoudre chez un peuple qui vit séquestré dans ses maisons, chez lequel ni naissances ni décès ne sont enregistrés, et qui laisse aux seuls efforts de la nature le soin de toutes ses maladies. Néanmoins l'auteur croit pouvoir conclure: 1° les affections de poitrine et la phthisie surtout forment la classe la moins nombreuse des maladies qui sévissent sur la population indigène et européenne d'Alger; 2° qu'à chances égales, un phthisique placé dans des conditions favorables sous l'influence de ce climat, et soumis à un traitement sagement et habilement dirigé, obtiendra plus de soulagement, sinon la guérison, que sous le climat de France.

» Viennent ensuite des tableaux numériques des maladies qui ont occasionné la mortalité sur la population européenne d'Alger en 1836, 37 et 38. Une maladie qui, sans causer la mort, sévit d'une manière déplorable, c'est l'ophthalmie attribuée principalement à la grande réverbération projetée par les murs blanchis à la chaux; ce qu'il serait facile d'éviter en changeant la couleur des maisons.

» Le chap. V et dernier donne les tableaux synoptiques et statistiques des naissances et de la mortalité d'Alger de 1830 à 1838. »

Après les conclusions favorables par lesquelles se termine ce rapport, M. Bonnafont est élu membre de la Société médicale du Temple.

— La Société reçoit de M. *Levrat* aîné, de Lyon, membre correspondant, une brochure sur l'influence de l'allaitement maternel.

— *M. Binet-Deperrand.* Je lis dans le compte-rendu de l'Académie de médecine du 26 septembre dernier, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28, une assertion qu'il m'est impossible de ne pas contredire. A propos de la discussion sur les superfétations, M. Gerardin a dit: « Tout le monde sait cela, les enfants des nègres ne naissent » pas noirs; ils sont blancs comme nous. » Voilà une affirmation bien positive; je suis obligé de dire qu'elle est complétement erronée. J'ai eu occasion de voir dans l'Inde un très grand nombre d'enfants nègres peu d'heures après leur naissance. Eh bien, je déclare que toujours, sans exception, les enfants nés de parents nègres sont noirs. La coloration est à la vérité un peu moins foncée qu'elle ne le devient plus tard: mais elle est déjà on ne peut plus manifeste. On rencontre bien quelquefois, parmi les Nègres, des albinos; mais ce sont là de véritables anomalies.

M. Félix Legros. Lorsque j'étais à l'Hôtel-Dieu, il m'est arrivé d'accoucher une négresse. L'enfant était d'un blanc terreux; le scrotum seul était noir.

M. Bénet-Deperraud. Mais le père était-il nègre?

M. Géry. Un Nègre amené en France par un homme de mon pays se marie avec une femme blanche, et eut plusieurs enfants qui naquirent tous mulâtres. L'aîné d'entre eux se maria à son tour, et eut également plusieurs enfants dont l'aînée, qui était une fille, avait encore une teinte bistre très prononcée; puis la coloration alla en s'affaiblissant chez ceux qui suivirent. Si le sang noir uni au sang blanc marque encore de son cachet la seconde génération, que ne doit il pas faire lorsqu'il est pur de tout mélange!

M. Desrivières. La question dont il s'agit ne pourrait-elle pas être ramenée à une simple question de physique? On sait que, par eux-mêmes, les corps n'ont pas de couleur, qu'ils ne paraissent colorés qu'en raison de la propriété dont ils jouissent de réfléchir tel ou tel rayon lumineux, et que lorsqu'ils réfléchissent tous les rayons à la fois, ils paraissent blancs; tandis que s'ils n'en réfléchissent aucun, ou autrement dit s'ils les absorbent tous, ils paraissent noirs. Ne pourrait-on pas supposer que lors de la naissance des enfants nègres il y a un moment de transition pendant lequel ils ne sont point aptes à absorber les rayons lumineux comme ils le feront plus tard, et qu'alors ils sont plus ou moins blancs?

M. Géry. Mais un enfant blanc est, sous ce rapport, dans les mêmes conditions qu'un nègre.

M. Ségalas. Dans la sphère toute spéciale de mes observations, il y a un fait qui m'a frappé, c'est de rencontrer assez souvent des personnes blanches qui ont les parties génitales noires. Il semblerait que la coloration noire s'est en quelque sorte réfugiée vers ces organes.

M Aubert-Roche. Chez ces personnes, le blanc des ongles était-il rose? C'est là en effet qu'on retrouve la dernière trace du sang noir.

M Ségalas n'a pas fait cette remarque.

M. Géry. Lors de mes études d'anatomie, j'ai eu occasion de disséquer une négresse, et j'ai remarqué que le tissu cellulaire était plus jaune, plus foncé que le nôtre.

M. Amédée Latour. La coloration de la peau n'est pas un phénomène physique, comme on l'a supposé tout à l'heure. C'est un phénomène de sécrétion qui s'accomplit dans le corps muqueux du derme, dans le *pigmentum*, et qu'on observe souvent sur certaines parties du corps. Ainsi chez beaucoup de personnes, le mamelon, les parties génitales offrent une coloration plus ou moins foncée.

MM. Géry et *Bénet-Deperraud* rappellent que chez les brunes, les petites lèvres sont souvent noires.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal de Médecine. (Décembre 1843.)

Note sur la paralysie de l'anus et du rectum dans la période adynamique des dyssenteries graves; par M. Pidoux.

Cette note a été écrite à l'occasion d'un fait rapporté dans ce journal par M. Bouchut; il s'agissait d'un cas de dyssenterie aiguë avec la circonstance singulière de selles involontaires expliquées par un état de paralysie du sphincter de l'anus, d'où résultait la dilatation presque permanente de cet orifice.

Dans le cours du mois d'octobre dernier, M. Pidoux eut occasion de voir dans un village de l'Eure, quelques cas d'une dyssenterie épidémique qui exerçait de grands ravages. Deux sujets étaient arrivés à la dernière période de ce type adynamique auquel paraîtrait appartenir l'espèce de mort partielle et anticipée qui frappe l'anus, le rectum, et remonte peut-être beaucoup plus haut dans le gros intestin. Voici une de ces observations.

Une petite fille âgée de neuf à dix ans, malade depuis moins de dix-sept jours, était plongée dans un état adynamique présentant la plus saisissante analogie avec celui de nos cholériques en 1832. Comme eux, elle avait les traits du visage effilés, les yeux excavés, les pommettes d'un rouge terne, la voix mince et cassée, la peau des avant-bras et des mains cyanosée et refroidie. L'intelligence, quoique lente, était tout entière dans chacun des actes et dans chacune des paroles de la petite malade. L'artère radiale ne battait plus depuis deux heures au moins; le ventre était excavé; on voyait de temps en temps les muscles de la face, ordinairement immobile, se froncer tout à coup et se rapprocher comme douloureusement de la ligne médiane, puis un cri grêle et plaintif annonçait la sensation d'un reste de colique. Alors il s'échappait de l'anus, sans ténesme, et comme en bavant, une très petite quantité de fluide ichoreux, d'une teinte grisâtre, d'une odeur putride et cadavéreuse, rappelant un peu néanmoins celle qui s'exhale quand on lève l'appareil d'une brûlure au troisième degré. Ces évacuations ne ressemblaient donc aux matières dyssentériques ni par l'odeur, ni par la couleur, ni par le mode d'excrétion. C'était la sanie à odeur forte fournie par une plaie de mauvaise nature. Elles étaient pourtant le produit de déjections alvines, car une colique intestinale en précédait toujours l'écoulement.

La malade avait la langue plate et humide, quelques hoquets sans vomissements. Elle demandait à manger, et on lui donnait de petites cuillerées de bouillon.

Je la fis coucher sur le ventre, afin d'examiner l'état de la marge de l'anus, et pour voir si les matières alvines auraient déterminé sur parties avec lesquelles elles étaient en contact des érythèmes ou des ulcérations, comme cela arrive dans les dysenteries graves. Quel ne fut pas notre étonnement, en trouvant l'anus béant et présentant une ouverture exactement arrondie, d'un diamètre plus grand que celui d'une pièce de vingt sous! Mais cette dilatation n'était pas bornée au sphyncter, elle s'étendait au-delà, à une profondeur de trois pouces au moins, toujours avec le même diamètre. Le contact de l'anus n'excitait pas la contraction de son anneau musculeux. Les coliques elles-mêmes ne retentissaient pas jusque là. En approchant une lumière de l'anus, l'œil plongeait très facilement dans l'intestin et pouvait y apercevoir les désordres causés par la dyssenterie. Au dessus du sphyncter interne, la membrane muqueuse était d'un rouge cramoisi tirant sur le noir en quelques points, ailleurs parsemée d'érosions et comme ratatinée. A la partie la plus reculée et certainement à plus de trois pouces de l'anus, on distinguait parfaitement deux taches, l'une tout à fait noire, qui n'était peut-être qu'une ecchymose, mais l'autre d'apparence gangréneuse, ayant assez bien l'aspect de l'eschare que produit la potasse caustique, c'est-à-dire disposée en manière de nuances concentriques, la plus extérieure d'un blanc sale, la moyenne d'une teinte grisâtre plus foncée et l'interne ou centrale formant un point noir et rond de la grandeur d'une large lentille. Tous les moyens employés furent inutiles, la malade mourut douze heures après sans agonie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des caractères différentiels de la salive dans les diverses espèces de ptyalisme; par Samuel Wright.

La salive provenant d'une salivation mercurielle offre toujours, d'après M. Wright, une augmentation dans la proportion de l'albumine qu'elle contient, albumine semblable à celle du sérum du sang; mais il n'a jamais été possible d'y constater la présence du mercure.

Cette salive a presque toujours une réaction alcaline. Aussi, quand dans les fièvres et les inflammations, la salive se montre avec des propriétés acides, si l'on administre le mercure, il est facile de reconnaître la réaction produite par cet agent, parce que, sous son influence, la salive ne tarde pas à acquérir une qualité alcalescente.

L'iode et l'iodure de potassium déterminent aussi du ptyalisme; mais, dans ce cas, la salive ne contracte jamais d'odeur désagréable; les gencives et les dents ne sont pas attaquées, bien que les glandes salivaires se tuméfient et deviennent douloureuses, et que la sécrétion de la pituitaire et des glandes lacrymales augmente d'une manière notable. La salive, après l'administration des sels d'iode, acquiert une saveur amère, et la chimie peut y démontrer la présence de ce principe. (*The Lancet.*)

Pilules mercurielles ferrugineuses.

Pr.	Sesqui-oxide de fer,	4 grammes.
	Mercure coulant,	8
	Conserve de roses rouges,	12

M. par trituration jusqu'à extinction totale du métal, puis diviser en pilules du poids de quinze centigrammes.

La disparition des globules mercuriels est telle, après cinq minutes de trituration, qu'il n'est plus possible d'en découvrir la moindre trace, même en se servant d'un microscope.

Ces pilules, dont la formule est due à M. J.-F. Collier, sont indiquées, suivant leur auteur, dans les maladies scrofuleuses, chez les individus délicats, irritables, et dont le sang est appauvri. Il les vante surtout comme un excellent résolutif dans les cas de bubons.

Du reste, cette préparation a l'inconvénient d'occasionner le ptyalisme tout aussi facilement que les autres sels mercuriels. (*Ibid.*)

NOUVELLES.

Le Traité pratique des maladies des yeux, de M. Mackenzie, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de Glascow, vient d'être traduit en français et annoté. C'est à MM. les docteurs Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et Richelot, traducteur des œuvres de Hunter, que l'on doit d'avoir enrichi notre littérature médicale de cet important ouvrage, dont nous rendrons compte.

— M. Emile Chevé commencera l'étude de la myologie, vendredi 22 décembre, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90.

— Un concours pour l'agrégation (section de médecine), aura lieu dans les premiers jours de janvier 1844. Le registre d'inscription a été fermé le 9 de ce mois. D'après l'ordonnance rendue sous le ministère de M. Cousin, les agrégés nommés à ce concours ne seront pas astreints à faire trois années de stage, et ils entreront immédiatement en exercice. La durée de leurs fonctions sera, par conséquent, de neuf ans au lieu de six. C'est aussi dans ce concours qu'on exécutera, pour la première fois cette ordonnance, qui prescrit des épreuves éliminatoires. Cette mesure a été rendue nécessaire par le nombre toujours croissant des candidats.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.